

Dr. Eug. Plasecki

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH W KRAKOWIE.

---

PODRĘCZNIK  
CHORÓB ŻOŁĄDKA  
I DYETETYKI SZCZEGÓŁOWEJ

NAPISAŁ

DR. W. JAWORSKI

Profesor p. z. szczegółowej patologii i terapii lekarskiej  
w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Wydanie drugie przerobione i znacznie powiększone.

Cena 11 Koron.

KRAKÓW.

NAKŁADEM WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH.

1899.

4075

3206

20177

4075



nr 140 3406



JWielmożnemu Panu Profesorowi

# DROWI EDWARDOWI SAS KORCZYŃSKIEMU

Dyrektorowi kliniki lekarskiej,

c. k. Rady Dworu, b. Rektorowi Uniwersytetu Jagiellońskiego,  
b. Dziekanowi Wydziału Lekarskiego, b. Prezesowi Towarzystwa  
Lekarskiego krakowskiego, Przewodniczącemu Komisji Przemysło-  
Lekarskiej Tow. Lek. krak., Prezesowi Towarzystwa budowy  
Domu Akademickiego, Założycielowi i Prezesowi Wydawnictwa  
dzieł lekarskich polskich w Krakowie, i t. d.

SWEMU CZCIGODNEMU NAUCZYCIELOWI

ku uczczeniu

dwudziestopięciolecia Jego działalności klinicznej

niniejszą pracę

poświęca

AUTOR.



## PRZEDMOWA

do pierwszego wydania.

Od czasu zastosowania sondy żołądkowej dla celów klinicznych, literatura patologii chorób żołądka niepomiernie się zwiększyła, a zapatrywania na zmiany patologiczne tego narządu zupełnie się zmieniły. Chcąc dać wyraz temu postępowi, zebrałem wyniki badań klinicznych w treściwą całość i ogłosiłem ją w szeregu artykułów w *Medycynie warszawskiej* w roku 1888. Odbitka z tych artykułów pojawiła się w roku 1889 pod tytułem: »Zarys patologii i terapii żołądka«. Streściłem w nim ówczesne zdobycze przeważnie w zakresie patologii, gdyż ramy pisma periodycznego nie dozwalały już na należyte rozwinięcie części terapeutycznej, a tak ważny dział, jak dyetetykę żywienia musiałem zupełnie pominąć. To też po wyczerpaniu nakładu *Zarysu*, zamierzając zadość uczynić potrzebie praktyki lekarskiej, przystąpiłem do obszerniejszego opracowania części terapeutycznej i dyetetycznej. Z patologii zaś zestawilem przeważnie to, co do dziś dnia okazało się najwięcej pewnem a oraz potrzebnem do zrozumienia przebiegu klinicznego i postępowania leczniczego. Stosunków zaś anatomicznych i fizyologicznych jako znanych Czytelnikowi szczegółowo nie poruszałem, zwłaszcza że już objętość samej części klinicznej przybrała większe rozmiary.

Przy zestawieniu niniejszego Podręcznika naśladowałem obcych autorów, którzy mają ten chwalebny zwyczaj, że w swoich pracach opierają się prawie wyłącznie na

literaturze własnego języka. Obok prac polskich, których w zakresie patologii trawienia znajduje się pokaźna ilość, uwzględniłem jednakowoż ważniejsze i z obcych języków, pomijając takie, które podają zapatrywania lub fakta, u nas już dawniej znane i ogłoszone.

Również i w tym kierunku poszedłem za obcymi autorami, którzy mają naśladowania godny zwyczaj polecania swojskich przetworów i wyrobów leczniczych, że najprzód zwracałem uwagę na środki lecznicze w kraju wyrabiane a polecenia godne. Uwzględniłem jednak i zagraniczne, o ile one na to zasługują. Sądziłem bowiem, że tak chory, jak i lekarz wyjdą na tem najlepiej, jeżeli się zetkną bezpośrednio z miejscową fabrykacją. Tylko w ten sposób mogą być należycie zaspokojone potrzeby i wymagania chorych i zapewniony wpływ lekarzy na udoskonalenie i postęp przemysłu lekarskiego. To też Towarzystwo Lekarskie Krakowskie położyło wielką zasługę dla kraju i wykonawstwa lekarskiego ustanawiając osobną Komisję Przemysłowo - Lekarską pod przewodnictwem Profesora E. Korczyńskiego, którego wieloletnim usiłowaniami i niezmordowanym zabiegom udało się doprowadzić do tego, że przemysł krajowy w zakresie wyrobów i przetworów leczniczych pomyślnie rozwijać się rozpoczął, i już obecnie wykonawstwu lekarskiemu znaczne usługi oddaje.

W ogóle dążyłem, aby w niniejszej pracy przedstawić lekarzowi nietylko nowoczesny stan samej nauki patologii i terapii chorób żołądka, ale i zastosować naukę do potrzeb i właściwości naszego społeczeństwa. O ile udało się mnie ten cel osiągnąć, oceni najlepiej bezstronny Czytelnik.

W Krakowie 1893.

*Autor.*

## PRZEDMOWA

### do drugiego wydania.

Gdy pierwsze wydanie niniejszego Podręcznika już do r. 1894 zostało zupełnie wyczerpane, żądano ogólnie drukowania drugiego wydania. Uważałem jednak za stosowne przeczekać przez pewien czas, aby w następnem wydaniu nagromadzić tym obfitszy materiał z bieżącej literatury doświadczalnej i klinicznej i podać Czytelnikowi książkę nową, a nie przedruk. Nie żałuję też dotychczasowego opóźnienia. W tych latach wyszło w językach niemieckim, francuskim i angielskim po kilka mniejszych i większych podręczników chorób żołądka, a nadto pojawiło się pod redakcją Boasa specjalne zbiorowe pismo peryodyczne »Archiv für Verdauungskrankheiten«. Wszystko to ułatwiło mi bardzo zebranie tak rozległego materiału bieżącego i wpłynęło na zmianę obecnego wydania. Największą, a dla praktycznego lekarza najważniejszą zmianę doznały ustępy terapeutyczne. Pojedyncze leki i metody lecznicze zostały uporządkowane, krytycznie objaśnione, i co do swej wartości na podstawie przeważnie własnego doświadczenia ocenione. Następnie została dodana dyetetyka lecznicza dotąd mało uwzględniona, jako osobny dział terapeutyczny, obejmujący Część III-cią. Umieściłem w niej szczegółowo sposoby żywienia w każdej chorobie żołądka z osobna. Opierałem się zaś przytem na jedynej dotąd w polskim języku w tym rodzaju istniejącej książce: »Kuchnia higie-

niczna ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb chorych. Ema Mattes-Jaworska. Kraków 1897«. Książka ta ułatwiła mi moje zadanie, gdyż mogłem lekarzowi wskazać jakie potrawy i napoje, których przyrządzanie w niej jest podane, mają być stosowane w pojedynczych chorobach żołądka.

Tuszę sobie, że i niniejsze wydanie w swej nowej postaci znajdzie łaskawe uwzględnienie ze strony Szanownych Kolegów.

*Autor.*

## TREŚĆ

	Str.
Przedmowa do pierwszego wydania . . . . .	VIII
Przedmowa do drugiego wydania . . . . .	IX
Ważniejsze omyłki w druku . . . . .	XIX
Wskazówki orientacyjne i objaśnienia . . . . .	XX

### Część pierwsza.

- I. Badanie zewnętrzne żołądka . . . . . 1  
Oglądanie 2. — Wyczuwanie 2. — Opukiwanie 2.

#### *Badanie wewnętrzne żołądka.*

- II. O otrzymywaniu treści żołądkowej i przepłukiwaniu żołądka . . . . . 8  
Wprowadzenie sondy 9. — Aspirator 14.
- III. Inne sposoby wewnętrznego badania żołądka . . 19  
Położenie zwierciadła płynu w żołądku. 19.  
Oznaczenie dolnej granicy za pomocą wyczuwania zgłębnikowego. 19. Prześwietlanie żołądka (Gastrodiaphania). 23. — Wziernikowanie żołądka . . . 24
- VI. Badanie czynności żołądka . . . . . 25  
Badanie żołądka na czczo. 25. — Próba białkowa. 26. — Śniadanie próbne. 27. — Obiad próbny.

	Str.
27. — Inne próby żołądkowe. 28. Zdolność chłonięcia. 29.	
V. Wejrzenie i drobnowidowe badanie treści żołądkowej.	30
VI. Badanie chemiczne treści żołądkowej . . . . .	36
Ilościowe oznaczenie kwasów w treści żołądkowej.	
45. — Badanie na zaczyny trawieńcowe. 51. —	
Badanie na wytwory trawienia. 55.	
VII. Oznaki prawidłowego stanu żołądka czeżego . .	58

### Część druga szczegółowa.

#### Rozdział I.

#### Choroby żołądka na tle anatomicznem.

##### *Choroby ostre.*

VIII. Ostry nieżyt żołądka (gastritis acuta simplex) . .	63
IX. Nieżyt żołądka zakaźny (gastritis infectiosa). . .	68
X. Ropne zapalenie żołądka (gastritis phlegmonosa) . .	69
XI. Gastritis toxica. . . . .	70

##### *Choroby przewlekłe żołądka.*

XII. Uwagi nad chorobami przewlekłemi błony śluzowej żołądka, zwanemi także nieżytowemi . .	71
---	----

##### *Choroby przebiegające ze wzmożonem wydzielaniem soku żołądkowego.*

XIII. Nadmierna kwaśność podczas trawienia. (Alkalia)	75
XV. Sokotok żołądkowy . . . . .	80
XIV. Nieżyt kwaśny żołądka . . . . .	85
Rozpoznanie różniczkowe sokotoku zwyczajnego i nieżyty kwaśnego. 89.	
XVI. Wrzód okrągły żołądka. . . . .	92
Leczenie karlsbadzkie. 108.	

*Choroby przebiegające z obniżeniem siły wydzielniczej.*

- XVII. Niedomoga wydzielnicza . . . . . 113  
Podawanie kwasu solnego. 117, 126.
- XVIII. Nieżyt śluzowy. . . . . 119
- XIX. Nieżyt zanikowy żołądka. . . . . 126  
Próba na pepsynę i zymogen podpuszczkowy. 129.  
Cirrhosis ventriculi. 132. — Degeneratio amyloidea  
mucosae. 132.
- XX. Objawy różniące wzmożone wydzielanie soku żołą-  
dkowego od obniżonego . . . . . 132
- XXI. Nowotwór rakowy żołądka. (Carcinoma ventriculi) . 134
- XXII. Rak wpustu. (Carcinoma cardiac) . . . . . 155  
Rozpoznanie różniczkowe wpustu od zwężeń innego  
rodzaju. 158. — Zondowanie przełyku 160. Endo-  
skopia przełyku. 162.
- XXIII. Krwotoki żołądkowe . . . . . 164  
Próby na krew w treści żołądkowej. 171. Trans-  
fusio. Infusio. 177.
- XXIV. Oznaki różniące wrzód okrągły od raka żołądka. 181

*Choroby żołądka z przewlekłym upośledzeniem sprawności  
mechanicznej.*

- XXV. Uwagi ogólne . . . . . 183
- XXVI. O badaniu w rozstrzeni żołądka . . . . . 186  
Intubatio duodeni. 186. — Zondowanie odźwiernika  
i dwunastnicy. 186. — Prześwietlanie X-promie-  
niami. 187.
- XXVII. Rozstrzeń żołądka czasowa (w czasie trawienia).  
Niedowład względny żołądka . . . . . 188  
Elektryzowanie żołądka. 196.
- XXVIII. Rozstrzeń żołądka trwała (właściwa). Niedowład  
zastoinowy żołądka . . . . . 203  
Sprawy fermentacyjne. 207. — Wolunter żołą-  
dkowy. 216.

	Str.
XXIX. Rozstrzeń żołądka następowa. Cieśń odźwiernika . . . . .	230
Oznaczenie ilości płynu w żołądku. 233. Spasmus pylori. 240. — Pyloritis subacuta. 240.	
XXX. Oznaki odróżniające rozstrzeń czasową (atonię) od rozstrzeni właściwej (trwałej). . . . .	241
XXXI. Przewężenia i rozstrzenie częściowe żołądka. Stenoses et dilatationes partiales . . . . .	242
Ectasia fundi, ectasia ventriculi superior. 243. — Ectasia partis pyloricae. 244. — Żołądek klepsydrowaty. 244.	

*Zboczenia topograficzne żołądka.*

XXXII. Zwiśnięcie żołądka i choroba Glénarda . . . . .	247
Oznaki odróżniające zwiśnięcie żołądka (gastroptosis) od rozstrzeni trwałej (gastrectasia) . . . . .	252
XXXIII. Częściowe obniżenie żołądka (Pionowe ustawienie żołądka, czyli zwiśnięcie części odźwiernikowej) . . . . .	263
XXXIV. O samozakażeniu i samozatruciu ze żołądka. Autoinfectio. Autointoxicatio. . . . .	266
Dyspepsia febrilis. 274.	
XXXV. Zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka i przełyku. . . . .	275

Rozdział II.

*A. Nerwice żołądka czuciowe Gastroneuroses sensitivae.*

XXXVI. Uwagi anatomiczne, fizyologiczne i patologiczne. 306	306
XXXVII. Podział nerwic . . . . .	309
XXXVIII. O rozpoznawaniu nerwic żołądka . . . . .	310
XXXIX. Etyologia, przebieg i leczenie nerwic żołądka w ogólności . . . . .	318

*A. Nerwice żołądka czuciowe Gastroneuroses sensitivae.*

XL. Przeczulice żołądkowe. Hyperaesthesiae et paraesthesiae gastricae . . . . .	321
---	-----

Str.

- Nudności. 322. — Dyspepsia sexualis artificialis. 322. — Uczucie pełności i rozdymania. 323. — Uczucie gniecienia i tłoczenia. 324. Uczucie czczości i ssania. 325. — Uczucie chłodu lub gorąca. 326. Uczucie palenia. 326. — Zgaga. 326. — Uczucie gryzienia, wiercenia lub zranienia. 327. — Uczucie ciała obcego. 327.
- XXI. Nerwoból żołądkowy. Gastralgia nervosa. Cardialgia Gastrodynia . . . . . 329  
Cardialgia digestiva anaechlorhydrica. 330. Cardialgia hyperchlorhydrica. 331. — Neuralgia intercostalis gastrica. 336.
- XLII. Zmiany w uczuciu głodu i łaknienia . . . . . 342  
1. Podniecenie uczucia głodu i łaknienia: Wileczy głód (hyperorexia, bulimia). 343. Żarłoczność (polyphagia). 344. — Bezsyty (acoria). 344. — 2. Obniżenie uczucia głodu i łaknienia. Brak łaknienia (anorexia nervosa). 345. — Psychopathia gastrica. 347. 3. Spaczenie uczucia łaknienia. Parorexia nervosa. Malacia. Pica. Allotriophagia. 352.
- B. Nerwice żołądka ruchowe. Gastroneuroses motoriae.*
- Gastrograf. 355.
- XLIII. Skurecz żołądka częściowy i całkowity. Spasmus ventriculi partialis et totalis . . . . . 356  
Skurecz wpustu. Cardiospasmus 356. — Skurecz żołądka. Gastrospasmus. 361.
- XLIV. Niepokój robaczkowy żołądka. Tormina ventriculi 361
- XLV. Odbijanie nerwowe. Eructatio nervosa . . . . . 363  
Odbijanie przełykowe. 363. — Czkawka (singultus) i aërophagia hysterica. 363. — Odbijanie żołądkowe. Eructatio gastrica. 364.
- XLVI. Zwracanie pokarmów. Regurgitatio nervosa. Vomitus oesophageus. . . . . 366
- XLVII. Przeżuwanie. Ruminatio. Mcrycismus . . . . . 368

	Str.
XLVIII. Wymioty żołądkowe nerwowe. Vomitus nervosus.	369
Wymioty ośrodkowe. 371. — Napadowe wymioty Leydena. 371. — Wymioty odruchowe. 373. — Vomitus gravidarum. 375. — Vomitus dolorosus. 375.	
XLIX. Nerwice polegające na osłabieniu ruchów. . . . .	380
Niedomykalność wpustu. Incontinentia cardiae. 380. — Niedomykalność odźwiernika. 381. — Niedowład żołądka. Atonia, akinesis ventriculi. 384. Bezwład żołądka. Ostra rozstrzeń żołądka. Paraplegia. 335.	

*C. Nerwice wydzielnicze. Gastroneuroses secretoriae.*

L. O nadmiernem wydzielaniu kwasu żołądkowego na tle nerwowem . . . . .	390
LI. Okresowy (napadowy) sokotok żołądkowy . . . . .	392
Gastroxynsis Rossbachi. 394. — Gastroxia juvenilis. 395. — Haemicrania gastrica. 395.	
LII. O nerwowym zaniku wydzielniczym. Anacidatis nervosa . . . . .	397
Objawy zaniku błony śluzowej żołądka. 398.	

*Nerwice rozsiane. Gastroneuroses vagae.*

LIII. Nerwice żołądkowe histeryczne. Gastroneuroses hystericæ . . . . .	401
Hysteria virilis. Hypochondria. 494.	
LIV. Nerwice żołądka neurasteniczne. Gastroneuroses neurasthenicæ . . . . .	405
Dyspepsia nervosa. 407. — Dyspepsia sexualis. 408. — Dyspepsia emotionis. 409. Nerwice żołądka objawowe.	

*Nerwice żołądka objawowe. Gastroneuroses symptomaticæ s. larvites.*

LV. Napady żołądkowe tabetyczne. Crises gastriques . . . . .	412
--	-----

	Str.
LVI. Przypadki żołądkowe zimnicze. Gastroneuroses malaricæ. . . . .	415
LVII. Przypadki żołądkowe błednicze. Dyspepsia chlorotica. . . . .	417
LVIII. Przypadki żołądkowe dnawe. Dyspepsia uratica (arthritica). . . . .	418
LIX. Dyspepsia toxica chronica. . . . .	420
Niestrawność z przewlekłego zatrucia tytoniowego. Dyspepsia nicotiana. 420. — Niestrawność z przewlekłego zatrucia makowcem i morfiną. Dyspepsia thebaica. 422.	
LX. Złoczenia żołądkowe następowe. Dyspepsiae secundariae . . . . .	424
Dyspepsia febrilis, sexualis, tuberculosa. 425. Przypadki żołądkowo-sercowe: Irritatio cordis dyspeptica. 428. — Dyspepsia cardiaca. 429. — Niestrawność w chorobach wątroby. 429. — Niestrawność w chorobach nerek. 430. — Niestrawność w żółkach i małokrwistości. 430. — Niestrawność w cukromoczu (diabetes mellitus). 431.	
LXI. Ważniejsze wskazówki dla badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka . . . . .	431
Wywiady. 431.— Badanie fizyczne żołądka. 532.— Wewnętrzne badanie żołądka 433. Tablica rozbioru treści żołądkowej. 435.	

### Część trzecia.

#### *Żywienie w chorobach żołądka.* 438

LXII. Ilość dzienna pokarmów. . . . .	439
Kalorye 439. Skład chemiczny pokarmów. 441.	
LXIII. Jakość pokarmów w chorobach żołądka . . . .	442
Strawność potraw 442. Potrawy jednorodne, różnorodne i obojętne. 442 — 445.	
LXIV. Strawność pokarmów według Leubego i Penzoldta .	445
Stopnie dyetetyczne. 447.	

	Str.
LXV.	Uwagi nad spożywaniem pokarmów . . . . . 448 Żucie pokarmów. 448. — Ciepłota pokarmów. 449. Ruch ciała. 449. Spokój psychiczny 450.
LXVI.	Żywienie w niezycie ostrym . . . . . 451
LXVII.	Żywienie w chorobach żołądka z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego . . . . . 453 Pokarmy utajające kwas solny. 453. Dyeta przeciw- kwasowa (regimen antacidum). 455. Napoje wy- skokowe 458.
LXVIII.	Żywienie w przebiegu niepowikłanego wrzodu okrągłego . . . . . 460 Lawatywy odżyweze. 460. — Leczenie według Ziemssena i Leubego. — 463. Dyeta mleczna. 463. Krakowskie mleko wielokrotne (Kraftmilch). 464. Dyeta karlsbadzka 466.
LXIX.	Żywienie w chorobach żołądka z obniżeniem lub brakiem kwasu solnego . . . . . 467 Regimen acidum 468. Przetwory odżyweze 470. Napoje wysokokowe 471. Leczenie winogronowe 473. Sól kuchenna 473.
LXX.	Żywienie w raku żołądka . . . . . 474 Dyeta pożywna 474.
LXXI.	Żywienie w krwotokach żołądkowych . . . . 477 Dyeta ścisła 478.
LXXII.	Żywienie w niedomodze mechanicznej i w rozstrzeni żołądka . . . . . 480 Dyeta w przeczulicy żołądka 483. Pokarmy przeciw- fermentacyjne 484. Dyeta sucha 486. Klimat wysokogórski (Freiluftcur) 487. Żywienie w zwiśnięciu żołądka . . . . . 489
LXXIII.	Żywienie w niestrawności gorączkowej . . . . 489 Dyeta gorączkowa 489.
LXXIV.	Żywienie w nerwicach żołądka . . . . . 490 Sedativa gastrica 490. Saturientia 491. Appetentiam juvantia 492. Pokarmy jednorodne (homogenes) . 494 Literatura . . . . . 496 Spis rzeczy abecadłowy . . . . . 504

## Ważniejsze omyłki w druku.

Str.	wiersz	zamiast	czytaj
2	16 od góry	gazów	guzów
14	14 " "	Metzing	Meltzing
32	9 " "	rycina 8	rycina 10
54	6 " "	1 0/0	1 0/0-go
60	5 od dołu	wodą ciepłą	roztworem fizyologicznym
158	6 od góry	w późniejszym	w początkowym
186	15 od dołu	intubatis	intubatio
263	2 od góry	gastropexis	gastropexis
263	3 od dołu	Lecz u	Lecz i u
264	8 od góry	gazów	guzów
328	14 " "	(około 4°)	(około 40°)
378	2 " "	samego z kroplami	samego lub z kroplami
378	13 od dołu	Merck 20	Merck 20
389	7 " "	Parlow i Schumolowa	Pawlow i Schumowa Simanowskaja



## Wskazówki orientacyjne.

(Porównaj notatkę \*) na stronie pierwszej).

Str.	patrz	str.	Str.	patrz	str.
1 <sup>1)</sup>		431 ust. LXI.	58 <sup>18)</sup>		209
2 <sup>2)</sup>		144, 213, 7. a	59 <sup>19)</sup>		333—336
2 <sup>3)</sup>		96, 144	65 <sup>20)</sup>		267
4 <sup>4)</sup>		355	76 <sup>21)</sup>		391
8 <sup>5)</sup>		214, 215	78 <sup>22)</sup>		394
12 <sup>6)</sup>		246	78 <sup>23)</sup>		453
19 <sup>7)</sup>		197	88 <sup>24)</sup>		235, 269
25 <sup>8)</sup>		162	100 <sup>24)</sup>		230
34 <sup>9)</sup>		69	100 <sup>25)</sup>		381
34 <sup>10)</sup>		267	105 <sup>26)</sup>		186
35 <sup>11)</sup>		81	117 <sup>27)</sup>		400
36 <sup>12)</sup>		171	118 <sup>28)</sup>		208
36 <sup>18)</sup>		61	124 <sup>29)</sup>		<del>224</del>
37 <sup>14)</sup>		453	131 <sup>27)</sup>		220
44 <sup>15)</sup>		210	211 <sup>1)</sup>		268
53 <sup>16)</sup>		129	212 <sup>1)</sup>		356, 359
54 <sup>16)</sup>		129	212 <sup>2)</sup>		364, 380
55 <sup>17)</sup>		233	232 <sup>1)</sup>		233.



## CZEŚĆ I.

### B a d a n i e.

Badając chorych, uskarżających się na dolegliwości żołądkowe, należy pamiętać, że nie zawsze ma się przed sobą chorobę żołądka, lecz często cierpienie innego narządu, które jest przyczyną przypadłości żołądkowych. To też badanie chorego rozpoczyna się od ogólnych wywiadów, potem przystępuje się do pojedynczych narządów, a w końcu dopiero należy się wypytać szczegółowo o przypadłości ze strony żołądka i jelit. Na które okoliczności należy przytem zwrócić szczegółową uwagę, będzie mowa dopiero po zapoznaniu się ze szczegółową patologią żołądka, t. j. przy końcu części drugiej<sup>1)</sup> \*).

#### I. Badanie zewnętrzne żołądka.

Zanim się przystąpi do fizycznego badania żołądka, należy zbadać wprzód kolejno inne narządy ustroju, a to z przyczyny wyżej wymienionej.

\*) Liczby <sup>1)</sup> <sup>2)</sup> <sup>3)</sup>... odnoszą się do ustępu umieszczonego powyżej przed Częścią I. pod nagłówkiem: Wskazówki orientacyjne. Tam można odnaleźć stronnice odnośnych ustępów, na które się autor powołuje, aby uniknąć powtarzań. Również i w Spisie alfabetycznym, umieszczonym przy końcu niniejszego dzieła, można wyszukać objaśniające miejsca dla wyrażen, wymagających bliższych wyjaśnień.

1. **Oglądanie** okolicy żołądka może wykazać wysadzenie, wyniosłości ograniczone, bruzdy, ruchy i t. d., o czym w ustępach o rozstrzeni i raku żołądka szczegółowo mowa będzie <sup>2)</sup>.

Tu zwracam uwagę na zjawisko dotąd w celach rozpoznawczych jeszcze należycie nie użytowane, że u osób z powłokami brzuszными cienkimi wobec napełnionego żołądka, można zauważać przy każdym głębokim wdechu przesuwanie się żołądka (otrzewnej żołądkowej po otrzewnej ściennej) ku dołowi a we wielu przypadkach można oznaczyć rozmiary i dolną granicę żołądka. Po napełnieniu żołądka gazem (p. str. 6), zjawisko powyższe, które przypomina objaw przeponowy Littena, jest jeszcze widoczniejsze.

2. **Wyczuwanie** okolicy żołądka odbywa się w sposób znany z ogólnego badania. W trudnych przypadkach wypadnie wyciągnąć wprzód treść żołądkową, a jelita opróżnić z kału. Chłapowski zauważył, że wyczuwanie gazów jamy brzusznej w kąpieli cieplej staje się wyraźniejsze. Najdokładniej wyczuwa się w narkozie z powodu zupełnego zwiócenia mięśni brzusznych. Wyczuwanie należy rozpoczynać zwolna, naciskając lekko zwiócone powłoki brzuszne ciepłymi palcami, a dopiero później ucisk stopniowo zwiększać. Wyczuwanie może wykazać: bolesność, zwiększenie oporności, guzy, chębotanie. Znaczenie tych objawów będzie szczegółowo wyjaśnione w ustępach o rozstrzeni, raku i wrzodzie żołądka <sup>3)</sup>.

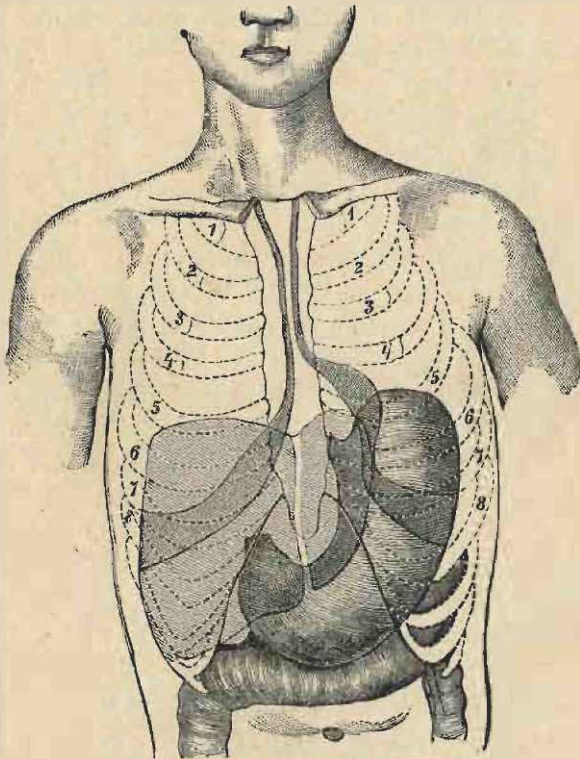
O mierzeniu bolesności zapomocą algometryru p. ustęp o wrzodzie okrągłym.

3. **Opukiwanie** okolicy żołądka ma przeważnie na celu oznaczenie wymiarów i granic takowego. Opukuje się wogóle bardzo lekko na wąskim plesymetrze lub na palcu.

Dla ocenienia zbieżeń we wymiarach żołądka, należy uwzględnić stosunki topograficzne tegoż w stanie prawidłowym (p. rycina 1). Lecz one przedstawiają się odmiennie u osoby leżącej a stojącej. Wszystko co się dotyczy położenia żołądka w tym ustępie, odnosi się tylko do położenia leżącego.

Żołądek próżny leży skurczony pod łukiem żebrowym lewym i jest dla badania fizycznego nieprzystępny. Podczas miernego napełnienia n. p. po obiedzie, leży przeszło  $\frac{3}{4}$  żołądka t. j. dno (*fundus*) po lewej stronie, a niespełna  $\frac{1}{4}$  żołądka, w tem całą część odźwiernikowa (*pars pylorica*) po prawej stronie linii pępko-

wej pionowej. Żołądek przytyka w górze swoim dnem przeważnie do przepony, a krzywizną małą do wątroby. Wzdłuż dolnej powierzchni żołądka przebiega dwunastnica i jelito poprzeczne. Na prawo sięga żołądek do woreczka żółciowego, a na lewo do



Rycina 1.

śledziona, we wielu jednak przypadkach wsuwa się między żołądek a śledzionę jelito poprzeczne. Najsakrajniejsze punkty żołądka rzucane na przednią powierzchnię ciała są: najwyszy punkt leży najczęściej w linii sutkowej w czwartym lewym przestworze międzyżebrowym, najniższy punkt krzywizny dużej leży na przedłużeniu linii przymostkowej lewej, nie dosięgając jednak linii pępkowej poziomej w  $\frac{2}{3}$  odległości od wyrostka mieczykowatego do pępka, co odpowiada mniej więcej wysokości dolnego końca chrząstki 10-go żebra. Odległość tego najniższego punktu żołądka

ponad linią pępkową poziomą wynosi 2—3 palcy. Najsakrajniejszy punkt lewy żołądka odpowiada przecięciu linii pachowej przedniej ze 7-em żebrzem. Najwięcej na prawo wysunięty punkt żołądka (*pars pylorica*), odpowiada miejscu przyczepienia 9-go do 8-go żebra prawego. Wpust (*cardia*) odpowiada miejscu przyczepienia 6-go żebra lewego do mostka, a miejsce odźwiernika (*pylorus*) leży dość często w punkcie przyczepienia 8-go do 7-go żebra prawego. Wpust leży przeto stale wyżej niż odźwiernik, a krzywizny tak mała jak i duża biegną skośnie od góry ku dołowi (a nie poziomo), który to kierunek jest ważny dla układania się treści pokarmowej \*) i dla przebiegu sondy miękkiej w żołądku (p. str. 19).

Ponieważ krzywizna mała, część odźwiernikowa, wpust i odźwiernik pokryte są lewym płatem wątroby, zatem tylko niewielka część żołądka jest przystępną badaniu fizycznemu. A mianowicie dla dotyku i wypuku dostępna jest tylko przednia ściana żołądka od lewego łuku żebrowego do dolnej granicy, o ile nie pokrywa jej lewy płat wątroby. Dla wypuku przystępna jest również ta sama część żołądka, wydająca odgłos wypukowy bębnekowy niski, a oprócz tego jeszcze pod łukiem żebrzym lewym ukryta część dna, która otoczona jest lewym płatem wątroby, dolnym brzegiem płuca lewego i śledzioną, przyczem się zdarza, że między żołądek i śledzionę wciska się część poprzeczniccy. Wypuk nad tą częścią żołądka jest jawny bębnekowy, a przestrzeń ta wypukowa znana jest klinicystom pod nazwą o b s z a r u p ó ł k s i ę z y c o w e g o T r a u b e g o. W. Biegański zajmował się tą kwestyą ze wszystkich autorów najwięcej szczegółowo, a jako wynik swych poszukiwań uskuteczniionych na 200 osobach w trzy godziny po śniadaniu, podaje następujące granice wypukowe dla obszaru półksiężycowego: Zaczynając opukiwanie od wyrostka mieczykowatego i postępując lewym brzegiem żebrzym, a ciągle lekko opukując, spotykamy wkrótce punkt, gdzie stłumiony odgłos wątroby przechodzi w bębnekowy. Punkt ten odpowiada połączeniu chrząstek 7-go i 8-go żebra. Posuwając się dalej brzegiem żebrzym, ciągle lekko opukując, napotykamy miejsce, gdzie odgłos bębnekowy przechodzi albo w stłumiony, albo w bębnekowy innej wysokości. Miejsce to odpowiada zwykle połączeniu chrząstek 9-go i 10-go żebra. Następnie opukujemy na linii sutkowej jak zwykle z góry na dół i wyszukujemy

miejsca, gdzie odgłos opukowy płucny przechodzi w bębnekowy. Miejsce to odpowiada zwykle górnemu brzegowi 7-go żebra. Określenie tych 3-ch punktów jest niedostatecznym, potrzeba jeszcze odnaleźć punkt 4-ty. Odnajdziemy go, jeżeli będziemy opukiwali poczynając od linii pachowej środkowej wzdłuż 9-go międzyżebra ku wewnątrz, aż natrafimy na miejsce, gdzie stłumiony odgłos opukowy śledziony przechodzi w bębnekowy. Znajduje się to miejsce na 8-em lub też pomiędzy 8-em i 9-em żebrzem na linii pachowej przedniej, w wypadku, jeżeli śledziona jest całkiem prawidłowa. Miejsce to odpowiada wierzchołkowi kąta zwanego płucno-śledzionowym.

Niektórzy autorowie (Wagner, Pacanowski) podają powyżej przytoczone granice nieco odmiennie. Według Pacanowskiego leży górna granica prawie o jedno żebro wyżej, a mianowicie w linii przymostkowej na dolnym brzegu 5-go żebra lub w 5-tem międzyżebżu, w linii sutkowej w 5-tem międzyżebżu lub sięga do 6-go żebra, w linii pachowej przedniej na dolnym brzegu 7-go żebra lub też na 8-mem. Różnice we wynikach autorów pochodzą stąd, że rozmiary żołądka nie przedstawiają wielkości stałej, lecz według napełnienia się zmieniają.

Przy opukiwaniu półksiężycowego obszaru natrafiamy niekiedy na trudności, które też Biegański zaznacza. Jeżeli żołądek jest zupełnie pusty lub całkowicie wypełniony pokarmową miazgą, to daje odgłos stłumiony, co utrudnia znacznie określenie granic obszaru półksiężycowego. Wtedy bowiem nie jesteśmy w stanie odgraniczyć wątroby od żołądka, stłumiony opukowy odgłos wątroby przechodzi bezpośrednio w stłumienie na okolicy żołądka. Druga trudność polega na odgraniczeniu żołądka od poprzecznicy, w tym przypadku, jeżeli poprzecznica jest wypełniona gazami; wtedy na miejscu tej ostatniej przy opukiwaniu otrzymujemy także odgłos bębnekowy. Dla odróżnienia zmuszeni jesteśmy wtedy kierować się różną wysokością bębnekowego odgłosu. Słup drgający powietrza w poprzecznicy, ze względu na rozmiary tej ostatniej, jest mniejszy od słupa powietrza zawartego w żołądku, przez co i ton daje zwykle wyższy. Może się jednak zdarzyć przy różnej prężności gazów żołądka i poprzecznicy, że różnica wysokości odgłosu bywa bardzo nieznaczna, prawie niedostrzegalna. Nakoniec trzecią trudność spotykamy przy opukiwaniu wtedy, kiedy żołądek

bywa znacznie wyдутy gazami. Opukiwanie wtenczas bywa bardzo utrudnionem, wszędzie prawie spotykamy podźwięk bębenkowy na granicach. Jeszcze przy lekkim opukiwaniu ze strony wątroby i płuc łatwiej możemy wynaleźć granicę, lecz ze strony śledziony i poprzeczniczy, niewypełnionej kałem, natrafiamy na nieprzewyciężone przeszkody. Najślabsze nawet opukiwanie cienkiej, niepowiększonej śledziony daje odgłos bębenkowy i odgraniczenie żołądka od śledziony staje się niekiedy całkiem niemożliwym.

Na jedną jeszcze okoliczność wypukową dotąd niewuwzględnioną należy mnie zwrócić uwagę. Jeżeli w żołądku, a zwłaszcza rozszerzonym znajduje się większa ilość płynu, to wypuk bębenkowy nad obszarem półksiężycowym zmienia się na tępy, jeżeli chory położy się na bok lewy. Tego sposobu można użyć, aby wykazać obecność płynu w żołądku. Częściowe tylko zwiększenie przytłumienia obszaru półksiężycowego od strony prawej przy przejściu w położenie lewoboczne nie pochodzi od płynu żołądkowego, lecz od obsunięcia się lewego płatu wątroby.

Ważniejszem jest jeszcze oznaczanie rozmiarów wypukowych podłukowej przestrzeni żołądka, a mianowicie dolnej granicy. Wyniki wypukowe zgadzają się mniej więcej z rozmiarami anatomicznymi tej części żołądka, wymienionymi już wyżej (p. str. 4, 5); dlatego ich tu nie powtarzam. Lecz mają one względne tylko znaczenie, gdyż są tylko ważne dla żołądka w położeniu leżącym o średnim napełnieniu, co się uskutecznia przez wypicie pewnej ilości wody, albo przez wydęcie gazem o pewnej prężności.

Chcąc żołądek wypełnić gazem celem uwidocznienia i oznaczenia jego granic zapomocą wypuku, do czego S. Fenwick jeszcze w r. 1868 używał wody sodowej, wydyma się go według Frerichs'a kw. węglowym, podając rano naczeczko, stosownie do rady Ziemssena osobno do wypicia 6 gm. (łyżeczkę) kw. winowego i 5 gm. dwuwęglanu sodowego, rozpuściwszy wprzód każdy proszek w małej ilości (ćwierć szklanki) wody. Kw. węglowy wytwarzający się z tej mieszaniny w żołądku wystarcza u dorosłych do miernego wydęcia żołądka prawidłowego. To samo można osiągnąć, jak to opisałem w r. 1883, przez wprowadzenie powietrza zapomocą baloniku lub rozpylacza przez sondę żołądkową zamykając ją następnie zapomocą ściskacza. Tego sposobu wydymania

naależy zawsze używać, jeżeli chory znosi sondę, gdyż tu można według potrzeby miarkować ilość wprowadzonego gazu. Przy wprowadzeniu stosownej ilości gazu, żołądek tak się wyraźnie zarysowuje, że oznaczanie jego dolnej granicy zapomocą wypuku staje się zbyt łatwe.

Wypukiwanie wydętego żołądka odbywa się w pozycji leżącej, a opukuje się lekko, najlepiej na palcu. Granice średnio wydętego żołądka uwidocznione są na rycinie 1. (str. 3), a rozmiary podane już wyżej (p. str. 4). Pacanowski oznaczył jeszcze z jednej strony odległość najwyższego i najniższego punktu (wysokość), z drugiej odległość najbardziej na prawo i najbardziej na lewo wysuniętych punktów (szerokość) obszaru odgłosu bębnowego żołądka, który zapomocą opukiwania wykazać się daje. U mężczyzn wynosi zwykle wysokość 15 cm., u kobiet 10 cm. Szerokość wynosi u mężczyzn najczęściej 20 cm., a u kobiet 18 cm.

Przeszkody w oznaczeniu dolnej granicy wydętego żołądka mogą zajść te, że przy pewnym napięciu gazów w poprzecznicy a nawet w jelitach cienkich może powstać nad nimi odgłos bębnowy o tej samej wysokości co i w żołądku, — odgraniczenie narządów przeto niemożliwe; albo gaz zbyt szybko opuszcza żołądek przechodząc do jelit, nim jeszcze opukiwanie może być ukończone (niedowład odźwiernika). Zdarza się to częściej po wydeciu powietrzem niż kw. węglowym. Wobec świeżo przebytego krwotoku żołądkowego lub świeżego wrzodu okrągłego należy zaniechać wydymania żołądka.

Jeżeli żołądek jest miernie wypełniony, można jego granice (dolną i półksiężycowy obszar) oznaczyć zapomocą fonendoskopu (Bazzi-Bianchi), co się w ten sposób skutecznia, że przykłada się sztyfcik tego przyrządu w miejscu, gdzie się znajduje żołądek i skrobie palcem po powierzchni skóry, oddalając się od sztyfcika w promieniach na wszystkie strony i równocześnie osłuchuje fonendoskopem, — to jak długo palec znajduje się nad żołądkiem, słyszy się silne skrobanie z niskim podźwiękiem metalicznym; poza granicami żołądka staje się skrobanie mniej słyszalne, a podźwięk metaliczny albo znika, albo przyjmuje inną wysokość.

O oznaczaniu dolnej granicy innymi jeszcze sposobami, jak przez wywołanie chęłbotania<sup>5)</sup>, zapomocą zondy, diafanoskopu, i t. p., będzie jeszcze mowa w następnym ustępie.

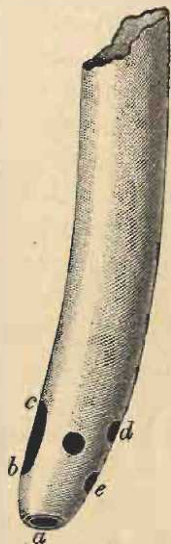
## Badanie wewnętrzne żołądka.

Takowe odbywa się przy pomocy przyrządów, które się wprowadza do żołądka jako to: zondy, diafanoskopy, wzierniki i t. d.

### II. O otrzymywaniu treści żołądkowej i przepłukiwaniu żołądka.

1. W celu wydobywania treści z żołądka używane bywają cewy żołądkowe zwane „zondami“, stosowane w połączeniu z pompą pierwszy raz w r. 1810 przez Dupuytren'a, jakoteż równocześnie przez angielskiego lekarza E. Jukes'a w zatruciach. Dobra zonda żołądkowa ma następujące własności: a) Jest z najmniejszego kauczuku cisawo-czerwonego, tak zwanego patentowego, aby jak najmniej drażniła przy wprowadzeniu. — b) Długość wynosi conajmniej 85 cm., gdyż na odległość od zębów do początku przełyku liczy się 15 cm., stąd do wpustu 25 cm., od wpustu do dolnej krzywizny w stanie prawidłowym 20—25 cm., czyli razem od zębów do dolnej ściany żołądka 65 cm., w stanie zaś nieprawidłowym o wiele więcej; grubość zaś zondy powinna wynosić około 10—12 mm. Dla lepszego oryentowania się, należy górną część zondy opatrzyć podziałką centymetrową. — c) Górna część zondy powinna być zakończoną lejkwato dla dogodniejszego wprowadzenia cieczy i dla lepszego przystosowania rurki lub korka. — d) Dolna i najważniejsza część zondy jest zamknięta i zupełnie gładka, aby przy wprowadzaniu nie podrażniała do odruchów; opatrzona jest dwoma podłużnymi naprzeciwległymi oczkami, umieszczonemi o ile możności jak najniżej, jedno na  $\frac{1}{2}$  a drugie na 1 cm. od dolnego końca. W razie wyższego położenia oczek sięga górne ponad powierzchnię cieczy w żołądku, przez co dokładne wypróżnienie staje się prawie niemożliwe. Jeszcze racjonalniejszą okazuje się zonda z otwartym końcem i okienkiem na  $\frac{1}{2}$  cm. nad końcem zondy umieszczonem, a równocześnie z kilkoma drob-

nymi otwórkami leżącymi naprzeciw oczka. Praktyka okazała jednak, że jeżeli światło zond dołem otwartych jest za szerokie, to one przechodząc brzegiem końcowym po błonie śluzowej połyku i przełyku, podrażniają wiele osób do krztuszenia się i wymiotowania. Za najstosowniejszy kształt i wymiary dla końca zondy uważam te, jakie są podane na rycinie 2. Średnica zondy 11 mm., światło przy  $a$ , 4 mm.,  $ab = 5$  mm.,  $bc = 10$  mm.,  $ae = 5$  mm.,  $ad = 15$  mm., średnica oczek 3 mm. — W celu zondowania osesków używa Ebstein cewników Nelatona Nr. 8, 9, 10. Zond twardych, najlepiej jeszcze plecionych angielskich, które w wodzie gorącej zanurzone miękna, tylko w poszczególnych celach jeszcze się używa, gdyż wprowadzenie ich jest dla chorych wielce nieprzyjemnem. — W nagłej potrzebie, n. p. w otruciu użył Ewald do zondowania zwykłej kauczukowej rury od gazu, a zamiast lejka flaszkę z odtłuczonem dnem. — Zondy żołądkowe winny być aseptycznie utrzymywane przed i po użyciu roztworem kw. borowego wymyte, albo lepiej jeszcze wyparzone wrzącą wodą. U chorych dotkniętych rakiem, kiłą lub gruźlicą należy używać zond osobno oznaczonych.



Rycina 2. Dolny koniec zondy żołądkowej w naturalnej wielkości.

2. Wprowadzenie zondy miękkiej jest przy dobrej woli chorego łatwe. Jeżeli chory obawia się zabiegu, należy wprzód przedsięwziąć ten zabieg na osobie już kilkakrotnie zondowanej w obecności chorego. Przed zondowaniem każe się pacjentowi suknie porozpinać, sztuczne zęby wyjąć, potem kilkakrotnie przeplukać jamę ustną wodą przekroploną, aby stąd nie dostały się zanieczyszczenia do treści żołądkowej. Podobnież wymyć należy zondę i ręce własne w obecności chorego wodą przekroploną. Chorego poucza się, aby na dany znak wykonywał ruchy połykowe, bez czego zonda przez połyk by nie przeszła, dalej aby swobodnie oddychał, nie krztusił się i nie miał trwogi, że się udusi. Przed zondowaniem należy jeszcze odmierzyć na chorym odległość od pępka aż do brzegu zębów i oznaczyć ołówkiem na zondzie, aby przy przesuwaniach zondy można się łatwiej oryen-

tować. Wprowadza się koniec sondy biorąc go prawą ręką, jakoby pióro do pisania w odległości 10 cm. od dolnego końca, do otwartej jamy ustnej, dążąc do dolnej części połyku, a gdy sonda przybliży się do tylnej ściany połyku, każe się wykonywać ruchy połykowe; wtedy przy lekkim wpychaniu przechodzi ona z małym oporem ponad tylną częścią krtani, która to chwila jest najkrytyczniejszą, gdyż chory doznaje albo silnego drażnienia do kaszlu, albo uczucia dławienia, albo sonda się zagina i zwija. Dlatego należy przez to miejsce sondę szybko przepchnąć, następnie kazać zaprzestać połykania a natomiast głowę naprzód przegiąć i swobodnie oddychać, poczem się sondę aż do punktu zaznaczonego zwolna posuwa tak, aby przez podrażnienie błony śluzowej żołądka zbytnich odruchów nie wywoływać. U wielu chorych potrzebne jest wprowadzenie dwóch palców lewej ręki do ust, a to w celu silnego naciśnięcia szczęki dolnej, inaczej nie są w stanie wykonywać ruchów połykowych. Dla uchronienia się od ukąszenia można w koniecznej potrzebie włożyć korek między zęby trzonowe. **Bywają osoby**, u których z powodu silnej wrażliwości błony śluzowej połyku, sondy wprowadzić nie można. Wówczas pomaga poprzednie pędzlowanie podniebienia miękkiego i połyku 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ym roztworem chlorku kokainowego, którego chory połykać nie powinien. — Przy sondowaniu bierzemy jednak na uwagę możliwość wprowadzenia sondy do tehawicy (Gersuny), co objawia się napadami silnego krztuszenia się i sinicą; wobec tych objawów należy sondę szybko wyciągnąć. Nie należy chorym dozwalać kaszlać, krztusić się i obok sondy wymiotować, a to z obawy, aby treść nie dostała się do tehawicy i nie wywołała zrazikowego zapalenia płuc. Obawa jednak zakrztuszenia się, jakoteż wprowadzenia sondy do krtani nie jest wielką, zawsze jednak przy użyciu kokainy jest to możliwem. Ze względu na możliwość połknięcia sondy przez chorego, należy takową, zwłaszcza jeżeli jest krótka, zaopatrzyć mocnym sznurkiem, zapomocą którego można by połkniętą sondę wyciągnąć.

W pewnych przypadkach należy zupełnie zaniechać sondowania, a mianowicie: a) W razie obawy lub istnienia krwotoku żołądka szczególnież wskutek wrzodu, chociaż niektórzy autorowie francuscy, a ostatnimi czasy Minkowski widzieli dobre skutki z wypróżnienia żołądka z treści krwawej. Ja

miałem starszą pacyentkę, która z powodu bólów połączonych z ciemnymi wymiotami zasięgała mej porady. Dla rozstrzygnięcia, czy niemam tu do czynienia z rakiem, wypadało użyć sondy, lecz w przypuszczeniu, że może wymioty, które przed kilkoma dniami się pojawiły, były krwawe, zaniechałem zondowania i tego nie pożałowałem. W tydzień potem przedsięwzięta sekcyja wykazała przebicie ściany żołądka przez rozpadający się płaski nowotwór rakowy. Oprócz tego w kilku miejscach były tak znaczne ubytki warstw żołądka, że przeświecała błona surowicza, która z wielką łatwością dała się przebić. — *b*) Jeżeli niedawno poprzedzały większe krwotoki z innych narządów (płuc, macicy i t. d.), lub chorey przebył udar mózgowy. — *c*) W chorobach narządu krążenia, jako to: w zmianach miażdżycowych znacznego stopnia, wobec tętniaków i niewyrównanych wad zastawkowych. We wadach zastawkowych wyrównanych stosowałem kilkakrotnie zondowanie żołądka bez szkody dla narządu krążenia. — *d*) W ostatnich tygodniach ciąży. — *e*) U osób osłabionych, a szczególnie w charakterze starcem, gdyż osłabienie po zondowaniu bywa jeszcze większe. Wypadki niepomyślne wskutek zondowania żołądka zdarzają się bardzo rzadko, zwłaszcza obecnie, gdy się używa wyłącznie sond miękkich.

Wydobycie treści żołądkowej zapomocą sondy ma albo cel leczniczy (Kussmaul 1869), albo rozpoznawczy (Leube 1871), lub doświadczalny, które to zastosowanie przezemnie rozpowszechnione wyrugowało w znacznej części doświadczenia nad trawieniem żołądkowem, wykonywane przedtem wyłącznie na zwierzętach lub przypadkowych przetokach u ludzi.

3. Już przez samo zondowanie może być żołądek u niektórych osób tak podrażniony, że wypycha drogą odruchową pewną część treści przez sondę w ilości dostatecznej do zbadania. Przy równoczesnym użyciu tłoczni brzusznej w sposób podobny do stękania, wydalanie bywa przyspieszone. Ten sposób otrzymywania treści zwany przez Ewalda **wytłaczaniem** nie w każdym przypadku się udaje, a może być jeszcze prościej i bez sondy wykonany przez podrażnienie polyku chorągiewką od pióra, lub przez wdymanie powietrza zapomocą rozpylacza w to same miejsce, przez co u wielu osób powstają odruchowe wymioty.

4. Dla dokładnego wypróżnienia żołądka i zebrania treści, jakoteż w celu zabezpieczenia od zawodu przy wytłaczaniu, łączy się zondę z przyrządami ssącymi (aspiratorami), które bywają rozmaitej konstrukcyi (p. niżej). Używając tych przyrządów, należy zwrócić uwagę na następujące okoliczności: Dla dokonania dokładnego wypróżnienia żołądka należy zondę powoli to na dół, to w górę przesuwając, gdyż oczko górne może się znajdować ponad cieczą, z powodu zbyt wysokiego umieszczenia; ale i oczko dolne może się wysoko ustawić przy łukowatym wygięciu dolnego końca zondy po zbyt głębokim jej wprowadzeniu. Przesuwania zondy, co choremu zawsze pewien rodzaj nieprzyjemności sprawia, nie należy nigdy przedsiębrać podczas próżni w żołądku, lecz wprzód wpuścić powietrze, gdyż błonę śluzową wkliniowaną w oczko, można bardzo łatwo wyrwać podczas przesuwania. Aczkolwiek według dotychczasowych obserwacji, przypadki oderwania błony śluzowej przebiegały bez żadnych przypadłości, to jeżeli się dostrzeże większe strzępy błony śluzowej, albo ciecz wypływająca z żołądka jest czerwonawo zabarwiona, należy zondowanie przerwać, a choremu przez cały dzień podawać tylko zimne płyny (mleko kwaśne) w małych ilościach. Oderwania drobnych strzępów błony śluzowej w niektórych przypadkach, jak w niezycie śluzowym ustrzedz się nie można, a strzępy te dają materiał do badania drobnowidowego w celu rozpoznawczym.

Zatkanie zondy kawałkami treści pokarmowej staramy się usunąć, albo przez wdmuchiwanie powietrza do zondy balonikiem, jeżeli zamierzamy wydobyć nierozcieńczoną treść, albo przez wprowadzenie wody do zondy stosownie do budowy przyrządu aspiracyjnego, a jeżeli i to drożności nie przywraca, należy zondę wyjąć. Żadną zondą nie można żołądka z płynu w zupełności wypróżnić. Stosownie do osoby pozostają w żołądku rozmaite ilości płynu (50 cm<sup>3</sup> i więcej). Bywają nawet przypadki, że pomimo obecności znacznej ilości płynu, który przedtem np. dla doświadczenia do żołądka wiano, nie można go zondą napowrót wydobyć (*ectasia paradoxa*)<sup>6)</sup>. Można jednak w tych przypadkach zapomocą metody, przezemnie jeszcze w roku 1882 podanej (p. Literatura), oznaczyć w przybliżeniu całkowitą ilość treści zawartej w żołądku. Metoda jednak ta zmodyfikowana ostatnimi czasy (1895) przez Straussa nie weszła dotąd w użycie praktyczne.

5. Zapomocą znanego powszechnie sposobu lewarowego (zonda żołądkowa połączona z lejem Hegara) można w najprostszy sposób otrzymać treść ze żołądka, ale rozcieńczoną pewną ilością wody. Riegel powiada jednak, że otrzymuje sposobem lewarowym treść żołądkową zupełnie nierozcieńczoną. Dla przepłukiwania żołądka jest sposób lewarowy bardzo dogodny. Trzeba jednak i tu także wielkiej wprawy, gdyż zdarza się niejednokrotnie że przy użyciu lewaru więcej wody zostaje w żołądku, niż pierwotnie było treści, a to się dzieje zwykle, jeżeli w żołądku znajdują się kawałki pokarmów, co chwila światło sondy zatykające. Fleiner radzi też w celu dokładniejszego wypróżnienia żołądka położyć chorego na brzuch i przepłukiwanie w tej pozycji zakończyć.

6. W celu przepłukania żołądka lepsze oddaje usługi modyfikacya lewaru żołądkowego, podana przez L. Rosenthala



Rycina 3.

(p. rycina 3). Do sondy *a* wkłada się jedno ramię *b* rury szklanej mającej kształt **T**, drugie ramię *d* łączy się zapomocą rury kau-

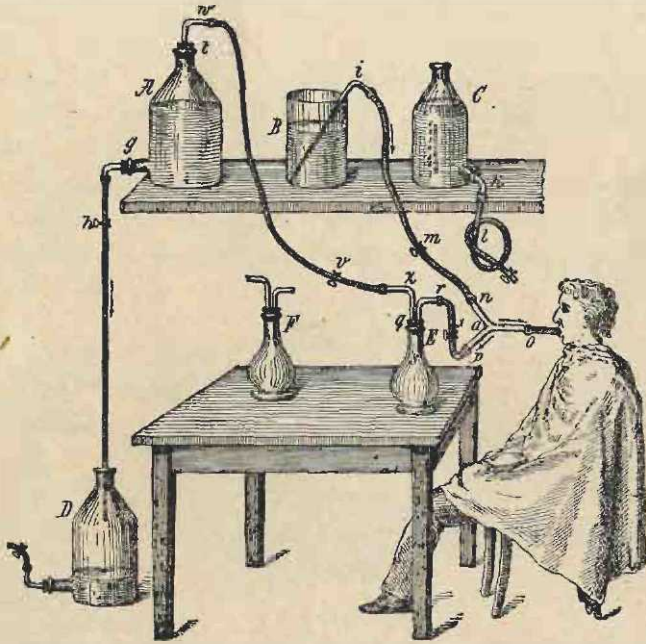
czukowej ze zwyczajnym irygatorem na podwyższeniu umieszczonym, a trzecie ramię kończy się dłuższą rurą kauczukową *e*, i prowadzi do naczynia na ziemi ustawionego, tworząc ramię lewara. Tym przyrządem może chory sam sobie wygodnie urządzać przepłukiwania. Przy wypuszczaniu z irygatora wody rurą *d*, *c*, *e* zostaje treść z żołądka porwana, a gdy takowa już przestanie wypływać, wprowadza się ciecz z irygatora do żołądka drogą *d*, *c*, *b*, zaciskając tymczasem palcem lub ściskaczem rurę odpływową *e*, poczem powtarza się tę samą manipulację co na początku, tak długo aż zupełnie czysta woda z żołądka wypływa.

Również dobre usługi oddaje przyrząd ssący Reichmanna wyrobu mechanika Berendta w Warszawie.

7. Z dwulitrowej koneweczki Hegara można bardzo łatwo urządzić przyrząd do samoprzepłukania żołądka. Powiesić koneweczkę na wysokości głowy na ścianie, przytwierdzić do jej dziubka rurkę kauczukową na  $\frac{1}{2}$  metra długo, połączyć zapomocą kurka z drugą rurką kauczukową na 1 metr długości (w braku kurka zapomocą rurki szklanej, a odpływ wody przerywać zaciskaczem); — drugi koniec 1-metrowej rurki połączyć szczelnie za pomocą rurki szklanej ze zondą przeprowadzoną wprzód do żołądka. — Wprowadzić wodę przez otwarcie kurka lub zaciskacza do żołądka, — prąd wody przerwać, — odłączyć koniec rurki 1-metrowej od kurka (względnie rurki szklanej), zacisnąwszy ją równocześnie palcem, by woda do żołądka nie spłynęła, — spuścić rurkę szybko na dół, to ze żołądka spływać będzie treść do naczynia podstawionego na ziemi. Gdy ciecz zaprzestanie płynąć, złączyć napowrót rurkę z kurkiem, wprowadzać wodę do żołądka, przerwać prąd, rozluźnić połączenie z kurkiem jak wyżej, i przedłużać przepłukiwanie.

8. Chcąc o ile możności całą ilość niezmienionej treści żołądkowej dokładnie zebrać, a przytem przepłukać żołądek, albo wykonywać doświadczenia nad trawieniem żołądkowem, używam od wielu lat aspiratora żołądkowego (p. rycina 4), składającego się z kilkilitrowej flaszki aspiracyjnej *A* wypełnionej wodą zwyczajną, zbiornika *S*, w którym się treść żołądkowa nagromadza, jeżeli przez wypływanie wody z flaszki *A* przez rurkę *h* wytworzy się próżnia w *A*, *S* i w żołądku. Chcąc przepłukać żołądek, wpuszcza się do niego plyn z naczynia *B* przez rurkę, która była

przedtem ściskaczem *m* zamkniętą, poczem przez pierwszą manipulację żołądek się wypróżnia. Napełnianie i wypróżnianie żołądka



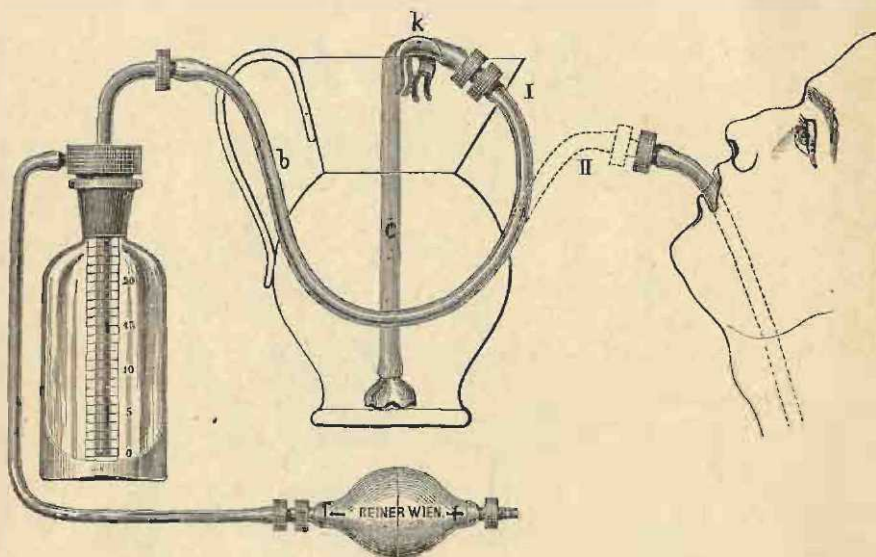
Rycina 4.

powtarza się, aż do oczyszczenia go z treści. O wskazaniach i płynach, służących do przepłukiwań żołądka, będzie szczegółowo niżej mowa.

Przy leczeniu niedowładu mechanicznego lub niedomogi wydzielniczej naczynie *B* zastępuje syfonem z zimną wodą sodową zwyczajną lub kwaśną, z którego ostrożnie wprowadzam kw. węglowy z zimną wodą w celu podrażnienia narządu, czyli urządza natrysk albo kąpiel gazową żołądkową, poleconą przezemnie w r. 1883.

9. Dla celów praktycznych bardzo dogodnym, bo przenośnym i niezawodzącym przyrządem, jest aspirator żołądkowy J. Czyrniańskiego wyrabiany u mechanika H. Reinera w Wiedniu (p. rycina 5). Wielka flaszką aspiracyjną *A* powyższego przyrządu jest tu zastąpiona małym balonikiem ssąco-tłoczącym, zapo-

mocą którego według potrzeby, można albo treść z żołądka do flaszki wciągnąć, albo przygotowany płyn z dzbanka *c* do żołądka wtłoczyć. Sposób przepłukiwania żołądka łatwo pojąć z ryciny.



Rycina 5.

Przez małą zmianę w przyrządzie można go także użyć wygodnie do przepłukiwania innych jam ustroju, jak jam nosowych, przewodów usznych, odbytnicy i t. p.

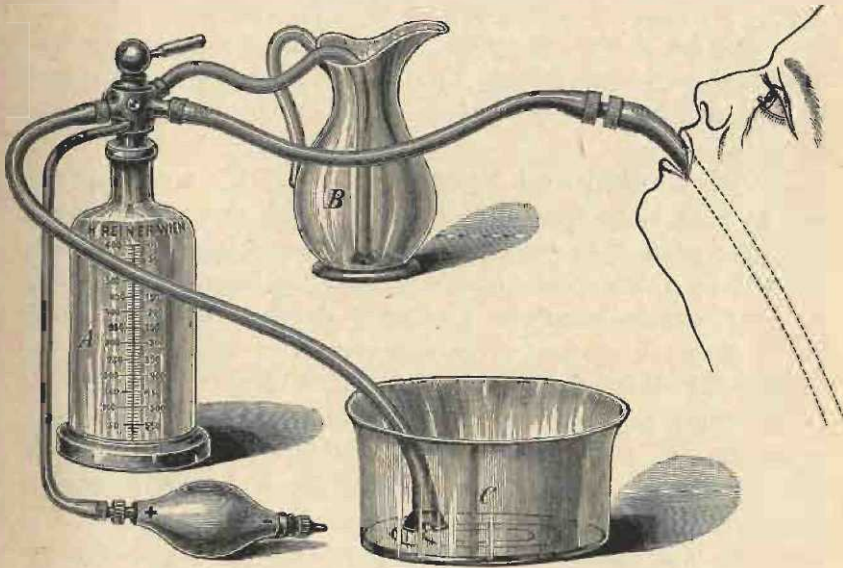
Zapomocą innego nieco więcej skomplikowanego przyrządu (p. rycina 6), podanego przez tego samego autora, można nie tylko aspirować treść ze żołądka do flaszki *A*, lecz także wprowadzać do żołądka rozczyzny, mające służyć do przepłukiwań, z naczynia *B*. Przyrząd służy przeto równocześnie do aspiracji i do przepłukiwań. Ciecz przepłuczkowa zbiera się w naczyniu *C*.

10. Wspomnieć jeszcze wypada, że w ostatnich czasach robiono próby, aby przy pomocy sondy przedostać się przez odzwiernik. Hemmeter podaje, że przy pomocy odpowiednio zakrzywionej sondy mógł wyciągnąć treść z dwunastnicy, i nazywa tę czynność intubatio duodeni (Arch. f. Verdauungskrankheiten 1896, p. 85), F. Kuhn zaś ogłosił (Semaine médicale 1896 Nr. 37), że sporzą-

dził „zondę odźwiernikową“, przez którą można wlewać ciecz wprost do dwunastnicy. Bliższe wywiady o tego rodzaju zondach przekonały mnie, że takowe są już bliskie urzeczywistnienia.

Inne sposoby otrzymywania treści żołądkowej, jak połykanie gąbek, naczynek srebrnych, barwionych kulek z rdzenia bzu, włóknika z K J i t. p., — umieszczonych na nitkach, stają się wobec łatwości wprowadzania miękkiej sondy i większej pewności otrzymanych wyników zupełnie zbytecznymi.

Otrzymywanie treści żołądka nazywają nawet niektórzy lekarze odstraszącą nazwą „p o m p o w a n i a“, z którą mimowolnie musi się łączyć u laika pojęcie przynajmniej wrywania wną-



Rycina 6.

trności. Nadto przepłukiwania żołądka z tak wielkim skutkiem pierwszy raz 1869 r. przez Kussmaula zastosowane, poczem ogólnie zalecane, w następstwie czego zondowanie przyczyniło się tak znakomicie do rozwoju patologii trawienia, — bywa często bezmyślnie używane, a nie przynosząc choremu korzyści, tylko nabawiając go przykrości, traci coraz więcej zaufania. Wiedzieć bowiem należy, że podczas gdy zbadanie wewnętrzne żołądka w zna-

cznej części przypadków staje się dla celów rozpoznawczych potrzebnem, o czem lecząca się publiczność pouczyć należy, to przepłukiwania mają pewne wskazania, jakie w pojedynczych ustępach wymienione będą.

11. W celach leczniczych używa się tych samych zond, jakoteż przyrządów, jak i w celach rozpoznawczych. Za ich pomocą uskuteczniają się tak zwane przepłukiwania żołądka. Do zwykłych przepłukiwań tak zwanych obojętnych używa się zawsze wody cieplej, wyjątkowo tylko może być wskazana woda zimna, która bez potrzeby stosowana, odbiera tylko ciepłik niedokrwiłym chorym. Najkorzystniejszą jest uskutecznić przepłukiwania ciepłym roztworem fizyologicznym (3<sup>o</sup>/<sub>00</sub> węglanu sodowego i 2—4<sup>o</sup>/<sub>00</sub> soli kuchennej). Ułatwia to nietylko opłukiwanie ścian żołądka z mas śluzowych, lecz działa na nie równocześnie kojąco. O innych roztworach, używanych do przepłukiwania w rozmaitych chorobach żołądka będzie szczegółowo mowa w odnośnych ustępach.

Osobny rodzaj zond wymagają natryski wewnętrzne żołądkowe, polecone jeszcze w r. 1878 przez Malbranc'a, a obecnie przez Rosenheima i innych szczególnie w nerwicach zachwalane. Dolny koniec tych zond musi być opatrzony kilkoma małymi otworkami bocznymi. Według M. Salomona powinien istnieć pewien stosunek między wymiarami otworków, aby płyn silnymi strumieniami bocznymi mógł tryskać. H. Windler w Berlinie wyrabia według tych zasad zondy, a mianowicie ślepe lub z otworem u dołu na 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> mm. szerokim i z dziewięciu bocznymi otworkami przebiegającymi skośnie od zewnątrz ku dołowi do wnętrza zondy. Natrysk żołądkowy urządza się, wprowadzając z wysokości <sup>1</sup>/<sub>2</sub>—1 metra około 1 litra płynu, który następnie ze żołądka wyciągnąć należy. O składzie roztworów używanych do natrysków będzie mowa w odnośnych ustępach.

Ciekawą zondę sporządził sobie sam Cz. Sędzimir w celu sztucznego karmienia. Z materiału jedwabnego uszył rurkę <sup>1</sup>/<sub>2</sub> cm. szeroką, a na 1 m. długą i opatrzył ją na dolnym końcu kawałeczkiem waty. Omaczawszy ją razem ze zondą w ocukrzonym białku dał do połknięcia. Gdy wata dostała się już do żołądka, mógł przez tę improwizowaną zondę nalewać płyn do żołądka.

Istne curiosum stanowi wznowienie osławionej średniowiecznej szczotki żołądkowej przez Türk'a. Zonda opatrzona na końcu włosieniem ma na celu wyczyszczenie żołądka. Skutków leczniczych tej metody nie sprawdzono jeszcze dotąd.

W celach leczniczych są jeszcze w użyciu elektrody żołądkowe, które wprowadza się jak zwykle sondy żołądkowe w celu wewnętrznego elektryzowania żołądka, o czem szczegółowo niżej mowa będzie <sup>7)</sup>.

### III. Inne sposoby wewnętrznego badania żołądka.

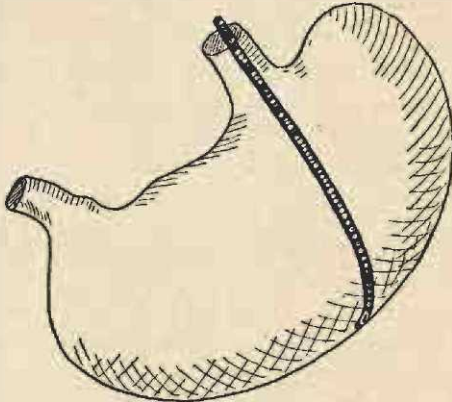
1. Położenie zwierciadła płynu w żołądku oznacza się według Neubauer'a w ten sposób, że po przepłukaniu żołądka sposobem lewarowym (p. str. 13) nalewa się przez lejek wody do żołądka, obniża go się szybko zanim woda z niego wypłynie i oznacza poziom wody w lejku zniżając lub podwyższając go stosownie. Ten sposób jest teoretycznie bez zarzutu, w zastosowaniu zaś trudno jest uchwycić położenie zwierciadła wody, gdyż ono zmienia się co chwila tak wskutek ruchów oddechowych jakoteż ruchów samego żołądka.

#### 2. Oznaczenie dolnej granicy za pomocą wyczuwania zgłębnikowego.

Leube wprowadzał do żołądka twardą sondę gałkowatą w pozycji stojącej i twierdził, że jeżeli gałkę sondy można wyczuć przez powłoki brzuszne poniżej linii poziomej łączącej spinae anteriores superiores ossis ilei, to dopiero wtenczas mamy do czynienia z rozstrzenią żołądka. Metoda ta nie weszła jednak w użycie z powodu wielkiej niedogodności przy wprowadzaniu grubej sztywnej sondy. Z lepszym skutkiem podjął na nowo myśl Leubego Boas, używając sond miękkich.

Autor ten zauważył tak na zwłokach, jakoteż na żywych, to ważne zjawisko, że miękkie zgłębnik, wprowadzony do żołądka, dotknąwszy krzywizny dużej, układa się przy dalszem wsuwaniu prawie zawsze w ten sposób, że jego dolny koniec, zakrzy-

wlając się w kierunku odźwiernika (p. rycina 7 \*), ślizga się wzdłuż krzywizny dużej, przylegając do niej i do-

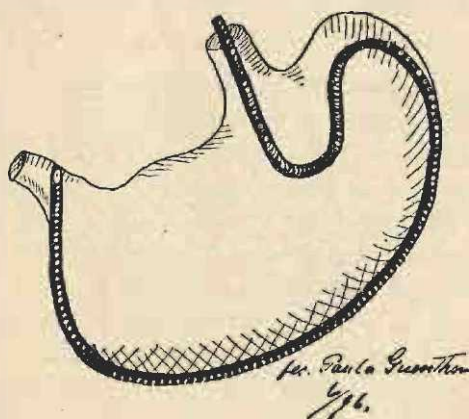


Rycina 7.

chodzi aż do części odźwiernikowej żołądka. Zboczenie końca zgłębnika w kierunku dna żołądka ma się tylko wyjątkowo wydarzać. Koniec zgłębnika wzdłuż całego jego przebiegu daje się, jak twierdzi Boas, wyczuć przez powłoki brzuszne w 95% przypadkach. Wprowadzając zgłębnik zwolna do żołądka, z początku wyczuwamy jego koniec pod łukiem żebrowym lewym tam, gdzie schodzą się chrząstki 7-go i 8-go żebra, następnie przesuwa się on wzdłuż krzywizny dużej łukowato, a ostatecznie gubi się pod lewym płatem wątroby. Aby zgłębnik mógł zakreślić całą tę drogę, musi być przynajmniej na 65—75 cm. wsunięty. Potrzebne są przeto zgłębniki długości przynajmniej 90 cm., przytem mało używane, by ich koniec nie był przegięty. Wsuwając zgłębnik ponad 75 cm. głęboko, takowy się zagina pod wpustem (p. rycina 8), nie oddalając się wcale od krzywizny dużej. Miękki zgłębnik żołądkowy może więc oddać nietylko wysokość położenia, lecz i cały przebieg dolnej granicy żołądka.

\*) Następne trzy ryciny wyjęto z rozprawy: Schmitzsky: Ueber die Sondenspalpation und die Lage des Magens. Archiv für Verdauungskrankheiten. B. II. S. 218, 233.

Sprawdzając podane przez Boasa wyniki wyczuwania dolnej granicy żołądka, znalazłem, że zgłębnik w pozycji leżącej mogłem

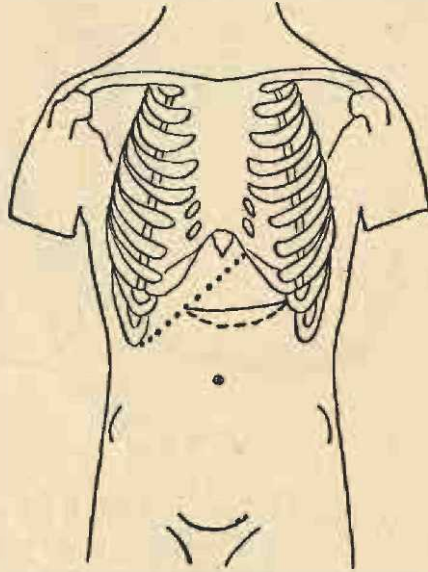


Rycina 8.

wyczuć w połowie przypadków, w drugiej zaś połowie pomimo nieraz wiotkich powłok, jak u kobiet wychudłych, to się nie udało. Wyczuwanie zaś zgłębnika w pozycji stojącej należy do rzadkości. W tem położeniu leży zgłębnik o kilka centymetrów niżej, niż w pozycji leżącej. Przez zepchnięcie zbyt znacznej długości zgłębnika do żołądka obniża się ściana żołądka nieco (o 2 do 3 cm.). Aby się upewnić, czy wyczuwamy zgłębnik a nie pętlę jelita skurzonego, należy go wysuwać, to jego koniec znika z pod palców. W czczym żołądku prawidłowym zgłębnik zwykle tak wysoko leży, że go rzadko kiedy wyczuć można (p. rycina 9). Zaś w rozstrzeni lub zwiśnięciu żołądka wyczuwa się go na wysokości pępka lub niżej. W niektórych wątpliwych przypadkach guzów lub punktów bolesnych w okolicy żołądka, można rozstrzygnąć, czy one należą do żołądka, czyli też do otaczających narządów na tej podstawie, że co się napotyka poniżej wyczuwalnego przebiegu zgłębnika, do żołądka należeć nie może.

Zapomocą wyczuwania zgłębnikiem jesteśmy w możności tylko orzec obniżenie dolnej granicy; czy ono zaś pochodzi od rozstrzeni, zwiśnięcia lub pionowego ustawienia, to rozstrzyga oznaczenie krzywizny małej przez wydymanie gazem (p. str. 6).

Z wyczuwaniem zgłębnikowym można połączyć łatwo wydobycie treści żołądkowej i równocześnie zapomocą balonika



Rycina 9. Żołądek o prawidłowych wymiarach i położeniu.

- ..... Wątroba.  
 ——— Zonda w położeniu leżącym w czczym żołądku.  
 - - - - - Zonda w pozycji stojącej po wlaniu  $\frac{1}{2}$  litra wody.

wydać żołądek dla przekonania się o przebiegu krzywizny małej. Metoda Boasa przedstawia przeto wielkie korzyści i zapewne znajdzie zondowanie żołądka obecnie jeszcze szersze zastosowanie, niż to było dotychczas. Osoby przyzwyczajone do zondowania łatwo znoszą opisany sposób badania, u innych należy wprzód połyk dobrze wypędzować 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-ym roztworem kokainy.

Przy pomocy wyczuwania zgłębnikowego można kontrolować inne metody oznaczania dolnej granicy żołądka. Tak n. p. łatwo można się przekonać, że dolna granica żołądka, oznaczona przez wydymanie, leży niżej, niż ją wykazano przez zondowanie. W celu skontrolowania granic żołądka oznaczonych przez prześwietlenie (p. niżej str. 24) wyczuwania zgłębnikowego rzadko kiedy użyć można, gdyż prześwietlenie uskutecznia się najstosowniej w pozy-

eyi stojącej, podczas gdy wyczuwanie zgłębnikowe udaje się najlepiej w położeniu leżącym, a zatem we warunkach różnych, nie pozwalających na porównanie.

### 3. Prześwietlanie żołądka. *Gastrodiaphania*.

Gdy Milliot w Paryżu już 1867 r. stwierdził być na zwierzętach przepuszczalność światła elektrycznego przez tkaniny zwierzęce, wprowadził Einhorn w N. Jorku (1889 r.) lampkę elektryczną do żołądka człowieka i otrzymał w ciemności silne zaczerwienienie powłok brzusznych nad żołądkiem. Naczynia zaś i mięśnie proste zarysowywały się jako smugi ciemniejsze. Doświadczenia te powtórzone przez Herynga i Reichmanna w Warszawie (1892 r.) i Renversa w Berlinie przekonały o użyteczności nowej metody. W moich zaś próbach wykonanych w r. 1893 zwróciłem uwagę, że obszar prześwietlony żołądka nie zgadza się z granicami, jakie zapomocą obecnych metod wykazujemy, lecz jest o wiele większy, a przy napełnieniu żołądka wodą w pozycji stojącej znacznie obniżony (niżej pępka). Następne liczne doświadczenia przeprowadzone przez Kuttnera i Jacobsohna, potem Meltzinga, a ostatecznie przez Martiusa rozjaśniły po części zjawiska otrzymane przy prześwietlaniu żołądka. Ważniejsze szczegóły, jakie w przeważnej części mogłem sam zauważyć i stwierdzić na chorych, okazały się następujące: Obszar prześwietlony jest tem większy, im więcej żołądek jest wypełniony wodą (np. 1 litrem) lub powietrzem; całego jednak obszaru żołądka naraz prześwietlić nie można, lecz należy gastrodiaphan zwolna wsuwać, wtedy jego koniec (t. j. największe natężenie światła) przechodzi po krzywiznie dużej aż do części odźwiernikowej pod wątrobę, jak to czyni zonda zwykła według doświadczeń Boasa (p. str. 20). Dlatego należy mieć do prześwietlania przyrząd długości 80—90 cm. Jelita nie przepuszczają światła (Martius), dlatego obszar prześwietlony odpowiada tylko żołądkowi. W położeniu leżącym jest obszar prześwietlony dość ciemny, leży zwyczajnie na wysokości pępka i wykazuje znaczne wychylenia oddechowe tak żołądka, jak i wątroby. W pozycji stojącej obszar prześwietlony mocno się rozjaśnia i obniża (równocześnie z wątrobą) na szerokość dłoni i więcej, sięgając poniżej pępka; wychylenia zaś oddechowe są bardzo nieznaczne. W rozstrzeni może zająć obszar prześwietlony prawie cały

brzuch i sięgać aż do spojenia łonowego. We zwiśnięciu żołądka sięga on również bardzo nisko, lecz okazuje się mocno zwężony (ścieśniony), przyjmując postać litery **U**. Oprócz tego obszar prześwietlony w rozstrzeni przedstawia w położeniu leżącym znaczne wychylenia oddechowe, podczas gdy w zwiśnięciu są one niewyraźne lub ich niema (Kuttner i Jacobsohn). Guzy żołądka jeżeli są nieco grubsze, można dostrzegać jako zaciemnienia ograniczone. Gastrodiafan przekonywa nas, że żołądek jako narząd bardzo łatwo przesuwalny nie ma stałego położenia, lecz stosownie do swego napełnienia i ułożenia ciała układa się on rozmaicie. To też co wiemy dotąd o położeniu żołądka i reszty trzewiów brzusznych, odnosić wypada tylko do położenia leżącego. W pozycji stojącej przedstawiają narządy brzuszne inne granice, a w tym kierunku potrzebna jest rewizya. Meltzing słusznie powiada, że przez wydymanie i wypuk oznaczamy tylko część żołądka, przytykając bezpośrednio do ściany brzusznej, prześwietlanie zaś oddaje wierne jeszcze i tę część żołądka, która, kończąc narząd kopułowato, oddalona jest od ściany brzusznej.

Jeżeli ma się do rozporządzenia gastrodiafan i źródło elektryczności (najstosowniej akumulator), to prześwietlanie żołądka jest tak łatwym jak stosowanie sondy miękkiej. Ja wykonywam je w żołądku wolnym od pokarmów (najlepiej naczczo), wprowadziwszy wprzód pół syfona wody sodowej do żołądka.

O kontrolowaniu dolnej granicy prześwietlonego żołądka za pomocą wyczuwania zgłębnikowego p. str. 20.

#### 4. Wziernikowanie żołądka. *Gastroscoopia*.

Błonę śluzową żołądka, dostępną dla wzroku uczynił J. Mikulicz (1881 r.) zapomocą gastroskopu, wykonanego przy pomocy mechanika wiedeńskiego Leitera. Przyrząd ten nie wszedł w praktykę lekarską. Obecnie (1896) poruszył tę kwestyę na nowo Th. Rosenheim w Berlinie, przedstawiając przyrząd w postaci nieco ulepszonej. Składa on się z rury metalicznej o 12 mm. średnicy, w której znajduje się wysuwalny przyrząd optyczny, jaki wewnątrz posiada cystoskop Nitzego, jakoteż przewody do wprowadzenia zimnej wody i powietrza do żołądka. W tej postaci technika stosowania przyrządu jest nieco łatwiejsza, lecz zawsze jeszcze nieco

trudniejszą, niż endoskopia przełyku<sup>8)</sup>. Przytem cena przyrządu całkowitego jest jeszcze bardzo wysoka, wynosi obecnie 550 marek. Pomimo to przyrząd ten ma podstawę bytu, i rokować mu należy przyszłość, jeżeli ulepszenia i uproszczenia dalej postępować będą, gdyż tylko bezpośrednio oglądanie błony śluzowej może nam dać podstawę do anatomicznego rozpoznania jej stanu chorobowego. Dotąd udało się już w kilku przypadkach tak Mikuliczowi, jak Rosenheimowi i Kellingowi wykazać początkującego raka i odróżnić od wrzodu okrągłego. Sami jednak autorowie przyznają, że nie zawsze da się określić przyroda zmiany anatomicznej zapomocą gastroskopu, w niektórych zaś przypadkach nie można miejscem chorobowego odszukać, gdyż pewne okolice żołądka są niedostępne dla oglądania tym przyrządem.

#### IV. Badanie czynności żołądka.

W celu ocenienia prawidłowości lub zaburzeń w czynności żołądka, należy tenże rano naczecz wprowadzić w stan czynny, t. j. podać do spożycia pewne pokarmy i mieć na względzie: α) Czas pojawienia się szczytu (*maximum*) trawienia. β) Jakość i ilość składników miazgi pokarmowej na szczycie trawienia, t. j. chemizm trawienia. γ) Czas wydalenia pokarmów ze żołądka (sprawność mechaniczną). δ) Stan żołądka po ukończeniu trawienia.

Do zadrażnienia żołądka polecano rozmaite ciała i mieszaniny (próby trawienia), z których jednak żadna nie jest wolną od zarzutu. Każdą próbę wykonywa się osobno (nie dwie na jeden dzień) rano naczecz, zbadawszy wprzód wewnętrznie dnia poprzedniego żołądek czczy. Jeżeli badanie żołądka czczego wykazało w nim treść pokarmową, w takim razie próbę na trawienie można dopiero wykonać, jeżeli wieczorem żołądek przez przepłukanie wodą ciepłą dokładnie się wypróżni i jeżeli się chorego od przyjmowania pokarmów i napojów aż do rannego badania powstrzyma.

1. B a d a n i e ż o ł ą d k a n a c z e c z o jest pierwsze, którem wewnętrzne badanie rozpocząć należy, chociaż tak często go się zaniebuje. Wykonać je należy szybko lecz ostrożnie przez aspirację (p. str. 15). Jeżeli pomimo to żadnej treści wydostać nie można, wlewa się przez sondę 50 cm<sup>3</sup> aq. d. i ponownie aspiruje. Jeżeliby i w tym przypadku nie można było wydostać cieczy,

wlewa się powtórnie 50 cm<sup>3</sup> aq. d. i znów aspiruje. Otrzymaną ciecz zlewa się osobno celem zbadania, a żołądek przepłukuje jeszcze zwyczajną wodą ciepłą, celem wydobywania możliwych pozostałości pokarmów, śluzu lub oderwanych strzępów błony śluzowej, co może dać podstawę do zbadania mikroskopowego.

2. **Próba białkowa** (Głuziński i Jaworski). Jedno białko z jaja kurzego ugotowane na twardo i 200 cm<sup>3</sup> (szklanka) wody zwyczajnej, spożyte naczecz, dają w trzecim kwadransie, t. j. na szczycie trawienia (bez poprzedniego wlewania wody) treść żołądkową w stanie prawidłowym o kwasocie 15—25 = 0.547—0.012 p. m. HCl, przy oddziaływaniu na kw. solny bardzo wyraźnem przy zupełnym braku kw. organicznych.

W celu zbadania sprawności mechanicznej żołądka tą metodą należy powyższe doświadczenie powtórzyć nazajutrz rano, ale wydobyć treści uskutecznić dopiero po 6 kwadransach. Po tym bowiem czasie podane białko opuszcza żołądek, tak, że w stanie prawidłowym prawie żadnej treści ze żołądka wydobyć nie można. Osięga się to dopiero po wlaniu 100 cm<sup>3</sup> wody przekropionej do żołądka, a ciecz wydobyta, zwykle tylko słabo kwaśna lub nawet obojętna, trawi krawiec białka dopiero za dodaniem kw. solnego. Celem przekonania się, czy żołądek rzeczywiście nie zawiera więcej białka, należy go przepłukiwać wodą ciepłą. Kilka wyciągniętych kawałeczków białka, nie mają znaczenia, gdyż to są te, które między zakładzinami błony śluzowej przypadkowo uwięzły. Czasem otrzyma się nagle znaczną ilość kawałków białka wskutek zwrócenia takowych z dwunastnicy do żołądka, a bywają one wtedy dokładnie zmieszane z żółcią.

Próba białkiem wprowadza do żołądka stosunkowo za małą ilość bodźca, natomiast ma ona niezaprzeczone zalety. Przedewszystkiem jest ona bardzo prostą i przystępną nawet dla najwrażliwszego żołądka, białko zaś jest pokarmem dla trawienia żołądkowego najwłaściwszym, stąd za pomocą tej próby w krótkim czasie rozpatrzyć się można w chemizmie i mechanizmie trawienia. Korzyść z próby białkowej uwydatnia się również w badaniu chemicznem treści, gdyż z powodu braku innych domieszek, jakie stale znajdują się w próbach, dokonywanych ze złożonymi pokarmami, kwas wykazany przez lakmus, a przez miareczkowanie oznaczony stopień kwasoty, aczkolwiek nie wysoki, bez uży-

cia osobnych odczynników należy odnieść wyłącznie do wydzielonego kw. solnego, bez różnicy, czy on jest w stanie wolnym, czy utajonym. Trudność w badaniu próbą białkową zachodzi dopiero wtenczas, jeżeli w żołądku czezym pokarmy zalegają; wtenczas należy żołądek wieczorem przez przepłukanie wodą ciepłą od zalegającej treści dokładnie uwolnić, a przeczekawszy noc bez przyjmowania pokarmów przedsiębrać rano próbę białkową.

3. Śniadanie próbne (Ewald), składające się z jednej bułki 35—70 gm. ważącej, 300 cm<sup>3</sup> wody zwykłej (lub szklanki herbaty), wydaje w stanie prawidłowym po upływie jednej godziny przynajmniej 40 cm<sup>3</sup> treści żołądkowej o kwasocie około 40—60 = 1·46—2·19 p. m. HCl, przyczem kwasota od wolnego HCl wynosi przeciętnie 20—30 = 0·72—1·09 p. m., a wszystkie odczynniki na kw. solny dają wynik dodatni. Trawienie żołądkowe śniadania próbnego kończy się po 2—2½ godziny (Boas). Ilość całkowitą HCl, jaka się znajduje w treści żołądkowej w godzinę po śniadaniu próbnym, oznaczyli Geigel i Blass na 0·3—0·6 gm. HCl.

Próba powyższa, chociaż równie prosta, jest jednak jednostronna, gdyż pomija białko i tłuszcze, a wprowadza do żołądka skrobię nieprzystępną dla trawienia żołądkowego. W treści zaś napotyka się wprowadzone kw. organiczne (kw. mlekowy), utrudniające jakościowe i ilościowe oznaczenie HCl (Tschlenoff). Pomimo to używa się tej próby bardzo często.

4. Obiad próbny (Leube, Riegel) składa się z 400 cm<sup>3</sup> (talerza) rosółu z kaszką, 200 gm. bifsztyku i 50 gm. ziemniaków rozartych lub jednej bułki. Treść żołądkowa na szczycie trawienia przy końcu 4-tej godziny wydobyta, wykazuje w stanach prawidłowych całkowitą kwasotę 50—75 = 1·82—2·73 p. m. HCl, w tem zaś od kw. solnego wolnego zależną 20—45 = 0·72—1·63 p. m. HCl. Zupełne wydalanie obiadu próbnego ze żołądka odbywa się zazwyczaj w 6—7 godzin po spożyciu (Leube). Próba ta najwięcej jest zbliżona do żywienia codziennego, chociaż u niemałej liczby chorych natrafia się na trudność w spożyciu tak znacznej ilości pokarmów. Treść żołądkowa przedstawia bardzo złożoną mieszaninę, w której oznaczenie i oddzielenie pojedynczych składników jest utrudnione. Małe ilości wydzielonego kw. solnego zostają bez śladu w ogromnej masie pokarmów zobojętnione lub

utajone, tak, że stopień zmniejszenia wydzielania HCl, lub zupełnego braku tegoż, zapomocą obiadu próbnego uwidocznić się nie da. Natomiast podnosi Riegel jako zalety obiadu próbnego, że u tego samego chorego wydaje wyższą kwasotę ogólną, niż śniadanie próbne i że zapomocą niego łatwiej można rozpoznać niski stopień niedomogi wydzielniczej, niż po śniadaniu próbnym, gdyż żołądek, który przy zastosowaniu śniadania próbnego wykazuje jeszcze wolny HCl, może po spożyciu obiadu próbnego okazać już brak tegoż.

5. Istnieją jeszcze inne próby żołądkowe posiadające mniejsze lub większe zalety. Grundzach używa 50 gm. bułki i zawiesiny z 30 gm. proszku mięsnego, 200 cm<sup>3</sup> wody cieplej i 2 gm. soli kuchennej a wydobywa treść po 1½ godz. — Klemperer podaje szklankę mleka i bułkę. — G. Seé: chleb, mięso skrobane i wodę. — Bourget podaje 200 cm<sup>3</sup> bulionu, 80 gm. mięsa i 40 gm. chleba a wyciąga po 2½ g. — Byłoby wielce korzystnem i bardzo pożądanem, gdyby używano tylko jednej metody badania, przez to porównanie wyników w pracach naukowych i wzajemne porozumienie między lekarzami byłoby bardzo ułatwione.

6. Dla zbadania sprawności ruchowej żołądka istnieją jeszcze oddzielne metody: G. Klemperer wprowadza przez sondę 105 gm. oliwy. Przy prawidłowej czynności ruchowej żołądka przechodzi do jelit 70—80 gm. oliwy po 2 godzinach. Metoda ta wymagająca wiele zachodu i nie weszła w zastosowanie. Podobnie nie utrzymała się próba salolowa, podana przez Ewaldą i Siewers'a, pomimo kilkakrotnych modyfikacji takowej i kilkoletniej polemiki literackiej o takową. Dla poznania zasady, na jakiej ona polega, przytaczamy jej wykonanie: Jeden gram salolu podany w opłatku z wodą najlepiej zaraz po spożyciu śniadania, przeszedłszy ze żołądka do alkalicznego soku jelitowego doznaje rozkładu na karbol i kw. salicylowy, który wessany dostaje się do moczu jako kw. salicylurowy i wydaje po zakwaszeniu moczu kw. solnym i dodaniu roztworu chlorku żelazowego oddziaływanie fiolkowe. W wątpliwych przypadkach należy mocz wyciągnąć eterem i roztwór eteryczny poddać badaniu w powyższy sposób. W prawidłowym stanie ma się pojawić zabarwie-

nie fiołkowe w moczu po 40—60 minutach, przy upośledzeniu wydalania później, to jest po 2—3 godzinach. Wygodniejszą i pe-wniejszą jest następną metodą podaną przez R. Fleischera.

Metoda jodoformowa polega podobnie jak i metoda salolowa na tem, że jodoform w treści żołądkowej kwaśnej się nie rozpuszcza i nie rozkłada, przeszedłszy zaś do jelit, w alkalicznym soku doznaje tam rozkładu, tworząc NaJ, który jako łatwo wessalny daje się w ślinie wykazać. W ten sposób można się łatwo dowiedzieć, kiedy pierwsza ilość pokarmów przechodzi do dwunastnicy. Wykonanie jest następujące: 0.1 gm. jodoformu w kapsułce żelatynowej podaje się rano naczeczko z pokarmem np. ze śniadaniem próbnem i bada z początku co 10, a potem co 5 minut w ten sposób, że papierek napojony kleikiem skrobiu zwilża się śliną chorego i wpuszcza nań zapomocą pręcika szklanego kroplę kwasu azotowego dymiącego. Pojawienie się zabarwienia z początku czerwonawego a później niebieskiego, wskazuje na obecność jodu. Doświadczenia, które wykonali Maurer i Kypke-Burchardi, wykazały, że po śniadaniu próbnem pojawia się jod w ślinie w czasie jednej godziny, po obiedzie próbnym po 2—3 godzinach. W rozstrzeni i wobec nadmiernej kwasności treści żołądkowej później. Tą metodą można także badać czas (początek) wydalania rozmaitych pokarmów ze żołądka, jakoteż wpływ leków na wydalanie bez stosowania sondy.

7. W celu zbadania zdolności chłonięcia błony śluzowej żołądka, podaje się naczeczko według Fabera i Penzoldt'a 0.2 gm. jodku potasowego w kapsułkach żelatynowych i każe się je popić wodą. Następnie zwilża się śliną co 3 minuty papierki napojone kleikiem skrobiu, dając na nie jedną kroplę *acid. nitricum fumans*. Wystąpienie pierwszej plamy o fiołkowym zabarwieniu w stanach prawidłowych następuje w żołądku czczym w przeciągu  $7\frac{1}{2}$ —15 minut, a w żołądku wypełnionym pokarmami o wiele później. Są jednak przypadki, w których przy prawidłowej mechanicznej czynności a upośledzeniu w chłonięciu żołądka (nieżyt śluzowy), wessanie jodu przez wczesne dostanie się KJ do dwunastnicy może być przyspieszone, przez co wyniki badania zdolności chłonięcia błony śluzowej żołądka stają się niepewne. Niedokładność w oznaczeniu czasu wessania pochodzi jeszcze stąd, że warunki i chwila rozpuszczenia kapsułek w żołądku nie są wia-

dome. Według Zweifela wessanie jodu bywa upośledzone w rozstrzeni i w raku. Opóźnienie oddziaływania na jod, może tu dochodzić do 82 minut. Jednak na podstawie samej próby wessania, wniosków rozpoznawczych wysnuwać nie można. Należy również wiedzieć o tem, że jodek potasowy nie jest miarą wessalności dla wszystkich ciał w żołądku. Gdyż moje dawniejsze doświadczenia (p. Literatura), a nowsze Mehringa wykazały, że w żołądku różne ciała w różnym stopniu bywają chłonięte, a niektóre wcale nie doznają wessania, czyli że błona śluzowa ma własność doborowego przyswajania sobie ciał.

### V. Wejrzenie i drobnowidowe badanie treści żołądkowej.

1. Własności treści żołądkowej i stąd wysnute wnioski kliniczne bywają różne według tego, czy treść żołądkowa jest naczczona, czy też po użyciu próbných pokarmów otrzymana. Wymiociny rzadko kiedy nadają się do badania, tem mniej jeszcze do czynienia jakiegokolwiek wniosków rozpoznawczych, gdyż dostaje je lekarz prawie zawsze zanieczyszczone obcemi przymieszkami. Znaczenie kliniczne mają następujące szczegóły dostrzeżone m a k r o s k o p o w o w treści żołądkowej:

Obecność miazgi pokarmowej w żołądku c z c z y m: rozstrzeń trwała, najczęściej następuje z powodu zwężenia odźwiernika.

Kawałki białka twardego lub mięsa o brzegach o s t r y c h wskazują na brak trawiącego kw. żołądkowego; brzegi ponadgryzane jak gdyby przeświecające lub rozplynięte, wobec znacznych ilości niezmienionych skrobiowych pokarmów (chleba, bułki), oznaczają sok silnie trawiący (nadmierną kwasotę), przyczem miazga pokarmowa przez odstanie we wysokiem naczyniu układa się w trzy warstwy tworząc: osad, ciecz mętnawą i pianę. Ta ostatnia wskazuje najczęściej na istniejącą równocześnie fermentację octową.

Obecność płynu w żołądku c z c z y m: niezbyt kwaśny, rozstrzeń trwała.

W o ñ speptonizowanego mięsa lub przetrawionej krwi: sok silnie trawiący, — woń g n i l n a: brak kw. solnego, niezbyt zanieczyszczony, rak; jednak zdarza się woń gnilna treści żołądkowej także

przy stomatitis ulcerosa, carcinoma pharyngis et oesophagi, abscessus pharyngis lub antri Highmori. Woń kłująca kwaśna octu lub zjełczałego masła: fermentacya octowa lub masłowa w rozstrzeni żołądka.

Burzenie wymiocin lub treści żołądkowej pozostawionej w naczyniu, — fermentacya drożdżowa.

Barwa treści czezej żółta od świeżej żółci: drożność odźwiernika; — zielonkowata, niebieskawa od zmienionej żółci: nieżyt kwaśny.

Treść czeza przejrzysta, obfita: sokotok; — mętnawa od jąder, ciałek wypocinowych, przybłonka złuszczonego lub drobnych resztek pokarmów; nieżyt kwaśny. Z treści mętnej opada na dno warstwa mętów szarych, nad którą znajduje się wodnisty płyn opalizujący: rozstrzeń z nieżytem kwaśnym. Treść czeza, mętnawa, i ciągnąca się od śluzu: nieżyt śluzowy; szarawa: gnicie lub powolny krwotok w rozstrzeni żołądka; — cisawa, rdzawa lub czarna: wynaczyniona krew w raku lub wrzodzie żołądka, lub barwiki z niektórych pokarmów ciemno ubarwionych. Treść czeza sączą się bardzo powoli: brak kw. solnego, nieżyt śluzowy, nieżyt zanikowy; — przechodzi przez sączek szymbko: znaczna ilość kw. solnego, sokotok.

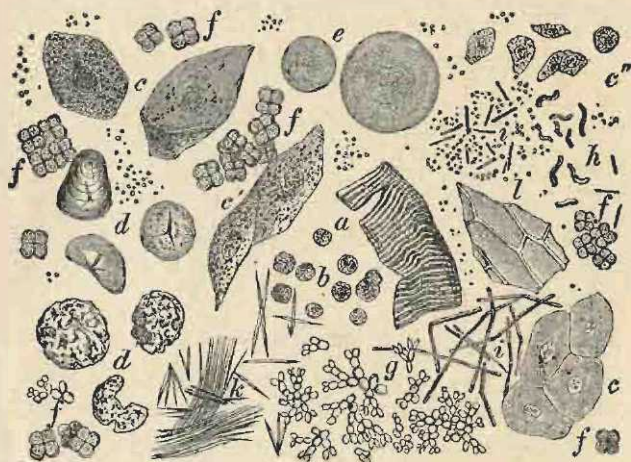
Przesącz opalizuje lub jest mętnawy: nieżyt kwaśny lub śluzowy; — albo jest żółty: świeżo wydzielona żółć; — albo jest bezbarwny, niebieskawy lub różowawy, podczas gdy gąszcz na sączku zielonkowaty: zaleganie żółci w żołądku w nieżycie kwaśnym.

W rzadkich przypadkach można napotkać w treści żołądkowej drobne kamyczki żółciowe. Próba Gmelina na kwasy żółciowe albo obecność tabliczek rombów cholestearynu pod mikroskopem po roztarciu kamyczków świadczy o ich przyrodzie żółciowej. Napotymano, chociaż bardzo rzadko, także kamyczki trzustkowe w żołądku.

2. Znaczenie rozpoznawcze ma badanie drobnowidowe treści otrzymanej tylko ze żołądka czezego zapomocą aspiracji, która musi być wykonana łagodnie i szybko. Dla zbadania drobnowidowego, które należy natychmiast po wydobyciu treści ze żołądka wykonać. Nabiera się osadu pipetką podobnie jak

z moczu i robi dla dokładności 3 preparaty: jeden ze samego osadu, drugi zabarwiony przez dodanie kropli zasadowego barwika anilinowego (np. błękitu metylenowego) dla uwidocznienia drobnoustrojów, a trzeci zabarwia się roztworem Lugola (1·0 J, 2·0 KJ i 300·0 aq. d.), który uwidocznia składniki morfotyczne tkanek i skrobię. Strzępy błony śluzowej, opadające zawsze na dno najlepiej wydobywać drucikiem platynowym. Szczegóły badania drobnowidowego, mające znaczenie kliniczne są następujące (p. rycina 8):

Liczne włókna mięsne *a*, ciała skrobii *d*, bryłki tłuszczu w treści czczej z wejrzenia płynnej wskazują na niedowład (atoniją).



Rycina 10. Składniki drobnowidowe miazgi żołądkowej rozkładającej się.

*a*, Włókna mięsne prążkowane. — *b*, Ciałka białe (leukocyty) z jądrami wewnątrz. — *c*, *c'*, Przybłonek płaski (obłożony kokami). — *c''*, Przybłonek walczkowy. — *d*, Ziarna skrobii (zmienione). — *e*, Kuleczki tłuszczu. — *f*, Czwórniak (*sarcina*). — *g*, Komórki drożdżowe. — *h*, *i*, Łasieczniki długie (kątowane i proste), koki. — *k*, Igiełki i miotełki tłuszczu (obok włókna tkankolącznowe z pokarmu). — *l*, Komórki roślinne.

Jeżeli jeszcze obok tego widoczne są igiełki *k* kwasów tłuszczowych lub soli tłuszczowych, to przemawiają one za zaleganiem pokarmów w braku kw. solnego, w raku i w rozstrzeni następowej. Spostrzegano jeszcze w treści żołądkowej: tabliczki cholestearynu,

kule leucyny, kryształy kwasu szczawiowego, fosforanu magnowo-amonowego i t. d.

Przy prawidłowych stosunkach, ani w żołądku czczym ani podczas trawienia większego nagromadzenia drobnoustrojów niema. Gdyż na to nie dozwala szybkie stosunkowo wydalanie pokarmów ze żołądka. W treści jednak zastoinowej zdołali autorowie (de Barry, Abelous, Miller, Lesages) wykazać w żołądku kilkanaście gatunków drobnoustrojów. Pod ich wpływem (wskutek fermentacji) wytwarzają się z miazgi pokarmowej rozmaite ciała, bądź kwaśne, bądź alkaliczne, bądź gazowe.

Liczne koki *i*, krótkie laseczniki drgające w treści czczej napotyka się najczęściej w nieżytych śluzowym i zanikowym.

Na liczne długie nitkowate laseczniki (proste i kąto-wate) *h*, *i*, zwróciłem uwagę jeszcze w r. 1889 (p. Zarys patologii i terapii żołądka str. 56), jako często napotykanne w treści żołądkowej rakowej. Dopiero w r. 1895 podali to samo Oppler i Boas, a Kaufmann zauważył na 20 przypadków raka 19 razy te same długie laseczniki, które w hodowlach okazały się jako wytwarzające kw. mlekowy. Z innych laseczników znaleziono: *Bac. amylobacter*, *b. geniculatus* (rycina 10, *i*), *b. subtilis*, *b. megaterium*, *b. pyocyaneus*, *b. lactis erythrogenes*, *vibrio rugula*, *bact. coli commune* i wiele jeszcze innych bakteryi.

Nitki z *oidium albicans*, *leptothrix buccalis*, obok kryształów i miotełek tłuszczowych *k*, powstałych wskutek rozkładu tłuszczu pokarmowego, napotykamy w rozstrzeni następowej przy braku kw. solnego i w raku.

Komórki drożdżowe pojedynczo w treści żołądkowej napotkane nie mają znaczenia, gdyż dostają się do żołądka z piędzywem i napojami, w gromadkach w okresie rozrostu i pączkowania jak na rycinie 10, *g*. Napotykamy je w rozstrzeni z fermentacją kwaśną gazową (drożdżową) wobec kw. octowego i solnego.

Cz w órniak *f* znajduje się w treści żołądkowej w dwóch postaciach: mniejszej i większej, najczęściej w rozstrzeni dobrotliwej z nieżytem kwaśnym, a nadzwyczaj rzadko w raku żołądka.

*Clostridium butyricum* (Prażmowski) zabarwia się rozezynem Lugola (p. str. 32) na niebiesko w postaci elipsoidów

lub pateczek podobnych do poczwerek żab i sprawia fermentację masłową.

Przypadkowo mogą się do żołądka dostać bakterye **chorobotwórcze** właściwe innym chorobom (gruźlicy, błonicy i t. d.), albo też zawędrować czerwie lub ich jaja (taenia, ecchinococcus, trichina spiralis i t. p., p. niżej Gastritis mycotica et parasitica<sup>9</sup>).

Pod względem klinicznym większego znaczenia jest ilość **drobnoustrojów** w żołądku, niż jakość ich, gdyż swoisty wpływ pojedynczych gatunków na zmiany patologiczne w żołądku nie jest jeszcze bliżej znany. W każdym razie ich obecność nie jest bez wpływu na trawienie żołądkowe i jelitowe, a także i na stan ogólny, sprawiając według niektórych autorów objawy chorobowe zwane samozatruciem<sup>10</sup>). Ilość drobnoustrojów ocenia się w preparacie barwionym.

Przybliżonek płaski (połknięty) z **pierwoszczem** ziarnistym, obłożony licznymi kokami c, obok tego liczne ciała śluzowe dostrzegamy w niedomodze wydzielniczej lub nężyście śluzowym.

Bardzo liczne gromadki 2—7 przeświecających jasnych jąderrek (p. rycina 11, a i 12), a rozpuszczalnych w ługu potasowym, powstałych przez rozpad jąder neutrocytonnych leukocytów po strawieniu ziarniny przez mocno kwaśny sok żołądkowy wykryłem w r. 1886 **przeważnie w sokotoku** (p. Literatura). Dotąd uchodziły one pod nazwą ziarn pepsynowych. Należy je jednak odróżnić od wielokoków a mianowicie od *micrococcus tetragenus mobilis ventriculi* (Mendoza), który układając się w gromadki najczęściej po cztery, ma podobne wejrzzenie; jednak przedstawia się w kuleczkach ciem-



a, Rozpadłe jądra ciałek wycięcinowych.

b, Ślimacznice

c, Powierzchniowy przybliżony błony śluzowej żołądka.

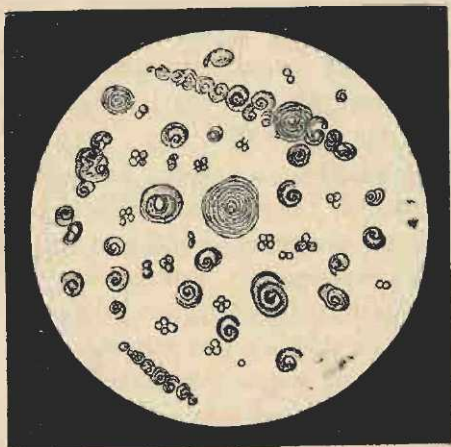
d, Komórki śluzowe.

Rycina 11. Składniki drobnowidowe treści żołądkowej częściej w przypadku nieżyty kwaśnego. (Spostrzeżenie własne).

niejszych, nie przeświecających, regularnych, ostro odgraniczonych, równej wielkości, za dodaniem ługu potasowego nie znikają, przyczepia się zwykle do przybłonka płaskiego i napotyka się najczęściej w treści odczej obojętnej lub alkalicznej. Jeżeli obok licznych jąder jasnych dostrzegamy złuszczone przybłonek wałeczkowy w znacznej ilości, zwłaszcza w płatach (p. rycina 11, c), to przypuszczamy istnienie nieżytu kwaśnego.

Charakterystyczne ślimacznice (p. rycina 12) różnej wielkości wykryłem w r. 1888 w kwaśnym soku ze żołądka czczego (p. Literatura). Według tłumaczenia Boas'a mają to być smugi śluzu zmienione pod wpływem kwasu żołądkowego.

Oderwane strzępy błony śluzowej przedstawiają rozmaite stopnie zmian, bądź w gruczołach, bądź w komórkach gruczołowych<sup>11)</sup>; najczęściej napotyka się ziarnisto zwyrodniałą masę gruczołową właściwą dla nieżytu śluzowego. Wyjątkowo zaś natrafia się na odluszczone ogniska rakowe.



Rycina 12. Ślimacznice i rozpadłe jądra ciałek wypocinowych.

Napotykanne w treści żołądkowej czarne złogi barwikowe ziarniste, w świetle przepuszczone miodkowe, pochodzą od barwika krwi po krwotokach; należy jednak przekonać się o tem przez wykonanie prób na kryształach heminy lub na żelazo.

Drobne krążki blado żółtawe z czarną obwódką ziarnistą, lub z złogi barwikowe ziarniste sprychowato w kółko ułożone są według poszukiwań E. Korczyńskiego i moich, zmienionymi ciałkami krwi napotykanymi najczęściej w krwotokach wskutek raka.

O szczegółowem badaniu na krew w treści żołądkowej p. ustęp o krwotokach żołądkowych <sup>12)</sup>.

### VI. Badanie chemiczne treści żołądkowej.

Przez zbadanie chemiczne treści żołądkowej staramy dowiedzieć się o zmianach we wydzielinach gruczołów trawieńcowych, jakoteż o jakości wytworów powstałych przez trawienie pokarmów.

1. Jeżeli żołądek w stanie prawidłowym pokarmami podrażniony, wydzielają komórki okładowe istniejące w gruczołach trawieńcowych dna żołądka w o l n y k w. s o l n y pewnego zgęszczenia. Według użytego bodźca, a względnie prób trawienia, ilość i zgęszczenie tego kwasu bywa różne. Jednak i dla tej samej próby stopień kwasoty zmienia się w pewnych granicach i to nie tylko u różnych osób, ale i nawet u tej samej nie każdego dnia wydaje ten sam wynik <sup>13)</sup>.

Wydzielony w żołądku kw. solny zmienia pokarmy: zobojętnia w nich zawarte ciała alkaliczne, bierze udział w zamianie białka na przetwory peptonowe, inwertuje cukier i działa jako środek przeciwniepalny. Sam zaś kwas solny przez te działania doznaje zmiany: Część jego zobojętniając ciała alkaliczne łączy się z niemi na chlorki, tem samem usuwa się z pod śledzenia i nie może być już wzięta w rachubę; pewna znów część zamienia niektóre sole np. fosforany na sole kwaśne i usuwa się zbadaniu jakościowemu. Bardzo znaczna część wydzielonego kw. solnego wchodzi w luźne związki z ciałami białkowymi i zasadami azotnymi, przez co utracą własność peptonizowania i zmieniania niektórych barwików, a działanie przeciwniepalne się zmniejsza — nie traci jednak własności oddziaływania kwaśnego na lakmus i wydzielania kw. węglowego z węglanów; jesteśmy przeto w stanie oznaczyć w przybliżeniu stopień zgęszczenia i ilość tego kwasu w treści żołądkowej i nazywamy go k w a s e m s o l n y m u t a j o n y m. Im więcej ciał białkowych w żołądku się znajduje, tem większa ilość kw. solnego zostaje utajoną; a jak F. Moritz wykazał, 8—12 części białka lub mięsa są w stanie jedną część kw. solnego zamienić w stan utajony. Doświadczenia zaś Pfunger'a wykazują, że ażeby otrzymać w miazdze pokarmo-

wej oddziaływanie na wolny HCl zapomocą roztworu floroglucynowanilinowego, trzeba dodać następujących ilości kw. solnego:

Do 100 gm. mięsa rozdrobnionego . . . . .	1·470 HCl = 11·7 ac. mur. off.
Do 100 gm. białka kurzego na twardo got. (ok. 5 jaj)	1·234 HCl = 9·8 "
Do 100 gm. białka kurzego surowego . . . . .	0·874 HCl = 6·9 "
Do 100 cm <sup>3</sup> mleka słodkiego . . . . .	0·544 HCl = 4·3 "
Do 100 gm. bułki (stosownie do wilgotności)	0·254—0·674 HCl = 2—5·4 "

Najwięcej więc utaja HCl miazga pokarmowa mięsna, o czem jeszcze w innej części tego dzieła o *diätetischem* *Lebensmittel* w chorobach żołądka mowa będzie<sup>14)</sup>.

Oprócz tego dostrzegał Pfungen, że więcej utajonego kw. solnego znajduje się w kawałkach pokarmowych, aniżeli w przesączu, stąd też i oznaczenie HCl w przesączu nie daje wiernego obrazu o siłę wydzielniczej błony śluzowej żołądka. Linossier wyraża nawet zdanie, że sączenie miazgi pokarmowej pozbawia otrzymane wyniki rozbirowe wszelkiego znaczenia, gdyż przeważna część czynnych składników soku żołądkowego pozostaje na sączku. To też niektórzy autorowie polecają, aby kw. solny i kwasotę oznaczać w niesączonej treści żołądkowej, jak o tem niżej jeszcze mowa będzie (p. str. 47).

Jeżeli przez ciągłe wydzielanie kw. solnego nasyci się nim białko w treści pokarmowej zawarte, wtenczas dopiero zaczyna on pojawiać się jako niepołączony t. j. w stanie wolnym. Obecność jego w tym stanie sprawia, że coraz nowsze ilości białka pokarmowego przechodzą w roztwór i ulegają peptonizacji, sprawy fermentacyjne doznają przeszkody, a inne czynności żołądka, jakoteż trawienie jelitowe drogą odruchową bywają podniecone. Z tego wynika, że w stanie prawidłowym w treści żołądkowej stale potrzebna jest pewna ilość wolnego kw. solnego, czyli że powinien zachodzić pewien stosunek między ilością wprowadzonego pokarmu a wydzielonym kw. solnym. Kw. solny oznaczamy w treści żołądkowej jakościowo, a ilościowo tylko jego zgęszczenie; oznaczenie całkowitej ilości wydzielonego kw. solnego natrafia obecnie na znaczne trudności. W treści żołądkowej tylko ta część wydzielonego kw. solnego jest dla zbadania jakościowego i ilościowego przystępną, która się pojawia w stanie wolnym. Kwas wydzielony utajony nie daje się jakościowo, lecz ilościowo ozna-

czyć (p. niżej). Kw. solnego połączonego na sole żadnym sposobem oznaczyć nie można. Ilość wolnego HCl w treści żołądkowej jest według jakości i ilości pokarmów różną. W prawidłowych stanach napotyka się kwasotę od wolnego HCl 14—60 =  $\frac{1}{2}$ —2 p. m., a od utajonego 4—35 = 0·12—1·1 p. m.

Wyciągnąwszy treść ze żołądka należy takową bez zwłoki dać na sączek i wziąć zaraz do rozbioru, aby się jej skład nie zmienił. Niska ciepłota otoczenia opóźnia tę zmianę.

2. Jakościowe badanie na kwas solny skutecznia się przesączonymi rozcżynami odczynników, najczęściej barwików albo zapomocą papierków odczynnikowych, otrzymanych przez zanurzenie czystej bibuły w rozcżynach tych barwików, wysuszenie w miejscu ciemnem i przechowanie w naczyniach ciemnych. Badanie zapomocą rozcżynów barwikowych wykonywa się w ten sposób, że albo do rurki odczynnikowej, albo lepiej do kieliszka nalewa się badanego przesączu, a kroplami z pipetki wkrapla się odczynnik, albo przeciwnie daje się małą ilość odczynnika do naczynia i nalewa powoli badany rozczyn, uważając, czy oczekiwane zabarwienie się okaże. Korzystniejszy sposób badania jest ten, że na płytkę porcelanową lub płaską parowniczkę daje się w kilku miejscach po kropli cieczy badanej w cienkiej warstwie, a wprowadza od brzegu krople rozczynu barwika, i uważa na zabarwienie, jakie się pojawia przy zetknięciu barwika z cieczą. Papierkami odczynnikowymi bada się przez zanurzenie ich na chwilę w przesączu. Praktyczniej jednak jest dać papierki mające być użyte do badania jeszcze przed wydobywaniem płynu z żołądka do rurki łączącej zondę ze zbiornikiem na treść żołądkową, aby ta musiała przez papierki przechodzić. Badając oddziaływanie treści żołądkowej, należy równocześnie skutecznic te same próby w zupełnie tych samych warunkach z wodą przekroploną, aby różnice w zabarwieniu ocenić tem pewniej. Zanim się wogóle przystępuje do badania pewnym odczynnikiem, należy wprzód poznać, jak zachowuje się wobec czystych ciał, w naszym przypadku wobec czystego kw. solnego, i to w rozmaitych rozcieńczeniach, które się najstosowniej w ten sposób otrzymuje, że dodaje się do  $\frac{1}{10}$  norm. HCl (utworzonego w przybliżeniu z 3 gm. *acid. muriat. dil. pur. off.* na 100 *aq. d.*), odpowiednią ilość wody przekroplonej.

Obecność wolnego kw. solnego wykazują następujące odczynniki.

a) Barwik fiołkowy metylo-rozanilinowy (Metylviolett) (0,02 gm. rozpuszcza się w 5 cm<sup>3</sup> wysokości i dopełnia do 200 cm<sup>3</sup> wodą przefiltrowaną), — daje roztwór fiołkowy, przybierający przy kwasocie 3,0 = 0,109 p. m. HCl wolnego zabarwienie niebieskawe, które przy kwasocie 4,0 = 0,146 p. m. HCl woln. staje się wyraźnym, a dopiero przy kwasocie 5,0 = 0,182 p. m. HCl woln. przechodzi w zabarwienie zupełnie niebieskie. Więcej zgęszczone roztwory fiołkowo-czerwone tego barwika, obecnie pyoktaninem zwanego, dają oddziaływania wyraźniejsze.

b) Cisawo-żółty roztwór tropaeolinu 00, utworzony przez nasycenie roztworu wysokowo-wodnego, albo lepiej wysokowo-eterycznego daje z wolnym kw. solnym przy tych samych stopniach kwasoty, co pod a), zabarwienie wiśniowo-czerwone.

Papierki tropaeolinowe żółte dają przy kwasocie 3,5 = 0,127 p. m. HCl woln. zabarwienie cisawe, zmieniające się po wysuszeniu nad płomieniem lampy na liliowe. Można jednak przez kilkakrotne zanurzanie i wysuszanie papierka nad płomieniem otrzymać ślady dostrzegalne zabarwienia liliowego jeszcze przy kwasocie 1,5 = 0,055 p. m. HCl woln. Z kwasami organicznymi zabarwienie liliowe się nie pojawia (Boas).

c) Papierki czerwone otrzymane z roztworu wysokowo-wodnego czerwieni Kongo przyjmują już przy kwasocie 0,4 = 0,0146 p. m. HCl wolnego zabarwienie szarawe, a przy 1,0 = 0,0365 p. m. HCl woln. zabarwienie niebieskie. Według Riegela odczynnik ten przy takim rozcieńczeniu kwasów organicznych, jakie się napotyka w żołądku, pozostaje bez zmiany. Lecz moje doświadczenia przeczą temu, gdyż już wobec małych ilości kwasów organicznych w roztworze papierki kongowe niebieszeją.

d) Vert brillant, który podał Lépine w r. 1887, bywa we Francji najczęściej używany. Roztwór wodny dwuprocentowy tego zielonego proszku daje ciecz niebieskawą. Kwas solny wolny zamienia ją na zieloną z odcieniem żółtym, który tem silniej występuje, im większe zgęszczenie kw. solnego, tak, iż roztwór ostatecznie staje się żółty, a nawet bezbarwny. Kwasy organiczne mogą także sprawić zabarwienie zielone, lecz odcienia

żółtego nie wywołują. Bouveret ocenia czułość tego odczynnika na kwasotę  $3 = 0.1$  p. m. HCl wolnego i wykonywa próbę w ten sposób, że do rurki odczynnikowej daje  $3 \text{ cm}^3$  badanego przesączu i 10 kropeł powyższego odczynnika, to pojawiają się zabarwienia stosownie do zgęszczenia wolnego HCl:

Przy  $3-15 = 0.1-0.5$  p. m. HCl, zielone.

Ponad  $15-30 = 0.5-1$  p. m. HCl, zielonkawato-żółte.

Ponad  $30-60 = 1-2$  p. m. HCl, oliwkowe.

Ponad 60 i wyżej = 2 i więcej p. m. HCl, złoto-żółte.

Na tej podstawie sporządził nawet Jolles przyrząd kolorymetryczny do ilościowego oznaczenia HCl w treści żołądkowej.

Bouveret nadmienia także, że powyższego odczynnika można użyć także do wykazania jakościowego utajonego kw. solnego, albowiem treść żołądkowa kwaśna, która nie daje żadnego oddziaływania z odczynnikiem Günzburga, zmienia odcień niebieski rozczyynu na zielony.

Ja wypróbowałem także papierki napojone  $\frac{1}{2}-1\%$  rozczyнем z vert brillant i zauważyłem, że można ich tak dobrze użyć jak i rozczyynu samego. Każda kropla soku żołądkowego daje według zawartości HCl bądź zieloną, bądź zielono-żółtą, bądź zupełnie żółtą plamę.

Powyższe barwiki dają jednak i z kwasami organicznymi podobne zabarwienia, lecz stopnie kwasoty, przy których to następuje, są o wiele wyższe, niż dla kw. solnego. Również należy uwzględnić jeszcze tę okoliczność, że opalizacya, zabarwienie przesączu badanego, jakoteż obecność w nim pewnych ciał, np. soli kuchennej, fosforanów kwaśnych, cukru i t. p. czynią ocenienie pojawiającego się oddziaływania niepewnem. Wskazanem jest przeto stosować dla pewności kilka odczynników równocześnie, przez co można także wnioskować i o stopniu zgęszczenia wolnego kw. solnego.

a) Najczulszym i najmniej od obecności innych ciał zależnym jest odczynnik podany przez Günzburga, składający się z 1,0 gm. waniliny, 2,0 gm. floroglucynu i 30 gm. wyskoku. Ponieważ bezbarwny rozczyzn wobec światła staje się z czasem cisawo-czerwony, należy go przechować w naczyniu ciemnym, przy-

gotować w mniejszej ilości i w stanie więcej rozcieńczonym według przepisu, który okazał się mniej praktycznym: 0,1 gm. waniliny, 0,2 gm. floroglucyny i 10 gm. wysokoku. Parując na płycie porcelanowej jedną lub więcej kropeł roztworu badanego na wolny kw. solny nad płomieniem lampy i dodając równocześnie tyleż kropeł odczynnika, otrzyma się podczas wysychania według ilości kw. solnego, albo różowe pręgi, albo zabarwienie wybitnie czerwone już przy kwasocie  $0,5 = 0,018$  p. m. HCl woln. i wyżej. Należy jednak ostrożnie parować, aby cisawienie występujące wskutek zwegłania pozostałości, nie brać za właściwe zabarwienie. Ostateczna granica oddziaływania tego odczynnika, zupełnie niezależna od obecności kwasów organicznych, wynosi  $0,25$  kw. =  $0,0091$  p. m. HCl woln. Odczynnikiem tym jeszcze najpewniej można się przekonać o obecności wolnego kw. solnego, lecz także tylko warunkowo. Günzburg sam podaje bowiem, że obecność chlorku wapniowego ( $\text{CaCl}_2$ ) w soku żołądkowym, nie zawierającym wolnego HCl, sprawia też samo czerwone zabarwienie z jego odczynnikiem, a Z. Mierzyński zauważył to samo zachowanie się fosforanu wapniowego kwaśnego. Wypada zatem w wątpliwych przypadkach przekonać się o obecności wapna w przesączu, zapomocą amoniaku i szczawianu amonowego. Według spostrzeżenia O. Vierordta także i kw. siarkowodowy ( $\text{H}_2\text{S}$ ), który wywiązuje się niekiedy w żołądku (p. str. 44), sprawia zabarwienie czerwone z odczynnikiem Günzburga.

f) To samo znaczenie, co odczynnik Günzburga, ma także i próba resorcynowa według Boasa. Przepis na odczynnik opiewa: *Resorcini ch. p. resublimati 5,0, Sacchari albi 3,0, Spiritus vini diluti 100,0*. Daje się na płytkę porcelanową 8—8 kropli treści żołądkowej i 1—2 kropli powyższego odczynnika, ogrzewa zwolna i ostrożnie nad płomieniem lampy, to po zupełnem odparowaniu płynu powstaje przy obecności wolnego HCl zabarwienie cynamonowo-czerwone lub różowe, jak to opisano przy próbie Günzburga. Próby porównawcze z tym odczynnikiem przekonały mnie, że zabarwienie szybciej przemija i jest mniej wybitne, jak przy użyciu roztworu floroglucyno-waniliny. Zaletą jest łatwość nabycia składników w każdej aptece. Czulość odczynnika Boasa, niezależna od kw. organicznych, dochodzi do kwasoty 1,3 czyli  $0,05$  p. m. HCl woln.. Te same

zastrzeżenia co do możliwych pomyłek musimy tu zrobić, jak i przy próbie Günzburga, zwłaszcza, że Mierzyński zauważył, że i ten odczynnik z fosforanem wapniowym kwaśnym daje zabarwienie czerwone.

g) Najpewniejszą próbą, świadcząca o istnieniu dostatecznej ilości wolnego kw. solnego jest próba sztucznego trawienia białka, która w każdym domu posiadającym piec ciepły, może być wykonana (p. niżej).

Przypadki, w których treść żołądkowa i bez obecności wolnego HCl białko trawi, należą do wyjątków. Prawdopodobnie rozchodzi się tu o strawienie białka pod wpływem kw. organicznych lub soku trzustkowego, który może się dostać z dwunastnicy do żołądka.

Obecność peptonów w treści żołądkowej nie wskazuje jeszcze na wydzielenie HCl, gdyż takowe mogą się tworzyć przez działanie bakterii, albo kw. organicznych, lub dostać się z dwunastnicy do żołądka.

3. Wykazanie nieobecności HCl powyższymi odczynnikami w treści żołądkowej, nie oznacza w każdym przypadku zupełnej utraty zdolności wydzielniczej błony śluzowej żołądka, lecz zmniejszenie tejże, wskutek czego kw. solny nie pojawia się w nadmiarze, lecz zostaje utajony. Aby się przekonać o zupełnej utracie siły wydzielniczej błony śluzowej, należy żołądek wieczorem jak najdokładniej przepłukać ciepłą wodą zwykłą, a przy końcu wodą przekroploną. Przeczekawszy aż do rana bez przyjmowania pokarmów i napojów, należy nazajutrz naczczo wykonać próbę białkową. Jeżeli błona śluzowa nie wydziela wcale kw. solnego, to treść po trzech kwadransach otrzymana nie będzie kwaśna, ale obojętna albo alkaliczna i bez oddziaływania biuretowego (na propeptony i peptony). Badanie żołądka ciałami skrobiowymi nie doprowadzi do celu, gdyż z nich zawsze wywiążą się kwasy organiczne (kw. mlekowy), wobec których istnienie kw. solnego przez białko utajonego a nie dającego się odczynnikami wykazać, jest możliwe (p. str. 26).

4. Kwasy organiczne (tłuszczowe) zdradzają się często wonią, szczególnie przy ogrzaniu treści żołądkowej w rurce odczynnikowej.

a) Obecność kw. mlekowego fermentacyjnego, który może być tak samo jak kw. solny albo wolny, albo utajony, albo połączony na mlekany, poznaje się po zabarwieniu cytrynowo-żółtym powstającym po dodaniu odczynników Uffelmanna do przesączu: występuje ono jeszcze przy kwasocie 0,5 czyli  $\frac{1}{20}$  p. m. kw. mlekowego. Odczynniki Uffelmanna przygotowują się zawsze na świeżo, według moich prób najczulszy odczynnik o zabarwieniu ametystowym powstaje, biorąc 5 cm<sup>3</sup> nasyconego wodnego roztworu karbolowego, 45,0 aq. d. i 0,2 cm<sup>3</sup> (2 krople) *liquor ferri sesquichlorati*. Drugi odczynnik jest jeszcze prostszy, gdyż składa się z 50 cm<sup>3</sup> aq. d. i 1—2 kropli *liq. ferri sesqu.*, jest zupełnie bezbarwny i również dobry jak z kwasem karbolowym, który służy tylko jako zabarwienie kontrastowe. Odczynniki te dają jednak i przy obecności gliceryny, wysokoku, kw. szczawowego, winowego, cytrynowego i fosforanów podobne nieco oddziaływanie, jak na kw. mlekowy, podczas gdy przy znaczniejszej ilości równocześnie znajdującego się kw. solnego, zabarwienie na kw. mlekowy się nie pojawia; przy obecności zaś białka w przesączu tworzy kw. karbolowy w odczynniku zawarty, osad zakrywający oddziaływanie na kw. mlekowy. W takim przypadku pożądana jest modyfikacja próby podana przez Kellinga: Rozcieńcza się badany przesącz 10-krotnie wodą przekroploną, bierze się z tego 5—10 cm<sup>3</sup> i dodaje 1—2 kropel 5-procentowego roztworu chlorku żelazowego, to powstaje zabarwienie zielonkawo-żółte jeszcze przy rozcieńczeniu  $\frac{1}{10000}$  kw. mlekowego. Zauważyłem jednak, że przy tak drobnych śladach kw. mlekowego należy dla porównania zabarwienia zrobić kontrolną próbę z równej ilości wody przekroplonej.

Zupełną pewność obecności kwasu mlekowego otrzyma się, jeżeli badany przesącz wykluci się z potrójną ilością eteru, a odławszy go, dodaje wprost (bez odparowywania) do eteru, wyżej wymienionego bezbarwnego roztworu chlorku żelazowego, to opadający na dno odczynnik przyjmie w razie obecności kw. mlekowego zabarwienie zielonkawo-żółte.

Kw. mlekowy w prawidłowych stosunkach w żołądku się nie znajduje, gdyż pokarmy za krótko w nim przebywają, by się fermentacja mleczna wytworzyła. Z wielu jednak pokarmami

(pieczywem, barszczem i t. p.) może się kw. mlekowy dostać do żołądka. Trwała obecność kw. mlekowego w żołądku wskazuje na nieprawidłowe trawienie, a mianowicie na zastoinę treści żołądkowej, w której pod wpływem swoistych bakteryj, których dotąd około 10 gatunków poznano, odbywa się fermentacja mleczna. Kw. mlekowy i kw. solny stoją do siebie w pewnym przeciwieństwie: im mniej kw. solnego w treści żołądkowej (niedomoga wydzielnicza), tem więcej znajduje się kw. mlekowego i odwrotnie, przy kwasocie zaś  $35 = 1.2$  p. m. HCl wolnego, fermentacja mleczna ustaje.

b) Jeżeli rozchodzi się o jakościowe badanie na inne jeszcze kw. organiczne, mianowicie na kw. octowy i masłowy, należy przesącz kilkakrotnie wyklucić z podwójną ilością obojętnego eteru przez 15 minut, przez co wolne kw. organiczne przejdą częściowo do warstwy eterycznej górnej, podczas gdy kw. solny zostaje w roztworze wodnym. Po ostrożnem zebraniu warstwy eterycznej i wyparowaniu eteru, zdradza już woń obecność powyższych kwasów. Dla pewności przedmiotowej rozpuszcza się pozostałość eteryczną w małej ilości wody; do jednej części roztworu wkłada się kawałeczek chlorku wapniowego, w razie obecności kw. masłowego wydzielają się oczka tłuszczowe na powierzchni cieczy. Zobojętniwszy zaś drugą część roztworu węglanem sodowym, to po dodaniu kropli *liq. ferri sesquichlorati*, powstaje zabarwienie krwisto-czerwone, jeżeli jest obecny kw. octowy. O ilościowym oznaczaniu kw. organicznych p. niżej.

Jeżeli powyższych kwasów z pokarmami nie wprowadzono do żołądka, na którą to możliwość przy badaniu treści żołądkowej należy zwrócić uwagę, to obecność ich wskazuje na zastoinę i nieprawidłowe fermentacje. Kwas octowy, który się najczęściej z wysokoku wprowadzonego wytwarza, napotyka się zazwyczaj jeszcze wobec silnego wydzielania HCl, podczas gdy kw. masłowy i kozłkowy pojawiają się przy zmniejszonym wydzielaniu lub braku HCl.

5. K w. siarkowodowy, który niekiedy także w treści żołądkowej się znajduje (p. ustępy o rozstrzeni żołądka<sup>15</sup>), poznaje się po tem, że ogrzewając badaną treść w rurce odczynnikowej, wydobywa się woń właściwa, a papierki napojone octanem ołowowym nad rurką trzymane ciemnieją lub czernieją. Ja widzia-

łem (w r. 1886) przypadki pojawienia się  $H_2S$  w żołądku prawidłowym wobec znaczniejszej ilości  $HCl$  i przypuszczałem, że one dostają się z jelit (p. Literatura). Boas, który tego rodzaju przypadki później ogłosił, odnosi  $H_2S$  do odtleniania siarkanów w żołądku i uważa pojawienie się  $H_2S$  w rozstrzeni za oznakę dobrotliwego zwężenia odźwiernika. Inni (Strauss) jeszcze przypisują powstawanie  $H_2S$  w żołądku, wtargnięciu *bact. coli commune*. Paul zaś i Fleischer twierdzą, że w czasie peptonizacji białka stale oddziela się siarka w postaci  $H_2S$ , który w stanie prawidłowym szybko zostaje w żołądku pochłonięty. Ostatecznie dostrzegłem przypadki treści żołądkowej rakowej gnijącej, w której  $H_2S$  był połączony z amoniakiem na siarczek amonowy.

#### Ilościowe oznaczenie kwasów w treści żołądkowej.

6. Całkowitą kwasotę treści żołądkowej czyli zgęszczenie co do wszystkich ciał kwaśnych w niej zawartych, oznaczamy zapomocą miareczkowania. Do 5 lub 10  $cm^3$  przesącza znajdującego się w kolbecie, dodajemy obojętnego (fiolkowego) roztworu lakmusu aż do wystąpienia wyraźnego zabarwienia różowego, a następnie z pipetki na 0,01  $cm^3$  podzielonej, tak długo  $\frac{1}{10}$  norm. ługu sodowego, aż się pojawi zabarwienie fiołkowie-niebieskie. Ilość  $cm^3$  zużytego ługu sodowego (n. p. 2,3) na 5  $cm^3$  przesącza obliczamy na 100  $cm^3$  treści żołądk. t. j.  $20 \times 2,3 = 46,0$ , którą to liczbą wyrażamy stopień kwasoty treści żołądkowej. Obliczenie \*) ile ciężarów kw. solnego wzoru  $HCl = 36,46$  przypada na 1000 objętości treści żołądkowej, przeprowadza się w powyższym przypadku:  $46,0 \times 10 \times 0,003646 = 1,67716$  p. m.  $HCl$ , biorąc na

\*) Zapomocą następującej tabliczki możemy łatwo przeliczyć otrzymane stopnie kwasoty na ilość kw. solnego ( $HCl = 36,46$ ) zawartą w 1000  $cm^3$ .  
Stopień kwasoty odpowiada p. m.  $HCl$ . Stopień kwasoty odpowiada p. m.  $HCl$ .

0.1	0.00364	5	0.18230
0.5	0.01823	6	0.21876
1	0.03646	7	0.25522
2	0.07292	8	0.29168
3	0.10938	9	0.32814
4	0.14584	10	0.36460

uwagę, że 1 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  norm. NaHO odpowiada 0,003646 gm. HCl. Przybliżony rozczyzn dziesiętnonormalnego ługu sodowego otrzymano się przez rozpuszczenie 4,2 gm. *natrii hydrici fusi alcohole depurati* w 1 litrze wody przekrojonej. Rozczyn musi być we flasce korkiem kauczukowym szczelnie zamknięty i co miesiąc na nowo przyrządzany. Do prac doświadczalnych należy przyrządzić ług sodowy  $\frac{1}{10}$  normalny dokładnie według przepisu chemii rozbiorowej, albo pobierać go z rzetelnej pracowni chemicznej. Jeżeli przesącz mający być miareczkowany jest zabarwiony, to wyszukujemy chwilę zubożenia kwasu przez wybieranie kropli z rozczyznu pręcikiem platynowym na fiołkowo-niebieski papierek lakmusowy.

Jako wskaźniki do miareczkowania na kwasy są jeszcze w użyciu: żółty rozczyzn kw. rozolowego (po zalkalizowaniu czerwony), różowy rozczyzn metyloranżu (po zalkalizowaniu żółty), bezbarwny rozczyzn wysokowyfenoloftaleinu (po zalkalizowaniu różowy). Lecz wyniki z miareczkowania treści żołądkowej bywają odmienne według użytego wskaźnika. Wogóle daje lakmus wyniki wyższe, niż metyloranż, a niższe niż fenoloftalein, a różnice bywają niekiedy bardzo znaczne. Lippmann, który tą kwestyą szczegółowo się zajmował, podaje następujące liczby z miareczkowań tych samych treści żołądkowych, ale przy użyciu odmiennych wskaźników:

Jeżeli n. p. zmiareczkowanie wykazało, że na 100 cm<sup>3</sup> przesącza trzeba zużyć 53·5 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  NaOH, to przelicza się kwasotę 53·5 na ilość HCl zawartą w litrze z powyższej tabliczki w następujący sposób:

Kwasota	5	×	10	=	1·8230
"	3	=	0·1098		
"	0·5	=	0·0183		
					1·9511
"	53·5	=	1·9511 p. m. HCl.		

Ten sposób oznaczenia ilości kw. żołądkowego był używany przez fizyologów; lecz dla miazgi żołądkowej jest on nieracjonalny, gdyż kwasota jej zależy nie tylko od HCl, ale od rozmaitych ciał kwaśnych równocześnie zawartych, dlatego ja w r. 1882 odstąpiłem od niego i poleciłem pierwszy, aby w celach klinicznych oznaczać kwasotę treści żołądkowej w centymetrach sześci.  $\frac{1}{10}$  NaOH użytego na 100 cm<sup>3</sup> przesącza, co obecnie przeważa część autorów przyjęła.

	Lakmus	Fenoloftalein	Kw. rozolowy
Kwasota	89·5	93·5	87·0
"	38·4	49·6	41·8
"	40·0	73·4	42·0
"	40·0	52·0	43·0

Przyczyną tego jest odmienne zachowanie się chemiczne soli kwaśnych i ciał azotnych, zawartych w treści pokarmowej do powyższych barwików. A ponieważ nie tylko ilość kw. solnego, ale i zawartość rozmaitych ciał kwaśnych wpływa na stopień kwasoty, należy przy podawaniu wyniku miareczkowania zaznaczyć, jakiego wskaźnika przy miareczkowaniu użyto, i z jakich pokarmów miazga żołądkowa się składała. Aby zmniejszyć i ustalić wpływ obcych połączeń kwaśnych, istniejących w treści żołądkowej obok kw. solnego, należy podawać przy próbach trawienia, pokarmy zawsze w tej samej jakości i ilości (p. str. 25). Im użyty pokarm jest chemicznie mniej złożony, tem różnice we wynikach miareczkowania są mniejsze.

Obecnie używają do miareczkowania treści żołądkowej najczęściej w wysokokowego rozczyń fenoloftaleinu (p. wyżej), który jest czulszy, niż lakmus, a przez przechowanie nie doznaje zmiany.

Niektórzy autorowie nie oznaczają stopnia kwasoty w przesączu, lecz w niesączzonej treści żołądkowej w następujący sposób (Martius-Lüttke): Treść żołądkowa rozmąca się na jednostajną masę, bierze z niej 20 cm<sup>3</sup>, dodaje 4 krople wysokokowego rozczyń fenoloftaleinu, dopełnia do 300 cm<sup>3</sup> wodą przekroploną i rozmąca się jak najdokładniej. Potem dzieli się na 2 części po 150 cm<sup>3</sup> i w każdej oznacza się kwasotę przez miareczkowanie 1/10 norm. NaOH, aż pojawi się zabarwienie różowe, poczem oblicza się na 100 cm<sup>3</sup> treści żołądkowej. Należy zauważać, że odmierzenie niesączzonej treści jest zawsze niedokładne, gdyż tu ze sokiem żołądkowym ciekłym mierzy się równocześnie i zawieszona ciała stałe.

7. Oznaczenie ilościowe kw. solnego a jeszcze więcej oddzielenie w treści żołądkowej wolnego od utajonego napotyka na znaczne trudności, które pochodzą stąd, że kw. solny znajduje się w nader zawilej mieszaninie ciał organicznych zmienego składu, tak, że kuszenie się o wydzielenie go z tej miesza-

niny przy obecnym stanie wiedzy chemicznej należy uważać za bezowocne. To nam tłumaczy, dlaczego z kilkunastu metod ilościowego oznaczania kw. solnego ogłoszonych w przeciągu krótkiego czasu każda wydaje odmienne wyniki. Nadto prawie wszystkie wymagają prócz urządzenia laboratoryjnego, dłuższego czasu do wykonania, tak, że w praktyce prywatnej posługiwać się niemi nie można. Przytem nie godzą się one z celem klinicznym, bo pominąwszy okoliczność, że żołądek co do wydzielania bywa bardzo kapryśny, to rozpoznanie i leczenie wcale się nie zmienia, czy metoda wykaże 3·64, czy 3·81 albo 3·42 p. m. HCl. Raczej należałoby w kierunku anatomicznym pracować, aby się dowiedzieć, jakie podstawy anatomiczne mają zбочenia wydzielnicze, aniżeli przez podawanie tego rodzaju metod swej wiedzy chemicznej próbować.

Następujący autorowie ogłosili dotąd metody do oznaczenia ilościowego kw. solnego: Seemann-Hehner, Cahn-Mehring, Sjösqvist, Prout, Bourget, Leo, Hoffmann, Braun, Hayem-Winter, Mintz, Boas, Mizerski i L. Nencki, Martius-Lüttke, Töpfer, Mierzyński i inni. Metody te przedstawiają więcej interesu dla chemików, niż dla lekarza praktycznego. Najprostsza dla wykonania okazuje się metoda podana przez Mintza.

a) Oznaczenie ilościowe wolnego HCl według Mintza. Bierze się dwie próby treści żołądkowej, każdą po 10 cm<sup>3</sup> przesącza. Do jednej próby dodaje  $\frac{1}{10}$  norm. NaHO tak długo, aż zniknie oddziaływanie z floroglucyną, waniliną (p. wyżej str. 41). Przytem należy wybierać ciecz próbną w małych ilościach drucikiem platynowym (nie pręcikiem szklanym), używając równocześnie małej ilości odczynnika Günzburga, ostrożnie ją ogrzewać. Druga próba służy do kontroli. Zmiareczkowawszy w pierwszej próbie wolny HCl, dodaje się wypotrzebowaną ilość cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  NaHO do drugiej próby, a jeżeli oddziaływanie z floroglucyno-waniliną jeszcze się pojawia, dodaje się jeszcze kilka kropel ługu z biurety, aż oddziaływanie zniknie. Ilość wypotrzebowanego  $\frac{1}{10}$  NaHO dla drugiej próby stanowi kwasotę dla niepołączonego wolnego HCl.

Metodę powyższą można wykonać wygodniej, lecz nie dokładniej, w modyfikacji podanej przez Boasa: Do 5 lub 10 cm<sup>3</sup> przesącza treści żołądkowej dodaje się dopóty dziesiętno-normalnego ługu sodowego, aż ciecz przestaje barwić papierki kongowe

na niebiesko. Ilość zużytych  $\text{cm}^3$  ługu obliczona na  $100 \text{ cm}^3$  treści żołądkowej oznacza kwasotę przypadającą na wolny kw. solny. Przy tym sposobie oznaczania wolnego HCl, można równocześnie oznaczyć całkowitą kwasotę przesączu, jeżeli po oznaczeniu HCl doda się 1—2 kropel wysokokowego roztworu fenoloftaleinu i miareczkuje  $\frac{1}{10}$  norm. NaHO tak długo, aż się pojawi zabarwienie różowe. — Jeżeli treść żołądkowa nie pochodzi z próby białkowej, to zawiera wolne kw. organiczne, przeważnie kw. mlekowy, który również barwi niebiesko czerwień kongo. Natenczas przed miareczkowaniem należy kw. organiczne wydalić przez wykluczenie odmierzonego przesączu zapomocą obojętnie oddziaływającego eteru.

Metoda Mintza i modyfikacja Boasa dają tylko przybliżone wyniki, a Mizerski i L. Nencki na podstawie porównawczych prób uważają je za bardzo niepewne i polecają zmienioną przez siebie metodę chloro-metryczną Prout-Winter'a. Opieński zaś i Rosenzweig otrzymali najdokładniejsze wyniki według metody Seemann'a. Dotąd uważano ogólnie za najdokładniejszą, metodę podaną przez Sjösqvist'a, polegającą na wytrawieniu przesączu treści żołądkowej węglanem barowym i oznaczeniu w nim ilości chlorku barowego ( $\text{BaCl}_2$ ).

b) Oznaczenie ilościowe kw. solnego utajonego. Miareczkowaniem oznacza się całkowitą kwasotę w jednej próbie przesączu; w takiej samej ilości przesączu oznacza się kwasotę pochodzącą od wolnego HCl sposobem Mintza lub Boasa (jak wyżej). Różnica obydwu miareczkowań przypada na kwasotę pochodzącą od kw. solnego utajonego. Jeżeli istnieją równocześnie kwasy organiczne w treści żołądkowej, należy je przed oznaczeniem całkowitej kwasoty wydalić zapomocą eteru. Najdokładniejsze wyniki ilościowe daje treść żołądkowa otrzymana po metodzie białkowej, gdyż tu nie wchodzi w rachubę ani kwasy organiczne ani sole kwaśne, które to ostatnie zapomocą eteru nie dadzą się oddzielić, przeto zmiareczkowane jako kwasy odpowiadają rzeczywistej ilości kw. solnego utajonego.

Mintz uważa ilość kw. solnego utajonego w treści żołądkowej jako ilość stałą, co jest prawdopodobnem; zaś ilość kw. solnego wolnego za zmienną i radzi przy ocenie kwasoty kierować się tylko wynikami oznaczania wolnego kw. solnego. Mintz stosując próbne śniadanie Ewalda, podaje jako graniczne ilości

kwasoty dla utajonego kw. solnego 11—13=0.4—0.47 p. m. HCl. Lecz Rosenheim znajdował w swoich doświadczeniach przy tych samych warunkach daleko większe wahania kwasoty co do utajonego HCl, bo 3.6—25 = 0.15—0.9 p. m. HCl. Ja na 50 ogólnej kwasoty dostrzegałem 13—15 przypadającej na wolny HCl.

c) Oznaczenie ilościowe brakującej ilości utajonego kw. solnego. — Jeżeli w treści żołądkowej jest za mało kw. solnego, to nie tylko niema oddziaływania na wolny HCl, ale i nie wystarcza go do nasycenia białka. Jesteśmy w stanie oznaczyć w przybliżeniu, ile HCl brakuje, aby białko nim nasycone zostało, czyli klinicznie mówiąc, jaki stopień niedomogi wydzielniczej mamy przed sobą. W tych przypadkach należy mieć na uwadze, że w treści żołądkowej stale znajduje się znaczna ilość kw. organicznych, z których jedna część jest przez ciała białkowe utajona, a druga pozostaje w stanie wolnym. Utajonych kw. organicznych nie jesteśmy w możności wyflukać eterem, przeto miareczkując bez względu na nie, oznaczylibyśmy takowe jako kw. solny utajony. Aby temu zapobiedz, miareczkujemy deficyt kw. solnego utajonego w treści żołądkowej wydzielając niejako kw. organiczne z połączenia z białkiem w następujący sposób: Do 10 cm<sup>3</sup> przesączu dodaje się ostrożnie tak długo  $\frac{1}{10}$  norm. HCl, którego 1 cm<sup>3</sup> potrzebuje do dokładnego zobojętnienia 1 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  norm. ługu sodowego, aż pojawi się oddziaływanie na wolny kw. solny zapomocą odczynnika Günzburga. Ilość zużytych cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  norm. HCl obliczona na 100 cm<sup>3</sup> cieczy żołądkowej wykazuje ilość HCl, brakującą do zupełnego nasycenia ciał białkowych.

d) Oznaczenie ilościowe utajonego kw. solnego w braku wolnego HCl. — W cieczy żołądkowej, która nie wykazuje wolnego kw. solnego, nie jesteśmy w stanie ocenić rzeczywistej zawartości kw. solnego utajonego, gdyż równocześnie mogą istnieć kwasy organiczne utajone, nie dające się eterem wydalić, przeto nie mamy nawet pewności, czy istnieje w kwaśnej treści żołądkowej utajony kw. solny, i czy HCl wogóle wydziela się jeszcze z błony śluzowej (p. vert brillant str. 39). Chcąc w tych przypadkach ilość kw. solnego utajonego oznaczyć, postępujemy w następujący sposób: Oznaczywszy w sposób wyżej podany (pod c.) deficyt kw. solnego w przesączu, dodajemy do 10 cm<sup>3</sup> innej próby wykazaną ilość brakującego  $\frac{1}{10}$  norm. HCl, poczem wyklócamy kw. organiczne kilkakrotnie zapomocą eteru i miareczkujemy pozostatość  $\frac{1}{10}$  norm. ługiem sodowym. Od ilości zużytych cent. sześcienn.  $\frac{1}{10}$  NaHO odjąwszy ilość dodanych wprzód cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  norm. HCl, otrzymamy w przybliżeniu ilość pierwotnie znajdującego się utajonego kw. solnego. W ten sposób możemy w przybliżeniu ocenić stopień niedomogi wydzielniczej. Przez zmiareczkowanie kw. organicznych wyciągniętych zapomocą eteru możemy się dowiedzieć o ich zgęszczeniu. Podobny sposób oznaczania utajonego HCl podają obecnie i Biedert-Langermann.

8. Oznaczenie ilościowe wszystkich kwasów zawartych w treści żołądkowej:

a) W 5 lub 10 cm<sup>3</sup> oznacza się całkowitą kwasotę zapomocą  $\frac{1}{10}$  norm. NaHO, jak pod 6. opisano.

b) 5 lub 10 cm<sup>3</sup> przesącza kłóci się z eterem; pozostałą ciecz miareczkuje się zapomocą  $\frac{1}{10}$  norm. NaHO. Różnica wyników  $a-b$  oznacza kw. a s o t ę c o d o k w a s ó w o r g a n i c z n y c h, którą można otrzymać także przez zmiareczkowanie pozostałości po wyparowaniu cieczy eterycznej.

c) W 5 lub 10 cm<sup>3</sup> oznacza się wolny HCl metodą Mintza względnie Boasa według 7. a).

d) Różnica między wynikami  $b-c$  daje kwasotę zależną od kw. solnego u t a j o n e g o.

9. Oznaczenie ilościowe kwasów przy braku wolnego HCl.

a) Oznacza się w przesącza brakujący utajony kw. solny sposobem pod 7. c) podanym.

b) Oznacza się ilościowo zawartość utajonego kw. solnego, jak pod 7. d) podano.

c) Oznacza się całkowitą kwasotę i odejmuje się od niej kwasotę pod b) otrzymaną, a wówczas różnica  $c-b$  przypada na kw. organiczne.

10. Oznaczenie ilościowe i jakościowe kwasów organicznych według Cahna i Mehringa. Przynajmniej 50 cm<sup>3</sup> przesącza przeparuje się aż do  $\frac{1}{3}$  pierwotnej objętości. W części przeparuwanej oznacza się przez miareczkowanie ilość kwasów tłuszczowych lotnych. Kawateczek chlorku wapniowego włożony w tę ciecz sprawia wydzielanie się kropelek na powierzchni płynu (obecność kw. masłowego), a w razie obecności kw. octowego sprawia kropka *liquor ferri sesquichl.* w cieczy wprzód węglanem sodowym zobojętnionej, zabarwienie krwisto-czerwone. — Pozostałość od przeparuwania kłóci się kilkanaście razy z eterem, który zabiera kw. mlekowy, a pozostawia w cieczy kw. solny. Po wyparowaniu roztworu eterycznego miareczkuje się kw. mlekowy, a w cieczy wodnej pozostałej od kłócenia kw. solny. Ostatnie miareczkowanie oznacza razem tak kw. solny wolny, jak i utajony.

Uw.: Nietylko stopień kwasoty, lecz i całkowitą ilość HCl zawartą w żołądku starali się niektórzy autorowie (Geigel i Blass, Bourget) oznaczyć. Sposoby te nie znalazły zastosowania praktycznego wobec wyników, mało znaczących pod względem rozpoznawczym.

### Badanie na zaczyny trawienne.

Komórki główne gruczołów trawiennych wytwarzają propepsynę i zymogen podpuszczkowy. Pod działaniem HCl powstaje z propepsyny pepsyna, która w roztworach kwaśnych (najlepiej w HCl) peptonizuje białko, a ze zymogenu podpuszczkowego właściwy zaczyn podpuszczkowy, który znów ma własność ścinania sernika w mleku. Sernik ścięty zdaje się ulegać pod wpływem zaczynu podpuszczkowego jeszcze i innym

zmianom. Bączkiewicz bowiem dostrzegał w swoich doświadczeniach, że zacyzn ten rozpuszcza w termostacie sernik; czy go także peptonizuje, jak Bączkiewicz twierdzi, muszą jeszcze dalsze doświadczenia wykazać. Pepsyna i zacyzn podpuszczkowy wydzielają się z gruczołów równoległe z kw. solnym, mogą się jednak jeszcze wydzielać i wtedy, jeżeli wydzielanie HCl już ustało. Kolejność ustawiania wydzielania odbywa się zawsze w ten sposób, że najprzód ustaje tworzenie się HCl, potem pepsyny, a ostatecznie dopiero znika zacyzn podpuszczkowy (zanik błony śluzowej).

Ostatnimi czasy przychodzi P. Cohnheim, badając strzępy błony śluzowej żołądkowej u człowieka w różnych stanach patologicznych, do wniosku, że nie tylko HCl, lecz i propepsyna i zymogen podpuszczkowy wytwarzają się w komórkach okładowych.

11. B a d a n i e n a o b e c n o ś ć p e p s y n y: Do 2 wążkich, zupełnie równych flaszeczek *A* i *B* wlewa się po 10 cm<sup>3</sup> przesączu treści żołądkowej i wrzuca po krążku białka, otrzymanego następującym sposobem: Z białka jaja kurzego na twardo ugotowanego, kraje się płytki zapomocą podwójnego noża, mającego odstęp ostrzy na 1 mm., z nich wytłacza się krążki świderkiem do korków lub piórem gęsim o średnicy 1/2 cm. Ciężar krążków waha od 1—2 cgm. Zapas ich da się przechować przez bardzo długi czas w szczelnie zamkniętej flaszeczce wypełnionej gliceryną lub świeżo przegotowaną wodą przekroploną pod warstwą eteru. Ciecz we flaszeczce *B* zakwasza się kw. solnym do tego stopnia, aż zanurzone papierki tropeolinowe zabarwiają się na cisawo-czerwono. Ilość dodanego HCl nie może przechodzić pewnych granic zgęszczenia. Optimum bowiem działania pepsyny na białko, leży przy stopniu kwasoty około 50=1.8 p. m. HCl woln. Przy większem zgęszczeniu opóźnia kw. solny peptonizację białka. Obydwie flaszeczki *A* i *B* wstawia się do termostatu przy ciepłocie 40° C. a w braku tegoż na piecu, o tyle ciepłym, aby ręki nań trzymanej nie parzył. Niestrawienie krążka białka w przeciągu 12 godzin we flaszeczce *A* pochodzi najeczęściej od niedostatecznej ilości wolnego HCl; niestrawienie zaś we flaszeczce *B* od braku pepsyny, co jednak zdarza się tylko w nielicznych przypadkach. Najeczęściej przydarza się, że strawienie krążka się opóźnia; wtedy r o z c i e Ń c z a n i e przesączu zapomocą 1/20 norm. HCl dokonane według sposobu podanego w ust. o niezycie zani-

kowym<sup>16)</sup>, może dać miarę zawartości pepsyny. W prawidłowej treści żołądkowej krążek białka jeszcze w dwutysięcznym rozcieńczeniu zostaje strawiony.

Badanie żołądka na jego zdolność wydzielniczą co do pepsyny i zaczynu podpuszczkowego p. niżej w ustępie o zaniku nieżytywym żołądka<sup>16)</sup>.

**12. Zaczyn podpuszczkowy** ścina sernik w roztworze kwaśnym i obojętnym, oddziaływanie zaś alkaliczne niszczy ferment podpuszczkowy. Badanie na zaczyn podpuszczkowy skutecznia się najwygodniej w rurce odczynnikowej w następujący sposób: 10 cm<sup>3</sup> przesącza zobojętnia się dokładnie wodnikiem lub węglanem sodowym, wlewa je następnie do 10 cm<sup>3</sup> świeżego surowego obojętnie oddziaływającego mleka krowiego i pozostawia w termostacie, a w braku tegoż na ciepłym piecu przy +38° C. Wobec prawidłowych stosunków w przeciągu 15—30 minut krzepnie sernik w ten sposób, że albo cała masa tworzy galaretkę, która się nie daje wylać z odwróconej rurki odczynnikowej, albo sernik opada na dół a nad nim unosi się warstwa serwatki. Ponieważ o świeże surowe mleko trudno, można użyć i oziębionego świeżo przegotowanego, lecz takowe krzepnie później i w masie mniej jednolitej jak mleko niegotowane, przeto i oznaka oddziaływania jest mniej wyraźna, niż w mleku gotowanym. Aby uzyskać pewność, czy przypadkowo mleko nie skrzepło z powodu wytwarzania się fermentacji mlecznej, wstawia się równocześnie drugą próbę samego mleka do termostatu i uważa, czy w takiej i bez zaczynu podpuszczkowego krzepnięcie w tym samym czasie się pojawi.

**Le o** wykonywa próbę na zaczyn podpuszczkowy w prostszy sposób: Do 10 cm<sup>3</sup> świeżego mleka daje się 3—5 kropel niezobojętnionego płynu żołądkowego, wstawia wraz z próbą kontrolującą do termostatu i postępuje się jak wyżej. Mała ilość kw. solnego, jaka z kilku kroplami treści żołądkowej do mleka się dostaje, bywa utajoną przez sole i białko zawarte w mleku.

**13. Zymogen podpuszczkowy** ścina również sernik, lecz w roztworze alkalicznym się nie rozkłada, jak to się dzieje z właściwym zaczynem podpuszczkowym (p. 12.). Na tej podstawie można obydwa zaczyny od siebie oddzielić.

Działanie zymogenu na sernik przyspieszają sole wapniowe jak chlorek wapniowy ( $\text{CaCl}_2$ ) tak, że skrzepnięcie sernika przy obecności tych soli może się pojawić nawet przy ciepłocie pokojowej już w 5 minutach.

Badanie na zymogen podpuszczkowy odbywa się w następujący sposób: Do  $5 \text{ cm}^3$  przesączu dodaje się 1% roztworu węglanu sodowego aż do wyraźnego oddziaływania alkalicznego, następnie  $10 \text{ cm}^3$  mleka i  $2 \text{ cm}^3$  dwuprocentowego roztworu chlorku wapniowego ( $\text{CaCl}_2$ ), wstawia mieszaninę w celu skrzepnięcia wraz z próbą kontrolującą do termostatu przy ciepłocie  $38^\circ$  i postępuje jak wyżej pod 12. Próbę tę można uprościć, jeżeli do zalkalizowania  $5 \text{ cm}^3$  przesączu użyje się wody wapiennej (*aq. calcis*) i następnie wleje  $10 \text{ cm}^3$  świeżego mleka. Utworzy się tu sól wapniowa w roztworze alkalicznym, przeto i dodatek chlorku wapniowego staje się zbytecznym. Przy obecności zymogenu podpuszczkowego utworzenie się skrzepu sernika następuje już po kilku minutach.

14. Ilość względna zaczynu podpuszczkowego jakoteż zymogenu oznacza się przez rozcieńczanie treści żołądkowej wodą przekroploną (p. ust. o niezycie zanikowym<sup>16</sup>). W prawidłowych stosunkach wynosi granica rozcieńczenia, przy którym zaczyn podpuszczkowy przestaje ścinać białko około  $\frac{1}{10}$  a dla zymogenu  $\frac{1}{200}$  i wyżej. Jeżeli 10-krotne rozcieńczenie treści żołądkowej nie ścina już sernika, to według Boasa rozwinął się w żołądku zanik gruczolowy, którego rokowanie jest złe.

15. Badanie na trypsynę. Wskutek ruchów przeciwbaczkowych dwunastnicy, zwłaszcza przy zondowaniu rano naczczo, dostaje się często płyn z dwunastnicy, a z nim sok trzustkowy do żołądka. W celu otrzymania i zwiększenia ilości płynu dwunastnicowego wykonywa Boas zondowanie w pozycji leżącej (na brzuchu) po poprzednim wymięsieniu wątroby i woreczka żółciowego w kierunku odźwiernika. W tak otrzymanej treści żołądkowej od żółci zabarwionej bada się na trypsynę w ten sposób, że alkaliczuje się przesącz 1% roztworem węglanu sodowego, dodaje się doń strzęp włóknika lub krążek białka (p. str. 52) i pozostawia w termostacie przy  $+38^\circ$ . W razie obecności soku trzustkowego włóknik się rozpuszcza i przechodzi na pepton. Sok ten ma także własność scukrzania skrobi i zmydlania tłuszczu. Ba-

danie na trypsynę ma pewne znaczenie kliniczne w przypadkach, gdzie podejrzujemy zwężenie dwunastnicy<sup>17)</sup>.

16. Przy zakwaszeniu przesącza treści żołądkowej kw. octowym może się wytworzyć znaczenie, które pochodzi od śluzu, a zdarza się w treści alkalicznej, obojętnej lub bardzo słabo kwaśnej i jest oznaką zniesionego lub osłabionego wydzielania kw. żołądkowego (nieżyt śluzowy).

17. Alkaliczne oddziaływanie treści żołądkowej pochodzi z braku wydzielania HCl wobec prawidłowej sprawności żołądka (nieżyt śluzowy). Stopień alkaliczności treści żołądkowej jest wtedy minimalny. W innych przypadkach znaczniejsza alkaliczność treści żołądkowej (oznaczona zapomocą  $\frac{1}{10}$  norm. HCl) pochodzi od fermentacji gnilnej (ciężki odźwiernik ze zanikiem błony śluzowej, nowotwór rakowy). Wtedy napotykamy w treści żołądkowej amoniak lub jego podstawienia organiczne (aminy) a nawet siarczki amonowe. W rzadkich znów przypadkach pojawia się oddziaływanie alkaliczne treści w stanach uremicznych wskutek obecności węglanu amonowego powstałego z mocznika wydzielonego na powierzchni błony śluzowej. Ostatecznie wykazują wymiociny kałowe w niedrożności jelit oddziaływanie alkaliczne. Amoniak wolny poznaje się po tem, że ciecz żołądkowa ogrzana na miseczce wydaje woń kłującą amoniakalną, a pręcik szklany zanurzony w kwasie solnym pokrywa się obłoczkami, jeżeli go się trzyma nad tą miseczką.

#### Badanie na wytwory trawienia.

18. Rozczynem Lugola (p. str. 32) badamy na wytwory trawienia skrobii. Dodając do przesącza kroplę po kropli rozczynu jodowego, zabarwienie pierwszych kropli znika: achroodekstryna, dalsze wywołują zabarwienie czerwone: erytrodekstryna, a ostatecznie niebieskie: skrobia rozpuszczalna, amidulin; jeżeli niebieskie zabarwienie występuje odrazu, to niema achroodekstryny i erytrodekstryny, lecz tylko skrobia rozpuszczalna; może jednak po dodaniu rozczynu jodowego odrazu wystąpić tylko zabarwienie jasnocisawe, jeżeli niema powyższych przetworów skrobii w treści żołądkowej.

19. Cukier i maltoza dają zabarwienie żółte, a następnie ceglaste (pochodzące od wydzielonego  $Cu_2O$ ), jeżeli przesącz



ługiem potasowym zalkalizowany do wrzenia ogrzejemy i dodawać będziemy powoli roztworu siarkanu miedziowego. Próba ta skuteczna się dopiero po badaniu na ciała peptonowe (p. 20). — **Znaczna** ilość skrobi rozpuszczalnej wobec małych tylko ilości cukru świadczy o upośledzonym scukrzeniu skrobi, co się zdarza wobec nadmiernej ilości kw. solnego wolnego w treści żołądkowej.

20. Podczas trawienia białka w żołądku wytwarzają się kolejno następujące odmiany białka: **białko rozpuszczalne, syntonin, propepton (hemialbumoza) i pepton właściwy.**

**Białko rozpuszczalne** poznaje się po zmaczeniu lub osadzie, które się tworzą, jeżeli przesącz treści żołądkowej zagotujemy.

Syntonin tem się objawia, że jeżeli przesącz ługiem ostrożnie zobojętnimy (miareczkując np. na kwas solny), — powstaje opalizacja lub zmaczenie. — Obydwie powyższe odmiany białka znajdują się na początku trawienia. Jeżeli one się pojawiają i w ciągu albo przy końcu trawienia w większej ilości (sprawiając zmaczenie), to ilość HCl w treści żołądkowej jest niedostateczna do peptonizacji (niepomoga wydzielnicza).

**Badanie na propepton (hemialbumozę)** możemy dopiero skutecznie, skoro z przesączu przez gotowanie, zobojętnienie ługiem i sączenie, dokładnie wydaliliśmy białko rozpuszczalne i syntonin. W tak oczyszczonym przesączu strącają propepton po zakwaszeniu kw. octowym dodany żelazinek potasowy, lub siarkan amonowy w nadmiarze.

**Na pepton** możemy badać dopiero po wydaleniu wszystkich powyższych ciał białkowych, co w ten sposób się skutecznia, że do przesączu dajemy sproszkowanej soli kuchennej w nadmiarze i kw. octowego, w celu strącenia wszystkich ciał białkowych wraz z propeptonem, które to ciała po odsączeniu pozostają na sączku; w przesączu znajduje się tylko pepton, dający się uwidocznić zapomocą oddziaływania biuretowego w ten sposób, że alkaliczujemy ciecz badaną wodnikiem potasowym i dodajemy kroplami **bardzo** rozcieńczonego ( $\frac{1}{2}$ —1%) roztworu siarkanu miedziowego. Z początku przy małej ilości peptonu pojawia się zabarwienie różowe, przy większej zaś zawartości peptonu przybiera ciecz zabarwienie ciemno-czerwone. Lecz i propepton daje to samo

czerwone zabarwienie, podczas gdy rozczyń białka rozpuszczalnego zabarwia się tylko na fiołkowo-niebiesko. Aby ująć pomyłki co do znaczenia oddziaływania biuretowego otrzymanego w soku żołądkowym, dodaje się do cieczy badanej na pepton kw. octowego i żelasinku potasowego, który nie sprawia znaczenia, jeżeli jest tylko sam pepton w rozczyń, tworzy się zaś natychmiast osad, jeżeli równocześnie znajduje się propepton (hemialbumoza) lub inne ciało białkowe. Jeżeli tem oddziaływaniem przekonaliśmy się o nieobecności ciał białkowych w cieczy dającej oddziaływanie biuretowe, to obecność w niej peptonu możemy jeszcze uwidocznić straceniem go zapomocą taniny lub sublimatu. Propepton i pepton znajdują się w stanach prawidłowych na szczycie i przy końcu trawienia, w porównaniu jednak do spożytych pokarmów w niewielkiej ilości. Czyste oddziaływanie biuretowe na pepton pojawia się w kwaśnej treści czczego żołądka w przypadkach rozpoczynającego się nieżyty kwaśnego, wskutek strawienia leukocytów występujących na powierzchni błony śluzowej.

Ilość ciał białkowych w treści żołądkowej możemy w przybliżeniu ocenić w następujący sposób: Do badanego przesączu z treści żołądkowej daje się w nadmiarze sproszkowanej soli kuchennej lub sproszkowanego siarkanu amonowego, zakwasza się kw. octowym, gotuje i na gorąco sączy, wówczas na sączku pozostaje białko, zaś z przesączu po oziębieniu opada propepton (hemialbumoza). Zebrawszy go na sączku, zostanie w przesączu tylko pepton, który możemy wydzielić z rozczyynu albo zapomocą taniny albo sublimatu.

21. Mierzenie ilościowe gazów wytwarzających się z treści żołądkowej.

Fermentację żołądkową gazową mierzy się w ten sposób, że treść żołądkową, o ile można aseptycznie wydobytą, daje się do przyrządu Fibiga wprzód sterylizowanego, jakim się oznacza ilość cukru w moczu sposobem fermentacyjnym. Przyrząd wstawia się do termostatu przy ciepłocie 20—38° C. i pozostawia przez 24 g., poczem odczytuje ilość wywiązanego gazu, i wyraża się stopień fermentacyi najlepiej w ten sposób, że oblicza się według doświadczenia, ile na litr treści żołądkowej przypada centymetrów sześcienn. wywiązanych gazów w przeciągu 24 godzin. W braku powyższego przyrządu można wziąć (według

Moritz'a) szeroką rurkę odczynnikową, opatrzyć podziałką na  $\text{cm}^3$ , dostosować przedziurawiony korek kauczukowy, przez który przełyka się rurkę szklaną wygiętą w postaci U. Wygotowawszy cały ten przyrząd w parze, napełnia się rurkę po brzegi treścią żołądkową i zatyka korkiem kauczukowym, w którym tkwi szczelnie wyżej opisana rurka szklana. Obróciwszy rurkę odczynnikową korkiem na dół, wstawia się ją do próżnego kubka i kładzie do termostatu lub za piec. Riegel radzi dodać do treści żołądkowej trochę cukru gronowego, najlepiej przegotowanego zgęszczonego roztworu, aby był materiał do wywiązywania się gazów. Próba fermentacyjna daje równocześnie wskazówkę dla terapii, czy dotyczący chory może spożywać potrawy skrobiowe i cukry, czyli też nie.

Gazy napotymane w żołądku są według doświadczeń Hoppe-Seylera następujące: O, N, H,  $\text{CH}_4$ ,  $\text{CO}_2$ ,  $\text{H}_2\text{S}$  i wytwarzają się pod wpływem najróżnorodniejszych bakterii. O i N mogą się dostać przez połykanie powietrza atmosferycznego. Kliniczne znaczenie ma o wiele większe ilość gazów, aniżeli ich jakość (p. ustęp o rozstrzeni żołądka<sup>18</sup>). Dodatni wynik, otrzymany zapomocą próby fermentacyjnej gazowej, jest zawsze oznaką niedomogi mechanicznej żołądka. Bardzo obfitą fermentację gazową napotyka się w cieśnł odźwłernika.

### VII. Oznaki prawidłowego stanu żołądka czczego.

Jako c z c z y żołądek uważamy ten stan narządu, jaki przedstawia się zrana, gdy po spożyciu wieczery przez noc aż do porannego badania nie przyjmuje się żadnych pokarmów, ani napojów. Chcąc być ścisłym, należy choremu polecić, aby spożył wieczorem o godzinie 8-iej w i e c z e r z ę p r ó b n ą, składającą się z 125 gm. pieczonego mięsa wołowego, 250 gm. jarzyny (np. ziemniaków) lub tyleż kaszy, jednej bułki (35 gm.) i szklanki (250  $\text{cm}^3$ ) herbaty, a przez noc nieczego nie jedząc i nie pijąc, jakoteż od połykania płwocin się wstrzymując, zjawił się nazajutrz do badania przed śniadaniem o godz. 8-iej t. j. w 12 godzin od ostatniego jedzenia. W tym czasie prawidłowy żołądek znajduje się w stanie

zupelnego spoczynku i przedstawia przy badaniu następujące objawy:

Okolica żołądka przy dotyku niebolesna. Pewnego rodzaju tkliwość dotykowa pojawia się jednak zwykle przy silniejszym ugniataniu pod wyrostkiem mieczykowatym (w dołku podsercowym), gdy uciśniętym bywa *plexus gastricus anterior*. Strzedz się przytem trzeba, aby nie odnieść do żołądka bolesności dotykowej samych powłok brzusznych, jak bólów mięśniowych lub nerwowych, jako też przeczulicy ścian brzusznych w histeryi. O różniczkowym rozpoznaniu w tym kierunku będzie mowa w ustępie o nerwobólu żołądka <sup>19)</sup>.

Chełbotania w żołądku czezym wywołać nie można.

Dołna granica wypukiem oznaczyć się nie daje, gdyż żołądek próżny leży skureczony pod łukiem żebrowym lewym.

Po wydmuchaniu żołądka proszkiem burzącym (p. str. 6) wypukła się w położeniu leżącym dołek podsercowy i okolica podżebrowa lewa, a dołna granica zarysowuje się zawsze powyżej pępka. Obszar zaś półksiężycowy Traubego wykazuje rozmiary wypukowe podane na str. 5.

Zonda miękka wprowadzona do żołądka (p. str. 21) jest zwykle nie wyczuwalna przez powłoki brzuszne. W mniejszości zaś przypadków, w których się daje wyczuć, znajduje się ona nie niżej jak w połowie odległości wyrostka mieczykowatego od pępka (p. rycina 9 na str. 22).

Zondą ze żołądka niczego, lub zaledwie kilkanaście  $\text{cm}^3$  płynu wydobyć można. Rosin zdołał otrzymać ze żołądka czezego u wrzekomo zdrowych 3—10  $\text{cm}^3$  płynu kwaśnego, a J. Schreiber jeszcze więcej. Może to być u niektórych warstw ludności stanem prawidłowym (p. niżej str. 61), lecz u przeważnej części osób pochodzi to zwykle od zadrażnienia błony śluzowej końcem zondy. Należy przeto wydobywanie treści ze żołądka czezego wykonywać łagodnie i o ile możności szybko, by soku żołądkowego otrzymanego pod wpływem zbytniego lub długiego drażnienia zondą nie uważać za wydzielinę wskutek sokotoku żołądkowego powstałą. Skoro zachodzi wątpliwość w wynikach, należy badanie powtórzyć drugiego lub trzeciego dnia. Jeżeli z żołądka czezego w 12 godzin po wieczery wydobyć można około 50  $\text{cm}^3$  treści, to okoli-

czność ta przemawia już za stanem patologicznym żołądka. Jednak niemożność wydostania większej ilości cieczy ze żołądka jeszcze nie przemawia za stanem prawidłowym, gdyż przez zondowanie nie zawsze udaje się żołądek wypróżnić w zupełności. Wprowadzając n. p. na próbę 50 cm<sup>3</sup> płynu do żołądka próżnego, często ani kropli z niego napowrót wydobyć nie jesteśmy w stanie. Dlatego w dość licznych przypadkach, po bezowocnych usiłowaniach wydobywania treści ze żołądka czczego, zachodzi potrzeba wprowadzenia doń poprzednio 50 lub 100 cm<sup>3</sup> wody przekroplonej (p. str. 12).

Treść z czczego żołądka jest bez woni, opalizująca lub białawo-mętawa.

Oddziaływanie jej jest obojętne lub miernie kwaśne od utajonego HCl, lub niekiedy słabo alkaliczne.

Kwasota zaś jest zawsze w stanie prawidłowym niska, i nie wystarcza do dokładnego strawienia białka.

Pepsyna i zaczyn podpuszczkowy znajdują się w małej tylko ilości (Jaworski, Schütz, Boas), skutkiem czego treść czeza nawet po zakwaszeniu kw. solnym tylko miernie trawi.

Pod drobnowidem resztek pokarmów w treści czezej albo zupełnie niema, albo tylko tu i owdzie można dostrzedz nieliczne odosobnione włókna mięsne, ciążka skrobi i czasem kuleczki śluzu. Częsteczki te zatrzymały się w sposób mechaniczny między zakładzinami błony śluzowej. Oprócz tego widać smugi śluzu, przybłonek płaski i leukocyty z różniczkującymi się jądrami. Niema wcale laseczników gnilnych, jakoteż nitek pleśni (p. str. 33).

Przypadłości podmiotowe ze strony żołądka nie pojawiają się ani naczczo, ani po jedzeniu.

Jeżeli badanie wewnętrzne żołądka czczego nasuwa podejrzenie pewnych zmian patologicznych (niedowładu mechanicznego, sokotoku), o czem w osobnych ustępach niżej mowa będzie, to należy zamiast podania wieczery próbnej, żołądek wieczorem dokładnie wodą ciepłą przepłukać i aż do zbadania porannego wstrzymać się od spożywania pokarmów jak i napojów.

Badania żołądka czczego nie należy nigdy zaniechać, gdyż zmiany anatomiczne na błonie śluzowej żołądka jeszcze najlepiej dadzą się ocenić z makroskopowego i drobnowidowego wejrzenia

ezezej treści, a ono samo rozstrzyga już o istnieniu ważnych stanów chorobowych, jak rozstrzeni trwałej, sokotoku, nieżytu kwasnego, krwotoku żołądka.

O oznakach prawidłowej czynności żołądka p. ustęp o badaniu czynności żołądka na str. 25.

Powyżej przytoczone oznaki żołądka prawidłowego (składniki morfotyczne nasilenie kwasoty, czas wydalenia pokarmów i t. p.), tak w stanie czczym, jako też w czasie trawienia, mają wartość względną; gdyż wahają w znacznych granicach. Czynność bowiem żołądka zależy nie tylko od indywidualności (szczególniej od sposobu żywienia ludności), ale nawet u tego samego człowieka może żołądek na ten sam bodziec w różnym czasie oddziaływać z rozmaitem nasileniem. Ściśle rzecz biorąc, należałoby przy próbach na trawienie u tej samej osoby uskuteczyć przynajmniej 3 doświadczenia, a za właściwy wynik badania uważać średnią uzyskaną z doświadczeń. Mogłoby się nawet zdarzyć, że na podstawie jednorazowego tylko zbadania jeden lekarz przedstawi wynik leżący jeszcze w granicach fizjologicznych, podczas gdy drugi badając tę samą osobę również jednorazowo, ale w innym czasie, stan narządu nazwie nieprawidłowym. Chcąc też ugruntować doświadczalnie pewne prawidłó dla czynności żołądka, należy brać średnią z doświadczeń na bardzo znacznej ilości osobników. Dotąd podawane szeregi doświadczeń w znacznej części nie wystarczają, a przez to prawidłó fizjologiczne trawienia za mało są ustalone. Tak n. p. główne pytanie, co nazywamy prawidłowym żołądkiem we wielu kierunkach potrzebuje jeszcze dokładnego określenia. Najstosowniej będzie, jeżeli tę kwestję rozdzieli się na dwie, a mianowicie na pojęcie żołądka prawidłowego fizjologicznie i klinicznie. Żołądka fizjologicznie prawidłowego prawdopodobnie u człowieka dorosłego nie znajdziemy, chyba u zdrowych osesków. U dorosłych żołądek i jego czynność bywa już zmieniona i przystosowana do rozmaitego rodzaju szkodliwości, działających całemi latami na ten narząd. Tak np. pewne warstwy ludności (nadmorska północnych krajów, u nas żydowska) używają napojów i pokarmów zbyt ostrych (słonych ryb, suszonego mięsa, wędlin, sucharów, niestrawnych tłuszczów rybich, smalcu, cebuli, czosnku, pieprzu, zgęszczonych napojów wysokowych i t. d.) i okazują równocześnie podniecony chemizm i zwiększone wydzielanie błony śluzowej. Nasza zaś ludność wiejska zwłaszcza karpacka, używając ogromnych ilości mało pożywnych skrobiowych pokarmów (ziemiaków, kapusty, zacierki, barszczu i t. d.), przedstawiają mechaniczne powiększenie narządu. W obydwu przypadkach powyższe zmiany żołądka nie sprawiają jeszcze dolegliwości podmiotowych i nie wpływają ujemnie na ustrój, musimy go też nazwać klinicznie prawidłowym, chociaż fizjologicznie on nim nie jest. U osób wrażliwych, prawidłowo i miernie się żyjących stan żołądka z powyższymi objawami przedmiotowymi może być już przyczyną przypadłości podmiotowych i musi być uważanym jako zбочenie chorobowe i jako takie leczonym.

Braku podmiotowych przypadłości żołądkowych za oznakę prawidłowego stanu żołądka jeszcze uważać nie należy; gdyż mogą istnieć znaczne zmiany czynnościowe, a nawet

anatomiczne, niejako utajone w czasie, gdy brakuje jeszcze dolegliwości podmiotowych ze strony żołądka (Jaworski), a dopiero gdy przez pewne szkodliwości nastąpi nasilenie (*exacerbatio*) zmian istniejących, pojawiają się przypadłości podmiotowe i przedmiotowe, mylnie uważane jako świeża sprawa chorobowa. Podobnie bowiem przydarza się w chorobach innych narządów (we wadach zastawkowych wyrównanych, w przewlekłym zapaleniu nerek i t. p.). Niejeden chory podmiotowo nie odczuwa wcale, że pewien jego narząd uległ ciężkim zmianom, podczas gdy inny, posiadający je nawet w niższym stopniu, ma uczucie podmiotowe, iż jest ciężko chorym. Przeciwnie znów nie można z podmiotowych przypadłości gastrycznych wnioskować, chyba co najwięcej domyślać się, o jakości zmiany chorobowej żołądka, gdyż u różnych osób ta sama zmiana chorobowa w żołądku przebiega wśród różnych przypadłości podmiotowych i naodwrot, na co jeszcze w r. 1886, na podstawie całego szeregu porównawczych badań klinicznych zwróciłem uwagę. Stąd też łatwo zrozumieć, że bez dokładnego zbadania wewnętrznego żołądka zapomocą sondy o jego stanie nawet przy braku objawów podmiotowych ostatniego słowa jeszcze wyrzec nie można, nie chcąc się narazić na niemiłe niespodzianki rozpoznawcze.



## CZEŚĆ II.

### Szczegółowa.

---

#### ROZDZIAŁ PIERWSZY.

#### Choroby żołądka na tle anatomicznem.

#### Choroby ostre.

#### VIII. Ostry niezżyt żołądka. *Gastritis acuta simplex.*

1. *Etyologia.* Ostry samoistny niezżyt żołądka wywołują szkodliwości, działające wprost na błonę śluzową, jakoto: Użycie nadmiernej ilości pokarmów (przejedzenie się), lub napojów wysokowych (przepicie się), o czem przekonał się Ebstein doświadczalnie, wlewając wódkę do żołądka psów, — spożycie zbyt ostrych, korzennych lub za kwaśnych potraw, napojów, leków, jakoteż niestosownych mieszanin pokarmów i napojów. Zwłaszcza nieswieże ryby, zepsute wino i piwo uchodzą jako szkodliwe dla żołądka. Z leków mogą sprawić ostry niezżyt (*gastritis medicamentosa*): połączenia arsenu, antymonu, miedzi i rtęci, jakoteż siarkan chininy we większych dawkach. Według podań chorych może powstać niezżyt ostry żołądka przez nagłe oziębienie żołądka zbyt zimnymi pokarmami lub napojami, albo przez oziębienie powierzchni ciała w zimnem powietrzu lub w kąpeli. Nie wszyscy jednak ludzie

zapadają pod powyższymi wpływami na ostry nieżył żołądka. Do tego trzeba jeszcze pewnego usposobienia. Małe dzieci, ozdrowienie po ciężkich chorobach, jakoteż osoby przyzwyczajone do bardzo lekkich potraw („z delikatnym żołądkiem“) doznają nieżyty żołądka już wskutek samej zmiany diety. Niektóre zresztą zdrowe osoby dostają w spadku po przodkach skłonność do nieżyty żołądka.

2. Z m i a n y a n a t o m i e z n e badane przeważnie na nielicznych przetokach żołądkowych (Beaumont, Ch. Richet, Uffelmann), jeszcze niezupełnie dokładnie poznano. Błona śluzowa zaczerwieniona, rozpulchniona, przedstawia miejscami wybroczyny krwawe, pokryta jest pokładem śluzu, zawierającym złuszczone komórki przybłonkowe śluzowo zwyrodniałe; komórki główne w gruczołach trawieńcowych są mocno ziarniste, skurczone i częściowo tłuszczowo zwyrodniałe; naczynia międzygruczołowe silnie krwią nasycone, a błona śluzowa i podśluzowa ciążkami wypocinowymi szczelnie wypełniona. Zmiany te obejmują albo błonę śluzową w całości, albo tylko miejscami, a najczęściej część odźwiernikową, gdyż w niej pokarmy najdłużej zalegając, podrażniają błonę śluzową żołądka.

3. Z m i a n y c z y n n o ś c i o w e mniej jeszcze są znane. W kilku przypadkach przezemnie przygodnie badanych, można było wnioskować na zmniejszenie wydzielania kw. żołądkowego, jakoteż na upośledzenie (właściwie znużenie) siły mechanicznej żołądka; pokarmy bowiem dniem przedtem spożyte, pojawiały się we wymiocinach. Ewald badając wymiociny w trzech przypadkach nie znalazł w nich wolnego kw. solnego, a Leube zauważył u swoich chorych, że obiad próbny po 7 godzinach nie był jeszcze strawiony.

4. O b j a w y i p r z e b i e g. Choroba rozpoczyna się po znanej zwykle dobrze choremu szkodliwości, niesmakiem, nudnościami, gnieceniem lub bólami w żołądku. Język bywa obłożony, a z ust wydobywa się woń nieprzyjemna. Często pojawiają się wymioty, a nawet biegunka, szczególnie u dzieci, przedstawiając obraz chorobowy ostrego nieżyty żołądka i jelit (*gastroenteritis acuta*). Brzuch bywa w ogólności wzdęty. Wymiociny zawierają pokarmy nieprzetrawione otoczone śluzem, zalegające od dnia poprzedniego w żołądku. Wobec braku łaknienia trapi chorego wzmożone pragnienie i wielki pociąg do przysmaków ostrych, korzennych lub kwa-

nych. Z odległych objawów pojawia się: zawrót i bóle głowy, szczególnie w okolicy czołowej (ból głowy gastryczny, *cephalalgia e stomacho laeso*), przygnębiecie umysłowe, ogólne osłabienie ciała i czynności umysłowych. Są to objawy wskazujące na samozatrucie z przewodu pokarmowego<sup>20</sup>). U osób wrażliwych, szczególnie u dzieci pojawiają się dreszcze, stan gorączkowy, nie przechodzący zwykle 39° C., na wargach pęcherzyki (*herpes labialis*). przytem moczu jest ciemny, wysycony moczanami; jest to obraz stanu chorobowego zwanego pospolicie *febris gastrica*.

Choroba kończy się prawie zawsze wyzdrowieniem; niezrędko jednak przechodzi na dwunastnicę i przewody żółciowe, czyli pojawia się równocześnie *catarrhus gastroduodenalis* z żółtaczką lub bez niej. W lecie występuje ten nieżyt z biegunką, postaci chorobowej zwanej *gastroenteritis aestiva*. Może ona przebiegać z gwałtownymi objawami, które u małych dzieci mogą się skończyć niepomyslnie w przeciągu kilku dni.

5. R o z p o z n a n i e. Badanie zbroczeń czynnościowych w celach rozpoznawczych nie jest jeszcze wyzyskane; dlatego rozpoznanie ostrego nieżytu opiera się obecnie jak i dawniej: a) na wyszukaniu momentu przyczynowego, który mógł wywołać stan chorobowy; b) na wykazaniu wypełnienia żołądka znaczną ilością pokarmów, albo na okazaniu się obfitych wymiocin, zwłaszcza jeżeli w nich można wykazać nieprzetrawione, albo dzień przedtem jeszcze spożyte potrawy; c) na braku zmian przedmiotowych w innych narządach; d) na niestosunku między dość znacznymi podmiotowymi przypadłościami ogólnymi, a nieznacznym podwyższeniem ciepłoty ciała.

Rozpoznanie różniczkowe. Pewne rozpoznanie nieżytu ostrego żołądka możliwe jest tylko przez wykluczenie wszystkich chorób gorączkowych, ostro przebiegających, które w największej ilości przypadków rozpoczynają się przypadłościami gastrycznymi. Te mają swoją przyczynę również w niezycie ostrym żołądka, który jest następstwem towarzyszącem głównej chorobie w postaci *gastritis symptomatice*. W szczególności w praktyce lekarskiej chodzi: a) o wykluczenie różni, którą przed wystąpieniem zaczerwienienia skóry poprzedzają przypadłości gastryczne; b) o wykluczenie zimnicy, która przed rozwinięciem typowych napadów, a nawet zamiast tychże pojawia się w postaci

przypadłości gastrycznych (*dyspepsia malarica*, p. niżej); — badanie krwi na plasmodia, mierzenie staranne ciepłoty ciała, wymiary wypukowe śledziona, skuteczność podawania chininy może tu istotę choroby rozjaśnić; — c) nierównie częściej chodzi o wykluczenie *duru brzusz nego*, za którym przemawia stałe wznoszenie się ciepłoty, powiększanie się śledziona, różyczka w dołku podsercowym, brak *herpes labialis*, a przede wszystkim dodatny wynik próby Widala pod mikroskopem; — ostatecznie zapalenie otrzewny (*peritonitis*), jak i zapalenia opon mózgowych (*meningitis*) we wszystkich postaciach rozpoczynają się najczęściej od ostrych objawów żołądkowych. Wynika stąd, że przy pojawieniu się ostrych przypadków gastrycznych, należy dokładnie śledzić, czy niema jeszcze jakiego objawu, któryby wskazywał na początek jednej z wyżej przytoczonych chorób. Najczęściej jednak zdarza się, że lekarz dopiero z łagodnego przebiegu i szybkiego przemijania objawów chorobowych wnioskuje, że chory przeżył tylko ostry niezżyt żołądka.

6. **Leczenie** niezytu ostrego polega w pierwszym rzędzie na racjonalnem postępowaniu dyetetycznem, o czem niżej w rozdziale trzecim mowa będzie. Rozpoczynając leczenie, należy się badaniem przekonać, czy w żołądku zalegają jeszcze pokarmy, które wywołały chorobę, czyli też nie. Przy zaleganiu pokarmów, wskazane jest wydobyć treść i przepłukanie żołądka wodą zimną. W razie oporu przed przepłukaniem, można często osiągnąć wypróżnienie żołądka przez wypicie ciepłej wody słonej i podrażnienie połyku palcem, chorągiewką pióra, lub pędzlem zwilżonym olejem rącznikowym lub tranem rybim. Wdmuchiwanie suchego powietrza zapomocą rozpylaeza do połyku podrażnia również do wymiotów. Nie mogąc stosować tych środków mechanicznych, podaje się jeden ze środków wymiotnych; *Pulv. Rad. Ipec. 10, div. in p. aeq. IV. S.* Co pół godziny proszek, aż do skutku użyć. Mniej stosowne, z powodu silnego zadrażnienia błony śluzowej żołądka jest przepisywanie: *Tartari stib. 0.2, aq. d. 100. S.* Na dwa razy w przeciągu pół godziny użyć. Wreszcie przez podskórne wstrzyknięcie *Apomorphini muriatici* 5—8 mg. w roztworze wodnym można szybko wywołać wymioty. — Jeżeli pokarmy przeszły już do jelit, przepisuje się **środek przeciwszczający**, a jako najmniej drażniący i odrażający przewód pokarmowy

wy uchodzi kalomel po 0·3; 2—3 takich dawek w przeciągu 3—6 godzin użyć. W razie obawy powstania nieżytu jamy ustnej (*stomatitis mercurialis*), c. niekiedy się przydarza u chorych z wadliwym uzębieniem, użyć należy: *Potio laxativa Viennensis* 100 gm. *Sal. Morszynensis* 20 gm.; co godzinę trzecią część aż do skutku użyć; albo również z dobrym skutkiem wodę Morszyńską w ilości  $\frac{1}{2}$ —1 szklanki z dodatkiem zimnej wody sodowej (E. Korczyński). W razie zgagi, palenia, odbijań, łagodzi przypadłości i sprawia wypróżnienie sól karlsbadzka w proszku (*Natürliches karlsbader Sprudelsalz pulverförmig*) 1—2 łyżeczek na  $\frac{1}{2}$ —1 szklanki wody zimnej z dodatkiem wody sodowej. Bardzo często używają chorzy w tym samym celu niewłaściwie wody gorzkie węgierskie. Jeszcze mniej stosownym lekiem przeczyszczającym w nieżycie żołądka jest olej rącznikowy. — Jeżeli przyczyną choroby jest przeziębienie, lub towarzyszy biegunka, to wskazane są okłady wysychające (kompresy) na brzuch z opasek maczanych we wodzie gorącej, albo kąpiel gorąca o ciepłocie 36 do 38° C. z następowem poceniem się w łóżku. Także i wypicie 2—3 szklanek gorącego naparu środków napotnych, jak zwyczajnej herbaty, kwiatu bzuowego, lipowego, lub suszonego ziela *Ledum palustre*, — tego ostatniego duża łyżka na dawkę (Sznabl) — może sprowadzić pożądaný skutek.

Ostatecznie staramy się objawy podmiotowe usunąć lub złagodzić. Niesmak, muł i bakterye z jamy ustnej usuwają pilne płukania wodami aromatycznymi kwaśnymi lub ługowymi (cynamonową, goździkową, miętową \*). — Brak łaknienia usuwają po części powyższe płukania jamy ustnej, przedewszystkiem zaś stosowanie: *Ac. hydrochlorici dil. 20, aq. d. 200 S.* Co godzinę po łyżce w zimnej wodzie użyć. O wiele lepiej stosować kw. solny w postaci wody sodowej kwaśnej \*\*). Chorzy sami ordynują

\*) Przyrządzanie domowe wód, p. Kuchnia higieniczna. E. Jaworska. Nakładem S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie. Str. 16—17. L. 1, 3, 4, 6, 7, 8.

\*\*) Woda sodowa kwaśna wyrabiana według przepisu Tow. Lek. Krak. przez Rzącę i Chmurskiego w Krakowie zawiera 1·0 *hydrochl. off.* na 1000 *aq. d.* i podaje się choremu po pół szklanki na raz.

sobie też często zwykłą wodę sodową z lodu, co im istotnie podmiotowo ulgę sprawia. Nudności i rwanie na wymioty usmierza również kw. solny lub woda sodowa zimna. Gdy jednak te nie skutkują, podaje się na kawałku lodu po 20 kropel z rozczynu: *Aq. chloroformiatae* 20·0, *cocaini muriatici* 0·5. Nie należy jednak wymiotów usmierzać jak długo jeszcze treść wyrzucaną bywa. Również i mierną biegunkę nie potrzeba przez 1—2 dni powstrzymywać, jak to często się praktykuje, zapomocą makowca. Biegunka oczyszcza przewód pokarmowy od drażniących mas rozkładowych. W przypadkach trwania bólów żołądkowych pomimo skutecznego zastosowania środków wymiotnych lub przeczyszczających, stosuje się okłady gorące na brzuch, które są skuteczniejsze, niż przez francuskich autorów w tym celu polecane okłady lodowe na dołek podsercowy z równoczesnem polykaniem lodu. W przypadkach zaś o wygórowanej bolesności działa odwodząco położenie gorczyznika „Austria“ na dołek podsercowy. Najczęściej wypadnie zastosować środka narkotycznego, jak kilka razy po 10 kropel: *Aq. laurocerasi* 10·0, *Morphii muriatici*, *Cocaini muriatici* āā 0·1.

### IX. Nieżyt żołądka zakaźny. *Gastritis infectiosa*.

1. W ostatnich czasach opisano postaci ostrego nieżytu żołądka, które ogarniały bądź pojedyncze ulice, bądź miasta, bądź wsie (Gussmann). Dostrzegano je na większych przestrzeniach kraju, jak to opisał jedną postać A. Pick ze swego pobytu w Bośni i Hercegowinie, która tam jest znaną pod nazwą *p s i e j c h o r o b y*. Przyczyny należy szukać w zakażonej wodzie, a względnie w pokarmach. Bouveret utrzymuje nawet, że przyczyną nieżytu ostrego żołądka jest pewna odmiana bacterium coli commune.

Objawy zakaźnego nieżytu żołądka nie bywają stałe. Najczęściej jednak są one następujące: Wymioty, brak łaknienia, cuchnienie z ust i zaparcie stolca; obok tego trwała wysoka gorączka, a pomimo to tętno nie bywa częste. Chorzy uskarżają się na ból głowy, ogólne osłabienie, zamglenie umysłu. Często pojawiają się tęzec lub kurcze kończyn. Czasem można dostrześć na spojówkach gałkowych czerwoną smugę przebiegającą od mięśni prostych zewnętrznych lub wewnętrznych do rogówki.

Choroba kończy się po 3—5 dniach nagłym przełamaniem gorączki. Najwięcej przypomina ona dur brzuszny w drugim tygodniu. Nie ma jednak różyczki i przyspieszonego tętna. Ujemny wynik próby Widala pod mikroskopem będzie tu najważniejszym momentem rozpoznawczym różniczkowym na korzyść nieżytu zakaźnego.

Leczenie polega na podaniu środka przeczyszczającego, najstosowniej kalomelu (po 0.25, trzy razy dziennie) i stosowaniu środków podniecających (wina, kawy, kefiru i t. p.) w celu utrzymania sił. Wobec wysokiej gorączki kąpiel zimna.

2. Jako osobną postać nieżytu zakaźnego należy uważać wyżej przytoczoną *gastritis aestiva* (p. str. 65), pojawiającą się w lecie szczególnie u dzieci. Przypisują ją pospolicie drobnoustrojom rozwijającym się bujnie we wodzie i pokarmach w miesiącach letnich. Leczą i po spożyciu wyjałowionych pokarmów może się ta choroba pojawić. Marfan zauważył np. u dzieci pojawienie się ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego po spożyciu mleka, które wyjałowione zostało dopiero po dłuższym czasie po wydojeniu. Przyczyną choroby były toksyny wytworzone podczas stania mleka, a nie ulegające zmianie podczas wyjaławiania.

3. Niekiedy pojawiają się jeszcze inne postacie nieżytu zakaźnego wzmiankowane pod wspólną nazwą *gastritis mycotica*. Powstają one w rzadkich przypadkach wśród niektórych chorób zakaźnych przez zagnieżdzenie się dotyczących bakterij chorobotwórczych na błonie śluzowej żołądka, jak w błonicy, gruźlicy, wągliku, parehu (*favus*), pleśniawce (*oidium albicans*). Przypadki tego rodzaju mają tylko znaczenie symptomatyczne, za życia usuwają się zwykle rozpoznaniu, a dostrzega się je dopiero na stole sekcyjnym.

Jako *gastritis parasitica* opisują autorowie przypadłości żołądkowe, które powstają przez przypadkowe dostanie się pasożytów lub czerwiów do żołądka, jak np. *trichina spiralis*, *taenia solium*, *ascaris lumbricoides*, *ecchinococcus*, poczwarki much z pokarmami i t. p.

## X. Ropne zapalenie żołądka. *Gastritis phlegmonosa v. purulenta*.

Sprawa chorobowa toczy się w błonie podśluzowej żołądka i polega na nacieku ropnym miejscowym (ropniu) lub też rozla-

nym (phlegmone). W ropie można wykazać liczne koki z rodzaju *streptococcus*. Choroba jest przyrody zakaźnej, rzadko samoistna, najczęściej przerzutowa w przebiegu ropnicy lub gorączki popołogowej, a znamionuje ją ból w dołku podsercowym, wymioty, dreszcze, wysoka gorączka (41°), i zapad ogólny. Przytem zdarza się najczęściej przebiecie ropy do jamy otrzewny, zapalenie tejże i zejście śmiertelne. Jest to choroba rzadka, a rozpoznanie jej za życia wątpliwe, gdyż objawy wskazują co najwięcej na ograniczone zapalenie otrzewny; wyjątek stanowią przypadki, gdzie nagłe znaczna ilość ropy bywa wymiotowana, a pochodzenie jej z innych dróg pokarmowych jakoteż oddechowych, może być wykluczone. Wyzdrowienie należy do rzadkości. Ostatnimi czasy zestawił i bliżej objaśnił S. Mintz 42 przypadki tej choroby z dotychczasowej literatury („Gazeta Lek.” 1891, Nr. 15).

Leczenie jest objawowe i polega na podawaniu kawałków lodu do połykania, okładach lodowych, stosowaniu narkotyków podskórnie, jakoteż środków przeciwgorączkowych przez odbytnicę. Jeżeli w okolicy żołądka daje się wyczuwać guz, to należałoby robić punkcję próbną, a w razie wykazania ropy, ropień otworzyć.

### XI. Gastritis toxica.

Sprawa chorobowa najwięcej zbliżona do ostrego nieżytu żołądka, powstaje przez działanie istot żrących lub trujących na błonę śluzową żołądka, wskutek czego ta nie tylko może przejść w stan zapalny, ale nawet w zupełne obumarcie (*necrosis*) z następowem przebieciem. Przy wielu otruciach ciałami żrącymi, jak zgęszczonymi kwasami lub alkaliami, widoczne są zmiany już na wargach i błonie śluzowej jamy ust. Z objawów zauważa się najczęściej: gwałtowny ból żołądka, biegunkę, wymioty (nawet mas krwawych), w których czasem już z postaci lub woni, ciało trujące odnaleźć można. Bardzo często zdarza się białko lub krew w moczu, żółtaczka i t. p. Drobne tętno, sinica, zapad, lepkie poty, jakoteż swoiste zmiany ciała trującego w innych narządach poprzedzają zejście śmiertelne. W razie wyzdrowienia pozostają w następstwie najczęściej bliznowate zaciągnięcia przełyku i żołąd-

ka (żołądek klepsydrowaty) lub też zaciśnięcie w części odzwiernikowej, wskutek czego rozwija się rozstrzeń żołądka następową.

Leczenie stosuje się według przyrody ciała trującego. Kwasy zobojętnia się magnezją paloną lub dwuwęglanem sodowym; zasady octem, kw. cytrynowym, barszczem, kwasem z ogórków lub kapusty i t. p. Wobec ciał nieżrących stosuje się środki wymiotne, najstosowniej podskórne wstrzykiwania apomorfiny (p. str. 66) lub też przepłukuje się żołądek sposobem lewarowym albo zapomocą aspiratorów (p. str. 13, 14). W razie potrzeby mogą być jeszcze wskazane szczegółowe odtrutki i zabiegi znane z farmakologii. Bóle uśmierza się przez podskórne wstrzykiwania morfiny, potykanie lodu i okłady lodowe na żołądek. Zabrania się przyjmowania wszelkich pokarmów przez 1—2 dni. Jeżeli odbytница jest zdrową, rozpoczyna się żywienie zapomocą lawatyw odżywczych i stosuje się je tak długo, aż zmiany w żołądku pozwolą na wprowadzenie dostatecznej ilości pokarmów. Rozpoczyna się od potraw klejkich, kleików, galarety, jaj i t. d. Chorego i po ozdrowieniu należy jeszcze mieć w obserwacji ze względu na następowo wytwarzające się zmiany chorobowe (zwiężenia).

## Choroby przewlekłe żołądka.

### XII. Uwagi nad chorobami przewlekłymi błony śluzowej żołądka, zwanemi także nieżytowemi.

Do niedawnego czasu oznaczał anatom mianem nieżyty żołądka wszystkie zmiany patologiczne w żołądku, które nie były nowotworem albo wrzodem, tak, że w  $\frac{3}{4}$  przypadkach sekcyjnych rozpoznanie co do żołądka brzmiało: *catarrhus ventriculi chronicus*. W szerszem jeszcze znaczeniu używał tej nazwy klinicysta, bo rozpoznawano nieżyt u każdego, kto miał przypadłości żołądkowe bez klasycznych objawów raka lub wrzodu żołądka. Nieżyt żołądka był nazwą tak dogodną dla lekarza, jak obecnie jest nią neurastenia.

Jeżeli zważymy, że w budowie błony śluzowej żołądka biorą udział rozmaite składniki morfotyczne: dwojakiego rodzaju gru-

czoły, tkanka międzygruczołowa, naczynia krwionośne i limfatyczne, liczne zwoje i rozgałęzienia nerwowe, to musimy przypuścić, że każdy z tych składników może zosobna podlegać zmianom patologicznym: zapaleniu, zwyrodnieniom, zanikowi i t. d. Zmiany zaś patologiczne jednego składnika, n. p. w naczyniach krwionośnych, pociągają za sobą następowe zmiany w innych; z tego wynika, że zmiany patologiczne w błonie śluzowej nie mogą być jednego rodzaju, któreby się pod jedną nazwą nieżytyu podeiagnąć dały, lecz muszą przedstawiać różne postacie, którą to różnorodność dostrzegają R. Fischel we wielu przypadkach już na żołądkach osesków. Jeszcze i wskutek tego mogą powstawać różnorodna kombinacje chorobowe, że sprawa patologiczna może zajmować rozmaite okolice żołądka w różnym stopniu. Najczęściej ulega zmianom chorobowym część odźwiernikowa (pars pylorica), gdyż tu jest miejsce, gdzie się odbywa trawienie chemiczne, ciągle przesuwanie miazgi pokarmowej w kierunku odźwiernika i nacisk mechaniczny na błonę śluzową przy każdym skurczu żołądka. Jeżeli znów uwzględnimy, że błona śluzowa żołądka składa się przeważnie z gruczołów, że żołądek przedstawia właściwie wydrążony gruczoł, będący prawie bez przerwy w stanie podrażnienia, to nasuwa się najbliższe przypuszczenie, że najczęstsze zmiany patologiczne w błonie śluzowej żołądka objawiać się będą w gruczołach, albo jako stan zapalny (*adenitis*), albo jako zwyrodnienie komórek, albo wreszcie jako zanik tychże. Również i zmiany w innych składnikach morfotycznych błony śluzowej pociągają następowe zmiany anatomiczne lub czynnościowe w gruczołach, tak, że zmiany chorobowe w tych ostatnich musimy zaliczyć do najczęstszych zmian patologicznych żołądka. Ta właściwość anatomiczna żołądka jako narządu gruczołowego nie dozwala na to, aby sprawy patologiczne odbywające się na jego powierzchni wewnętrznej mięszać ze sprawami nieżytowymi na innych błonach śluzowych n. p. z nieżytem jamy nosowej, połykowej, przełyku, pęcherza i t. d.; tu mamy do czynienia z postaciami chorobowymi właściwymi dla tego narządu. Rozmaite zmiany anatomiczne w błonie śluzowej żołądka jako odrębne postacie chorobowe obecnie nie są dokładnie odgraniczone i określone, również mało nam znany jest związek między niemi, a to z następujących powodów. Dopiero od niedawnego czasu zwrócono uwagę w tym kierunku,

a następnie że te zmiany nie pociągają za sobą zejścia śmiertelnego, w przygodnych zaś przypadkach, w których badanie byłoby możliwe, przedstawiają się miejsca za życia zajęte w stanie pośmiertnym odmiennie, gdyż obumarła tkanka przez działanie treści żołądkowej bywa zmienioną. Że jednak pewne zmiany anatomiczne na błonie śluzowej, odpowiadające objawom klinicznym istnieją, przekonano się przez badanie skrawków wyciętych ze żołądka podczas operacji chirurgicznych, lub przy zondowaniu przypadkowo odłuszczonych cząstek błony śluzowej, których bliższe zbadanie histologiczne może według ostatnich poszukiwań P. Cohnheima posłużyć za podstawę do rozpoznania anatomicznego choroby żołądka. Pewnego rodzaju wskazówki daje także badanie drobnowidowe czczej treści żołądkowej, a ostatecznie badanie zmian patologicznych doświadczalnie wywołanych w żołądku zwierząt. Wszystkie te jednak nieliczne badania są jeszcze sprzeczne i nie wystarczają, aby na ich podstawie ugruntować wyczerpujący pogląd na zmiany anatomiczne w błonie śluzowej żołądka. Niemniej utwierdza nas w istnienie rozmaitych postaci chorobowych w błonie śluzowej żołądka wielka różnorodność wyników badania drobnowidowego i chemicznego treści żołądkowej. Postępu w rozpoznawaniu zmian patologicznych na błonie śluzowej żołądka można jeszcze w przyszłości oczekiwać od wydoskonalenia wziernika żołądkowego.

Które jednak zmiany anatomiczne poszczególnym złozeniom czynnościowym żołądka towarzyszą, dotąd dokładnie nie wiemy, gdyż badania anatomiczne tego narządu nie idą obecnie w parze z badaniami klinicznymi. Możemy tylko na podstawie podobieństw z innymi gruczołami i na podstawie doświadczeń na zwierzętach, jakoteż z obserwacji przebiegu klinicznego czynić pewne przypuszczenia anatomo-patologiczne. To też podział zmian chorobowych na błonie śluzowej żołądka na podstawie dotychczasowego materiału anatomicznego jest bardzo trudny, a obecnie jeszcze niemożliwy, — tem samem nie prowadzi do celów praktycznych. Aby nie budować na wątpliwych i przedwczesnych jeszcze hipotezach anatomicznych nie pozostaje klinicyście nic innego, jak na razie trzymać się wyników badania przedmiotowego, a na ich podstawie tworzyć postaci chorobowe symptomatyczne. Ponieważ prawdopodobnie przeważna część zmian anatomo-

micznych w błonie śluzowej żołądka odbija się na zmianie czynności wydzielniczej narządu gruczołowego, zmiany zaś w tej czynności dadzą się na podstawie obecnych sposobów badania jeszcze najpewniej wyśledzić, przeto za podstawę podziału chorób błony śluzowej żołądka przyjmujemy zmiany w nasileniu wydzielania kw. solnego, pepsyny i zaczynu podpuszczkowego, o czym ze stanowiska fizylogięczno-chemicznego była już mowa w ustępie VI. o badaniu chemicznem treści żołądkowej. Dawna, nieokreślona, a raczej zbiorowa postać chorobowa nieżytu żołądkowego przedstawi się nam obecnie w kilku postaciach chorobowych dobrze określonych. Takim podziałem tak długo zadawałniam się będziemy musieli, dopóki badania anatomo-patologiczne nie rzucą więcej światła na sprawy chorobowe w błonie śluzowej żołądka.

Zmiany wydzielnicze w błonie śluzowej żołądka, jakie dotąd na pewne badaniami klinicznymi wykryte zostały, są następujące: **Zwiększenie nasilenia wydzielania, zmniejszenie nasilenia wydzielania, jakoteż zupełne ustanie wydzielania soku żołądkowego.**

Przy zwiększonym nasileniu siły wydzielniczej zauważano, że bywają przypadki, gdzie kw. solny wydziela się o znaczniejszem zgęszczeniu na szczycie trawienia, podczas gdy gdzieindziej kw. solny nadmiernie się wydziela nietylko podczas trawienia, ale nawet wtedy, gdy żołądek jest w spoczynku, czyli próżny (czczy). Następnie wykryto przypadki, w których kw. solnego mniej się wydziela, niż potrzeba do speptonizowania treści pokarmowej, w innych znów wcale go niema. Ostatecznie okazało się, że bywają takie przypadki, gdzie błona śluzowa nie wydziela wprawdzie kw. solnego, ale jeszcze pepsynę i zczyn podpuszczkowy, podczas gdy w innych nawet wydzielania i tych fermentów wykazać nie można. Kierując się tymi objawami klinicznymi, otrzymamy następujące obrazy chorobowe.

- I. a) *Hyperaciditas digestiva (Hyperpepsia)*, nagromadzenie znacznej ilości kw. solnego wolnego na szczycie trawienia.
- b) *Hypersecretio chronica continua simplex v. Gastrorrhoea acida*, w żołądku czczym (próżnym) znaczniejsza ilość soku żołądkowego kwaśnego przeważnie od HCl wolnego.
- c) *Catarrhus acidus*, w żołądku czczym znaczna ilość soku żołądkowego kwaśnego przeważnie od HCl utajonego;

pod drobnowidem oznaki stanu zapalnego błony śluzowej; upośledzenie sprawności mechanicznej żołądka.

- II. a) *Insufficiencia secretionis acidae* (*Hypopepsia*). Na szczycie trawienia znajduje się zaledwie ślad kw. solnego wolnego lub go wcale niema, a tylko kw. solny utajony.
- b) *Anachlorhydria. Catarrhus ventriculi mucosus*, w treści żołądkowej niema nawet kw. solnego utajonego, istnieje jeszcze wydzielanie pepsyny i zaczynu podpuszczkowego, obok tego wydziela się znaczna ilość śluzu z błony śluzowej żołądka.
- c) *Anasecretio totalis* (*Achylia*), w treści żołądkowej nigdy kw. solnego nie napotyka się, niema również zaczynów trawienicowych wcale lub chyba tylko w śladach nieznaczących.

Jakim zmianom anatomicznym odpowiadają przytoczone wyżej zbroczenia kliniczne, dokładnie jeszcze nie wiemy. Z wielkiem jednak prawdopodobieństwem na podstawie znanych faktów fizyologicznych i dotąd spostrzeganych zmian anatomicznych, możemy zbroczeniom klinicznym podstawić i zmiany anatomiczne, które niżej przedstawimy w pojedynczych ustępach.

### Choroby przebiegające ze wzmożonym wydzielaniem soku żołądkowego.

Stanowią one prawie połowę wszystkich przypadków chorób żołądka (Jaworski, Boas). Bouveret ocenia je na jedną czwartą.

### XIII. Nadmierna kwaśność podczas trawienia.

*Hyperaciditas* (*Superaciditas*) *digestiva* (Riegel, Jaworski), *Hyperaciditas hydrochlorica. Hyperchlorhydria. Hyperpepsia. Dyspepsia acida* (Ewald). — *Hyperaemia digestiva exacerbans* (Jaworski). *Gastritis parenchymatosa hyperpeptica* (Hayem).

1. **Zboczenie czynnościowe** najważniejsze, objawia się nadmiernie wzmożeniem wydzielaniem kw. solnego, zwykle i pepsyny jakoteż zaczynu podpuszczkowego na szczycie trawienia. Kw. solny znajduje się przeważnie w stanie wolnym.

2. **Etyologia.** Pojawia się szczególnie u osób młodszych, usposobienia wrażliwego, jakoteż nie zważających wiele na dycetyczne żywienie się, wskutek czego błona śluzowa żołądka staje się pobudliwszą. Autorowie francuscy (Bouveret, Devic, Mathieu) przytaczają także między przyczynami tego cierpienia niedokładność żucia z powodu dorywczego jedzenia. Dostrzegano to zboczenie także u chorych umysłowo (Noorden, Grabe). Leczątko nerwowe dla nadmiernej kwaśności, chociaż przez wielu autorów za przyczynę uważane, nie jest jeszcze dostatecznie stwierdzone<sup>21</sup>).

Biorąc na uwagę, że już w stanie fizyologicznym, według spostrzeżeń czynionych na przetokach u zwierząt i ludzi, wydzielaniu soku żołądkowego podczas trawienia towarzyszy przekrwienie czynne błony śluzowej, należy przypuścić, że w zboczeniu w mowie będącym to przekrwienie fizyologiczne bywa wydatniejsze, przez co obfitszy materiał napływa do narządu gruczołowego, pobudzając go zarazem do zwiększonej czynności. Stan ten patologiczny anatomicznie określić można nazwą: *hyperaemia digestiva exacerbans*. Badania mikroskopowe P. Cohnheima z r. 1895 na strzępach błony śluzowej żołądka w przypadkach przebiegających klinicznie z nadmierną kwaśnością, wykazały zanikanie komórek głównych, a „bujanie“ komórek okładowych. Ugruntowania tego ostatniego twierdzenia w pracy Cohnheima trudno się dopatrzeć. Która z powyżej przytoczonych przyczyn najwięcej rzeczywistości odpowiada, nie można na razie jeszcze rozstrzygnąć.

3. **Objawy podmiotowe** nie są stałe i cechujące. Zwyczajnie dopiero podczas trawienia (w kilka godzin po jedzeniu) pojawiają się przypadłości gastryczne, jak uczucie ciężkości, gniecienie w żołądku, odbijanie kwaśne, zgaga (*pyrosis hydrochlorica*), ziewanie kurczowe, ociężałość ogólna, bóle głowy w części czołowej. Przypadłości są cięższe po zjedzeniu potraw roślinnych niż białkowych. Wypicie mleka, herbaty i t. p. napojów podczas dolegliwości, uśmierza je na czas pewien; to samo czynią alkalia. Z powodu działania zbyt kwaśnej treści na odźwiernik, takowy zbyt silnie

się zaciska, sprawiając napadowe bóle i wzdęcie żołądka. Stąd też pojawiają się, zwłaszcza u kobiet wrażliwych, równocześnie z bólami uważanymi jako nerwoból żołądka (*cardialgia*) wymioty spożytych pokarmów, poczem przypadki gastryczne ustają. Język najczęściej nie bywa obłożony. Zaparcie stolca często towarzyszy temu zбочzeniu. Choroba jest długotrwałą i może prawdopodobnie przejść w trwale wzmożone wydzielanie kw. solnego.

4. R o z p o z n a n i e polega: a) Na wykazaniu stosunków prawidłowych w żołądku czcym w lekkich przypadkach, w cięższych zaś postaciach błona śluzowa żołądka bywa tak wrażliwa, że już przy krótkim przebywaniu sondy w żołądku czcym, wydziela się kwaśny sok żołądkowy, którego w ilości nawet kilkunastu  $\text{cm}^3$  sondą wydobyć można. b) Na nadmiernej kwasocie treści żołądkowej przy próbach trawienia: przy obiedzie próbnym przekracza  $60-70=2.2-2.5$  p. m. a może niekiedy przenosić nawet  $100=3.6$  p. m. HCl (Riegel), przy śniadaniu Ewalda  $60=2.2$  p. m.; podobnie i przy innych próbach przekracza granice podane wyżej (p. ust. IV) dla stanu prawidłowego. Przeważną część oznaczonej kwasoty pochodzi od zwiększenia wolnego HCl, którego większa lub mniejsza ilość przedstawia stopień nadmiernej kwasności i oznacza się w sposób podany na str. 48. Organicznych zaś kwasów w treści żołądkowej nie można wcale wykryć lub zaledwie w śladach. c) Mechanizm trawienia badany podanemi próbami okazuje się zwykle prawidłowy, lecz pomimo wypróżnienia żołądka z treści pokarmowej w prawidłowym czasie, długo jeszcze pozostaje w żołądku ciecz kwaśna trawiąca jeszcze białko, której kwasota według przypadku od jednej do kilku godzin, zwolna do zera opada. Błona śluzowa nie nagle zatem, jak to bywa w stanie prawidłowym, lecz zwolna przestaje wydzielać, zanim przyjdzie do spoczynku. d) Po obiedzie próbnym treści żołądkowej wydobyta lub wymiotowana wykazuje bardzo małą ilość mięsa, natomiast niezmienną bułkę tworzy prawie całą ilość treści żołądkowej. Szczególną cechą okazuje jeszcze nadmierna kwasność, że w miazdze pokarmowej wcześniej niż zwykle, bo już po 1—2 kwadransy po użyciu pokarmów znajdujemy wolny HCl.

Nasilenie objawów podmiotowych w nadmiernej kwasności nie zawsze zależy od stopnia kwasoty, a względnie od ilości wolnego HCl. Gdyż podrażnienie błony śluzowej żołądka przez wydziela-

jący się kw. solny może się także zdarzyć u niektórych osób przy kwasocie względnie prawidłowej. Jeżeli żołądek, który bądź to z powodu właściwego żywienia, bądź dziedziczności wydziela sok żołądkowy o niskiej kwasocie, — pocznie pod wpływem pewnych bodźców wytwarzać nieco większą ilość kwasu, to pojawiają się u tej osoby pomimo niewysokiej względnie kwasoty objawy podmiotowe takiego rodzaju, jakie u innych osób sprawia nadmierna kwaśność. Objaw ten nazwać można *hyperaciditas subjectiva v. relativa v. hyperaesthesia acida*, o czem jeszcze w dziale o nerwicach będzie wzmianka <sup>22</sup>). Że tu kw. żołądkowy jest działającą szkodliwością, poznaje się po tem, że środki zastosowane przeciw nadmiernej kwaśności n. p. alkalia, ciepłe napoje, uśmierzają dolegliwości.

6. Leczenie jest równocześnie miejscowe i ogólne. Pierwsze polega na użyciu pokarmów najmniej do wydzielania pobudzających <sup>23</sup>) i systematycznym stosowaniu wód alkalicznych lub słonoalkalicznych, z których ważniejsze wraz z ilością węglanu sodowego kwaśnego na 1000 części wody, przytaczamy: Szczawnica ze źródła Magdaleny 8·4, Rohitsch (Ignazbrunnen 8·6), Karlsbad 1·9, Viehy (l'Hopital, Grande-Grille) 5·0, Vals (Madeleine) 7·2, Biliny 6·4; w lżejszych przypadkach: Luhaczowice ze źródła Wincentego 4·2, Gleichenberg ze źródła Konstantego 3·5, Ems ze źródła Wiktorji 2·0. — Wód powyższych używa się rano na czczo w ilości 2—3 szklanek (300—500 cm<sup>3</sup>) w odstępach półgodzinnych; w celu zmniejszenia wrażliwości błony śluzowej ogrzewa się je, najstosowniej w ten sposób, że wprzód ogrzewa się silniej pół szklanki wody mineralnej, a następnie dopełnia z flaszki nieogrzaną. Chodzenie podczas picia nie jest konieczne. Dopiero w 1—1½ godziny od ostatniej szklanki spożywa się śniadanie. — Jako środków symptomatycznych podczas pojawiania się przypadłości gastrycznych używa się: naparów letnich z herbaty, kawy czarnej; powyższych wód alkalicznych; *magnesia usta* na koniec noża; *natrium bicarbonicum* po 0·5 na dawkę. G. Sée zaleca we 2—3 godziny po jedzeniu alkalia (*natrium bicarbonicum*) w dawce 3—4·0 w roztworze wód aromatycznych n. p. *agua Chamomillae*. Boas podaje obok alkaliów w pół godziny po jedzeniu 2—3·0 *ptyalini Merck*, a to w celu seukrzenia ciał skrobiowych

W przypadkach przebiegających z biegunką, co się jednak rzadko trafia, dobrze działa *aqua calcis* po 2—3 łyżek po jedzeniu.

Ogólne leczenie ma na celu skrzepienie układu nerwowego i niżenie wygórowanej wrażliwości. Poleca się przeto dłuższe stopniowane leczenie wodą z początku ciepłą, a następnie obniżając stopniowo ciepłość, w innych znów przypadkach powietrze górskie, ruch i gimnastykę. Korzystnem okazało się mnie równoczesne stosowanie przetworów bromowych, jak *natrinm bromatum*, lub według polecenia Sée *strontium bromatum*, w roztworze, 15—20·0 na 300 *aq. d.*, 4 razy dziennie po łyżce po jedzeniu, lub tyleż razy po pół szklanki wody bromowej sztucznej \*). prztem ogranicza się palenie tytoniu zwłaszcza przed jedzeniem, nikotyna bowiem zwiększa wydzielanie soku żołądkowego (L. Wolff). W przypadkach wysokiego stopnia nadmiernej kwaśności należy stosować leczenie podane w następnym ustępie dla sokotoku żołądka.

**Uwaga.** Alkalia. Działanie alkaliów na żołądek pomimo licznych doświadczeń nowszych czasów nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnione. Większa część autorów (Claude-Bernard, Leube, Jaworski, du Mesnil, Linossier, Lemoine) przysłała do wyniku, że alkalia w małych dawkach podane podwyższają wydzielanie soku żołądkowego, w znacznych zaś dawkach zmniejszają, a przy dłuższem użyciu znieść je mogą. Inni znów, jak Ewald i Sandberg, Spitzer, a zwłaszcza Reichmann twierdzą, że alkalia działają tylko chemicznie jako środek zobojętniający wydzielony kwas żołądkowy, nie wywierając żadnej zmiany na wydzielanie. Jakiekolwiek są wyniki doświadczalne, to kliniczne doświadczenie poucza, że alkalia we wszystkich chorobach żołądka, przebiegających z nadmierną kwaśnością bardzo dobrze działają. Nietylko bowiem możemy zauważyć, że objawy podmiotowe się zmniejszają, ale i zmiany anatomiczne (np. wrzód okrągły) bardzo korzystnie się poprawiają wobec tych środków. W przeczulicach żołądka, w których już prawidłowo kwasota treści żołądkowej sprawia dolegliwości alkalia je uśmierza. Nawet w niedomodze lub zupełnym zaniku siły wydzielniczej alkalia, a zwłaszcza wody alkaliczne ciepłe, korzystniej działają niż kwasy. Gdyż one podobne

\*) Woda bromowa sporządzona z polecenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przez firmę Rząca i Chmurski zawiera w 100 częściach wody słabszej 0·52, a wody mocniejszej 1·25 gm. bromków.

składem do rozczyntu fizyologicznego są dla zwyrodniałej błony śluzowej (pozbawionej gruczołów) stosowniejszem środowiskiem, aniżeli kwas solny, który tylko tkanę żywą zadrażnić może. Nadto woda alkaliczna ciepła rozpuszcza śluz i zabiera go wraz z bakteryami w nim zawartymi do jelit. Według moich spostrzeżeń nie należy leczenia alkaliami przedłużać całymi miesiącami, lecz robić przerwy. Długie bowiem stosowanie alkaliów obniża chemizm trawienia bardzo znacznie. Alkalia podaje się w  $\frac{1}{2}$ —1 godziny po jedzeniu, a dawki jednorazowe bywają różne od 1—3·0, a nawet po łyżeczce naraz. Niektórzy autorowie używają wielkich ilości alkaliów. Tak np. C. Journe podaje nawet 20—30 gm. dziennie.

#### XIV. Sokotok żołądkowy (Reichmann).

*Hypersecretio chronica* (Riegel). *Gastrorrhoea acida* (Jaworski). — *Hyperaemia mucosae chronica* (Jaworski). *Gastritis chronica parenchymatosa* (Hayem).

1. Zboczenie czynnościowe polega na trwałem, a wzmożonem wydzielaniu kw. solnego, który w przeważnej ilości znajduje się w stanie wolnym, jakoteż pepsyny (Jaworski) i zrczynu podpuszczkowego (Boas). Przekrwienie błony śluzowej żołądka, jakie ma miejsce podczas fizyologicznego trawienia, a w stanach patologicznych do znacznego stopnia wzmódc się może, nie ustaje z ukończeniem aktu trawienia, ale niezależnie od tego w żołądku zupełnie próżnym trwa jeszcze, wskutek czego narząd gruczołowy otrzymując ciągle materiał z krwi, nie przestaje być czynnym. Mamy więc stan patologiczny trwałego przekrwienia błony śluzowej żołądka (*hyperaemia chronica mucosae*) jako najprawdopodobniejsze tło anatomiczne tego zboczenia. Wielu jednak autorów szuka przyczyny tego zboczenia, opisanego pierwszy raz przez Reichmanna, w narządzie nerwowym, o czem mowa będzie w dziale o nerwicach żołądka. Że przyczyną nie może być tu tło nerwowe, świadczy n. p. przypadek Rosenheima, w którym po wykonaniu gastroenterostomii z powodu zwężenia bliznowatego odźwiernika, nietylko czynność mechaniczna żołądka do prawidłowego stanu powróciła, lecz i przedtem istniejący sokotok ustąpił. J. Schreiber z Królewca nie uważa nawet sokotoku żołądkowego za samoistną chorobę. Twierdzi on, że żo-

ładek w przypadkach, który nazywamy sokotokiem, jest w stanie niedowładu lub rozszerzenia, co w rzeczywistości we większości przypadków ma miejsce. Jeżeli w tym stanie żołądka zatrzymają się w nim chociażby tylko drobne ilości pokarmów lub też dostaje się do niego połknięty śluz z plwocinami, to znajdziemy nawet w prawidłowym żołądka naczeczko wolny HCl jako następstwo niedowładu. Stan ten nazywa Schreiber *hypersecretio frustrata*. To zapatrywanie nie odpowiada dla wszystkich przypadków sokotoku, gdyż zdarzają się i takie, w których istnieje prawidłowe a nawet przyspieszone wydalenie treści pokarmowej. Fleiner zaś przypuszcza, że przyczyną obecności HCl w żołądku czeczym u osób badanych przez Schreibera jest to, że one pochodzą wśród ludności nadmorskiej żywiącej się pokarmami drażniącymi. Ta okoliczność tłumaczyłaby także częste pojawianie się sokotoku u naszych Izraelitów. P. Cohnheim zaś znalazł w swoich poszukiwaniach histologicznych nad budową oderwanych strzępów błony śluzowej żołądka w przypadkach sokotoku „*bu j a n i e*“ komórek okładowych, a zanikanie głównych. W ten sposób moje zapatrywanie odosobnione i zwalczane jeszcze w r. 1884 coraz więcej znajduje dowodów, że sokotok żołądkowy polega na tle anatomicznem (p. następny ustęp o niezycie kwaśnym).

2. E t y o l o g i a. Cierpieniem tem obarczone bywają osoby młode, wrażliwe, najczęściej ze sfery inteligencyi; szczególną skłonność do tego zboczenia okazują często młodzi Izraelici; przeważna część chorych wygląda małokrwisto.

3. O b j a w y i p r z e b i e g. Obok objawów miejscowych, tak zwanych gastrycznych, istnieją objawy odległe w postaci różnorodnych sensacyi, które mogą górować nad gastrycznymi. Te znów nie są swoiste: najczęściej pojawia się uczucie gorąca lub chłodu w okolicy żołądka, gniecienie, zgaga, palenie, a nawet bóle napadowe wzmagające się podczas trawienia; ból i palenie mogą także istnieć naczeczko; wypicie szklanki mleka, herbaty, lub zjedzenie jaja, mięsa cielecego łagodzi bóle. Niekiedy przyjmują bóle cechę napadową, co stąd pochodzi, że treść kwaśna podrażniając odźwiernik a czasem i wpust sprawia skurcz takowych. Język najczęściej nieobłożony; pragnienie i łaknienie raz wzmożone, drugi raz upośledzone; odbijanie puste lub kwaśne, a u wrażliwych osób wymioty. To może dać powód do niewłaściwego roz-

poznania wrzodu okrągłego, a to tem więcej, że wymiociny mogą zawierać ślad krwi, który autorowie uważają jako objaw silnego przekrwienia błony śluzowej żołądka. Po wymiotach, z którymi wydała się także i kwas, przypadłości żołądkowe ustępują. Stolec bywa zaparty. W odległych okolicach ciała, jak w nogach, rękach, łądźwiach, grzbiecie zdarzają się zmiany w czuciu: mrowienie, palenie, a nawet przejściowa przedmiotowo dająca się wykazać przeczulica skóry. Szczególniej dółek podsercowy bywa przy dotyku bolesny, co może być mylnie uważane jako objaw wrzodu okrągłego. Mocz okazuje kwasotę zmniejszoną, może być nawet alkaliczny, chlorki bywają zmniejszone, fosforany zaś tworzą osad, a wtenczas choroba może być mylnie tłumaczona jako fosfaturia. Wielu z tych ehorych bez wewnętrznego badania żołądka uważa się pospolicie za neurasteników. Choroba jest długotrwałą i zmienną tak, że nasilenie objawów (pragnienie i t. d.) na pewien czas słabnie, by potem tem silniej wystąpić i prowadzi do trwałych zmian anatomicznych, jak nieżyty kwaśnego, nadżerek lub wrzodu okrągłego, a w następstwie do krwiotoku (p. ustęp, Okresowy sokotok żołądkowy w rozdziale drugim).

4. R o z p o z n a n i a na podstawie objawów podmiotowych zwykle postawić nie można, gdyż podobne przypadłości mogą istnieć nawet w braku HCl. Potrzebne jest badanie wewnętrzne, które wykazuje: a) W żołądku czeczym pewną ilość (50 lub więcej cm<sup>3</sup> cieczy bezbarwnej lub opalizującej. Dokładną ilość znajdującą się cieczy w żołądku trudno podać, gdyż ilość jej wydobyta zondą okazuje się nietylko u rozmaitych osób różną, lecz i u tej samej osoby co dnia zmienną. Nigdy też nie możemy powiedzieć, ile jeszcze treści w żołądku pozostało. Przepłukanie żołądka wieczorem wodą ciepłą upewnia, że znaleziony w żołądku rano naczeczony płyn kwaśny, wydziela się bez podrażnienia błony śluzowej pokarmami (Reichmann). Należy przytem użyć aspiratora, a zbytnio nie przedłużać zondowania, gdyż zonda pobudza błonę śluzową do wydzielania (E. Pick), a powtóre, że nagle może się żółć z dwunastnicy dostać do żołądka i zanieczyścić treść żołądkową. Schreiber wreszcie twierdzi, że woda pozostała z przepłukiwania wieczornego zatrzymuje się w żołądku niedowładnym aż do rana, zadrażnia błonę śluzową do wydzielania i pozoruje przy rannem zondowaniu obecność sokotoku. b) Treść czeza szybko

przechodzi przez sączeł, trawi dobrze białko, zawiera przeważnie tylko wolny kwas solny, oddziaływania biuretowego na peptony prawie nie daje, chyba tylko nieznaczenie blado-różowe zabarwienie. c) Pod drobnowidem mierna tylko ilość rozpadłych jąder (z ciałek wypocinowych) w postaci jasnych ciałek ułożonych w gromadki: brak morfotycznych składników z błony śluzowej, jakoteż zwykle brak szczątek z pokarmów. d) Próby trawienia wykazują na szczycie trawienia kwasotę pochodzącą przeważnie od wolnego kwasu solnego, o wysokości prawie tej samej co i przy *hyperaciditas digestiva*, a która zawsze bywa większą od kwasoty treści żołądka czczego; e) wydalanie treści żołądkowej co do czasu, jest albo prawidłowe, albo nie wiele opóźnione.

5. Rokowanie co do zupełnego usunięcia choroby jest według twierdzenia wielu autorów jakoteż moich spostrzeżeń wątpliwe. Można jednak we większości przypadków osiągnąć znaczną poprawę przez stosowne leczenie, a przy zachowaniu pewnego dyetetycznego żywienia mają się chorzy względnie dobrze. Leczenie przy zadziałaniu drobnej stosunkowo szkodliwości choroba łatwo powraca. Ja spostrzegałem często przechodzenie sokotoku pojedynczego w niezbyt kwaśny, a w niektórych przypadkach pojawienie się wrzodu okrągłego.

6. Leczenie jest podobne, jak we wyżej opisanej nadmiernej kwaśności; wymaga jednak większych dawek i dłuższego czasu; jest ono miejscowe, ogólne i dyetetyczne. To ostatnie jest najważniejsze i polega na podawaniu pokarmów najmniej drażniących a wiążących kw. solny, o czem szczegółowo jeszcze w Części trzeciej niniejszego dzieła będzie mowa. — Środków leczniczych mających powstrzymać trwałe nadmierne wydzielanie kw. solnego podano kilka. Nie są one jednak dostatecznie wypróbowane, a działanie ich niepewne. Przepłukiwania żołądka (p. str. 18) wodą letnią rano naczczo zmniejszają przypadłości znakomicie, lecz tylko w takich przypadkach, w których znajduje się rano albo ślad pokarmów lub objawy rozstrzeni, które przeto są raczej niezłym kwaśnym, aniżeli sokotkiem. We właściwych zaś przypadkach sokotoku są one bez skutku; dostrzegałem nawet, że one osłabiają chorych, prawdopodobnie przez odciągnięcie chlorków z ustroju. Lekiem wstrzymującym wydzielanie soku żołądkowego według ostatnich doświadczeń (Hin-

switch, Forlanini, Voinovitch) ma być atropina. Podaje się wewnątrznie lub podskórnice po  $\frac{1}{2}$ —1 mg. przez kilka dni. G. Queirolo używał nawet po  $1\frac{1}{2}$  mg., co według moich spostrzeżeń sprawia objawy otrucia. Pewniejszym lecz z powodu przyzwyczajenia się ryzykowniejszym środkiem jest morfina (p. ustęp, Dyspepsia thebaica w Rozdziale II). Morfina i makowiec nie tylko obniżają kwasotę, lecz i usmierzają ból. Skuteczną też w celu złagodzenia dolegliwości okazał się mnie lek według następującego przepisu: *Trae belladonae, trae opii āā 5·0, morphii muriatici 0·25 MDS.* 5—10 kropeł przed jedzeniem w razie potrzeby użyć. — Dalszym środkiem obniżającym nie tylko wzmożone wydzielania, lecz i ból, jest *Argentum nitricum*. Chociaż według mego zdania działanie tego leku nie jest wcale wyjaśnione, to należy zwrócić na niego uwagę, gdyż polecają go poważni autorowie (Rosenheim, Reichmann, Forlanini, Löwenthal), mianowicie w postaci przepłukiwań roztworem ciepłym z *Arg. nitr. 1 : 1000 aq. d.* (p. str. 18). Także i w kapsułkach żelatynowych po 0·01 do 0·05 na dawkę, lub w roztwornie 0·03 na 120 aq. d. co 2 godziny po łyżce przed jedzeniem użyty, ma działać skutecznie. Boas zaś poleca stosować te same dawki z *Argentum carbonicum* w pigułkach. Niektórzy autorowie (Fleiner) przypuszczają, że tak samo jak azotan srebrowy działa i *Magisterium bismuthi* i przepisują go na sposób francuski we wysokich dawkach 5·0—10·0 rano naczczo, we wodzie ciepłej (p. Leczenie bizmutowe w ustępie o wrzodzie okrągłym). Ja widziałem (lecz nie zawsze) dobre skutki z podawania po 3·0 gm. magisterii bismuthi 3—4 razy dziennie przed jedzeniem na  $\frac{1}{2}$  godziny. — Wreszcie próbowano stosować pocenia się (zawijania w koce lub łaźni parowej) w przypuszczeniu, że się przez to ilość wydzielonego soku żołądkowego zmniejszy (Gallard). Zastosować możnaby tego sposobu u chorych jeszcze dobrze odżywionych. Skuteczność jednak tej metody nie jest mnie bliżej znana.

W lekowaniu objawowem okazują się skutecznymi: alkalia (soda, magnezya, sól karlsbadzka w proszku, pastylki bilinskie lub Vichy p. str. 79 Uwaga) na koniec noża w  $1\frac{1}{2}$  godziny po każdym jedzeniu lub mieszaniny: *Natrium bicarbonicum* 0·5—1·0, *Extr. belladonae* 0·02 f. p. trzy takie proszki dziennie użyć; w celu usmierzania bólów: *Natrii bicarbon.* 1·0, *Morphii*

mur. 0·01, *Cocaini muriat* 0·02 f. p. lub wyżej wymienione krople narkotyczne. Nim się przystąpi do stosowania powyższych środków aptecznych należy wprzód próbować mocnych gorących naparów\*) z rumianku, mięty pieprzowej, centuryi i t. d. po 1/2—1 szklanki naraz.

Ważnem jest leczenie ogólne w celu polepszenia odżywienia i skrzepienia układu nerwowego, jakoteż wywieranie wpływu psychicznego celem odwrócenia uwagi chorego od jego cierpień. Również korzystnem okazuje się posyłanie chorych do zdrojowisk alkaliczno-słonnych, zwłaszcza ciepłych (Karlsbad, Szczawnica, Vichy, Vals, Ems, Gleichenberg, Tarasp). Jeżeli w tych zdrojowiskach odżywienie podupało, wskazane jest pobyt w zakładach klimatycznych, wodoleczniczych, albo w szczawach żelazistych (Krynicy, Żegiestowie, Franzensbadzie, Elster i t. p.). Ponieważ nie wszyscy chorzy dobrze znoszą szczawy żelaziste, przed wysłaniem ich przeto do zdrojowisk należy wypróbować usposobienie przez podawanie małych dawek przetworów żelazistych, albo lepiej jeszcze wody żelazistej sztucznej. — Najważniejszym celem następowego leczenia jest podniesienie odżywienia przez stosowną dyetę (p. niżej Część III), gdyż doświadczenie poucza, że jeżeli odżywienie i małokrwistość poprawiają się, objawy podmiotowe i przedmiotowe również się zmniejszają.

## XV. Nieżyt kwaśny żołądka (Jaworski)\*\*).

*Catarrhus ventriculi acidus. Gastritis chronica acida* (Jaworski). *Gastritis mixta (interstitialis et parenchymatosa, Jaworski)*.

1. Zboczenie czynnościowe polega na trwałem wydzielaniu soku żołądkowego, śluzu i upośledzeniu wydalania

\*) Sposób przyrządzania naparów ze ziółek znajdzie Szan. Czytelnik opisany w książce: *Kuchnia higieniczna*. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie 1897, str. 40 „Napoje lecznicze“.

\*\*) Do tej postaci chorobowej przezeńnie w r. 1834 dostrzeżonej i pierwszy raz opisanej jako *catarrhus acidus* (p. Literatura), a w swoim czasie przez wszystkich zaprzeczanej, wielu autorów obecnie się przyznaje. Nawet Boas przedstawia ją w ostatnich czasach jako nowy obraz chorobowy, nazywając go *gastritis acida*.

treści ze żołądka (hypotonia). Treść żołądka czezege oprócz kw. solnego zawiera płyn wypocinowy, ciała wypocinowe, przybłonek wałeczkowy i śluz ścięty; stąd pochodzi, że przeważna część kw. solnego znajduje się w stanie utajonym, a oddziaływanie na peptony okazuje się bardzo wyraźne. Podobnie i na szczycie trawienia z powodu wytworów nieżytowych i zapalnych, pomimo znacznego stopnia kwasoty, znajduje się większa część kw. solnego w stanie utajonym, mało zaś wolnego, a zatem przeciwnie jak to bywa w przebiegu zwykłego sokotoku.

2. **Etyologia.** Nieżyt kwaśny napotyka się częściej od sokotoku zwyczajnego, zwłaszcza w wieku średnim wskutek dłuższego używania niestosownych mieszanin pokarmowych, korzennych i ostrych potraw, nadzwyczaj często w pierwszych latach nadużywania wódki (nieżytkwaśny pijacki). Przypuszczalnie powstaje on po ostrych nieżytach żołądka częściej powtarzających się, jakoteż wskutek ciągłego działania silnie trawiącej treści na błonę śluzową żołądka przy dłuższem trwaniu sokotoku.

3. **Zmiany anatomiczne** bywają bardzo wybitne: błona śluzowa szaro-łupkowo zabarwiona, pokryta mierną ilością szarawo-żółtawego śluzu, przedstawia obraz *état mamelonné* z powodu przerostu tkanki łącznej międzygruczołowej, wypełnionej licznymi komórkami wypocinowemi. W śluzie znajdujemy szczątki powierzchniowego przybłonka w postaci zwyrodniałych komórek wałeczkowych, które zmieniając się chorobowo sprawiają wytworzenie się śluzu w tej chorobie. Błona podśluzowa i mięsna również zgrubiała z powodu wytworzenia się tkanki granulacyjnej. Zgrubienie dotyczy najwięcej części odźwiernikowej i odźwiernika wskutek czego może nastąpić zwięźlenie światła odźwiernika, który może się stać wyczuwalny jako guz. Następstwem powyższej zmiany okazuje się żołądek w całości rozszerzony. Z badań drobnowidowych skutecznie w 1889 r. przez E. Korczyńskiego i Jaworskiego na skrawkach błony śluzowej wyciętych podczas operacji chirurgicznych wynika, że komórki główne w gruczołach trawieńcowych podlegają zwyrodnieniu i utracając swe zarysy rozpadają się w masę ziarnistą, wśród której są licznie rozrzucone dobrze utrzymane komórki okładowe, wydzielające właśnie kw. solny. Równocześnie i przeważna część gruczołów trawieńcowych utracą swe zarysy tak, że jeden od dru-

giego nie daje się odgraniczyć, a pole widzenia przedstawia prawie jednostajną masę drobnoziarnistą z rozszanymi wśród niej dobrze utrzymanymi komórkami okładowymi. Do tego twierdzenia aby te komórki były w stanie „przerostu“, jak to czyni obecnie P. Cohnheim, autorowie się nie posunęli, nie mając do tego żadnych danych porównawczych, tak samo jak i Cohnheim ich niema. W tkance międzygruczołowej znaleźliśmy znaczny naciek drobno-komórkowy i liczne komórki okładowe, które Hayem obecnie uważa jako ilościowe zwiększone.

4. Objawy i przebieg. Przypadłości gastryczne górują nad odległymi, nie są jednak swoiste dla nieżyty. Gniecenie, palenie, gryzienie (jakoby robaka), rznięcie, zgaga, odbjania kwaśne powiększają się po wypełnieniu żołądka pokarmami stałymi, a w szczególności skrobiowymi. Te ostatnie w żołądku nie mogą doznać żadnej zmiany, gdyż Ptyalin w zbyt kwaśnej treści żołądkowej traci swe działanie. Jeżeli treść żołądkowa jest zbyt kwaśną, to może sprawić kurczowe zaciśnięcie się odźwiernika, a nawet wpu-  
stu. Gromadząca się treść i gazy nie mogą się długo wydostać ze żołądka, przez co chorzy uskarżają się na wzdęcie, tłoczenie, a nawet dotkliwe bóle. W miarę pogarszania się sprawy chorobowej zwłaszcza upośledzenia wydalania, pojawiają się te dolegliwości coraz później, a największe są w godzinach popołudniowych, albo w nocy. Pomimo to łaknienie i pragnienie bywają wzmożone. Zwykle istnieje bolesność żołądka przy dotykaniu, szczególnie w części odźwiernikowej i pluskanie w żołądku czcym, a w takich przypadkach mogą pojawiać się co kilka dni wymioty z powodu zalegania treści zbyt kwaśnej, poczem następuje czasowa ulga co do przypadłości gastrycznych. Wymioty pojawiające się rano są zielonkawe, smaku gorzkawo kwaskowatego i tem się różnią od bezbarwnych wymiotów śluzowych (*vomitus matutinus*) w nieżycie śluzowym. Niedowład mechaniczny żołądka wytwarza się wskutek zalegania trwale wydzielającej się cieczy kwaśnej, która podrażniając tylko odźwiernik do skurczu, ze żołądka wydostać się nie może, przez co przychodzi nawet do trwałej rozstrzeni narządu (p. ustęp o rozstrzeni trwałej). W przypadkach zaś zaniedbanych wytwarzają się nadżerki na błonie śluzowej lub wrzód okrągły. W dalszym ciągu choroby odżywienie znacznie podupada, chorzy stają się niedokrwieci, a pochodzi to w zna-

cznej części stąd, że treść żołądkowa zbyt kwaśna przerywa działanie zaczynu ślinowego (ptyalinu), a przez to i zamianę skrobi na cukier, wskutek czego wessanie jej zostaje upośledzone. Przerwanie to nastaje przy kwasocie 20—35 = 0·7—1·2 p. m. HCl. Po zobojętnieniu rozczyynu węglanem sodowym własność scukrzania zaczynu ślinowego znów powraca (Boas). Jeżeli znaczniejsza ilość treści zbyt kwaśnej przejdzie do jelita cienkiego, zobojętnia na znacznej przestrzeni alkaliczne soki trawiące (zwłaszcza trypsynę) i w ten sposób upośledza trawienie i chłonięcie jelitowe, przeważnie w kierunku pokarmów skrobiowych. I to jest główną przyczyną złego wyglądu chorych na nieżyt kwaśny żołądka. Prawie zawsze towarzyszy temu cierpieniu uporeczywe zaparcie żywota, a Bouveret zauważył przyłączanie się nieżytu śluzowego okrężnicy w postaci *colitis membranacea* (taśmy śluzu w stolcach). Nadto ilość chloru w moczu się zmniejsza, przechodząc z cieczą wypocinową zapalną do treści żołądkowej, a w przypadkach częstych wymiotów oddziaływanie na chlor znika w moczu (Jaworski i Głuziński), — chorzy okazują objawy głodu chlorowego i wodnego, tężec kończyn<sup>23)</sup>, apatyę, zapad, wycieńczenie, a wskutek tego może nawet nastąpić zejście śmiertelne, co jednak zdarza się bardzo rzadko.

5. R o z p o z n a n i e: a) Z żołądka czczego bez poprzedniego wiania wody wydobywa się zapomocą aspiratora znaczniejszą ilość (przenoszącą nawet 100 cm<sup>3</sup>) cieczy mętnej, białawej, ze strzępkami brudno-białawymi. Dość często okazuje ciecz ta barwę żółtawo-zieloną lub niebieskawo-zieloną ze strzępkami tej samej barwy, powstałymi wskutek wiania się żółci do żołądka przez podrażnienie dwunastnicy do ruchów przeciwróbowych wskutek zadziałania na nią silnie kwaśnej treści żołądkowej; b) w przesączu kw. solny jest przeważnie utajony (Jaworski), powstały przez działywanie nań leukocytów i cieczy wypocinowej; c) siła trawiąca białko albo dobrze utrzymana, albo zmniejszona, lecz za dodaniem HCl zawsze wyraźna, również i zaczyn podpuszczkowy stale się znajduje; d) oddziaływanie na pepton a niekiedy i na białko bardzo wybitne; e) w treści czczej okazuje się pod drobnowidem ogromna ilość szczątków ciał wypocinowych w postaci mniej lub więcej rozpadłych i od siebie oddzielonych odłamków jąder komórkowych, całe płaty łuszczącego się przybłonka wałeczkowego

ziarnisto zmienionego. a niekiedy nawet wypadłe gruczoły trawienne; we wielu przypadkach dostrzega się ślimacznice rozmaitej wielkości przedstawione na str. 35. Według Browicza mają one być wyrazem zmian degeneracyjnych przybłonka; f) próby trawienia wykazują na szczycie trawienia kwasotę nie o wiele wyższą, niż w treści czezej, a kw. solny w przeważnej części utajony, jakoteż g) upośledzenie wydalania pochodzące raz z osłabienia kurczliwości ścian żołądka, a powtórę z powracania zbyt kwaśnej treści z dwunastnicy napowrót do żołądka; h) pluskanie w żołądku czezym sięga często do pępka (objaw rozstrzeni). W takich przypadkach można w treści czezej dostrzedz pod drobnowidem resztki pokarmów w postaci włókien mięsnych, ciałek skrobii lub kulek tłuszczu. Aby się upewnić o niezycie kwaśnym w przypadkach pozostawiania pokarmów w żołądku, należy wypłukać wieczorem żołądek wodą ciepłą, a przeczekawszy bez pokarmów aż do dnia następnego, przedsiębrać zrana badanie.

#### 6. Rozpoznanie różniczkowe;

Sokotoku z wyczajnego Nieżyty kwaśnego (*Catarrhus acidus, Gastritis acidia mucosae continua*). (*Hypersecretio simplex, Hyperacida chronica*).

a) Treść czeza, jasna lub tylko opalizująca.

a) Ciecz czeza, nieprzeźroczysta, mętna, zwykle zielonkawo-żółta.

b) Pod drobnowidem nieliczne tylko połyskujące okazy szczątków z rozpadłych jąder leukocytów bez otaczającego je pierwszcza, wyjątkowo gdzieniegdzie okaz przybłonka wałeczkowego.

b) Znaczna ilość po części zupełnie rozpadłych, po części zaś w rozpadzie pozostających jąder leukocytów, z niknącą, ale w wielu miejscach słabo dostrzegalną otoczką z pierwszcza, liczne okazy przybłonka wałeczkowego, czasem wypadnięte gruczoły trawienne lub odosobnione komórki gruczołowe.

c) Kwasota treści czezej pochodzi prawie w zupełności, a na szczycie trawienia przeważnie od wolnego kw. solnego.

c) Kwas solny tak w treści czezej jak i podczas trawienia w znacznej części utajony, mała tylko ilość wolnego HCl.

d) Oddziaływanie na peptony i białko w treści czeczej bardzo słabe lub wcale niewidoczne.

e) Wydalanie ze żołądka prawidłowe lub tylko nieznacznie upośledzone.

f) Fizycznych objawów rozstrzeni albo niema, albo są nieznaczne.

d) W treści czeczej bardzo wybitne oddziaływanie na peptony, wytworzone przez strawienie wycociny i leukocytów

e) Wydalanie ze żołądka znacznie upośledzone.

f) Fizyczne objawy rozstrzeni najczęściej istnieją.

Ponieważ sokotok zwykły może przejść w nieżyt kwaśny, dlatego w tych stanach przejściowych trudno przychodzi niekiedy rozstrzygnąć, czy ma się do czynienia tylko ze sokotokiem zwyyczajnym, czyli już z rozpoczynającym nieżytem kwaśnym. Nieżyt kwaśny towarzyszy najczęściej rozpoczynającej rozstrzeni żołądka i prawdopodobnie daje on jej początek.

7. R o k o w a n i e jest według mego doświadczenia wątpliwe co do zupełnego ustąpienia choroby. Choroba ciągnie się przez lata. Można osiągnąć wprawdzie często znakomitą poprawę, lecz za łada nieznaczną szkodliwością dawny stan powraca. Z drugiej strony znam przypadki, w których nieżyt kwaśny zamienił się po latach w nieżyt śluzowy, i wtedy dopiero ustąpiły dolegliwości podmiotowe. U innych znikły nawet objawy fizyczne rozstrzeni prawdopodobnie z powodu ustąpienia nieżytego rozpulchnienia błony śluzowej odźwiernika.

8. Leczenie nieżytku kwaśnego jest przeważnie miejscowe, skierowane do błony śluzowej. Najpożądane byłoby zawieszenie czynności żołądka. W przybliżeniu można to osiągnąć przez stosowanie l a w a t y w o d Ź y w c z y c h (p. ustęp o krwotokach żołądka) przez 8—10 dni z równoczesnym zastosowaniem diety ścisłej (p. Cz III) i leków niżej wymienionych. W czasie tego leczenia musi chory leżeć w łóżku. Ponieważ chorzy na nieżyt kwaśny są zwykle wychudli, to powyższe leczenie rzadko kiedy daje się przez dłuższy czas ze ścisłością przeprowadzić, gdyż ciąga za sobą obniżenie ciężaru ciała. — Racyonalny sposób leczenia jest stosowanie p r z e p ł u k i w a n ń ż o ł ą d k a na noc z początku przez kilka dni ciepłymi rozczynami (40° C.) Jednoprocen-

towymi sody lub boraksu, później rozczynek fizyologicznym. Po płukaniu wieczornem chory nie przyjmuje pokarmów aż do śniadania. Płukania ranne odnoszą mniejszy skutek. Że wobec płukań należy stosować odpowiednią dyetę i leczenie symptomatyczne, jest rzeczą samo przez się zrozumiałą. To przychodzi tem łatwiej, że płukania dają dyrektywę do użycia odpowiednich leków i pokarmów. Nie da się zaprzeczyć, że płukania żołądka przynoszą chorým przez pierwsze kilka dni znakomitą ulgę. Później jednak chorzy albo czują się osłabieni, albo przypadłości podmiotowe, wprawdzie znacznie zmniejszone, trwają w równej mierze. Wtedy należy jeszcze próbować rano naczeczno ciepłego natrysku wewnątrz żołądkowego z *arg. nitricum* (1:1000 aq. d.) w sposób wskazany przez Rosenheima (p. str. 18). Pod wpływem tego natrysku mogą ustąpić przypadłości podmiotowe, a nawet zauważano obniżenie kwasoty treści żołądkowej. — Bardzo często chorzy na powyższe sposoby leczenia nie zgadzają się, domagając się leczenia aptecznego. W takim przypadku najważniejszym momentem leczniczym jest dyjeta (p. Część III) i alkalia (p. str. 79). Ponieważ większa część chorych na niezżyt kwaśny żołądka cierpi na zaparcie, to stosowne są następujące środki alkaliczne: *Magnesiae ammoniophosphoricae*, *magnesiae ustae*  $\bar{a}\bar{a}$  S. Kilka razy dziennie na koniec noża użyć (Boas); lub też *Magnesiae ustae* 0·5, *extr. belladonnae* 0·01 comprimatur; 4—6 pastylek dziennie użyć. W uporeczywych przypadkach okazał mnie się skuteczny następujący przepis: *Magnesiae albae*, *Natrii bicarb.*, *Natrii sulfurici sicci*  $\bar{a}\bar{a}$  10·0, *natrii salicyl.* 5·0. MDS. Po łyżeczce 3 razy dziennie użyć; lub też *Magnesiae ustae*, *natrii bicarb.* *Pulv. rad. Rhei*  $\bar{a}\bar{a}$  10·0, *Natrii salicylici* 5·0. MDS. 3 razy dziennie po  $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki użyć. Nadmierne pragnienie, na które chorzy zwykle się uskarżają, gasimy tylko małemi ilościami wód alkalicznych, szczawniczką (ze źródła Józefiny), bilinską lub też wodą alkaliczną sztuczną fabrykacy Rzący i Chmurskiego w Krakowie. Gdy to nie wystarcza, wprowadzamy jeszcze kilka razy dziennie po pół szklanki letniej wody w postaci lawatywy. Obok tego łagodzi uczucie pragnienia picie czarnej kawy, pastylki miętowe, płukanie ust winem czerwonym. Bóle pojawiające się pomimo powyższego sposobu leczenia należy łagodzić okładami ciepłymi, kompresem wysychającym gorącym pozostawionym przez noc, gorzycznikiem na dołek pod-

sercowy, a w ostateczności użyciem narkotyków jak w sokotoku (p. str. 84). W *gastritis alcoholica* zaleca Zdekauer gorąco stosowanie *aq. chlori*, według przepisu: *Aq. chlori* 8·0, *Decoct. Althaeae* 165·0 MDS. Co 2—3 godziny po łyżce używać. O skutkach tego leku z własnego doświadczenia niczego powiedzieć nie mogę.

Wskazane są tu źródła alkaliczne i alkaliczno-słone, jak: Karlsbad, Szczawnica, Vichy, Vals, Gleichenberg. Bardzo małe korzyści przynosi chorym pobyt w zakładach wodoleczniczych, bądź to z powodu nieodpowiedniej diety, jaka tam często bywa stosowaną, bądź też z przyczyny zbyt energicznych zabiegów wodoleczniczych. Wystrzegać się należy wyczerpującej pracy fizycznej, zbyt-niego ruchu, a to z powodu, że one sprawiają zużycie materji, której przez wprowadzenie większej ilości pokarmów nie można wynagrodzić bez szkody dla żołądka. Natomiast działają korzystnie w niezycie kwaśnym: przebywanie w miejscowościach wysokogórskich lecz suchych i słonecznych, ciepłe kąpiele ogólne, wilgotne ciepłe opaski na brzuch. Bardzo często przypada w tej formie chorobowej leczyć równocześnie istniejącą rozstrzeń żołądka, o czem jeszcze poniżej mowa będzie w osobnym ustępie.

### XVI. Wrzód okrągły żołądka (*Cruveilhier*).

*Ulcus ventriculi simplex, U. rotundum, U. perforans, U. chronicum, U. pepticum.*

1. **Zmiany anatomiczne.** Ubytki nekrotyczne, bez ropienia, bez strupa, najczęściej okrągławe, pojedyncze lub wielorakie, drążące od błony śluzowej lejkwato w głąb, przebijające często głębsze warstwy żołądka i przedziurawiające ściany jego. Leczą w mniejszej tylko połowie przypadków następuje przebicie, raz z powodu zakończenia sprawy chorobowej przez wytworzenie się blizn w miejscu wrzodu, które niejednokrotnie ściągają żołądek i zmieniają jego postać, a powtórę, że w innych przypadkach występuje miejscowe zapalenie na zewnętrznej ścianie żołądka (*perigastritis*) i zlepienie jej *perigastritis plastica* ze sąsiednimi narządami (trzustką, śledzioną, wątrobą, poprzecznicą i t. d.), przeszkadzające dostaniu się treści żołądkowej do jamy otrzewny. Natomiast częściej zdarzają się niebezpieczne przebicia wrzodów

do światła większych naczyń (*Aa. lienalis, coronariae, gastroepiploicae*). Otoczenie wrzodu przedstawia zgrubiałą twardą tkankę łączną, niekiedy tak znacznej grubości, szczególnie na odźwierniku, że przybiera postać guza. Odleglejsze części błony śluzowej znajdują się w stanie nieżyty przewlekłego (przerostowego). Według umiejscowienia przypada wrzód okrągły na tylnej ścianie w 40%, na krzywiznie małej w 25%, w odźwierniku w 15%, a na przedniej ścianie tylko w 5% przypadków wrzodu, z czego wynika, że wrzód okrągły znajduje się przeważnie w częściach żołądka niedostępnych badaniu zewnętrznemu. W rzadkich przypadkach (w 2%) pojawia się wrzód okrągły w dolnej części przełyku jakoteż dwunastnicy.

2. Etyologia. Wrzód żołądka jest chorobą częstą, częstszą niż rak żołądka: napotyka się w 5% zwłok (Brinton), a przeszło u 10% chorych żołądkowych. Zdarza się przeważnie w wieku młodszym i to według podania wielu autorów częściej u kobiet, zwłaszcza dorastających dziewcząt, aniżeli u mężczyzn, czego jednak ja w praktyce lekarskiej nie zauważyłem. Nad wyjaśnieniem powstawania wrzodu okrągłego pracował szereg najdzielniejszych autorów przeszło od 100 lat, modyfikując doświadczenia na zwierzętach w najrozmaitszy sposób. Nie wyswieciły one jednak jeszcze patogenezy tej choroby i nie przyniosły dla praktyki szczególnych korzyści. Badania te i teorie z nich wysnute należą więcej do historii medycyny, aniżeli do wiadomości lekarza praktycznego. Więcej światła na powstawanie wrzodu okrągłego rzuciły badania wykonane na człowieku zapomocą metod nowoczesnych. Z nich okazało się, że najczęstszym objawem wrzodu żołądka jest nieżyt kwaśny (*catarrhus acidus*). Stąd należy wnioskować, że do wytworzenia się wrzodu potrzebne są pewne zmiany anatomiczne (niedokrwistość) błony śluzowej, powstałe prawdopodobnie przez upośledzone krążenie włosowate, jak to utrzymuje Virchow. Te miejsca źle odżywione doznają łatwo nadtrawienia, jeżeli w żołądku odbywa się równocześnie trwałe wydzielanie nadmiernie trawiącego soku żołądkowego. Tak n. p. widzimy, że w okresie, kiedy życie ustaje, a krążenie poczyna się zwalniać, wydzielający się sok żołądkowy sprawia rozmiękczenie obumierającej błony śluzowej, — zjawisko często spostrzegane przy sekeyach dzieci, znane jako *gastromalacia*. Nieżyt kwa-

śny tak często towarzyszy wrzodowi okrągłemu, że według spostrzeżeń E. Korczyńskiego i Jaworskiego z r. 1887, należy się spodziewać przy długim trwaniu pierwszego, wytworzenia wrzodu. Wielu autorów (Velden, Rothschild, Riegel, Vogel) nie badając czczego żołądka w przebiegu wrzodu okrągłego, przeoczyło, że wrzodowi żołądka towarzyszy zwykle trwale nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, a dostrzegali tylko stałe pojawianie się nadmiernej kwasności (2—4 p. m. HCl) na szczycie trawienia (*Hyperaciditas digestiva*). Niektórzy zaś autorowie (Ritter i Hirsch, Gerhardt) napotykali nawet przypadki wrzodu bez nadmiernego wzmoczenia wydzielania. Przypuszczam, że to były przypadki wrzodu okrągłego badane po przeminięciu okresu nadmiernego wydzielania kw. solnego (p. str. 90). Zresztą trudno zaprzeczyć, że i sok żołądkowy prawidłowy może nadtrawić błonę śluzową żołądka, jeżeli ona miejscami stanie się mniej odporną, np. w błednicy, w czasie miesiączkowania, przez zadziaływanie ostrych pokarmów lub leków, np. emetyku, arszeniku, sublimatu, kw. salicyłowego wolnego i t. p. Zaznaczyć jednak należy, że to rzadko kiedy musi mieć miejsce, gdyż np. po takich urazach, jak po oderwaniu sporych strzępów błony śluzowej przy wyciąganiu treści żołądkowej zauważano zupełne odnowienie błony śluzowej bez możliwości wykrycia miejsca zranionego, nikt zaś nie dostrzegał powstawania wrzodu okrągłego z tej przyczyny. Teoria powstawania wrzodu okrągłego przez nadtrawienie ścian narządu przez nadmiernie kwaśny sok żołądkowy tłumaczy pojawianie się choroby w dwunastnicy i w dolnej części przełyku, t. j. wszędzie tam, gdzie tylko dosięga nadmiernie kwaśny sok żołądkowy. Wyjaśnia się także częstość wrzodu na tylnej ścianie i krzywiznie małej. W tych bowiem miejscach podczas snu stałe przebywa żrąca treść żołądkowa. Nie można się zgodzić z Fleinerem, który twierdzi, że nadmierne wydzielanie HCl jest tylko następstwem wrzodu okrągłego. Ma on podniecać przez podrażnienie kończyn nerwowych chorobliwe wydzielanie. Trudno jednak przypuścić, żeby cała powierzchnia żołądka pod wpływem miejscowego owrozdzenia wydzielala nadmiernie HCl i anatomicznie przedstawiała się jako niezbytowo zmienioną.

Równocześnie we wrzodzie żołądka napotykaną niedokrwistość o tyle uważać należy jako będącą w związku z wrzodem, o ile

z nią łączy się nieżyt żołądka i często powtarzające się drobne krwotoki, które jednak uchodzą zwykle tak uwadze chorego jak i lekarza. Jak często same skurcze błony śluzowej wobec nadmiernego kw. żołądkowego bywają według Talmy przyczyną wrzodu okrągłego, trudno oznaczyć. Powstawanie zaś wrzodu z przyczyny zmian w mózgu i mózdzku (Schiff) nie da się wprawdzie wykluczyć, może jednak wobec powyższych wyjaśnień zdarzyć się tylko w nielicznych przypadkach. Podobnie do rzadkości należy zaliczyć powstawanie wrzodu po urazach na okolicę żołądka (Leube, Ritter i Hirsch), jakoteż po użyciu gorących potraw (Decker), lub też na podstawie zatorów przez mikrokoki u osób, u których w odległych narządach odbywa się ropienie (Letulle). Natomiast ważne jest spostrzeżenie Sohlern'a, że wrzód żołądka bardzo rzadko zdarza się przy wyłącznym żywieniu pokarmami roślinnymi, jak n. p. u ludności wiejskiej. Protokoły sekcyjne Zakładu anatomo-patologicznego prof. Browicza w Krakowie wykazują także, że u naszej ludności wiejskiej wrzód żołądka pojawia się bardzo rzadko, a o wiele rzadziej, niż rak tego narządu. Krokiewicz na 2713 sekcji szpitala lwowskiego znalazł tylko 7 razy (0.25% wrzód okrągły, a 59 razy (4.8%) raka żołądka. — Wrzody w żołądku może wywołać także gruźlica; takowe jednak nie mają cech wrzodu okrągłego i towarzyszą gruźlicy innych narządów. Na 789 przypadków sekcyjnych gruźlicy znalazł Krokiewicz tylko 3 przypadki wrzodu gruźliczego żołądka (1 w odźwierniku a 2 na dnie żołądka). Podobnie jak opisywane bywają zaburzenia żołądkowe w drugim okresie kiły, tak też zwrócono w nowszych czasach uwagę na to, że kiła może dać powód do powstania wrzodu okrągłego, a nawet do śmiertelnych krwotoków żołądka, jak to w ostatnim czasie opisali Zawadzki i Luxenburg. Engel przypuszcza nawet, że 10% wrzodu okrągłego mają tło kiłowe.

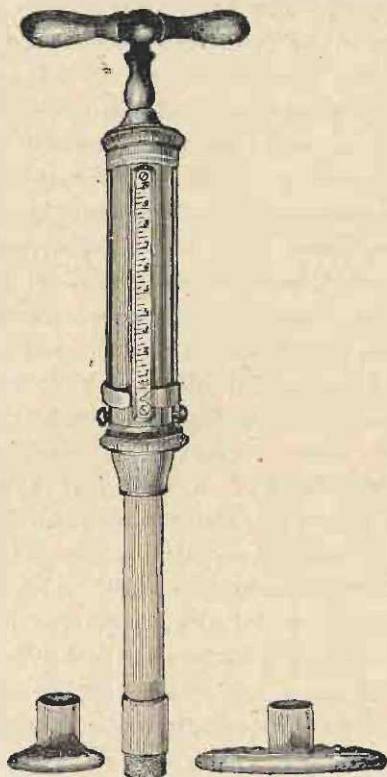
3. Objawy chorobowe są w znacznej części te same, jak i w nieżycie kwaśnym (p. str. 87). Poprzedzają one najczęściej pojawienie się wrzodu i uniemożliwiają odróżnienie nieżytku kwaśnego od wrzodu okrągłego. Zawsze jednak, jeżeli nieżyt kwaśny trwa latami, przypuszczenie wrzodu żołądka jest bardzo prawdopodobne.

Bóle ostre, pojawiające się w nieżycie kwaśnym samodzielnie lub po jedzeniu, we wrzodzie są więcej umiędzko-  
wione z początku w dołku podsercowym, później także w grzbiecie i bywają podawane jako przeszływające. Leube uważa dla nich za charakterystyczne, że stosownie do położenia ciała, to wzmaga się, to zmniejszają, zależnie od tego, czy treść żoład-

kowa pokrywa miejsce wrzodu, przez co takowe bywa zadrażnione lub też nie. Jeżeli bóle rozpromieniają się ku łopatkom między 8 a 12-ym kręgiem piersiowym, wówczas prawdopodobnie leży wrzód na tylnej ścianie żołądka, a w położeniu na wznak sprawia więcej dolegliwości, niż podczas siedzenia; jeżeli ból dotykowy umiejscowiony jest pod łukiem żebrowym lewym, możliwy jest wrzód na przedniej ścianie, wtedy leżenie na brzuchu potęguje dolegliwości. Ból pojawiający się pod wyrostkiem mieczykowatym podczas połykania pokarmów twardych, lub cieczy zbyt zimnych lub mocno ogrzanych, może wskazywać na wrzód we wpuście, a wtedy należy być ostrożnym ze zondowaniem, lub takowe nawet zaniechać. Bóle ostre pojawiające się dopiero w kilka godzin po jedzeniu zdarzają się najczęściej we wrzodzie odźwiernika. Bóle w przebiegu wrzodu okrągłego mogą się rozpromieniać na pewne pnie nerwowe, tak, że trudno przychodzi odróżnić je od samoistnych nerwobólów. Najczęściej zauważano rozpromienianie się bólów na nerwy międzyżebrowe i sploty pachowe lewe. Traube opisał nawet pojawianie się duszniczy bolesnej wśród przebiegu wrzodu okrągłego. Lecz we większości przypadków przemawia obecność duszniczy bolesnej więcej za nerwobólem żołądka, aniżeli za wrzodem. Cechującym we wielu przypadkach dla wrzodu okrągłego, jest istnienie miejscowych bólów dotykowych. Już samo zaciskanie paska lub gorsetu sprawia bóle, chorzy chodzą nieobcisnięci w pasie, gdyż ucisk tak na żołądek próżny, jak i wypełniony, jest bolesny. Przy dotyku palcem znajduje się w jednych przypadkach ograniczona bolesność najczęściej w dołku podsercowym, w innych zaś na dwa palce ponad pępkiem, co odpowiada umiejscowieniu wrzodu w części odźwiernikowej. Równocześnie mogą istnieć oddalone dotykowe punkta bolesne, jakoto na nerwach międzyżebrowych lewych, na wyrostkach bocznych lewych kręgów piersiowych i pierwszych lędźwiowych. Te odległe punkty bolesne zdarzają się częściej jeszcze w chorobie Glénarda (p. dotyczący ustęp) i przez to utrudniają rozpoznawanie wrzodu okrągłego zwłaszcza u kobiet.

Mniejszy lub większy stopień bolesności dotykowej w przebiegu wrzodu jest okolicznością dla lekarza ważną. Przy znacznym bólu dotykowym należy przypuszczać, że albo wrzód leży powierzchownie, lub też jest w pełni rozwoju. Ocenienie natężenia ucisku palcem, potrzebnego do wywołania bólu, jest nie-

tylko trudnem, ale i nie daje się dla porównania liczbami wyrazić. Bardzo racjonalny sposób mierzenia bólu podał Boas zapomoćą przyrządu zwanego przez niego algezometrem (p. rycina 13).



Rycina 13.

Składa on się ze sztyfcika z nasadką, która się przykładą do miejsca mającego być badaniem, i wykonywa się ucisk na rączkę. Wskutek ucisku sprężyna znajdująca się wewnątrz przyrządu zgniata i skraca się, tak, że wywarty ucisk może być odczytany na podziałce w kilogramach. Boas twierdzi, że we wrzodzie przedniej ściany żołądka znosi chory co najwięcej 4 kg., a na tylnej 5—6 kg. ucisku. Jeżeli ucisk potrzebny do wywołania bólu wynosi więcej niż 6 kg., to niema wrzodu pod miejscem uciśnięciem. Wyniki, jakie Boas ze swym przyrządem podaje,

mogłem stwierdzić. Nadto przekonałem się w kilku przypadkach, że z tygodnia na tydzień w miarę postępu gojenia się wrzodu ucisk potrzebny do wywołania bólów wzrastał. W podobny sposób można zapomocą tego przyrządu kontrolować zmniejszanie się bólów w przebiegu kamicy żółciowej i zapalenia jelita ślepego. Następnie zrobiłem to ciekawe spostrzeżenie, że są przypadki, w których tylko ucisk palcami sprawia wyraźną bolesność, algęzometrem zaś nie. Były to przypadki nerwobólów w trzewiach brzusznych, tak, że we wątpliwych przypadkach uczucie bolesności pod uciskiem palcami, a brak jej przy pomocy algęzometru rozstrzygało na korzyść nerwobólu. Zmiany bowiem anatomiczne zawsze oddziałują bólem przy ucisku algęzometrem. Przyrząd ten stosowny jest także do wykrycia symulacji bólów. W braku zmian patologicznych chory nie łatwo się spostrzeże, kiedy ma przy zmianie ucisku powiedzieć, że go boli więcej, a kiedy mniej.

Ł a k n i e n i e jest zwykle dobrze utrzymane, a nawet niekiedy wzmózone, lecz użycie twardych potraw potęguje bóle i z tego powodu u chorych, pomimo wzmózonego łaknienia i pragnienia, istnieje obawa przed jedzeniem; bywają jednak wyjątki, że chory pomimo bólów nie są w stanie powstrzymać się od użycia znacznych ilości pokarmów, chociaż wiedzą dobrze, że one im bóle sprawiają. Bywają znów przypadki wrzodu przebiegające z nadmierną kwaśnością w żołądku, u których użycie pokarmów szczególnie ciekłych łagodzi na pewien czas bóle.

W y m i o t y w przebiegu wrzodu częściej się pojawiają, niż w samym niezycie kwaśnym, gdyż w  $\frac{4}{5}$  przypadków (Brinton), a to prawdopodobnie wskutek szerzenia się wrzodu i podrażnienia zakończeń nerwowych. Wymioty i bóle pojawiające się zaraz po jedzeniu zdarzają się we wrzodach u wpustu, po kilku (3—4) godzinach we wrzodzie w dwunastnicy. Po wyrzuceniu treści żołądkowej bóle znacznie się zmniejszają lub całkiem ustępują. Wymioty krwawe zdarzają się w  $\frac{1}{3}$  przypadków wrzodu, przebicia zaś wrzodu do jamy otrzewnej w 13% (Gerhardt, p. niżej).

T r e ś ć ż o ł ą d k o w a, którą we wrzodzie okrągłym należy wydobywać z wielką ostrożnością, daje podczas tworzenia się wrzodu wyniki charakterystyczne i rzuca światło na warunki powstawania tegoż. Kilkakrotne spostrzeżenia E. Korczyńskiego i Jaworskiego z r. 1886 (p. Literatura) pouczyły, że przed poja-

wieniem objawów wrzodu, kwasota treści żołądka czego jest najniższą. Z dnia na dzień w miarę występowania objawów wrzodu (bólów, wymiotów), t. j. szerzenia się wrzodu, stopień kwasoty szybko się podnosi, a najwyższy jest w wymiocinach krwawych, pomimo tego, że krew znaczną część kw. solnego zobojętnia i zużywa do trawienia. Leczyłem młodego Izraelitę, chorego od 2 lat na przypadłości żołądkowe rzekomo nerwowe, u którego badanie wewnętrzne treści żołądkowej wykazywało stopień kwasoty  $150=5.4$  p. m. HCl. Wskazywało to na istnienie lub możliwość rychłego wytworzenia się wrzodu. Po 2 tygodniach pojawił się też bardzo obfity krwotok żołądkowy. Chory pomimo groźnego stanu wyzdrowiał. — Jeżeli chory nie ulegnie wymiotom krwawym, to w miarę ustępowania objawów wrzodu, stopień kwasoty treści żołądkowej opada do stanu pierwotnego, a nawet może być prawidłowy; stąd pochodzi sprzeczność, że niektórzy autorowie badając chorych w tym okresie choroby znaleźli w przypadkach wrzodu także i niskie stopnie kwasoty. Ponieważ na miejscach blizn po wrzodzie okrągłym może się wytworzyć utkanie rakowe (Hauser), to może nawet przydarzyć się, że u chorych u których dawniej stwierdzono wrzód żołądka, później w czasie rozwoju utajonego nowotworu, okazuje się w treści żołądkowej zmniejszona ilość HCl, lub zupełny brak oddziaływania na kwas solny.

Wrzód żołądka trwa całemi latami, nawet lat trzydzięści; lecz wśród tego istnieją najczęściej zupełnie od podmiotowych przypadłości wolne przerwy, podczas gdy w innych przypadkach szybciej przebiegających tego rodzaju przerw niema, tylko objawy gastryczne ciągle trwają, a od czasu do czasu występuje większe nasilenie tychże. Pochodzi to stąd, że tworzą się na innych miejscach błony śluzowej nowe wrzody. W tego rodzaju przypadkach chorzy są niedokrwieści i w odżywieniu podupadli. Istnieją jeszcze nierzadko przypadki, w których bez poprzedzenia objawów podmiotowych, pojawiają się nagle przedmiotowe objawy wrzodu utajonego, jakoto: wymioty krwawe, bóle gwałtowne, wskutek przebicia ścian żołądka i rychłe zejście śmiertelne. Nie tak rzadko napotyka się przypadkowo dopiero przy sekcyi rozległe blizny po wrzodzie żołądka, który za życia żadnych objawów nie przedstawiał.

Następstwa wrzodu okrągłego bywają albo nagłe (krwotoki, przebiecia), albo przewlekłe. O pierwszych z natury swej bardzo niebezpiecznych, będzie jeszcze mowa szczegółowo poniżej. Drugie zaś zdarzają się o wiele częściej niż pierwsze i mogą objawić się: zaciągnięciami bliznowatemi, które niekiedy wytwarzają przesnurowanie żołądka (postać kłepsydrowatą lub uchylki), — przyczepieniem ścian do sąsiednich narządów, przez co żołądek przyjmuje nieprawidłowe położenie i tworzy zaułki, z których nie można wydostać treści zapomocą sondy. Niekiedy pozostają dolegliwości podmiotowe jako bardzo dotkliwe następstwa wrzodu okrągłego, zwłaszcza w tych przypadkach, jeżeli wrzód draży aż do błony surowiczej. Tu wytwarza on zmianę zapalną przewlekłą w otrzewnej w postaci *perigastritis*, wskutek czego pojawiają się przez czas dłuższy wymioty, bóle przeszywające a nawet podwyższenie ciepłoty. Jeżeli miejsca zapalne przytykają do otaczających narządów (trzustki, przepony, wątroby i t. d.), to nastąpić może zlepienie ścian żołądka z tymi narządami, przez co żołądek bywa unieruchomiony. Między żołądkiem a poszczególnymi narządami mogą wytworzyć się jamy otorbione, do których po przebieciu ścian żołądka przez wrzód może dostać się treść żołądkowa, wywołując ograniczone zapalenie otrzewny. Zmiany powyższe nie dające się rozpoznać za życia, sprawiają nieuleczne dolegliwości, i uchodzą najczęściej pod niewłaściwym oznaczeniem cierpienia jako gastralgia. Najłatwiej rozpoznać zaciągnięcia bliznowate części odźwiernikowej żołądka, gdyż prowadzą one do zmniejszenia światła odźwiernika i do następowej rozstrzeni całego narządu<sup>24</sup>). W tych przypadkach może odźwiernik przedstawiać się jako guz opadnięty w okolicy pępka, a nawet niekiedy bolesny. Może on pochodzić albo od przerostu warstw i tkanki bliznowatej, albo od złogów pozapalnych otorbionych naokoło odźwiernika (*peripyloritis chronica*). W innych znów przypadkach może przeciwnie nastąpić ubytek w ścianach odźwiernika, tak że on nie domyka i staje się drożnym dla gazów, czyli pojawia się anatomiczna niedomykalność odźwiernika (*insufficiencia pylori*<sup>25</sup>). Niekorzystnem następstwem wrzodu bywa wreszcie upadek odżywienia, jak to się zdarza tam, gdzie objawy wrzodu (ból, krwotok) powtarzają się w krótkich odstępach czasu, a nie-

żyt kwaśny trwale się utrzymuje, odżywienia zaś przez forsowne żywienie podnieść nie można ze względu na chorobę.

Nagle zejście śmiertelne wskutek wrzodu następuje albo wskutek obfitego krwotoku, o czym w osobnym ustępie jeszcze mowa będzie, albo wskutek przebicia ściany żołądka. Przebicie zdarza się najczęściej na przedniej ścianie żołądka, tak że na 100 przypadków wrzodu okrągłego przedniej ściany przebija 85 i to w części wpustowej żołądka. Przebicciem zagrożone są przeważnie kobiety, gdyż na 100 przypadków przebicia wrzodu przypada 82 kobiet (zwłaszcza w czasie miesiączkowania), a tylko 18 mężczyzn. Przyczyną przebicia bywa często małożnacząca, kichnięcie, kaszel, ruch szybki; najprawdopodobniejszą jednak przyczyną bezpośrednią stanowi przejedzenie się lub zaciśnięcie gorsetem. Przebicie wrzodu okrągłego nie zdarza się zbyt często, gdyż jak już wyżej nadmieniono, wrzód okrągły usadawia się w 5% przypadków na przedniej ścianie żołądka. Chory czasem dotąd zupełnie zdrowy, doznaje nagle po przejedzeniu się, wymiotach, kaszlu, urazie i t. p. ogromnego bólu w głębi, poczem wytwarza się zapad, kontury twarzy ostro się zarysowują, oczy zapadają, nos wydłuża (*facies hippocratica*), ciepłota prawidłowa lub tylko do 38° dochodząca, tętno zaś przyspieszone do 128 uderzeń, brzuch wzdęty, przy najmniejszym dotyku bolesny. Ból wewnętrzny potęguje się za wprowadzeniem najmniejszej ilości pokarmu lub napoju; zwłaszcza wprowadzenie napoju wyskokowego, który się tak często chorym podaje dla usunięcia zapadu, podnieca bóle, co może zwrócić uwagę na przyczynę stanu chorobowego. Wypuk na jamie brzusznej wszędzie jednostajnie bębnowy, stłumienie znika nad wątrobą i śledzioną, płuca są ku górze wyparte, przez co powstaje duszność. Jeżeli żołądek nie był próżny, to treść przechodzi do jamy otrzewny i w kilkunastu godzinach wywołuje wypocinowe zapalenie otrzewny (*peritonitis exsudativa*), a w następstwie niechybną śmierć przy trwale utrzymanej świadomości. Tylko wyjątkowo, jeżeli żołądek w czasie przebicia był próżny, może jeszcze nastąpić wyzdrowienie przez zlepne lub ograniczone zapalenie otrzewny.

Do rzadkich następstw przebicia wrzodu okrągłego, należą przebicia do innych narządów, jak do jelita poprzecznego. Tworzy się wtedy przetoka (*fistula gastrocolica*); sprawia ona biegunkę

pojawiającą się wkrótce po jedzeniu, przyczem stolce są zupełnie nieprzetrawione (linteria), a wychudnienie rychło występuje.

Zdarzają się jeszcze przebiecia wrzodu okrągłego z przebiegiem przewlekłym przeważnie w górnych częściach żołądka, przykrytych przeponą. Wtedy między przeponą a wątroba lub śledzioną nagromadza się wypocina ropna, niekiedy w ogromnej ilości, która znana jest pod nazwą ropnia podprzeponowego (*abscessus subphrenicus, pyothorax subphrenicus*). Rozpoznanie tego stanu natrafia na bardzo poważne trudności, gdyż raczej należy myśleć o wypocinie opłucnowej lub o chorobach (powiększeniu, ropniu) wątroby lub śledziony, aniżeli o ropniu podprzeponowym. W przypadkach podejrzanych należy z wywiadów starać się wybadać, czy chorey przebywał wrzód okrągły. Co się dotyczy szczegółowego różniczkowego rozpoznania, to przytaczam je według treściwego przedstawienia W. Biegańskiego. Najważniejszym jest tu odróżnienie tej sprawy od zapalenia wypocinowego opłucny.

1) Za ropniem podprzeponowym przemawia właściwy przebieg górnej linii stłumienia na klatce piersiowej. Przy zapaleniu opłucny najwyższy punkt tej linii przypada od tyłu około kręgosłupa, najniższy zaś z przodu, tymczasem przy ropniu podprzeponowym bywa odwrotnie: z przodu stłumienie dochodzi do 3-go żebra, a z tyłu nie dosięga dolnego kąta łopatki. Jeżeli przy ropniu podprzeponowym stłumienie jest znaczniejsze i dochodzi do grzebienia łopatki, to ta okoliczność dowodzi, że obok ropnia podprzeponowego istnieje jeszcze wypocina w jamie opłucny. — 2) Wysokie położenie przepony przy podprzeponowym ropniu przemieszcza serce zwykle ku górze, tymczasem wypociny opłucny przemieszczają serce na bok ku stronie zdrowej. — 3) Przy ropniu podprzeponowym w okolicy podżebrowej wyczuwamy nieraz wyraźne chęłbotanie, czego zwykle nie spotykamy przy zapaleniu opłucny. — Nakoniec po 4) mocne obniżenie wątroby lub śledziony, dochodzące niekiedy do linii pępkowej, przemawia za ropniem a przeciw zapaleniu opłucny. Przy tem ostatniem bowiem nigdy wątroba ani śledziona nie bywają tak znacznie usunięte ku dołowi. Pfabl podaje jeszcze jeden objaw różniczkowy ropnia podprzeponowego od otoku ropnego opłucny, mianowicie przez mierzenie manometryczne ciśnienia wypociny. Przy wdechu bowiem ciśnienie w ropniu podprzeponowym powiększa się, przy wypocinie opłucny zmniejsza się, a w drugim powiększa. Chełchowski podczas próbnego przekłucia, wkłuwając igłą strzykawki Pravaza w ostatnie odstępki międzyżebrowe zauważył, że strzykawka odbywa wyraźne ruchy przy wdechu ku górze, przy wydechu ku dołowi, stosownie do ruchów przepony, przez którą igła strzykawki przejść musiała, aby się dostać do ropnia. Podo-

bnego zjawiska nie spotykamy przy zapaleniu opłucny. Senator zwraca również uwagę, że przy ropieniu zachodzącym pod przeponą zawsze odpowiednia strona podżebrza lub boku bywa wyraźnie obrzmiała. Fałd skóry, z tej strony ujęty, bywa zawsze grubszy, aniżeli na stronie przeciwnej. Objaw ten słuszny zresztą, nie może służyć dla różniczkowania ropni podprzeponowych od otoku opłucnej (*empyema*), gdyż i przy tym ostatnim spotykamy podobny obrzęk tkanki podskórnej po stronie zajętej.

Jeżeli ropień podprzeponowy zawierać będzie i gazy, co dość często się zdarza (Leyden), to spotykamy objawy wysięku wraz z objawami odmy, umiejscowione w dolnych odcinkach klatki piersiowej. Tego ostatniego rodzaju ropnie powstają najczęściej wskutek przedziurawienia wrzodu okrągłego żołądka lub dwunastnicy; dokładnie więc zebrana anamneza niekiedy w tych razach rzecz całą rozjaśnia. Obecnie jesteśmy w stanie wykazać obecność gazu we worku opłucnowym lub pod przeponą zapomocą X-prześwietlenia, jak to w jednym przypadku odmy opłucnowej w Tow. Lek. w d. 16 czerwca 1897 mogłem przedstawić. Zresztą na podstawie mojego doświadczenia nad X-prześwietleniem mogę na pewno twierdzić, że wypocinę opłucnową można odróżnić od ropnia podprzeponowego. Na tem ostatnim będzie widzialna kopolowato wysadzona przepona poruszając się, podczas gdy przy wypocinie opłucnowej tego zjawiska nie będzie. — Trudniejszym jeszcze jest odróżnienie otorbionego wysięku podprzeponowego od właściwych chorób wątroby lub śledziony, mianowicie: od ropni w tych narządach. Brak jednak innych objawów, żółtaczkę, wyraźnego chełbotania na powierzchni wątroby lub śledziony, oraz dane wywiadowe o przebytem ostrem zapalnym podrażnieniu otrzewny (wymioty, gorączka, bóle), przemawiają za wypociną w otrzewny. Najpewniejszym jednak objawem będzie zachowanie się ropy, wydobytej przy próbnem przekłóciu. Ropa w jamie ropnej wątroby zawsze zawierać będzie w większym lub mniejszym stopniu przymieszkę żółci. Tymczasem przy ropniu podprzeponowym takiej przymieszki nigdy nie znajdujemy.

4. Rozpoznanie wrzodu żołądka opiera się na zbiorze pewnych objawów: a) Jeżeli istnieją bóle umiejscowione posiadające wyżej opisaną cechę, przyczem pragnienie i łaknienie bywa najczęściej wzmożone. b) Jeżeli przez badanie wewnętrzne żołądka wykazemy nadmierną kwasność treści, lub obecność nieżyty kwasnego, który to nieżyt albo trwa dłuższy czas, według Gerhardt'a przeszło trzy lata, albo jeżeli da się wykazać nagłe wzmaganie stopnia kwasoty treści żołądkowej. Brak zaś kw. solnego w treści żołądkowej przemawia według dotych-

czasowych spostrzeżeń przeciw wrzodowi. *c)* Jeżeli u osób młodych pojawiają się obfite wymioty krwawe (fusowate), lub stolce smołowo ubarwione wśród objawów, o czem jeszcze w osobnym ustępie będzie mowa. Objaw ten już sam przez się może wystarczyć do rozpoznania wrzodu okrągłego. *d)* Jeżeli pojawiają się następstwa wrzodu, jakoto: rozstrzeń trwała, przyczem może nawet istnieć guz wyczuwalny, który odnieść można do odźwiernika, a trwa już przynajmniej trzy lata.

Przy rozpoznaniu różniczkowem wrzodu okrągłego może się rozchodzić o odróżnienie go od raka, nerwobólu żołądkowego lub międzyżebrowego, od wrzodu dwunastnicy, od kamicy żółciowej lub trzustkowej. Rozpoznanie różniczkowe między wrzodem okrągłym z jednej strony, a rakiem, nerwobólem żołądka, jakoteż nerwobólem międzyżebrowym z drugiej strony, będzie podane w następnych ustępach i w rozdz. drugim o nerwobólu żołądka. Należy jeszcze odróżnić wrzód żołądka od wrzodu dwunastnicy (*ulcus pepticum duodeni*). Na 7 przypadków sekcyjnych wrzodu okrągłego znalazł Krokiewicz jeden przypadek z uszkodzeniem w dwunastnicy. Jako objawy cechujące ten ostatni, bywają podawane: *a)* Wystąpienie objawów wrzodu po oparzeniach skóry. *b)* Pojawianie się bólów ostrych w 4—7 godzin po jedzeniu. *c)* Brak wymiocin krwawych a występowanie czarnych stolców. Zwykle jednak chorzy na stolce nie zwracają uwagi, natomiast można od nich dowiedzieć się, że tuż przed lub po stolcu doznawali nagłego osłabienia lub omdlenia. *d)* Wytworzenie się rozstrzeni żołądka, przyczem pojawiają się stale wymioty żółciowe; również i przy wyciąganiu treści żołądkowej, otrzymuje się stale płyn żółciowy (Cahn). — Nie należy jeszcze pomieniać wrzodu okrągłego z kamicy żółciową (napadami kolki żółciowej); co się nadzwyczaj często lekarzowi zdarza. Chorzy bowiem w napadach kamicy żółciowej umiejscawiają bóle w dołku podsercowym „w żołądku“, gdzie wątroba pokrywa żołądek. Pomyłkę zazwyczaj wyjaśnia dopiero pojawiająca się żółtaczka. Wprawdzie obydwie stany chorobowe mają pewne objawy wspólne: ostre bóle, tak dotykowe jak samowolne, napadowe, najczęściej rozpoczynające się od dołka podsercowego, wymioty, obawę przed jedzeniem; należy jednak uwzględnić następujące szczegóły: *a)* W kolce żółciowej pojawiają się często dreszcze i poty, jakoteż *b)* podwyższe-

nie ciepłoty; — *c*) bóle przy ucisku na brzeg wątroby, zwłaszcza w okolicy woreczka żółciowego; możność wyczuwania woreczka żółciowego rozstrzyga zawsze na korzyść kamicy żółciowej; również istnieją punkty bolesne na grzbiecie, mianowicie obok 12-go kręgu piersiowego; — *d*) Bóle napadowe w kamicy żółciowej pojawiają się i w żołądku czczym, n. p. rano naczczo, podczas gdy bóle we wrzodzie okrągłym w żołądku próżnym są najmniej dokuczliwe, lub ich wcale niema. — *e*) Wymioty we wrzodzie żołądka usmierzają bóle, podczas gdy w kamicy żółciowej bóle po wymiotach się zwykle jeszcze potęgują, a wymiociny są czysto żółciowe gorzkie. — *f*) Mocz zwykle bywa ciemny, zawiera często barwinki żółciowe; *g*) a w żołądku brak nieżyty kwaśnego. W jednym przypadku, leczonym całemi latami przez kolegów i przezemnia bez skutku z powodu wrzokowego cierpienia żołądka, udało mi się wykazać przez zondowanie nietylko prawidłowy stan żołądka, ale równocześnie wyciągnąłem z żołądka czczego drobne kamyki żółciowe (p. Zarys chorób żołądka). Grundzachs opisał później również przypadek, w którym podczas przepłukiwania żołądka wydobyl z niego 4 kamyki żółciowe. Dlatego we wątpliwych przypadkach kolki żółciowej należałoby nietylko przedsiębrać zondowanie w celach rozpoznawczych, ale i z tego powodu aby przez wywołanie odruchów ułatwić przejście kamyków. Obecnie będziemy mogli to łatwiej skutecznie przez wprowadzenie sondy Kuhna do dwunastnicy <sup>26)</sup>. Co się dotyczy rozpoznania różniczkowego wrzodu żołądka od rzadkich przypadków kolki wątrobowej, to będzie mowa w rozdziale drugim o nerwobólu żołądka. — Należy ostatecznie pamiętać o możebności zamiany wrzodu okrągłego z kamicą trzustkową (*sialolithiasis*). Przypadków tej ostatniej choroby opisano dotąd tylko dwa; to też wobec rzadkości i trudności rozpoznawanie kamicy trzustkowej schodzi odróżnianie jej od wrzodu okrągłego na ostatni plan. Pomieszania rozpoznania wrzodu okrągłego z nerwobólem jelitowym (*enteralgia*) lub crises gastriques przy uwzględnieniu przebiegu napadu łatwo się można ustrzedz.

W przypadkach wątpliwych wrzodu żołądkowego poleca Leube swój sposób dyetetycznego leczenia, który jeżeli nie odnosi żadnego skutku w przeciągu 4 tygodni, to chorobę nie należy uważać za wrzód okrągły. Ten nieszkodliwy, lecz dla chorego uciążliwy sposób rozpoznawczy nie pozwala jednak odróżnić wrzo-

du od nieżyty kwaśnego, który również pod wpływem powyższego postępowania poprawić się musi.

5. **Rokowanie** we wrzodzie żołądka jest ze względu na następstwa (krwotok, przebiecie, zwężenie odźwiernika), tak co do życia, jakoteż samego narządu niepewne:  $\frac{1}{10}$  przypadków rozpoznanych jako wrzód żołądka umiera wskutek tej choroby (Rosenheim); — cyfra prawdopodobnie za niska. Rokowanie będzie niekorzystne tam, gdzie pomimo ustąpienia objawów wrzodu trwa nieżyt kwaśny: należy bowiem obawiać się odnowienia lub wytworzenia nowego wrzodu. Pomyślniejszem zaś bywa rokowanie, jeżeli w przebiegu wrzodu kwasota i inne objawy nieżyty kwaśnego znikają, a nawet wystąpienie nieżyty śluzowego można uważać jako wynik względnie pomyślny, gdyż zabezpiecza on przed wytworzeniem nowego wrzodu. Nadmienić jednak wypada, że znane są przypadki, w których po szeregu lat na podstawie bliźny po wrzodzie żołądka wytworzył się rak żołądka (p. ustęp o raku żołądka). — Złe odżywienie w przebiegu wrzodu niekorzystnie wpływa na rokowanie, nie daje bowiem rękojmi rychłego zablźnienia.

6. **Leczenie** wrzodu zmierza przede wszystkim ku temu, aby usunąć wszelkie szkodliwości, jakie zablźnieniu przeskadzają. To też zapobiegamy wszelkiemu rozciąganiu żołądka; chodzi o to, aby raz brzegów wrzodu od siebie nie oddalać, lecz owszem przez skurczenie żołądka przybliżyć, a powtóre aby przez ucisk na naczynia odżywienia wrzodu nie upośledzać, dlatego staramy się utrzymać go o ile możności próżnym. Aczkolwiek przy prawidłowych warunkach nawet kilkucentymetrowe ubytki błony śluzowej żołądka w krótkim czasie bez śladu się goją (Leube, Körte), to zablźnieniu wrzodu okrągłego stoi na przeszkodzie czynność mechaniczna i chemiczna żołądka, obecność nieżyty kwaśnego i rozwijająca się niedokrwistość, która opóźnia zablźnienie (Quinke, Daettwyler). Czynność żołądka częściowo tylko obniżyć możemy przez zastosowanie ścisłej diety i doboru odpowiednich pokarmów. — Ze względu na możliwość przedziurawienia lub krwotoku wobec wrzodu okrągłego, należy przestrzegać chorych przed wypełnianiem żołądka gazem (wodą sodową, winem szampańskim), przed przejedzeniem się, dźwiganiem ciężarów, opieraniem się o brzuch, przesnurowaniem żołądka pasem lub gorsetem, naduży-

waniem środków podniecających (korzeni, napojów wysokokowych). Szczególniej kobiety cierpiące na wrzód żołądka są narażone w czasie miesiączkowania na pojawienie się krwotoku żołądkowego, stąd powinny one w tym czasie zachować szczególne ostrożności.

a) Żywienie dyetetyczne we wrzodzie żołądka jest nietylko najważniejszym czynnikiem leczniczym, lecz często wystarcza samo do wyleczenia. O bliższych szczegółach w tym kierunku będzie jednak mowa dopiero w Części III. Równocześnie z odpowiednią dyetą stosuje się jeszcze inne zabiegi lecznicze. Leube polecił bezwzględny spokój, co się da skutecznie trzymając chorego przez kilka (2—4) tygodni w łóżku. Leżenie w łóżku ma nietylko na celu zmniejszenie ruchów żołądka, ale także zapobieganie zbyt niemu opadaniu ciężaru ciała wobec ścisłej dyety. W praktyce prywatnej jednak nie każdy chory, — chyba gdy już raz został przerażony krwotokiem żołądkowym — da się nakłonić do tak długiego leżenia w łóżku. Zazwyczaj chory dłużej rano pozostaje w łóżku, przez dzień chodzi, a wieczorem wcześniej udaje się na spoczynek. Obok ścisłego żywienia poleca Leube od pierwszej chwili leczenia rano naczczo podawać sól k a r l s b a d z k ą, rozpuszczając 1—3 łyżeczki tejże na pół litra wody letniej i zużywając takową w 3 dawkach w przeciągu godziny. Użycie tej soli ma na celu nietylko korzystne działanie na nadmiernie wydzielającą błonę śluzową żołądka, ale także i na przyspieszenie wypróżnień, które zwykle w przypadkach wrzodu bywają zatrzymane. Jeżeli nie zależy na działaniu na jelita, to takie same usługi oddaje wypicie pół litra wystającej letniej wody alkalicznej (Szczawnickiej ze źródła Magdaleny, Vals Madeleine, Vichy L'Hopital, Emser Krähnen, Rohitsch \*). Dla przyspieszenia obiegu krwi w żołądku celem zabliznienia wrzodu, poleca Leube ciepłe okłady (kataplazmy z mąki lnianej lub kaszy) na okolicę żołądka, który to zabieg uśmierza także i bóle występujące napadowo podczas tworzenia się wrzodu. Fleischer twierdzi,

\*) W praktyce ubogich można bardzo dobrze zastępować rodzime wody przez sztuczne sole naśladowujące te wody, z fabryki chemicznej „Dr. Ernst Sandow, Hamburg“. Dodaje się odmierzoną ilość tej soli n. p. emskiej na szklankę zwykłej wody i poleca wypić jak rodzimą. Szklanka takiej sztucznej wody mineralnej nie kosztuje nawet jednego centa.

że okłady ciepłe przyspieszają także wydalanie ze żołądka. Okłady robi się przez dzień. Na noc owijają się brzuch chorego suchą opaską flanelową. Jeżeli jest podejrzenie na krwotok żołądkowy, zwłaszcza w czasie miesiączkowania, należy okłady odstawić, a położyć worek lodowy. W przypadkach, gdzie się pojawia rwanie na wymioty, należy podać do połknięcia lodu w kawałkach. Jeżeli po 4 tygodniach tego ze wszelkich miar racjonalnego postępowania, przypadłości żołądkowe nie ustępują, istnienie wrzodu okrągłego według twierdzenia Leubego, jest nieprawdopodobne.

Z u p e ł n e w y k ł u c z e n i e przyjmowania pokarmów polecił w swoim czasie Boas, w którym to kierunku znalazł naśladowców zachwalających ten sposób postępowania. Każe on choremu również leżeć w łóżku, zabrania przez 8—10 dni przyjmowania jakiegokolwiek pokarmu, a tylko według potrzeby wodę czystą lub aromatyczną, względnie potrzebne leki. Natomiast trzy razy dziennie ławatywy odżywcze ( $\frac{1}{2}$  litra mleka, 2 żółtka i na koniec noża soli kuchennej). Potem dopiero pozwala się stopniowo na przyjmowanie pokarmów, rozpoczynając od diety ścisłej. Przy tem leczeniu traci chory kilka funtów na ciężarze, które według doświadczeń Boasa potem łatwo wynagradza. Ponieważ chorzy na wrzód żołądka są przeważnie wychudli, to też mało znajdzie się między nimi takich, u których leczenie głodowe da się przeprowadzić.

b) D y e t a m l e c z n a należy do najdawniejszych sposobów leczenia wrzodu okrągłego i będzie szczegółowo opisana w Części trzeciej.

c) L e c z e n i e k a r l s b a d z k i e zajmuje jeszcze zawsze w terapii wrzodu okrągłego pierwszorzędne miejsce. Stosuje się w lekkich przypadkach lub w okresie ozdrowienia i odbywa się ambulatoryjnie. Polega ono na picciu wody karlsbadzkiej ciepłej (2—4 szklanki rano naczczo), kąpielach ciepłych i na tak zwanej dyecie karlsbadzkiej. Z moich klinicznych doświadczeń z r. 1884 i 1885 nad działaniem wody i soli karlsbadzkiej okazało się, że one w małych ilościach (200 cm<sup>3</sup> wzgl. 2 gm. soli) użyte podniecają, zaś we większych (500—1000 cm<sup>3</sup> wzgl. 10 gm.) obniżają znacznie wydzielanie soku żołądkowego, a używane przez długi czas i przy ciepłocie wysokiej, mogą nawet wywołać niedomogę wydzielniczą. Podniecenie wydzielania HCl przez małe dawki wody

karlsbadzkiej, jakoteż małe dawki dwuwęglanu sodowego potwierdza obecnie i du Mesnil. Obok wody poleca się przestrzeganie diety karlsbadzkiej, co uważam za ważniejsze, niż picie wody karlsbadzkiej. Dyeta karlsbadzka znajduje się opisana w Części III.

Według przyjętego zwyczaju trwa leczenie karlsbadzkie przez 4—6 tygodni, poczem posyła się jeszcze chorego, który zwykle utracił kilka funtów z ciężaru ciała, na następowe leczenie w góry, do zakładów hydryatycznych, lub do kąpiel żelazistych, albo przynajmniej poleca się mu, aby w domu przestrzegał tego samego trybu żywienia co i w Karlsbadzie przynajmniej jeszcze przez 4 tygodnie.

Picie wody karlsbadzkiej w domu, o ile mogłem zauważyć, nie wywiera tak dodatniego skutku jak na miejscu. Ogrzewa się wodę (zwykle Mühlbrunn) do 50—60° C., a przed wypiciem dodaje  $\frac{1}{4}$  gazowej wody alkalicznej (Selterską, Bilińską, Vichy), a to w celu, aby podczas ogrzania rozłożony węglan sodowy kwaśny i wydany kw. węglowy znów wprowadzić do wody. U mniej zamożnych chorych można zastąpić wodę karlsbadzką oryginalną solą karlsbadzką (*Sal Thermarum Carolinarum pulveriforme*), lub jeszcze taniej solą karlsbadzką sztuczną Sando-wa (p. str. 107), — dodając 2·0 (pół łyżeczki) takowej do niepełnej szklanki zwykłej gorącej wody i dopełniając ją wodą sodową.

d) Leczenie bizmutowe. Azotan bizmutowy zasadowy we większych dawkach polecał jeszcze r. 1868 Trousseau. Przed kilku laty został ten lek wznowiony przez Kussmala i Fleinera w Niemczech i odtąd bywa zachwalany od czasu do czasu przez wielu autorów. Sole bizmutowe, jak to starał się wykazać Mathes nawet doświadczalnie, mają pokrywać powierzchnię wrzodu, chronić go od żrącego soku trawieńcowego i podrażnienia od pokarmów, a przez to przyspieszać wytworzenie się rodzaju strupa i gojenie. Według pierwotnego polecenia Fleinera wlewa się zawiesinę wodną z *magisterium bismuthi* (10—20 : 200 aq. d) przez sondę do czczego żołądka, poczem chory nie wyjmując sondy przyjmuje na 5—10 min. położenie leżące na tę stronę, po której istnienia wrzodu się spodziewamy. Ostatecznie wypuszcza się ciecz ze żołądka w położeniu leżącym, o ile to się da skutecznie. W ten sposób postępuje się co drugi dzień, aż

przypadłości ustąpią, do czego trzeba niekiedy użyć 300—600 gm. magisterium bismuthi. Już po pierwszych wlewaniach zmniejszają się często przypadłości podmiotowe. Fleiner zauważał także równoczesne obniżanie się nadmiernej kwasoty z 4 na 1 p. m., ustanie sokotoku i zatrzymywanie się krwotoków żołądkowych. Ja również miałem dobre skutki z tego lekowania. Tylko w przypadkach zaciśnięcia odźwiernika na tle wrzodu okrągłego wyniki nie są zadowalniające. Zamiast wlewania soli bizmutowej przez sondę można ją podać wprost do wypicia w zawiesinie wodnej. Zamiast magisterium bismuthi radzi Boas podawanie *bismuthum bicarbonicum* w tych samych dawkach (łyżeczkę od kawy) jako środka mniej drażniącego. Także i Mathieu poleca stosować zawiesinę podobnego składu chemicznego: *Magnesiae ustae 3·0, Magisterii bismuthi 10·0, aq. chloroformiatae, aq. communis āā 50·0* MDS. Po wstrząśnieniu naraz użyć. Wysokie dawkowanie bizmutu ma oprócz wysokiej ceny leku, jeszcze inne ujemne strony. Bernstein i Arnstein opisali dwa przypadki silnych bólów żołądkowych, dla których jeden chory wyżył przeszło 1 kg., a drugi 330 gm. magisterium bismuthi w opłatkach. Wprawdzie bole żołądka ustąpiły i żadnych objawów zatrucia nie było, lecz natomiast pojawiły się w obydwu przypadkach objawy niedrożności jelit, które dopiero po silnych środkach przeczyszczających ustąpiły. Przyczyną niedrożności były koprolity bizmutowe w jednym przypadku wielkości bułki a w drugim gruszki, które ze stolcem odeszły, poczem chorzy wyzdrowieli. Stąd wynikałoby, że sole bizmutowe należy stosować w mniejszych a częstych dawkach, po upływie zaś pewnej ilości dni oczyszczać przewód pokarmowy od tworzących się koprolitów zapomocą środków przeczyszczających.

e) Jeżeli przy stosowaniu powyższych sposobów leczenia i ciepłych okładów bole nie ustępują, to podaje się po kilkanaście kropel z leku: *Aq. laurocerasi 10·0, morphii mur., cocaini mur., āā 0·1*, kilka razy dziennie; albo lepiej morfinę podskórną, gdyż po wstrzykiwaniach Leubuscher dostrzegał znaczne zmniejszenie wydzielania HCl. Jednak środki narkotyczne uwalniając chorych od bólów, skłaniają ich łącznie do błędów dyetetycznych. Guyenot poleca przeciw bólowi żołądkowemu *infus. cort. condurango*, wynik bywa jednak wątpliwy.

W celu uśmierzania wymiotów, które są bardzo

niekorzystnem powikłaniem wrzodu, gdyż poprzedzają często krwotok, poleca się połykanie kawałków lodu, samego lub z rozczyznami kokainy, morfiny, albo z *Tra. opti simplex*, po 15 kropli na dawkę. Dobry skutek często odnosi mieszanina: *Mentholi 1.0, Cocaini muriat. 0.1, Spirit. aromatici 10.0, Syrupi Diacodion 100.0*. MDS Co pół godziny po łyżeczce aż do skutku. Jeżeli przyczyną drażnienia do wymiotów jest treść pokarmowa zalegająca w żołądku, najstosowniejsem będzie wypróżnienie żołądka za pomocą sondy, co jednak tylko z wielką ostrożnością wykonać należy. Empirycznie polecają przeciw wymiotom gorzyczyniki na dołek podsercowy, inni znów po dwie krople kreozotu lub nastoju jodowego na pół szklanki wody ocukrzoney, co jednak rzadko kiedy skutkuje. Przy silnem pragnieniu, jakie bywa w przebiegu wrzodu okrągłego połączonego z wymiotami, dobrze działają małe lawatwy z wody, kilka razy dziennie, z którymi możemy w razie potrzeby połączyć żywienie przez odbytnicę (p. ust. o krwotoku żołądkowym). Zmniejszają także uczucie pragnienia kawa czarna, kokaina i makowiec. — Użycie środków wypróżniających drastycznych w przebiegu wrzodu okrągłego jest przeciwwskazane; z lżejszych najstosowniejszymi będą: *rheum c. magnesia usta et natrio bicarbonica ũā*, a gdy te nie skutkują, to *ol. Ricini*. Aby się zapewnić przed drażnieniem do wymiotów, należy olej podawać w małych i miękkich kapsułkach elastycznych \*). Korzystniej jednak będzie używać większych lawatw wodnych (1—1½ litra), które nietylko wypróżniają jelito, ale przyczyniają się także do uśmierzenia pragnienia.

Przepłukiwania żołądka wodą letnią lub słabymi rozczyznami alkalicznymi, albo tego samego rodzaju wodami mineralnemi poleca kilku autorów. Ja używam w tym celu rozczyynu fizyologicznego. Stosuje się przepłukiwania zwłaszcza wtedy, jeżeli w żołądku zalega większa ilość treści drażniącej do wymiotów, lub cieczy zbyt kwaśnej, która przyspiesza szerzenie się wrzodu, wskutek czego może łatwo wystąpić krwotok, a nawet przebicie ścian żołądka. Taki wypadek zachodzi przy powikłaniu wrzodu z rozstrzenią żołądka. Przepłukiwać żołądek we wrzodzie okrągłym

\*) Tow. Lek. Krak. poleca do użytku wysmienite kapsułki elastyczne „Hygea“, M. Zahradnika w Złoczowie.

jednak tylko wtenczas można, jeżeli nie było jeszcze krwotoku żołądkowego albo od krwotoku już kilka tygodni upłynęło, a chory zondowanie dobrze znosi. O ostrożności używania sondy we wrzodzie żołądka pouczyło mnie kilkakrotne doświadczenie. Miałem przypadki podejrzane o wrzód okrągły, u których z wiadów wnioskując nie było nigdy (?) krwotoku żołądkowego, a takowy wystąpił po kilkurazowym zondowaniu podczas przepłukiwania żołądka. Przypuszczam, że przez nagłe wypróżnienie żołądka z treści ciśnienie na naczynia powierzchowne chorej błony śluzowej się zmniejszyło, wskutek czego parcie krwi w takowych się zwiększyło, przez co zwyrodniałe ich ściany zostały przerwane i nastąpił krwotok per rhexim.

W przebiegu wrzodu okrągłego polecane bywają jeszcze następujące leki: 3—4 kropli *liquor ferri sesquichlorati* na szklanke wody, w kilku dawkach przez dzień używać. Według Gerhardta lek ten w przypadkach wrzodu przebiegających z niedokrwiistością i brakiem kw. solnego, ma działać raz z powodu obecności żelaza, a powtórę z powodu silnie kwaśnego oddziaływania. Lepiej jest jednak stosować u osób niedokrwistych *liquor ferri albuminati Drees* (Te Gempt) po łyżeczce trzy razy dziennie, albo według rady Ewalda dodawać kilka kropel *liquor ferri sesquichlorati* do pół szklanki białka kurzego wodą rozcieńczonego i taką dawkę użyć trzy razy dziennie przez rurkę szklaną. Liebreich poleca pigułki z *ferrum sesquichloratum 2 cgm.* wraz z *ac. arsenicosum 1—2 mg.* na dawkę. Polecana bywa także atropina (Voinovitch) i jej przetwory jak to podano w ustępie o nadmiernej kwaśności (p. str. 84). Dawniej już stosowane *argentum nitricum, 1—2 cg.* na dawkę poleca Gerhardt w roztworze 0.1 na 200 *aq. d.*; kilka razy dziennie po łyżce. Sól ta ma łączyć się z nadmiarowym kw. solnym i działać na miejsce owrzodzone, w którym to celu chory przybiera po użyciu leku położenie ciała takie, aby roztwór dostał się na przypuszczalne miejsce wrzodu. Z powodu małej ilości leku tego, jaka może być stosowana, w porównaniu do ilości treści i powierzchni żołądka, skutek zamierzony jest watpliwy. W celu usunięcia nieżyty kwaśnego (p. str. 84) używam *argentum carbonicum* według przepisu: *Arg. nitrici 0.5, Natrii bicarbon. 5.0, pulv. liquor 4.0, extr. fluid. cascarae Sagradae albo Mucilag. Gi arab. q. s. u. f. pilulae Nr. 50 D. S. 3—6* pigulek dziennie użyć.

Jeżeli objawy wskazujące obecność otwartego wrzodu ustąpiły, to mimo to należy choremu polecić przestrzeganie diety niedrażniającej a posilnej całymi miesiącami i dłuższe leczenie zdrojowe w Karlsbadzie (5—6 tygodni), lub w innych zdrojowiskach alka-

licznych (w Szczawnicy, Vichy). W domu zaś można polecać do picia przez dłuższy czas wody alkaliczne sztuczne\*) (Bilińską, Vichy). Czyste lub żelaziste szczawy znoszą chorzy z wrzodami żołądka źle, wzbudzają one bowiem zgagę, bóle, odbijanie i nie nadają się do następowego leczenia.

f) W razie przebiecia żołądka wskutek wrzodu, co się najczęściej zdarza na przedniej części wpustowej (p. wyżej str. 93) i wystąpienia objawów zapalenia otrzewny zaleca się: spokój bezwzględny, wstrzymanie się od wszelkich napojów i pokarmów, wstrzykiwanie morfiny w razie silnych bólów i czopki z *extr. laudani aquosum* po 0·03—0·05. Wynik bywa jednak prawie zawsze śmiertelny, tylko w przypadkach jeżeli żołądek był zupełnie próżny, może nastąpić jeszcze wyzdrowienie (p. wyżej str. 101). To też starano się w nowszych czasach w razie przebiecia wrzodu okrągłego, otworzyć jamę brzuszną, odszukać otwór i zaszyć go. Na 43 przypadki tego postępowania chirurgicznego, które zestawił Pariser wyzdrowiało 11. Aby jeszcze liczyć na wynik dodatni należy operować zaraz w pierwszych 10 godzinach. Na 33 przypadki operowane w przeciągu 10—15 godzin wyzdrowiało 23 (Riegel).

## Choroby przebiegające z obniżeniem siły wydzielniczej.

Choroby żołądka przebiegające z obniżeniem siły wydzielniczej zdarzają się rzadziej, aniżeli te, którym towarzyszy nadmierne wydzielanie i napotykamy je częściej w wieku późniejszym, aniżeli w młodszym.

### XVII. Niedomoga wydzielnicza.

*Subaciditas digestiva. Hypaciditas secretoria. Hypopepsia. Insufficientia secretionis acidae. Degeneratio glandularis incipiens* (Jaworski)

1. **Z b o c z e n i a c z y n n o ś c i o w e** polegają na niedostatecznym wydzielaniu kw. solnego (p. niżej Rozpoznanie).

\*) W praktyce niezamożnych dobre usługi oddają wody sztuczne (Woda żelazista słabsza i mocniejsza, bilińska, selterska, Vichy, Kissingen-Rakoczy,

2. Zmiany anatomiczne nie są bliżej znane. W niektórych przypadkach należy przypuścić, że jest to pewien okres chorobowy, od którego rozpoczyna się zwyrodnienie albo zanik narządu gruczołowego (p. niżej ustęp o niezycie śluzowym). O tle nerwowem tego zбочenia będzie mowa jeszcze w rozdziale o nerwicach wydzielniczych.

3. *Etyologia.* Prawdopodobnie bez bliżej dających się określić zmian anatomicznych, należy pojmować osłabienie (znużenie narządu gruczołowego) siły wydzielniczej po energicznem stosowaniu środków solnych i wód alkalicznych (Jaworski), po długo trwających przepłukiwaniach żołądka (N. Reichmann), przy żywieniu się wyłącznie takimi pokarmami i to w małej tylko ilości, które błonę śluzową słabo tylko podrażniają (Jaworski), a wreszcie u osób (robotników) przebywających w wysokich ciepłotach (Sée). Ze zmianami anatomicznemi przebiega prawdopodobnie niedomoga wydzielnicza w wieku późniejszym, poprzedzona niezystem kwaśnym (p. str. 90). Prawdopodobnie rozrost tkanki łącznej międzykomórkowej po stanach zapalnych przyczynia się do powolnego zwyrodnienia lub częściowego zaniku gruczołów trawieńcowych. Niedomoga wydzielnicza, aczkolwiek przydarza się i we wieku młodzieńczym, pojawia się jednak najczęściej po 40-tym roku życia. Przypadki, gdzie niezyt kwaśny przeszedł w niedomogę wydzielniczą, spostrzegałem kilkakrotnie i ogłosiłem je w r. 1887 (p. Literatura). Fizyologiczną niedomogę wydzielniczą zauważono (Kretschy) u kobiet w czasie miesiączkowania.

4. *Objawy podmiotowe* są zwykle nieznaczne, a czasem brakuje ich pozornie, tak że chorzy o swej chorobie wcale niczego nie wiedzą. Przy miernem bowiem napełnieniu żołądka chorzy nie doznają zwykle dolegliwości, dopiero po użyciu większych ilości, a szczególnie różnorodnych potraw i napojów n. p. po ucztach, doznają odbijania, suchości, ciężenia, nudności, wstępu do pokarmów i bywają skłonni do łatwego nabycia ostrego niezytu. Objawy powyższe pochodzą przeważnie od częściowego rozkładu treści żołądkowej dla braku kw. solnego i dłuższego przebywania jej w żołądku, stąd i skargi na wzdęcie i tworzenie się gazów

Marienbad-Kreuzbrunnen i Ferdinandsbrunnen). które z polecenia Tow. Lekarskiego Krakowskiego wyrabia firma Rząca i Chmurski w Krakowie.

w jelitach. Osoby dotknięte cierpieniem tem utrzymują, że mają „słaby żołądek“. Ogólne odżywienie nawet przy zupełnem zniszczeniu chemizmu trawienia nie podupada, gdyż żołądek, który należy uważać jako czasowy zbiornik na pokarmy, bywa w swej czynności zastąpiony przez jelita. Noorden też, niegdyś przeciwnik tego naszego twierdzenia, znalazł, że pokarmy i przy braku HCl dobrze zużywają się w przewodzie pokarmowym. Chorzy tacy podupadają na odżywieniu nie wskutek złego trawienia żołądkowego, lecz wskutek małej ilości pokarmów wprowadzanych lub z powodu ich jednostronności. Przez stosowną ilość dobranej mieszanej diety można u chorych tych utrzymywać dobre odżywienie.

5. R o z p o z n a n i e: a) Z żołądka czegoś nie daje się wydobyć, lub zaledwie kilka  $\text{cm}^3$  cieczy śluzowej obojętnej lub słabo alkalicznej, bez resztek pokarmów. b) Miazga pokarmowa z mieszanych pokarmów wyciągnięta ze żołądka, przedstawia gąszcz zawierający prawie niezmięcone mięso lub białko, podczas gdy bułki lub chleba znajduje się mniej i to w postaci masy rozpluwającej. W nadmiernej kwasności znajdujemy w miazdze pokarmowej przeciwnie rozplniętą masę mięsną a niezmięcone pokarmy skrobiowe, (p. str. 30). c) Przy śniadaniu próbnem kwasota jest niżej 25=0.9 p. m. HCl, przyczem zaledwie ślad lub brak wolnego kw. solnego. Rosenheim przypuszcza nieomogę wydzielniczą, jeżeli ilość wolnego HCl przy śniadaniu próbnem wynosi 15 lub mniej. Ja jestem zdania, że ta granica jest za wysoka, gdyż jeżeli ilość wolnego HCl wynosi 5, to według moich spostrzeżeń rozczyń posiada widoczne własności trawiące. — Nadto próbny obiad i próbne śniadanie wykazują w nieomodze wydzielniczej na szczycie trawienia małą ilość kw. mlekowego. Najpewniejsze badanie siły wydzielniczej przedstawia tu metoda białkowa, gdyż niszczy najmniej kw. solnego przez zamianę na chlorki; a ponieważ w otrzymanej treści żołądkowej tylko jeden kwas t. j. HCl jest zawarty, to już papierek lakmusowy rozstrzyga, czy z błony śluzowej wydziela się kwas, czyli też nie; rozumie się, że w obec zaczerwienienia papierka w przypadku nieomogi wydzielniczej nie będzie to kw. solny wolny lecz utajony przez białko. Fleischer poleca w przypadkach, w których chodzi o stwierdzenie, czy błona śluzowa już całkowicie utraciła zdolność wydzielania HCl, podać do spożycia kleik jęczmienny z papryką, potem ze

żołądka wyciągnąć i badać na wolny HCl. d) Wydalanie ze żołądka przy spożyciu większych ilości pokarmów, jak n. p. po obiedzie próbnym, okazuje się dość często upośledzone, co wskazuje na niedowład miernego stopnia. Niema jednak fizycznych objawów rozstrzeni trwałej.

**Rozpoznanie różniczkowe.** Niedomogę wydzielniczą można w mniej wybitnych przypadkach przy pobieżnem badaniu wewnętrznem łatwo wziąć za stan prawidłowy, od którego różni się tylko stosunkami ilościowymi. A wtenczas przy istnieniu objawów podmiotowych gastrycznych rozpoznajemy mylnie, biorąc ją za nerwicę żołądka.

**6. Rokowanie.** Ważne jest uwzględnienie momentu etyologicznego choroby, aby dowiedzieć się, czy to jest tylko czasowa niedomoga (wywołana sztucznie przez znużenie lub nieużywanie narządu gruczołowego), czyli też trwała (p. etiologia). W pierwszym przypadku rokowanie jest dobre, w drugim mniej pomyslnie co do przywrócenia stanu prawidłowego. Ja uważam niedomogę wydzielniczą jako poprzedniczkę nieżyty śluzowego (p. str. 71—75).

**7. Niedomoga wydzielnicza** nie bywa częstym przedmiotem leczenia, gdyż nie sprawia wydatnych dolegliwości podmiotowych. Teoretycznie rzecz biorąc należałoby w celu leczenia, systematycznie pobudzać błonę śluzową żołądka do wydzielania. Pobudzanie nie może się odbywać zbyt silnie drażniącymi bodźcami np. ostrymi korzeniami, gdyż one po okresie podniecenia pozostawiają zupełny zanik wydzielniczy. Używać przeto można tylko słabych bodźców. Do takich należą pewne pokarmy n. p. razowy chleb, jarzyny, następnie napoje użyte naczecz jakoteż na 10 minut przed każdym jedzeniem, woda zimna, woda sodowa, lepiej woda sodowa kwaśna, szeszawy czyste: Apollinaris, Kron-dorfer, Giesshübler, lub solne: Kissingen-Rakoczy, Homburg (Elisabethbrunnen), Pyrmont (Salzquelle), Wiesbaden (Kochbrunnen); również i wody karlsbadzkie w bardzo małych dawkach naczecz użyte pobudzają wydzielanie kw. żołądkowego (p. str. 108). Korzystnie działają limonady burzące z kwasów (solnego, fosforowego, mlekowego, cytrynowego, winowego) z małym dodatkiem soli kuchennej. Hayem zalicza także i kefir do przetworów podniecających wydzielanie kw. solnego. Można jeszcze próbować zwiększania wydzielania soku żołądkowego polecając na godzinę przed obiadem

do spożycia skórkę z chleba z solą kuchenną; skórka z chleba zawiera dekstrynę, która wessana do obiegu, działa pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego („*peptogènes*“ Schiffa). Korzytnem będzie zapić skórkę winem lub 100 cm<sup>3</sup> wody słabo alkalicznej (Apollinaris, Krondorfer, Selters). Małe dawki alkali (p. str. 79) przed jedzeniem użyte uchodzą jako istoty podniecające wydzielanie soku żołądkowego i łaknienie, to też Sée i Mathieu polecają na pół godziny przed obiadem dwuwęglan sodowy na koniec noża, lub tyleż z mieszaniny: *Natrii bicarb., cretae albae, magnesiae ustae aa*. Podniecanie żołądka do wydzielania jest jednak zbyt skuteczne, gdyż i bez trawienia żołądkowego zostają pokarmy w jelitach zupełnie zużytkowane.

Wspomnieć tu należy o innych jeszcze próbach podniecania wydzielania HCl, nie biorąc odpowiedzialności za ich skuteczność. Landi przeprowadza tlen lub ozon w celu zwiększenia wydzielania soku żołądkowego. Ja z tej manipulacji w r. 1884 przezemnie ogłoszonej, nie dostrzegałem pożądanego skutku. Skuteczniejszym okazał mi się był gaz kw. węglowego (CO<sub>2</sub>), który najstosowniej wprowadza się ze syfonu z oziębioną wodą sodową, łącząc dziubek syfonu zapomocą rurki kauczukowej ze sondą, (p. str. 18). Obecnie poleca znów A. Yakovlew tlen w postaci Hydrogenium bioxydatum, który podaje 3—6 razy dziennie w ilości 3—4 cm<sup>3</sup> na dawkę. Środek ten według autora podnieca wydzielanie kw. żołądkowego i działa dobrze w niezycie przewlekłym, raku i dyspepsy nerwowej. Rosenheim używa natrysku żołądkowego (p. str. 18) z 1/2% roztworu soli kuchennej, jako środka działającego na wzmożenie wydzielania. Dobre wyniki tej terapii, potwierdził dotąd tylko Löwenthal. O elektryczności jako środka podniecającym wydzielanie będzie mowa w rozdz. II. o nerwicach<sup>27</sup>).

Teoretycznie usprawiedliwionem wydaje się leczenie niedomogi wydzielniczej przez podawanie kwasu solnego.

W początkach, kiedy Leube wskutek niedokładnych metod badania przyszedł do wniosku, że u przeważnej części chorych żołądkowych istnieje brak HCl, rozwielił się szablonowe podawanie kw. solnego. Gdy jednak ja, a następnie Riegel wykazaliśmy, że we większej części przypadków chorób żołądka jest nadmiar lub też dostateczna ilość HCl, ograniczono podawanie do przypadków niedomogi wydzielniczej. Lecz ja już w r. 1884 zwróciłem uwagę, że to podawanie jest bezcelowe, gdyż główne trawienie odbywa się w jelitach, a nie w żołądku. Żeby zaś wpłynąć na peptonizację miazgi żołądkowej, trzeba użyć ogromnych ilości kw. solnego, gdyż np. zapomocą już bardzo wielkiej dawki dziennej, stu kropel ac. hydrochloricum dil. t. j. 0.8 HCl, można strawić

tylko 15 gm. białka. Wprawdzie Reichmann, Mintz, Du Mesnil opisują przypadki, w których podawanie kilkunastu kropeł kw. solnego dziennie przez dłuższy czas poprawiło trawienie, a wydzielanie HCl w żołądku się wzmoгло, lecz należy zauważyć, że u chorych żołądkowych daje się dostrzegać wielka zmienność w soku żołądkowym z dnia na dzień a to tem więcej, jeżeli się zmieniają czynniki dyetetyczne. Z podawania HCl można się spodziewać tylko w tych przypadkach poprawy trawienia, jeżeli ubytek jego jest bardzo mały, np. jeżeli jest właśnie granica znikania wolnego HCl, wtenczas należy go podawać nieco we większych ilościach po 10—20 kropeł na dwie łyżki syropu. Wtedy on pojawi się w stanie wolnym. — W nowszych czasach powstała myśl podawania kw. solnego jako środka odrażającego, lecz doświadczenie poucza, że i w treści o nadmiernej kwasocie np. 2 p. m. HCl mogą się jeszcze odbywać pewne sprawy fermentacyjne<sup>13)</sup>, tem mniej należy się spodziewać jakiegokolwiek wpływu odrażającego po użyciu zwykłej dawki (kilku kropeł) kw. solnego. — Najważniejsze zastosowanie według mego zdania powinien mieć kwas solny do zwiekszenia łaknienia (jako *stomachicum*). W tym celu należy go używać na 10—15 minut przed jedzeniem, po 5—10 kropeł na pół szklanki wody sodowej. Nie należy jednak używać kw. solnego w tych przypadkach, w których brak łaknienia istnieje obok nadmiernej kwasoty treści żołądkowej. Przy dłuższym używaniu kw. solnego należy chronić zęby, pijąc ciecz zapomocą rurki szklanej. W czasie cholery w Krakowie w r. 1892, kiedy publiczność zaczęła używać nadmiernie kwas solny, jako środka zapobiegawczego, zauważyli dentyści w Krakowie częste bóle i próchnienie zębów z tego powodu. Stosowny bardzo przetwór kwasu solnego służący dla podniesienia łaknienia zwłaszcza w gorączce przedstawia woda kwaśna burząca (*aqua acidula effervescens*), wyrabiana z polecenia Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego przez firmę Rząca i Chmurski w Krakowie.

Najczęstszą przyczyną, dla której chorzy na niedomogę wydzielniczą zwracają się do lekarza, jest brak łaknienia. Ten objaw powinien być głównym przedmiotem leczenia. Jakiego leku należy tu użyć, zależy od indywidualności chorego. Wszystkie powyżej wymienione środki mogą poprawić także i łaknienie. Najwięcej jednak utarło się używanie goryczek (*amara*) w celu podniesienia łaknienia.

Na czem polega działanie goryczek, doświadczenie dotychczasowe dostatecznie jeszcze nie wyjaśniły. Podczas gdy większość autorów (Rensz, Steckhoven, Czalcow, Jaworski) nie widzieli żadnego wpływu na czynność żołądka po podawaniu goryczek, to Reichmann, Wolff, Wagner podają, że goryczki stosowane naczem podniecają czynność wydzielniczą żołądka, z tych zaś strychnina wzmacnia nadto czynność mechaniczną żołądka. *Cortex Condurango* niema według Wolffa żadnego wpływu na czynność żołądka. Przyprawy korzenne (pieprz, olejek miętowy i gorczycowy) przyspieszają według dowodzeń Bouvereta wessanie w żołądku. Kreozot według Klemperera ma przyspieszać czynność mechaniczną żołądka. Prawdopodobnem może być twierdzenie, że działanie gory-

czek polega na podrażnieniu zakończeń nerwów błędnych, a stamtąd odruchowo bywa czynność żołądka zmieniona. Najracyonalniej jest łączyć goryczki z kw. solnym, jeżeli ma się do czynienia z brakiem łaknienia w niedomodze wydzielniczej.

Najczęściej bywają używane goryczki w następujących postaciach: *Extr. fluid. Corticis Condurango*, po pół łyżeczki przed jedzeniem, albo też według dawniejszego przepisu: *Corticis Condurango 20.0, Vini aciduli 500, Acidi muriatici 2.0, macera per horas XII. Colaturae odde syr. simp. 25.0*. MDS. Co 2 godziny po 2 łyżki używać. — *Tra amara* podaje się po łyżeczce co pół godziny przed jedzeniem; *tra. Absinthii* po 25 kropel; *tra. Gentianae, tra. Calami* po tyleż kropel, albo w pigułkach jako wyciągi po 0.25 na dawkę. Oprócz tego używają *Extr. fol. trifolii fibrini, Extr. ligni Quassiae* lub *Extr. taraxaci*: każdego wyciągu po 0.25 na dawkę najlepiej w pigułkach *Decoct. strobili lupuli 10 : 200*; — *Decoct. ligni Quassiae 10 : 200*; S. Po kieliszku przed jedzeniem użyć. — W przypadkach równoczesnego zaparcia stolca dodaje się do powyższych środków *Extr. fluid. Cascarae Sagradae* po 30—50 kropel 2—3 razy dziennie, a w przypadkach połączonych z niedowładem *Tra. nucis vomicae* 5 kropel na dawkę, lub *Extr. nucis vomicae 0.01—0.04* na dawkę, 3 razy dziennie w pigułkach z innymi goryczkami. Niekiedy odnoszą skutek symptomatyczny i w domu sporządzane odwary lub napary jak *herba centaurii minoris* 10 gm. na 200 gm. wody, *lignum Quassiae* 5 gm. na 200 gm. wody, *Species amaricantes* albo „Ziółka Dietlowskie“ (*Hbae centaurii min. 40, Hbae menthae pip., Cort. cinnamomi āā 20*) naczczu lub przed jedzeniem użyte. O stosowaniu *ozezinum basicum* jako środka podniecającego łaknienie p. w Rozdz. II. Anorexia nervosa.

W przypadkach niedomogi wydzielniczej powikłanej ze sprawami fermentacyjnymi, stosuje się środki odrażające (*antifermentativa*), o których będzie szczegółowo mowa w ustępie o rozstrzeni żołądka.

### XVIII. Nieżyt śluzowy.

*Catarrhus mucosus* (Jaworski); — *Catarrhus chronicus* (Leube); — *Dyspepsia chronica* (Riegel); *Anachlorhydria*; *Gastritis chronica mucosa*. — *Gastritis parenchymatosa mucosa* (Hayem);

*Gastritis mucipara* (Boas). *Gastritis mixta (parenchymatosa et interstitialis)*.

1. Z b o c z e n i a c z y n n o ś c i o w e polegają na zniesieniu wydzielania kw. solnego a na znacznem zmniejszeniu wydzielania pepsyny i zacynu podpuszczkowego. Natomiast daje się wykazać przeważnie propepsyna i zymogen podpuszczkowy (Boas), wobec w z m o ż o n e g o wydzielania ś l u z u. Ta postać chorobowa najwięcej się zbliża do dawniej opisywanego nieżytu żołądka.

2. E t y o l o g i a. Nieżyt śluzowy występuje przeważnie u mężczyzn w wieku około lat 40, lub później, po nadużywaniu napojów wysokowych (wódki, piwa) jako nieżyt przewlekły u starych pijaków; po używaniu częstem potraw i napojów ostrych i gorących jak n. p. u kucharzy; po zatruciach środkami żrącymi, często po nadużyciu emetyku (Riegel, Jaworski). Nieżyt śluzowy może jednak się pojawić, podobnie jak niedowład wydzielniczy, jako objaw zupełnego znużenia narządu wydzielniczego po długiem używaniu znacznych ilości środków pobudzających wydzielanie: jak solnych, alkalicznych, korzennych (Jaworski); dalej jako następstwo po przebyciu ostrego nieżytu żołądka, lub po ostrych chorobach gorączkowych, zwłaszcza, jeżeli wygłodniały ozdrowienie nie przebiera w pokarmach. Nieżyt śluzowy może być także następowy (*gastritis symptomatica*) w obec istnienia chorób innych narządów, jak wątroby, serca, płuc, nerek. W ostatnich okresach chorób nerkowych może być treść żołądkowa nawet alkaliczną wskutek obecności węglanu amonowego, który powstał przez rozkład mocznika wydzielonego na błonie śluzowej żołądka. Jeszcze bardzo prawdopodobnem jest wytworzenie się nieżytu śluzowego z kwaśnego wskutek wzmaganania się rozrostu tkanki międzygruczołowej. Choroba ta, dawniej uważana za bardzo częstą, jest stosunkowo rzadką, bo obejmuje zaledwie 5% chorych na żołądek.

3. Z m i a n y a n a t o m i c z n e. Błona śluzowa najczęściej szaro-łupkowo zabarwiona, pokryta warstwą śluzu mętnawego zawierającego liczne niezmiennione leukocyty. W narządzie gruczołowym bądź zwyrodnienie (*degeneratio glandularis*), bądź częściowy zanik. Gruczoły trawienne, jako też i komórki w nich zawarte pokurczone; różnica między komórkami głównymi a składowymi zupełnie zatarta (Jaworski). Tkanka międzygruczołowa włóknista mocno rozwinięta. Czy tworzenie się śluzu odbywa się przez zmianę po-

wierzchohowego przybłonka wałeczkowego na kubkowy, jak to dostrzegali Majewski w swoich doświadczeniach nad chorobliwym wydzielaniem śluzu w przewodzie pokarmowym zwierząt, bliżej nie wiemy. Natomiast opisuje w ostatnich czasach P. Cohnheim, że w postaci klinicznej nieżytu śluzowego znalazł, badając strzępy błony śluzowej u ludzi, przemianę przybłonka wałeczkowego na „postać śluzową“ i zanik komórek okładowych w obec utrzymanych komórek głównych. Najwięcej odpowiadałyby nieżyтови śluzowemu poszukiwania Hammerschläga, który znalazł w gruczołach trawieńcowych stopniową zamianę komórek głównych i okładowych na przybłonek wałeczkowy, przez co gruczoły trawieńcowe zamieniają się zwolna na śluzowe (*degeneratio mucosa*). W tkance zaś międzykomórkowej wytwarza się naciek dróbnokomórkowy.

4. **O b j a w y c h o r o b o w e** są mało cechujące i bez porównania mniejszego natężenia, niż w nieżycie kwaśnym. Zdarza się dość często, że chorzy opowiadają o objawach gastrycznych, które ich całemi latami dręczyły, a które są właściwe nieżyтови kwaśnemu (pragnienie, wilczy apetyt, zgaga, bóle), obecnie zaś zupełnie się zmieniły, a pozostało tylko „osłabienie żołądka“, czyli, że nieżytkwaśny przeszedł w nieżytkśluzowy: łaknienie jest mierne albo utrzymane, lecz chorzy łatwo nasycają się i czują, że mniej jedzą i piją, niż dawniej. Jeżeli występują odbijania, to czeze bez smaku, lub pokarmami spożytymi. Po jedzeniu pojawia się najczęściej uczucie pełności, prężenia, w rodzaju gniecienia, w połączeniu z nudnościami; we wyższym stopniu choroby pojawia się nawet przedmiotowo dostrzegalna bębniaca. W razie przejedzenia się występują bóle i przypadłości gastryczne, cechujące nieżyt ostry, a który jest tylko zaostreniem przewlekłego nieżytu. Przeważna część chorych chętnie przyjmuje kwaśne napoje, pokarmy i owoce i czuje się po nich dobrze, podczas gdy chorzy z nieżytem kwaśnym, chociaż jeszcze z większem upragnieniem te same pokarmy spożywają, czują po użyciu tychże zwiększenie dolegliwości żołądkowych. Bólów dotykowych w okolicy żołądka niema. Wymioty zdarzają się najczęściej w nieżycie pijackim, bardzo często po użyciu mięszanin potraw, które z braku kw. solnego przechodzą łatwo w kiśnienie, a stąd pochodzi podrażnienie ścian żołądka. Znane są jeszcze ranne wymioty pijackie (*vomitus matutinus*), których podstawą nietylko jest nadmierne

wydzielanie śluzowe żołądka, ale i zajętego równocześnie połyku (*pharyngitis chronica*) i jamy ustnej (Frerichs). Wymiotom tym towarzyszy stale ślinienie. Język zwłaszcza rano bywa mułem obłożony i wykazuje wgnioty od zębów. — Chłonicie błony śluzowej badane jodkiem potasowym bywa zawsze upośledzone. Większa część chorych jest dobrze odżywiona, gdyż czynność trawienia białka odbywa się głównie w jelitach, podczas gdy istoty skrobiowe doznają już w żołądku scukrzenia, dokładniejszego nawet, niż w stanie prawidłowym, gdyż ptyalin nie natrafia w nieżyłowym żołądku na niszczący go kw. solny. Stolec bywa zwykle prawidłowy, niezaparty.

5. R o z p o z n a n i e. a) Nieznaczne stosunkowo przypadłości podmiotowe, wobec istnienia wymiotów śluzowych szczególniej naczęzo, jakoteż wyżej wymienionych momentów etyologicznych. b) W żołądku czczym ciecz ciągnąca się, śluzowa, biaława, z trudnością dająca się wydożyć. Trzeba jednak zważać na tę okoliczność, że śluz dostaje się do żołądka jeszcze z innych miejsc, jak z połyku, krtani, z płuc nieżyłowo zajętych. c) Ciecz czcza alkaliczna, najczęściej nie zawiera resztek pokarmów, natomiast bardzo często oderwane strzępy błony śluzowej różowo ubarwione w których dostrzegamy gruczoły trawienne ziarnistą masą wypełnione i otoczone znaczną ilością tkanki łącznej (Jaworski). Ciecz czcza może zawierać także cisawe lub czarne strzępy, z których można otrzymać kryształy heminy, które zawdzięczają swój początek dawnym wybroczynom krwawym; strzępy zaś ciemne, które powyższych kryształów nie dają, są ubarwione według poszukiwań Grundzacha barwikiem roślinnym (z kawy, herbaty i t. p.). Przesąc daje z kw. octowym znaczenie (mucyna), a zakwaszony kw. solnym bardzo słabo lub wcale nie trawi. d) Żadna próba, nawet białkowa, przy badaniu na trawienie żołądkowe, nie wydaje treści kwaśnej ani od wolnego ani od utajonego HCl: Miazga pokarmowa przedstawia stężaty gąszcz pokryty i zmieszany ze śluzem, który bez poprzedniego rozcieńczenia wodą nadzwyczaj trudno wydobywa się ze żołądka zapomocą sondy. Białko i mięso zawarte w miazdze okazują się zupełnie niezmienione. Treść żołądkowa po śniadaniu lub po obiedzie próbnym jest wprawdzie kwaśną, lecz oddziaływa tylko na kwasy organiczne (Grundzach, Boas), a obok tegoż na cukier gronowy. Kw. mlekowy pojawia się

w tych przypadkach, gdzie wydalenie ze żołądka bywa upośledzone. Za pomocą jakiegokolwiek próby otrzymana treść żołądkowa sama dla siebie białka nie trawi, dopiero po zakwaszeniu jej kwasem solnym, który zamienia propepsynę na pepsynę. Lecz ilość tak propepsyny jak i pepsyny jest zmniejszona, trawienie sztuczne jest bowiem znacznie opóźnione, to samo dotyczy i zaczynu podpuszczkowego, gdyż już przy rozcieńczeniu przesącza do  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{25}$ , traci on własność ścinania mleka (Boas). Przy próbie sztucznego trawienia (p. str. 52) należy postępować nader ostrożnie w ten sposób, że do 10 cm<sup>3</sup> przesącza, chociażby już kwaśno oddziaływającego, dodaje się w celu zakwaszenia kroplę pokroplic. ac. hydrochlor. off. dilutum tak długo, dopóki nietylko nie wystąpi oddziaływanie wybitnie kwaśne, ale co najważniejsza dopóki oddziaływanie na kw. solny i to papierkami tropeolinowymi, zupełnie się nie uwidoczni (Jaworski); inaczej może się zdarzyć, że pierwsze krople kw. solnego zostaną utajone i ciecz nie trawi z braku wolnego HCl, chociaż zawiera pepsynę. W ten sam sposób zakwaszony przesącz służy i do prób na zaczyn podpuszczkowy, gdyż w niezakwaszonej cieczy znajduje się tylko zymogen podpuszczkowy (p. str. 53). — Hammerschlag ocenia zmniejszenie wydzielania pepsyny według ilości strawionego białka. Przyrządza się przybliżenie jedno-procentowy roztwór białka, w którym znajduje się około 4 p. m. wolnego HCl. Z tego roztworu bierze się dwie próby po 10 cm<sup>3</sup>. Do jednej (kontrolnej) dodaje się 5 cm<sup>3</sup> wody, do drugiej 5 cm<sup>3</sup> soku żołądkowego, wstawia obydwie próby do termostatu przy 40° C. na jedną godzinę, poczem oznacza się w obydwu próbach ilość białka zapomocą albuminometru Esbacha, jak to w moczu ma miejsce. Różnicę znaną w ilości białka oblicza się na odsetki. Jeżeli np. w próbie kontrolnej znaleziono 6 p. m. białka, a w próbie ze sokiem żołądkowym 3 p. m. białka, to zostało strawione 50% białka. Według Hammerschlag'a zostaje u zdrowych strawionem 80—90% białka. Jeżeli zaś niema różnicy w ilości białka w obydwu próbach to nie zostało strawionem. To jednak nie dowodzi, że jest zupełny brak pepsyny, gdyż doświadczenia wykazują, że strzęp włóknika, lub krążek białka mogą być jeszcze strawione w tym soku. Ostatnie przeto próby są dla zbadania śladów pepsyny czulsze. Próba Hammerschlag'a służy tylko dla celów klinicznych a to jedynie dla

wykazania zmniejszenia, a nie dla zupełnego braku pepsyny.  
e) Próby trawienia wykazują, że wydalanie jest albo prawidłowe, albo nie wiele upośledzone.

**R o k o w a n i e.** Przywrócenie stanu prawidłowego we większości przypadków należy uważać za nieprawdopodobne. Spodziewać się można poprawy przedmiotowej tylko w przypadkach znużenia wydzielniczego, wywołanego sztucznie lub nawykowo, a polepszenia podmiotowego w przypadkach upośledzonego wydalania. Przy zachowaniu stosownej diety mogą się chorzy czuć całemi latami względnie dobrze. W obec zaś dłużej trwających nadużyć w piciu lub jedzeniu wzmagają się przypadłości podmiotowe tak znacznie, że chorzy nie mogą się dostatecznie odżywiać i może przyjść do ogólnego wyniszczenia. Wiele przypadków nieżytu śluzowego kończy się nieżytem zanikowym (p. niżej). Widziałem wreszcie przypadki nieżytu śluzowego, które po kilku latach zakończyły się rakiem żołądka (p. ustęp o raku żołądka).

**Uwaga:** W ostatnich czasach stara się Mathieu utworzyć osobny obraz chorobowy pod nazwą *Gastritis hypersecretoria mucosa*, a polegający wrzeczko na nadmiernem wydzielaniu śluzu w żołądku. Śluz ten powleka miazgę pokarmową w żołądku i sprawia przypadłości gastryczne. Stan ten ma być analogiczny z tym, jaki napotykamy w *colitis mucosa*. Wydzielanie śluzu odbywa się niezależnie od wydzielania kw. solnego, tak przy nadmiernej kwaśności, jakoteż w braku HCl. W pierwszym przypadku nie jest to inny stan chorobowy jak przezemnie opisany nieżyt kwasowy (p. str. 85), w drugim zaś jest to nieżyt śluzowy. W roku zeszłym opisał Dauber także przypadek nadmiernego wydzielania śluzu równocześnie z nadmiernem wydzielaniem HCl (kwasota treści 75 voln. HCl) pod nazwą *gastrosuccorrhoe mucosa*, który nie jest niczem innym, jak zwykłym przypadkiem nieżytu kwaśnego. Na domiar zamiętu uważa on to wydzielanie śluzu na tle nerwowym (p. ustęp o nadmiernem wydzielaniu kw. solnego w rozdziale drugim).

6. **L e c z e n i e** nieżytu śluzowego odbywa się w podobny sposób i zapomocą tych samych środków, co i niedomogi wydzielniczej. Ponieważ o przywróceniu stanu prawidłowego niema mowy, należy starać się przez żywienie dyetetyczne, o którym w części trzeciej szczegółowo mowa będzie, aby nie pogarszać stanu chorobowego, a mianowicie, aby nie osłabiać czynności mechanicznej żołądka, i nie dozwalać na wtargnięcie spraw fermentacyjnych. Jeżeli zaś są już objawy fermentacyjne w żołądku, należy zastosować leczenie przeciwnilne opisane poniżej w ustępie o rozstrzeni żołądka<sup>29)</sup>. Podniecanie błony śluzowej do wydzielania środkami

ostrymi (korzeniami, wódką i t. p.) należy zaniechać. Gdyż one są nietylko bezskuteczne, lecz pociągają za sobą objawy ostrego niezytu. Natomiast środki słabo podniecające, wyżej wymienione (p. str. 116), jak szczawy, napoje kwaskowate i t. p. chętnie tu stosujemy. W prawdzie nie w tym celu, aby polepszyć chemizm trawienia, lecz aby podnieść łaknienie i usunąć nieprzyjemny smak z ust. Również i kwasu solnego używamy tu, lecz jedynie tylko jako stomachicum (p. str. 117) dla podniecenia łaknienia, a nie dla przywrócenia chemizmu trawienia. Stosowny w tym celu jest następujący przepis: *Ac. muriatici dil. 4·0, pepsini solubilis 1·0, natrii chlorati 2·0, aq. d. 200·0* MDS. Na 15 minut przed każdym jedzeniem po 2 łyżki użyć. Dla podniesienia łaknienia dobre są także goryczki (p. str. 118), same lub w połączeniu z kw. solnym, jako to: *Extr. fluidum corticis Condurango, tra amara, tra gentianae, tra calami, tra nucis vomicae*, albo w pigułkach *extractum taraxaci, extr. ligni quassiae, extr. trifolii fibrini, etc.*

Ważną rzeczą jest w niezycie śluzowym usuwanie śluzu ze żołądka, gdyż nagromadziwszy się we większej ilości, co ma miejsce przy równoczesnem uposledzeniu siły mechanicznej żołądka, jest on przyczyną dolegliwości podmiotowych. Najracjonalniejszym sposobem do wydalenia śluzu są przepłukiwania żołądka rano lub wieczorem ciepłymi rozczyznami alkalicznymi, jak 1% rozczynek sody, rozczynek fizyologicznym lub wodą wapienną (*aq. calcis*), która bardzo dobrze śluz rozpuszcza. Po wydaleniu śluzu dobrze wpływają na czynność żołądka przepłukiwania rozczyznami słabo podniecającymi, jak 1/2% rozczynek soli kuchennej, wodą sodową, wodą sodową kwaśną (*aqua acidula effervescens*) wprost ze syfonu (p. str. 18). Jeżeli niema objawów rozstrzeni, to uwalnia żołądek od śluzu samo picie rano naczecz 1—2 szklanek szczaw alkalicznych ciepłych (p. str. 78, Karlsbad, Vichy, Vals, Ems, Gleichenberg). Przy równoczesnem istnieniu niedowładu mechanicznego, jeżeli powyższe przepłukiwania przeprowadzić nie można, lepsze usługi oddają zimne szczawy słono-alkaliczne użyte naczecz w ilości 1—2 szklanek, jako to: Kissingen-Rakoczy, Wiesbaden-Kochbrunnen, Marienbad-Ferdinandsbrunn, Homburg-Elisabethquelle.

**Uwaga.** Dotąd uchodzi jeszcze za zasadę, że tam gdzie nie ma soku żołądkowego trawiącego, należy podawać bezwarunkowo kwas solny. Używanie zaś alkalij w takich przypadkach uważa się za przeciwwskazane. Tego zdania byłem i ja. Z biegiem jednak czasu dostrzegłem coraz więcej przypadków tak niedowładu wydzielniczego, jakoteż nieżyty śluzowego, w których lekovanie kwaśne, a zwłaszcza kw. solny nie tylko nie zmniejsza przypadłości żołądkowych, ale je zwiększa. W takich razach należy przypuścić, że błona śluzowa doznała już znacznej zmiany anatomicznej, a wskutek niej utraciła te składniki morfotyczne (komórki trawienne), które jej umożliwiały żywotność w środowisku kwaśnem (p. Zmiany anatomiczne str. 121). Dla pozostałego, zmniejszonego utkania błony śluzowej, okazuje się kwaśna treść żołądkowa jako środek drażniący i podniecający stan chorobowy. Natomiast przybrała zmieniona błona śluzowa cechy biologiczne właściwe prawie wszystkim błonom śluzowym, t. j. że dla ich odżywiania i odbywania czynności życiowych niezbędne są słabe rozczyzny alkaliczno-słone (rozczyzn fizyologiczny). W takich przypadkach braku siły wydzielniczej, wskazane są zamiast kwasów, słabsze szczyawy alkaliczne lub alkaliczno-słone, (p. str. 78), ogrzane od 30—40°. Wody te wprowadzone naczem do żołądka wykazującego niedomogę wydzielniczą lub nieżyt śluzowy, nie tylko działają korzystnie na biologiczne stosunki komórek błony śluzowej, ale nadto rozpuszczają śluz, i powstrzymują czynność nagromadzonych drobnoustrojów fermentacyjnych; ocieplony zaś kw. węglowy działa usmierniająco na pierwociny nerwowe błony śluzowej. Stąd też tłumaczy się, że wielu chorych na nieżyt śluzowy i przy leczeniu alkalicznem dobrze się czuje, a leczenie karlsbadzkie i w przypadkach niedomogi wydzielniczej przypadłości podmiotowe usunąć może. W terapii chorób żołądka muszą więc być uwzględnione nie tylko wnioski wyprowadzone z rurki odczynnikowej, ale i warunki biologiczne morfotycznych składników narządu.

### XIX. Nieżyt zanikowy żołądka.

*Catarrhus atrophicans* (Fenwick). *Atrophia mucosae ventriculi*. *Anadenia ventriculi*. — *Phthisis ventriculi* (G. Meyer). — *Achylia gastrica* (Einhorn). — *Anasecretio gastrica*.

1. **Zmiana czynnościowa.** polega na stałym braku kw. solnego, podczas gdy pepsyna i rozczyzn podpuszczkowy zaledwie w śladach dają się wykazać w treści żołądkowej.

2. **Zmiany anatomiczne.** Błona śluzowa gładka i cienka, najczęściej łupkowo ubarwiona. Narząd gruczołowy błony śluzowej w stanie zaniku, zastąpiony przeważnie tkanką łączną (Fenwick). Nowsi autorowie (Schmidt, P. Cohnheim, Hamerschlag) podają charakterystyczną cechę błony śluzowej żołądka w nieżycie zanikowym: Przybłonek walczkowy na powierzchni utrzymany,

łecz ze zmianami degeneracyjnymi, przemieniając się na przybłonek kubkowy, (Becherzellen, Stäbchensaumepithel), którą to ostatnią zmianę P. Cohnheim uważa za cechującą dla nieżytu zanikowego. W gruczołach trawięcowych nie ma ani komórek okładkowych, ani głównych, lecz one są zastąpione przybliżeniem wałeczkowym przeważnie śluzowo zwyrodniałym. Przybłonek taki dostrzegął P. Cohnheim w treści ze żołądka czczego. Tkanka międzygruczołowa składa się z pasm tkankolącznowych i mięśni gładkich, które ścieśniają mieszki gruczołowe i doprowadzają do zaniku tychże, tak że warstwa gruczołowa przyjmuje wejście błony podśluzowej. Tkanka międzygruczołowa wykazuje naciek drobnokomórkowy składający się przeważnie z ciałek eozynochłonnych. Ciałka eozynochłonne nie dostały się ze krwi, lecz wytworzyły się pierwotnie w błonie śluzowej żołądka i mają być cechujące dla zmian zanikowych w błonie śluzowej żołądka. Zmianom w żołądku towarzyszy w niektórych przypadkach i zanik błony śluzowej w jelitach, niedokrwistość ogólna przy rozwinętej tkance podtłuszczowej, a w niektórych zaś zwyrodnienie w rdzeniu pacierzowym (Lichtheim, Eisenlohr).

3. Etyologia. Cierpienie to rzadkie, wymaga jeszcze dokładniejszych badań. N. Reichmann na 107 przypadków nierakowych braku HCl, spostrzegął 10 przypadków nieżytu zanikowego. Najczęściej stanowi ta choroba końcowy okres wszystkich spraw nieżytowych. Prawdopodobnie przerost tkanki łącznej wytwarzający się w nieżycie kwaśnym w postaci catarrhus hypertrophicus, przy dalszym postępie przyprowadza gruczoły trawięcowe do powolnego (catarrhus atrophicans), następnie całkowitego zaniku (atrophia mucosae). W niedokrwistości złośliwej napotyka się również zanik błony śluzowej żołądka, który Fenwick uważa za przyczynę niedokrwistości, wywołanej wessaniem nieprawidłowych wytworów trawienia. Zanik w przebiegu niedokrwistości złośliwej jest prawdopodobnie pierwotny, niepoprzedzony przez sprawy nieżytowe i rozszerza się równocześnie i na jelita. Zdaje się też, że przyczyny zaniku gruczołowego mogą być różnorodne. Tak n. p. i ciężkie choroby zakaźne mogą go wywołać. Ostatecznie należy zaznaczyć, że nie każda złośliwa małokrwistość musi wywołać zanik błony śluzowej żołądka. Hayem i Ménetier opisali przypadki małokrwistości złośliwej, w których po śmierci błona śluzowa żołądka hi-

stologicznie badana okazała się prawidłową. Zanik błony śluzowej żołądka jako następową zmianę napotymano w raku sutka, macicy, jelit (Fenwick), a przeważnie w raku żołądka samego, w których to przypadkach napotyka się kw. mlekowy w treści żołądkowej (p. ust. o raku żołądka). Również i w dobrotliwych zaciśnięciach odźwiernika pojawia się zanik błony śluzowej żołądka.— W przypadkach ogłoszonych wiek chorych prznosił 40 lat, a trwanie choroby kilkanaście miesięcy, co wymaga jeszcze dalszych obserwacji.

4. O b j a w y c h o r o b o w e w początkowym okresie, zwłaszcza u młodych osób, u których sprawność mechaniczna żołądka jeszcze nie ucierpiała, — nie istnieją, albo pojawiają się nieopatrzenie i niewyraźnie. Dla braku jednak większego jednolitego materiału statystycznego, dokładnego obrazu choroby ułożyć nie można, zwłaszcza, że symptomatologia podawana przez poszczególnych autorów nie jest zgodna. Z cechujących objawów zauważono: język nieobłożony (Boas); woń cuchnąca z ust; znaczne bóle napadowe w dołku podsercowym, szczególnie po jedzeniu, rozpromieniające się od żołądka na wszystkie strony, szczególnie ku górze (Pacanowski, Boas). M. Rejchman w swoich przypadkach wymienia jako główny objaw wymiotowanie gęstej miazgi w kilka godzin po obiedzie. Miazga składa się z dużych niezmiennych kawałków pokarmowych, a dana na sączek nie daje żadnego przesączu. Istnieje prawie zawsze skłonność do biegunki, w przeciwieństwie do istnienia zaparcia stolca w nadmiernym wydzielaniu. Wessalność badana jodkiem potasowym bywa znacznie upośledzoną. Chorzy w początkach choroby nie są źle odżywieni, gdyż jelita pełnią zastępczo czynność żołądka; w późniejszym okresie wyglądają blado, stają się tak niedokrwistymi, że opadają z sił i umierają wśród objawów złośliwej niedokrwistości (Fenwick) lub uwiądu starczego (marasmus senilis). O zaniku wydzielniczym na tle nerwowym p. w rozdz. drugim o nerwicach.

2. R o z p o z n a n i e polega: a) Na pojawieniu się wyżej opisanych bólów. b) Na braku śluzu w żołądku czczym (Boas); natomiast można zauważyć oddziaływanie alkaliczne, woń nieprzyjemną cieczy czczej, podczas gdy w czasie trawienia przedstawia miazga żołądkowa gąszcz stężały woni surowego lub gnijącego

mięsa dająca tylko bardzo mało przesączu. *c)* Na braku kw. solnego, pepsyny, zaczynu podpuszczkowego i peptonów tak w żołądku czeczmy, jakoteż i podczas trawienia. *d)* W cieczy czezej pierwocin błony śluzowej pod mikroskopem dostrzedz nie można, tylko masę ziarnistą (Jaworski) i znaczną ilość bakteryj gnilnych (Lewy, Pacanowski). Natomiast P. Cohnheim podaje jako cechę nieżytu zanikowego pojawienie się w treści żołądkowej strzępów błony śluzowej z komórkami kubkowymi (p. wyżej, Zmiany anatomiczne), co ja uważam raczej za objaw właściwy nieżytkowi śluzowemu. *e)* Wydalanie ze żołądka okazuje się w początkach choroby nieupośledzone (Boas), w późniejszym okresie słabnie siła mechaniczna i może przyjsé do rozstrzeni żołądka.

**Rozpoznanie różniczkowe.** Aby odróżnić dokładnie nieżyt zanikowy od nieżytku śluzowego, zwracamy uwagę na obecność większej ilości śluzu, który w nieżycie śluzowym bywa domięszany lub otacza miazgę, w nieżycie zanikowym zaś go brak. W wątpliwych przypadkach staramy się przekonać nie tylko o braku pepsyny i zaczynu podpuszczkowego, ale także i o braku pepsyny i zymogenu podpuszczkowego w sposób opisany przezemnie w r. 1887. Do żołądka czczego, wolnego od pokarmów należy wlać 200 cm<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  norm. HCl, a po pół godziny ciecz wyciągnąć, przesączyc i dopełnić kw. solnym do kwasoty 50=1,825 p. m. Z tego płynu należy przez dodawanie  $\frac{1}{20}$  norm. HCl zrobić kilkanaście rozcieńczeń (1, 0·9, 0·8, 0·7 i t. d. przesączu na 9, 9·1, 9·2, 9·3 i t. d.  $\frac{1}{20}$  norm. kw. solnego), a następnie takowe powlewać do szeregu jednakowych flaszeczek dodając do każdej po krążku białka kurzego na twardo ugotowanego (1—1 $\frac{1}{4}$  cg), a pozostawiwszy flaszeczki przy ciepłocie 40° C. uważać, w której po 24 godz. krążek białka nie znika. Przy rozwiniętym nieżycie zanikowym, krążek białka już w nierozcieńczonej cieczy żołądkowej pozostaje w całości lub częściowo niestrawiony. W nieżycie śluzowym krążki w kilku pierwszych flaszeczkach zupełnie znikają. (Próba trawienia Hammerschlaga p. str. 123).

Temi samemi rozcieńczeniami przesączu można bardzo wygodnie uskutecznić próby na obecność i ilość zaczynu podpuszczkowego (p. str. 53, 54). Należy tylko uważać, aby mleko wzięte do próby było świeże i niezaprawiane, gdyż doświadczenia moje

wykazują, że mleko na połowę wodą rozcieńczone nie ścina się wobec soku żołądkowego.

**Rokowanie.** Jeżeli powyższe próby wykażą prawie zupełny brak pepsyny lub zacynu podpuszczkowego, to rokować należy źle co do żołądka, a czy także źle i co do zagrożenia życia wskutek przypuszczalnego rozwinięcia się złośliwej niedokrwistości, muszą jeszcze potwierdzić dalsze spostrzeżenia. Zdaje się jednak, że sprawa zanikowa przechodzi ze żołądka na jelita, a wtedy odżywienie znajduje się w warunkach o wiele trudniejszych. Znam jednak od kilku lat przypadki nieżytu zanikowego, które zachowując stosowne żywienie dyetetyczne, mają się dotąd wcale dobrze, tak że wykazanie zaniku błony śluzowej żołądka mnie obecnie tak nie zastrasza, jak dawniej.

7. **Przez leczenie** nieżytu zanikowego nie jesteśmy w stanie ani przyprowadzić żołądka do stanu prawidłowego pod względem anatomicznym, ani też przywrócić prawidłowego chemizmu trawienia. Celem leczenia jest przez stosowne żywienie, o czem w Części III-ej szczegółowo mowa będzie, nie dopuścić do upośledzenia mechanizmu trawienia i do wytworzenia się spraw fermentacyjnych w żołądku. To też w niepowikłanym nieżycie zanikowym, ma miejsce tylko leczenie zapobiegawcze, dyetetyczno-higieniczne, dążące do utrzymania dobrego odżywienia ustroju. Podawanie kw. solnego samego lub z pepsyną ograniczamy tylko do tych przypadków, w których jest brak łaknienia i podajemy go przed jedzeniem (p. str. 117). W ilości takiej, któraby miała na celu peptonizację lub odrażanie miazgi pokarmowej, kw. solnego nigdy nie podajemy. Doświadczenie pouczyło mnie, że właśnie w nieżycie zanikowym mało jest osób, któreby podawanie większych ilości kw. solnego znosiły. Zmieniona błona śluzowa oddziaływa tu bolem na wszystkie kwasy (p. str. 126). Bardzo szeroko chociaż niesłusznie rozpowszechniło się ostatnimi czasy podawanie zacynów trawieńcowych w nieżycie zanikowym, jako to: pepsyny, papainy i pankreatyny.

**Zacyny trawieńcowe** mają w leczeniu chorób żołądka podrzędne znaczenie wobec tego, że chemizm trawienia żołądka nie odgrywa głównej roli w ogólnem trawieniu pokarmów. Jeszcze obecnie spotykamy się ze zachwalaniami rozmaitych przetworów pepsyny, które w rzeczywistości są zbyteczne. Wyjątkowo tylko zdarzają się przypadki zupełnego braku pepsyny w żołądku. Tam zaś, gdzie pepsyny niema, sama ona nie pomoże wobec niemożności wprowadzenia

takiej ilości kw. solnego, jaka jest potrzebna do speptonizowania pokarmów w żołądku. Ja uważam pepsynę tylko tam wskazaną, gdzie trzeba podawać kw. solny jako stomachicum, gdyż zauważyłem, że dodatek pepsyny do kw. solnego wzmacnia łaknienie we wyższym stopniu, niż sam kw. solny. — Więcej, niż pepsynę można uwzględnić w przypadkach braku kw. solnego papainę i papajotyne (otrzymywane ze soku mlecznego rośliny *Carica Papaya*). Przetwory te trawią białko w rozczyinach obojętnych i alkalicznych. Nie należy jednak spodziewać się z nich wielkich skutków, gdyż własność peptonizacyjna papainy jest słabszą niż pepsyny lub pankreatyny (A. Hirsch); nadto papaina jest przetworem bardzo drogim. Do użytku lekarskiego istnieje w handlu papaina francuska „*Papaine Trouette-Perret*” i niemiecka „*Papain Reuss*”. Przetwory te podają się bądź w postaci *Tra papaini* po jedzeniu, bądź jako *Syrupus papaini* po łyżeczce po jedzeniu. Najczęściej zaś zapisuje się w proszku po 0.3—0.5 po jedzeniu. — Zaczynem trawiącym najsilniej białko jest proszek **pankreatyny** (Meick, Simon, Schering, Defresne). Podaje się ją w proszku, lub w tabletkach prasowanych po jedzeniu, według przepisu: *Pancreatini Merck, natrii bicarbon. aa 0.5*. Reichmann poleca do użytku zamiast pankreatyny **wyciąg trzustkowy**, który według przepisu autora otrzymuje się łatwo w domu: Na trzuskę wołową drobno posiekaną nalewa się pół litra 12—15° wysokości, pozostawia przez dwa dni na chłodnym miejscu, sączy i używa po kieliszku po każdym jedzeniu. Pankreatynę można podawać tylko w tych przypadkach, gdzie niema ani rozstrzeni, ani spraw fermentacyjnych w żołądku. Zaczyny alkaliczne zwłaszcza sok trzustkowy przyspieszają gnicie ciał białkowych i rozmnażanie się bakteryj. Stąd i w niepowikłanych przypadkach nieżytu słuzowego nie należy zbyt szafować podawaniem zaczynów. O użyciu sztucznie przetrawionych pokarmów jak n. p. **peptonów** będzie mowa w Części III-ciej.

Dla zapobieżenia wtargnięciu bakteryj i spraw fermentacyjnych stosujemy, oprócz odpowiedniego przyrządzenia potraw, o czem w Części III-ciej będzie mowa, małe ilości środków słabo przeciwnilnych, jak *natrium salicylicum* 0.25 p. d., *natrium benzoicum* 0.2 p. d., *spiritus menthae, tra aromatica*, kroplami itd. Jeżeli w żołądku jest już obecna fermentacja, zwłaszcza gnilna, w których to przypadkach istnieje niedowład lub rozstrzeń żołądka, to postępujemy zupełnie tak, jak opisano będzie w ustępach o rozstrzeni żołądka<sup>27)</sup>, t. j. przepłukujemy żołądek rozczyinami przeciwnilnymi np. 1% rozczyinem kw. borowego. We wielu przypadkach fermentacji żołądkowej udziela się takowa i treści jelitowej, z czego powstaje biegunka. Wtedy oprócz płukan żołądka i dietetycznego zachowania się leczymy i biegunkę podając środki czmiące przeciwnilne, *bismuthum salicylicum* 1.0 p. d.; *dermatoli* 0.5 p. d.; *calcaria salicylica* 1.0 p. d.; *calcaria benzoica* 0.5 p. d.; *aqua calcinata effervescens* po pół szklanki po jedzeniu. — Bóle,

które biorą swój początek od podrażnienia zakończeń nerwowych w zmienionej błonie śluzowej żołądka łagodzimy, dyetą łagodną (p. Część III-cia), okładami ciepłymi, napojami ciepłymi; miętą, kawą czarną. Często działają usmierzająco małe ilości ciepłych wód alkalicznych naczeto użyte: Vichy Grande-Grille, Szczawnica (źródło Józefiny), Emser - Krähnen, Karlsbader Sprudel. Ostatecznie w przypadkach wygórowanej wrażliwości uciekamy się z ostrożnością do narkotyków (belladonna, morphium, codeinum, cocainum p. str. 84).

**Uwaga.** 1. Do zaniku błony śluzowej żołądka zbliżona jest sprawa patologiczna, która polega na rozroście tkanki łącznej we wszystkich warstwach ścian żołądka, wskutek tego takowe grubieją, stają się niepodatne, pojemność żołądka z czasem staje się bardzo małą, tak że zaledwie kilkaset (200) cm<sup>3</sup> płynu pomieścić w sobie może. Przypadki tego ogólnego stwardnienia tkanki łącznego narządu (*induratio fibrosa*) czyli marskości (*cirrhosis*) żołądka są rzadkie i usuwają się przed rozpoznaniem za życia. Natomiast bywają przypadki zmniejszonego i stwardniałego żołądka, który daje się wyczuć przez powłoki brzuszne. Są to przypadki zwyrodnienia rakowego żołądka (p. następ o raku żołądka).

**Uwaga.** 2. Wspomnieć jeszcze tu należy o zwyrodnieniu skrobiowatym błony śluzowej żołądka (*degeneratio amyloidea mucosae*) w przebiegu chorób wyniszczających, prowadzących równocześnie do takich samych zmian w wątrobie, nerkach, śledzionie i t. d. Objawy czynnościowe bywają częścią podobne do tych, co i w nieżycie zanikowym, częścią zaś są one właściwe chorobie przyczynowej. Leczenie skierować należy przeciw chorobie głównej.

## XX. Objawy różniące wzmożone wydzielanie soku żołądkowego od obniżonego.

### Wzmożone wydzielanie:

1. Łaknienie i pragnienie często wzmożone.
2. Zgaga wzdłuż przełyku, palenie w żołądku naczeto lub po jedzeniu (*pyrosis hydrochlorica*).
3. Gniewienie albo bóle ostre, nawet napadowe (kurcze) po jedzeniu, jako też i w nocy, a nawet naczeto.

### Obniżone wydzielanie:

1. Łaknienie często upośledzone, zwykle pociąg do kwasów.
2. Bywają nudności i niesmak po jedzeniu.
3. Uczucie tylko pełności po jedzeniu, często odbijania zwykle bez smaku, czasem zaś woni maśła zjełczanego lub jaj zepsutych.

4. Ostre pokarmy (korzenie), lub napoje (wino, wódka), powiększają często dolegliwości.

5. Często wymiotowane bywają masy zielonkowate, smaku kwaśnego, zawierające znaczną ilość cieczy.

6. Bardzo często znaczny ból dotykowy w dołku podsercowym.

7. Często napotyka się pluskanie w żołądku czeczym.

8. Stolec najczęściej zaparty.

9. Wrażliwość nerwowa i dolegliwości w odległych okolicach ciała mogą być znacznego nasilenia.

10. Wejrzenie dość często niedokrweste, a odżywienie podupadłe.

11. Przeważnie są to osoby młodsze, najczęściej żydzi.

Przy zakwaszeniu fermentacyjnym treści żołądkowej mogą się pojawić także i obok wymienione dolegliwości.

4. Jakość pokarmów niewiele wpływa na powiększenie dolegliwości.

5. Niekiedy tylko wymiotowane bywają masy gęste, śluzowe bez wybitnego smaku; jeżeli są kwaśne to mają woń tłuszczu zjełczałego.

6. Bólu dotykowego zwykle niema.

7. Pluskania w żołądku czeczym niema, chyba istnieje rozwinięta sprawa fermentacyjna.

8. Stolec zwykle prawidłowy, czasem biegunka.

9. Dolegliwości w odległych narządach zwykle brak.

10. Odżywienie najczęściej dobre.

11. Przeważnie osoby starsze.

Na rozpoznanie z powyższych oznak nigdy na pewno liczyć niemożna. Pomyłek rozpoznawczych można tylko uniknąć przez **w e w n ę t r z n e z b a d a n i e ż o łą d k a**.

**Uwaga:** Czy przedstawione dotąd zmiany kliniczne i przypuszczalne anatomiczne stanowią postacie chorobowe odrębne, czy między nimi zachodzi związek przyczynowy, czyli też są to tylko okresy tej samej sprawy chorobowej, tego na pewno powiedzieć nie można. Ja przychyliłbym się do przypuszczenia ostatniego, t. j. że to są różne okresy tej samej sprawy zapalnej, a opieram się na własnych spostrzeżeniach klinicznych, ogłoszonych w r. 1886, że nieżył kwaśny przechodzi z czasem w nieznane wydzielniczą, a ostatecznie i w nieżył śluzowy. Nie długo już trzeba będzie czekać na dokładne anatomiczne określenie

pojedynczych postaci chorobowych klinicznych, gdyż zwrot w tym kierunku, do którego od r. 1886 nawoływałem korzystnie w tej chwili się dokonywa. Porównać tylko należy podane wyżej opisy pojedynczych chorób żołądka pod względem anatomicznym z opisami podanymi w ostatniem wydaniu tej książki na podstawie ówczesnych prac, a dostrzeże się wielki postęp w kierunku badania anatomicznego.

### XXI. Nowotwór rakowy żołądka. (*Carcinoma ventriculi*).

Zmiany nowotworowe w żołądku mogą być rozmaite, jako to: *fibroma*, *myoma*, *lipoma*, *papilloma*, *adenoma*, *sarcoma*. Są to jednak przypadki nader rzadkie, a nadto nie dające się za życia odróżnić, natomiast ze wszystkich naje częstszym i dla klinicysty najważniejszym nowotworem żołądka jest rak (*carcinoma*).

1. Z m i a n y a n a t o m i c z n e. Rak żołądka, biorąc swój początek od przybłonka wałeczkowego gruczołów błony śluzowej, albo od komórek trawieńcowych gruczołów występuje najczęściej jako *carc. fibrosum*, tworząc twarde pierścieniowate nacieki, lub ograniczone guzy do rozpadu mało skłonne, albo jako *carc. medullare* w postaci guzów lub nacieków płaskich mniej zbitych, rozszerzających się na większej przestrzeni, a z powodu rozpadu licznych ognisk rakowych o powierzchni nierównej, strzępiastej, wrzodziejącej. Najrzadziej (2—8%) napotyka się w żołądku *carc. colloides*, gdzie obszerne ogniska rakowe zamieniają się na masę galaretowatą, a nowotwór jest rozlany na wielkiej przestrzeni. W przeszło połowie przypadków (50—60%) siedzibą raka żołądka jest odźwiernik, potem według częstości następują: krzywizna mała 16%, wpust 10%, krzywizna duża 7% (p. niżej etyologia). Rak żołądka rozszerza się często na sąsiednie narządy, w przeszło  $\frac{1}{4}$  przypadków na lewy płąt wątroby, a najrzadziej na otrzewną. Między następstwami raka, o których niżej mowa będzie (p. Przebieg) zauważyć można albo powiększenie narządu (rozstrzeń przy zajęciu rakowatą odźwiernika), albo znaczne zmniejszenie z powodu dośrodkowego ściągania się, jeżeli nowotwór obejmuje dno, krzywiznę dużą lub wpust. Zakład anatomo-patologiczny prof. Browicza w Krakowie posiada ciekawe okazy tego rodzaju, nieprzenoszące wielkości miernego korniszona. Rak żołądka zwykle nie pozostaje w miejscu lecz tworzy przerzuty drogą naczyń limfatycznych przechodząc na wątrobę, otrzewną, trzustkę, sieć,

opłucną, płuca, nerki i t. d. W przypadkach równoczesnego zajęcia rakowego wątroby i żołądka, pierwotny nowotwór znajduje się najczęściej w żołądku.

Ogniska rakowe jak tu wykazał Hempel w zakładzie anatomo-patologicznym w Krakowie jeszcze w r. 1888, bywają rozsiane w błonie śluzowej na znacznej odległości od nowotworu. Co się zaś dotyczy błony śluzowej niezajętej przez sprawę nowotworową, to okazują się zmiany, które pospolicie na stole sekcyjnym jako nieżytowe bywają określane. Pod m i k r o s k o p e m przedstawiają się one rozmaicie. Najczęstsza zmiana, jaką opisali Mathieu, Hayem, Hammerschlag bywa ta, że w gruczołach trawieńcowych komórki okładowe częściowo lub całkiem są zastąpione przybłonkiem wateczkowym, który miejscami przybiera postać przybłonka kubkowego. Jest to zwyrodnienie śluzowe gruczołów trawieńcowych, czyli objaw nieżytu śluzowego (p. str. 120). W innych znów przypadkach oprócz powyższej zmiany w gruczołach trawieńcowych, napotyka się równocześnie zmiany w tkance międzygruczołowej. Polegają one na licznym nacieku drobnokomórkowym składającym się z komórek eozynochłonnych, a obok nacieku drobnokomórkowego napotyka się w przypadkach dalej posuniętych, wybijającą tkankę łączną, która zaciąga przeobrażone gruczoły trawieńcowe i sprawia ich zanikanie. Błona śluzowa przedstawia wtedy obraz nieżytu zanikowego (p. str. 127). Ostatniego rodzaju przypadki przebiegają przy obecności kw. mlekowego w treści żołądkowej. Oprócz powyżej opisanych zmian degeneracyjnych opisał R. Fischel zmiany w przebiegu gruczołów, zwężenia i torbielowate rozszerzenia takowych. Nieznaczna tylko ilość przypadków raka żołądka wykazuje błonę śluzową prawidłową, lub właściwą dla wrzodu okrągłego (Rosenheim, Hammerschlag, p. str. 86, 93). W tych to bardzo rzadkich przypadkach bywa wydzielanie HCl, pomimo obecności raka, prawidłowe lub nawet wzmożone.

2. E t y o l o g i a. Żołądek jest ze wszystkich narządów ustroju najczęstszą siedzibą raka, tak że na sam żołądek przypada 35—45% z wszystkich przypadków raka w ustroju. Częstość raka żołądka według statystyk krajów zachodnich jest trzy razy mniejsza, niż wrzodu okrągłego, natomiast u naszej ludności wiejskiej żywiącej się pokarmami roślinnymi zdaje się być stosunek odwrotny (p. niżej). Interesującymi dla nas, są daty statystyczne dotyczące na-

szego kraju, które obliczyłem według trzech rocznych sprawozdań sekcyjnych Krokiewicza za lata 1894, 1895 i 1896. Dotyczą one materiału Szpitala Powszechnego we Lwowie, a zatem ludność podmiejską i wiejską. Na 2713 sekcyj, które Krokiewicz sam wykonał i starannie zestawiał, wypadła 132 (4·8%) przypadków raka w ogóle. Z tych 132 przypadków przypada 59 na samego raka żołądka t. j. na 2·2% wszystkich przypadków śmierci, a 44·7% wszystkich przypadków raka. Natomiast na 2713 sekcyj przypada tylko 7 t. j. 0·25% przypadków wrzodu okrągłego a względnie blizn po takowych. Na 59 przypadków raka żołądka przypadało 36 (61%) raków odźwiernika. Najmłodszy chory rakowy miał 26 lat. — Również interesujące dane zebrał Chełchowski z materiału szpitalnego i sekcyjnego w Warszawie (1893) z lat 17-tu. Na 3791 sekcyj przypadają aż 152 (4%) przypadki raka żołądka, a zatem 2 razy tyle co we Lwowie, natomiast tylko 33 (1%) blizn po wrzodzie okrągłym. Raka wpustu znajdowano 26 (17%) razy. Przeobrażenie polipów żołądka (*gastritis polyposa*) na raka zauważono na 152 przypadków 9 (5·8%) razy. Przewaga (4—8 razy więcej) raka żołądka na stole sekcyjnym nad wrzodem okrągłym nie odpowiada stosunkowi jaki zachodzi w praktyce lekarskiej. Ja mam to wrażenie z praktyki prywatnej (przeważnie we warstwie inteligencji), że przynajmniej trzy razy częściej leczę wrzód okrągły aniżeli raka żołądka. — W przeważającej ilości przypadków zdarza się rak żołądka we wieku późniejszym (40—70), a najczęściej około 50 roku życia (Brinton), chociaż i wiek młody bynajmniej nie jest wykluczony. Nowsze statystyki wykazują obniżanie się wieku dla pojawiania się raka żołądka. — Właściwej przyczyny powstania raka nie znamy. Dziedziczność nie jest udowodniona. Błędy dyetetyczne zdają się nie wywierać wpływu na powstawanie raka żołądka, gdyż i ludzie żyjący umiarkowanie i dyetetycznie przez całe życie zapadają na tę chorobę. Niektórzy autorowie jak obecnie Boas, chcieliby widzieć uraz między momentami etyologicznymi dla powstawania raka żołądka. Löwenthal podał na 800 przypadków raka, jeden jako urazowy. Przeważna część autorów temu przeczy a przypuszcza co najwyżej, że dotąd nieujawniony jeszcze nowotwór rakowy może pod wpływem urazu się szybciej rozwijać i ujawnić. Albu przytacza przypadek uderzenia żołnierza kolbą w dołek podsercowy, w którym to przypadku

powstał krwotok i objawy wrzodu okrągłego trwające przez dwa lata. Po drugich dwu latach chory zmarł, a sekcya wykazała raka żołądka. Najstalszymi jednak objawami, które zauważano w przebiegu raka żołądka są objawy niezytu śluzowego lub zanikowego, a ponieważ te najczęściej zdarzają się w tym samym wieku co i rak żołądka, to byłoby na podstawie spostrzeżeń E. Korezyńskiego i Jaworskiego z r. 1886 najprawdopodobniejszym przypuszczenie, że niezyt śluzowy jest momentem usposabiającym do powstania raka żołądka. Obecnie dopiero Mathieu i Hayem twierdzą także, że rak żołądka wytwarza się na tle „gastrite a-peptique“. Niemieccy autorowie są jednak przeciwnego zdania, a mianowicie, że rak żołądka jest pierwotną chorobą, która dopiero następowo sprowadza zmiany na błonie śluzowej. W obec istnienia nadmiernej kwasoty w żołądku, należy obecność raka do wiekich rzadkości, a w tych przypadkach wytwarza on się na tych miejscach, gdzie niema kw. solnego tj. na bliznach po wrzodzie okrągłym (*ulcus carcinomatosum*). Rosenheim przytacza na 50 przypadków raka żołądka 4 razy raka na bliznie po wrzodzie, Hammerschlag opisuje na 42 przypadki raka żołądka aż 8, które poprzedził wrzód okrągły. W ogólności oceniają ilość przypadków raka w bliznach po wrzodzie okrągłym na 5—6%.

Dla wytłómaczenia powstawania raka istnieje obecnie teoria Cohneima, który przypuszcza, że zabłąkane komórki embryonalne dają przy korzystnych dla nich warunkach rozwoju podjętę do atypowego bujania i rozrostu komórek przybłonkowych t. j. do nowotworu rakowego. Chociaż hipoteza ta tłumaczy obraz i rozwój anatomiczny nowotworu w sposób wystarczający, to mniej zadowalnia ona klinicystę śledzącego przebieg tej złośliwej choroby od jej początku aż do końca. Stąd przy obecnym prądzie patologii, postępującym w kierunku teoryj pasożytniczych, wyłania się coraz więcej teoria infekcyjna raka i przybiera cechy prawdopodobieństwa. Za nią przemawiają: Spostrzeżenia zakażenia się rakiem lekarzy operujących takowego (Guermontez); częstsze a nawet gromadne pojawianie się raka w pewnych osadach i miejscowościach; zajęcie przeważnie tylko takich narządów, które są na zakażenie najłatwiej narażone jak, wargi, przewód pokarmowy, sutek; zajęcie rakiem w takich warunkach, gdzie siła dezynfekcyjna

treści żołądkowej słabnie (nieżyt śluzowy, blizny po wrzodach, wiek późniejszy). Przebieg zaś kliniczny raka przedstawia obraz przewlekłej choroby ogólnozakaźnej: zajęcie gruczołów, przerzuty, zmiany w przeróbce materji, ogólne charłactwo. Niemaló też istnieje usiłowań doświadczalnych, przeważnie histologicznych (Schill, Adamkiewicz, Foà, Korotneff, Podwysotszky i t. d.) dla wykazania pasożytniczej przyrody raka. Ostatnia tego rodzaju publikacya (Sebaudin i Leyden) z r. 1896 podaje, że w cieczy pochodzącej z opuchliny brzusznej, towarzyszącej rakowi znajduje się drobno-ustrój zwierzęcy, podobny do ameb (*Leydenia gemmipara*). Że poszukiwania za pasorzytem raka, nie odniosły dotąd pożądanego wyniku, możnaby tłumaczyć tylko tem, że ten drobnoustrój nie jest ani lasecznikiem ani kokiem, lecz może być pochodzenia zwierzęcego, który wymaga innych metod badania i hodowania, niż te, jakimi obecnie rozporządzamy.

3. **Przebiegi objawy chorobowe.** Choroba rozpoczyna się zwykle niepostrzeżenie; we wyjątkowych przypadkach może nawet przebiegać bez cechujących objawów gastrycznych, tak, że dopiero sekcya wykrywa jako przyczynę śmierci raka żołądka. Kilkakrotnie widziałem, jak u starszych osób zażywanie i czerstwo wyglądających nieuskarżających się przedtem na żadne dolegliwości żołądkowe pojawiły się niewinne na pozór objawy dyspeptyczne (zmiana w łaknieniu, nudności, gniecienie), które na kilka miesięcy okazywały się jako zwiastuny nowotworu rakowego. Dopiero dalsze objawy chorobowe poczynają zwracać uwagę na ważność cierpienia. Pojawiają się od czasu do czasu pomimo dyetetycznego zachowania się tępe bóle rozmaitego nasilenia, najczęściej od dołka podsercowego rozchodzące się, które w 92% przypadków raka żołądka (Brinton) istnieją, a w dalszym przebiegu choroby stają się trwałymi i mało zależą od przyjmowania pokarmów. Również pojawiają się, pomimo przestrzegania dyetetycznego żywienia, wymioty (w 88% przypadków według Brintona) zwykle po jedzeniu. Są one tem częstsze im siedziba nowotworu znajduje się bliżej części odźwiernikowej, która traci coraz więcej siłę wydalania z żołądka, co staje się przyczyną w y t w a r z a n i a r o z s t r z e n i. Jednak i w innych częściach żołądka usadowiony nowotwór sprzyja powstawaniu wymiotów przez zmniejszenie pojemności żołądka w stosunku do wprowadzanej ilości pokarmów.

Wymiociny są woni nieprzyjemnej, gnilnej, octowej lub zjełczonego masła, zawierają zupełnie nieprzetrawione kawałki mięsa. W późniejszym okresie choroby bywają one popielate lub czekoladowe, od domieszanej krwi, a ma to miejsce w 42% przypadków (Brinton). Wymiociny są obfite, jeżeli nowotwór zajmuje sam odźwiernik, a wtenczas występują wszystkie oznaki wytwarzającej się rozstrzeni (p. ust. o cieśni odźwiernika). W przebiegu choroby powyższe objawy (ból, wymioty, rozstrzeń), niekiedy na pewien czas znikają (stan pozornej poprawy), a to dzieje się, jeżeli nowotwór ulega szybkiemu rozpadowi. Podczas trwania choroby **laknie** szczególnie do mięsa, w połowie przypadków bywa zniesione, utrzymane zaś bywa w przypadkach zajęcia raka dna, jeżeli mechanizm trawienia jest jeszcze utrzymany; smak w ustach nieprzyjemny, a woń często cuchnąca, język w początkach choroby nieobłożony, później białawy, kosmaty. Stolec najczęściej zaparty; przy drożności odźwiernika bywa jednak często biegunka, wywołana przedostaniem się gnijącej treści z żołądka do jelit przez co wytwarza się nawet obraz anatomiczny *enteritis dysenterica* albo nawet *diphtheritica*.

Treść żołądkowa w raku żołądka nie przedstawia się we wszystkich przypadkach w sposób jednakowy i zależy od okresu choroby a właściwie od zmian anatomicznych w błonie śluzowej (p. str. 135). W ogóle w przeważnej części przypadków różni się ona znacznie od stanu prawidłowego. Na 42 przypadki raka żołądka znalazł Hammerschlag w 27 wybitne zmiany, w 11 mierne a w 4 niebyło żadnej zmiany w treści żołądkowej. Pierwszą zmianę, jaką badanie wewnętrzne w początkowym okresie raka żołądka wykazuje, jest osłabienie czynności mechanicznej żołądka postępujące szybkim krokiem, gdyż w kilku tygodniach rozwijać się może. Na ten objaw zostoiny żołądkowej już dawno (1889, p. Literatura) uwagę zwróciłem. Dziś twierdzi to samo Boas. Jednak tak doświadczony autor jak Riegel przytacza, że widział także przypadki raka ze wzmożonym wydalaniem. W dalszym rozwoju nowotworu znika wydzielanie kw. solnego (p. str. 135) z wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, w których rak powstaje w bliźnach po wrzodzie okrągłym. Nieco później cierpi wydzielanie pepsyny i zaczynu podpuszczkowego (p. wyżej, anatomia str. 135), co przynajmniej w  $\frac{1}{3}$  przypadków ma miejsce. Słabnięcie chemizmu można

śledzić z tygodnia na tydzień za pomocą metody Hammerschlag'a (p. str. 123), którą to metodą oznaczana siła trawienia dochodzi we wielu przypadkach raka do 0. W miarę obniżania się chemizmu trawienia pojawiają się w żołądku sprawy fermentacyjne, wskutek rozwoju bakteryj. W pierwszej linii pojawia się fermentacja mleczna pod wpływem przezemnie w r. 1889 dostrzeżonego długiego nitkowatego lasecznika, często w kolanka połączonego, który przez Kaufmanna i Opplera w r. 1895 został bliżej zbadany, i z początku jako cechujący dla raka żołądka uważany (p. str. 33). Widziałem znów przypadki raka żołądka, w których oddziaływanie treści było alkaliczne z powodu zawartości amoniaku, a woń cuchnąca przypominała amoniak (p. str. 55). Po dodaniu HCl do treści żołądkowej można było wykazać  $H_2S$ . Dla w e w n ę t r z n e g o z b a d a n i a żołądka w razie podejrzenia na raka, najstósowniej postępuje się w ten sposób, że wyciąga się najprzód treść czcza (p. str. 25). W mniejszej ilości przypadków przedstawia się ona tak, jak ją opisano w nieżyście śluzowym: zawiera śluz gęsty, białawy, strzępy błony śluzowej, przy raku żołądka bardzo łatwo się odrywającej, a pod drobnowidem przedstawia ciała śluzowe, przybłonek płaski, a oprócz tego znaczne ilości koków, laseczników gnilnych i nitek pleśni; przesącz opalizuje, jest alkaliczny, za dodaniem kwasów mąci się i po zakwaszeniu zwykle nie trawi. W innych znów przypadkach treść czcza cuchnie, zawiera mniejsze lub większe ilości pokarmów (tłuszcz, igielki tłuszczowe, włókna mięsne, skrobię), drożdże, laseczki, koki, przybłonek płaski, smugi i złogi barwikowe czarne i t. p. Wykazanie jednak obecności cząstek rakowych należy do rzadkości. Przy małej ilości pokarmów w treści czczej przesącz oddziałuje alkalicznie, przy większej kwaśno, przeważnie od kw. mlekowego i masłowego, po zakwaszeniu kw. solnym mało co trawi; kw. solnego wolnego żadnym odczynnikami wykazać nie można. W celu dalszego badania należy czczy żołądek wypłukać wodą letnią i podrażniać bodźcami przy próbach w ustępie IV-tym wyliczonymi, poczem bada się treść otrzymaną na wolny kw. solny i sztuczne trawienie. Metoda białkowa<sup>2</sup> wydaje w przypadkach raka treść obojętną lub alkaliczną, inne sposoby badania zwykle kwaśną od kwasów organicznych, a według badań Honigmanna i Noordena, jako też Klemperera od kw. solnego utajonego. Z kw. organicznych napotyka się

w największej ilości kw. mlekowy, a Boas uważa za cechujące dla raka, jeżeli treść żołądkowa po śniadaniu próbnem oddziaływa silnie na kw. mlekowy. Tego rodzaju badania skutecznia się w przeciągu kilku tygodni kilka razy (Riegel), gdyż zdarza się czasem, że w niedowładzie wydzielniczym lub nawet w nieżyście kwaśnym, niema przy pierwszym badaniu wolnego kw. solnego, zostaje on bowiem przez śluzową treść utajony, a dopiero przy następnych badaniach pojawia się jako wolny. Obecność wolnego kw. solnego w treści, w przypadkach raka żołądka jest wielką rzadkością (3—4%) i może się zdarzyć, jeżeli na bliźnie po wrzodzie żołądka wytwarza się tkanka rakowa, lub nowotwór przechodzi ze sąsiednich narządów (z przelyku, dwunastnicy, trzustki, wątroby, otrzewny) na żołądek, jak to n. p. w dwóch przypadkach przez Puławskiego ogłoszonych miało miejsce.

W drugiej połowie choroby (po kilku miesiącach) poczynają pojawiać się cięższe objawy właściwe temu stanowi chorobowemu. W 80% przypadkach daje się wyczuwać albo guz, który ściągają odźwiernik w okolicę pępka, a leżąc nad tętnicą główną może okazywać tętnienie jednokierunkowe, albo jako rozlane masy guzowate występujące z pod lewego łuku żebrowego, przy dotykaniu tkliwe, albo wreszcie w postaci zagiętego rogu cała krzywizna duża daje się w garść ująć. W dalszym ciągu wytwarza się obraz chorobowy zwany charłactwem rakowym, objawiającem się ubarwieniem szarawo-żółtem i swędzeniem skóry, utratą jej sprężystości, zanikiem podściółki tłuszczowej, ogólną hidremią, opuchliną kończyn dolnych, a czasem może się pojawić i opuchlina brzuszna, jeżeli guz przechodzi na żyłę bramną jak to n. p. opisał Puławski. W moczu w okresie charłactwa pojawiają się wskutek rozpadu nowotworu prawie stale indykan\*), pepton (Maixner, Pacanowski), jakoteż kw. dwuacetoctowy\*\*). Równocześnie bywa zwiększona ilość wydzielanego azotu (Fr. Müller), a zmniejszona ilość chlorku. W ślinie bywa często brak siarsinku potasowego. Krew zaś bywa bardzo uboga w ciała czerwone (1½ miliona, Fr. Müller), które

\*) Mięsza się równe ilości moczu i kw. solnego i dodaje 2—4 kropel nasyconego roztworu podchlorynu wapniowego. Zabarwienie cieczy czerwono-niebieskawe lub niebieskie, wskazuje na czerwień indychtu (Rosenbach).

\*\*\*) Mocz po dodaniu liquor. ferri sesquichl. daje zabarwienie czerwone, wina burgundzkiego. Podobne zabarwienie mogą okazywać i inne ciała w moczu.

według poszukiwań Mouisseta okazują poikilo- i mikrocytozę; wartość też hemoglobinu we krwi obniża się do 60% (Haeblerlin). Jednak ze samych zmian w ilości ciałek czerwonych i hemoglobinu o istnieniu raka wnioskować nie można, a jak J. Osterspey w porównawczych doświadczeniach wykazał, nie ma różnicy w krwi osób tak cierpiących na raka jak i na wrzód okrągły; krwotok bowiem żołądkowy we wrzodzie sprawia nie inne zmiany w krwi nad te, jakie znajdują się w charakterze rakowym, można jednak wykazać mierną leukocytozę. Ciekawem jest spostrzeżenie Schneyera, że u chorych na raka żołądka nie pojawia się leukocytoza trawienna, podczas gdy we wrzodzie żołądka ona istnieje. Przyczyną tego może być utrudnione trawienie i wessanie u rakowych. Według tego autora pojawienie leukocytozy trawiennej przemawia przeciw obecności raka żołądka.

W końcu przychodzi do ogólnego wyniszczenia i zapadu sił, co w razie powtarzania się wymiotów zwłaszcza krwawych szybkim krokiem postępuje. Wtedy pojawiają się jako zwiastuny końcowe: woń gnijących jabłek (acetonu) w powietrzu wydychanem, jako objaw inanicy; kureze tężcowe mięśni kończyn, szyi i twarzy, chwilowe zamglenie świadomości połączone z majaczeniami (*coma*), poczem dopiero zwolna następuje ustawianie czynności życiowych. W niektórych przypadkach kończy się choroba wśród objawów gorączki o przebiegu septycznym, dochodząc do 39°.

Trwanie całego stanu chorobowego podają średnio na jeden rok, a tylko wyjątkowo dochodzi do dwóch lat. — Lecznane są przypadki raka zwłaszcza u osób młodszych z przebiegiem bardzo szybkim (*carcinoma acutum*). Tak n. p. w przypadku Schwepiego miał wynosić cały przebieg tylko 20 tygodni.

Niejednokrotnie w przebiegu raka żołądka ta sama sprawa przechodzi przez szerzenie lub drogą przerzutów na wątrobę, przewody żółciowe, na żyłę bramną, otrzewną a wtedy objawy nowotworu tych narządów mogą tak przeważać, że się zmienia cały obraz choroby, a rozstrzygnięcie, czy nowotwór żołądka jest pierwotny lub następowy staje się niemożliwym. Oprócz tego mogą się pojawiać przerzuty i w dalszych narządach: w płucach, gruczołach limfatycznych obwodowych, jak nadobojczykowych i pachowych, które w przebiegu raka bywają niekiedy obrzękłe. Jeżeli nowotwór przechodzi na otrzewną, to powstają na niej roz-

siane guzki rakowe (*carcinosis peritonei*) czemu towarzyszy opuchlina brzuszna, w której to cieczy opisali Schaudin i Leyden mikroskopowe twory zawierające (*Leydenia gemmipara*). Niekiedy znów przychodzi w przebiegu raka żołądka do zaczopowania wątroby lub śledziony oderwanymi zakaźnymi skrzepami ze żył żołądkowych, czego następstwem bywają ropnie w tych narządach i ogólna ropnica (*pyaemia*). W innych znów przypadkach może rak żołądka wywołać przebiecie ścian żołądka (4% przypadków u Brintona, a 8% przypadków u Chełchowskiego), przez co powstaje, albo ogólne zapalenie otrzewny, albo przetoki i np. do jelita grubego, co za sobą pociąga ustanie wymiotów, a pojawianie się ciągłych stolców biegunkowych zawierających zupełnie niestrawione pokarmy (*lienteria*). W rzadkich przypadkach wytwarza się skutek przebiecia żołądka ropień podprzeponowy (*pyopneumothorax subphrenicus*). O tej chorobie zdarzającej się najczęściej skutek przebiecia przez wrzód okrągły p. str. 102.

4. Rozpoznanie raka żołądka da się tylko ze zbioru kilku objawów uzasadnić. O tych objawach była już wyżej mowa. Tu ocenimy ich wartość rozpoznawczą. Kierujące objawy rozpoznawcze dla raka żołądka są następujące:

a) **Wiek.** Chory powyżej 40 lat przedtem na żołądek zawsze zdrowy uskarża się na przypadłości gastryczne, dla których we wywiadach żadnej przyczyny wynaleźć nie można.

b) **Brak łaknienia** (wstręt do mięsa), obecność bólów i wymiotów, które aczkolwiek w przeważnej części przypadków wydarzają się, nie dają jeszcze podstawy do rozpoznania raka. Brak łaknienia zdarza się najczęściej w raku odźwiernika, podczas gdy przy zajęciu dna żołądka może być łaknienie bardzo dobre, gdyż w tym ostatnim przypadku sprawność mechaniczna żołądka może się przez dłuższy czas dobrze utrzymywać.

c) **Wymiociny** ciemno-popielate, brudno-cisawe, lub czekoladowe (od domieszki barwika krwi ubarwione), woni cuchnącej, wzbudzają w wysokim stopniu podejrzenie na raka żołądka. Właściwości wymiocin rakowych są te same, jakie przedstawia wydobyta treść żołądkowa rakowa a opisana na str. 139.

d) **Gruczoły** nadobojczykowe i pachowe lewe okazują się powiększone i twarde. Lecz ten objaw napotykamy tylko w małej części i to w dalej posuniętych przypadkach.

e) Guz w dołku podsercowym, lub w okolicy pępka w połączeniu z objawami rozstrzeni, lub guzowatość i opór większy w okolicy żołądka uchodzą za najpoważniejszą oznakę raka żołądka; guz rakowy żołądka sprawia choremu podmiotowe uczucie bólu tępego; bolesność zaś dotykowa w początkach jest małą, dopiero gdy nowotwór zaczyna się rozpadać, guz staje się przy dotyku bolesny. Dla ułatwienia w y b a d a n i a g u z ó w b r z u s z n y c h, musi chorego zwiolnować mięśnie brzuszne przez przyjęcie pozycji leżącej, przykucie nog i odwrócenie uwagi od badania; lekarz zaś powinien mieć ręce ciepłe, a końce palców zwolna wciskać w głąb. W ogóle należy wyczuwanie żołądka uskutecznić bardzo delikatnie. Ponieważ wzdęcie żołądka lub jelit wyczuwanie ogromnie utrudnia, należy badać żołądek naczczo, a jeżeli on i rano jest wzdęty, wypróżnić go sondą, jelita zaś środkiem przeczyszczającym. Chłapowski radzi badać jamę brzuszną w kąpeli ciepłej. W przypadkach wątpliwych należy zachloroformować chorego celem zbadania. Guzy żołądka mogą się znajdować w rozmaitych okolicach jamy brzusznej: w dołku podsercowym, w okolicy pępka, pod łukami żebrowymi, a nawet w miednicy małej. Tu opadają duże guzy odźwiernika, przez co krzywizna mała ustawia się pionowo. Są też dość częste przypadki, w których trudno przychodzi oznaczyć przynależność ich do żołądka. Dla bliższego zorientowania się posługujemy się wydymaniem żołądka (p. str. 6), czego jednak w przypadkach przebiegających z krwotokami zaniechać należy. Minkowski zaś podaje, jako wskazówkę rozpoznawczą, że guzy brzuszne przy wydymaniu tak żołądka, jak i jelit gazami tam się kierują, gdzie leży narząd w stanie prawidłowym, z którego guz wychodzi. Przy wydymaniu żołądka gazem, posuwa się guz odźwiernikowy ku stronie prawej i w dół, czego nie dostrzega się, jeżeli odźwiernik jest zrośnięty ze sąsiednimi narządami (Angerer). Jeżeli guz ma siedzibę w żołądku, to po wydęciu tegoż powietrzem lub proszkiem burzącym, musi pozostawać w obrębie wypukowych granic żołądka. Jeżeli guz znajdujący się w okolicy żołądka znika po wydęciu, to on leży na jego tylnej ścianie, albo wcale do żołądka nie należy. Prześwietlając żołądek zapomocą g a s t r o d i a f a n u, przedstawia się guz rakowy żołądka (p. str. 23) jako miejsce zacienione na tle jasnym, które przy ruchach oddechowych się obniża i podnosi. R u c h o m o ś ć o d d e c h o w a guzów ucho-

działa niedawno jeszcze za oznakę, że one nie należą do żołądka, dopiero laparotomie i prześwietlenie żołądka wykazało mylność tego twierdzenia znajdującego się dotąd jeszcze w podręcznikach dyagnostycznych. Obrazcow opisał już w r. 1889 przypadki guzów rakowych odźwiernika, które się przy ruchach oddechowych obniżały. — Jeżeli istnieje rozstrzeń żołądka (p. ustęp o cieśni odźwiernika), to guz żołądkowy należy odnieść do odźwiernika i uważać za nowotwór rakowy. Zdarza się jednak, chociaż w bardzo rzadkich przypadkach, że ten guz nie jest rakiem, ale tylko zgrubiałym odźwiernikiem, bądź to przez rozrost tkanki bliznowatej po wrzodzie, bądź przez sprawy zapalne na jego wewnętrznej lub zewnętrznej powierzchni (*pyloritis* lub *peripyloritis chronica*). Zgrubienie odźwiernika nie potrzebuje być znacznego stopnia, aby je można wyczuć jako guz, gdyż doświadczenie poucza, że guzy wyczuwane przez powłoki brzuszne zawsze wydają się przy badaniu o wiele większe, niż są w rzeczywistości. Fleischer opisuje ciekawy przypadek skurczowo ściągniętego odźwiernika, który imponował jako guz nowotworowy, tak że chory leżał już na stole operacyjnym. Gdy teraz ponowne badanie po zachloroformowaniu nie było w stanie wykazać guza, zaniechano wykonania operacji. Chory ten żyje dotąd od lat dwunastu bez zabiegu operacyjnego.

Trzeba jednak mieć na uwadze, że guzowatości w okolicy żołądka mogą jeszcze pochodzić:  $\alpha$ ) od guzów podskórnych najczęściej tłuszczaków (*lipoma*), które są przy dotyku niebolesne i nieprzesuwalne. Ja mam w leczeniu 56-letniego mężczyzny z powodu przypadłości gastrycznych, u którego już w roku 1889 wyczuwałem wyraźny guz w okolicy żołądka wielkości małego orzecha włoskiego. Guz ten do dziś dnia się nie powiększył, ale od czasu do czasu, gdy przypadłości żołądkowe się odnawiają, guz ten staje się przy ucisku bolesnym. Przyrodę tego guza na pewno trudno jest oznaczyć; —  $\beta$ ) od zmian w mięśniach prostych. Skurcz włókien mięsnych między *inscriptiones tendineae* przy silniejszym dotyku może się wydawać jako guzowatość. Często zdarza się, że lekarze biorą większą oporność mięśnia prawego prostego pod łukiem żebrowym prawym za rozlany naciek rakowy. W tym jednak miejscu z powodu obecności wątroby jest oporność i w stanie prawidłowym większa, niż po stronie lewej; —  $\gamma$ ) od zmian w samej otrzewny jak, od zmiany zapalnej około żołądka (*periga-*

*stritis chron.*) wywołanej przez wrzód okrągły, od wypociny otorbionej, od nacieku gruźliczego, lub kiłowego (*gumma*) lub od nowotworu samej otrzewny; jednak guzy te są poruszalne wraz z powłokami brzuszными i nie wywołują zwykle przypadłości żołądkowych, a badanie wewnętrzne żołądka wykazuje obecność HCl wolnego. Guzom przyrody zapalnej poprzedzał stan gorączkowy, niektóre z nich wytwarzają się lub trwają przez kilka lat; — δ) guzy *sieci* (*exsudatum* lub *induratio tuberculosa, neoplasma omenti*), bardzo trudno odróżnić od tumorów żołądka; sprawiają one także przypadłości gastryczne pociągając żołądek ku dołowi odznaczają się wielką przesuwalnością a przy prześwietlaniu zaciniają żołądek. ε) od z a t k a n i k a ł o w y c h w poprzecznicę dających się usunąć środkami przeczyszczającymi, od nowotworów (guzów) poprzecznicę, sprowadzających objawy zaciśnięcia jelit; t u m o r y p o p r z e c z n i c y leżą po wydeciu żołądka po za obrębem wydętego żołądka; jeżeli zaś napełni się jelito 1—2 litrami wody, to tumor nie podnosi się jak to czynią guzy żołądkowe, lecz opada ku dołowi; — ζ) od lewego płatu wątroby lub η) od woreczka żółciowego, nowotworem zmienionych, a wtedy guz porusza się przy oddechach, wydaje odgłos wypukowy stłumiony, trawienie i wydzielanie soku żołądkowego bywa przytem niezmienione; — guz wrzekomo żołądkowy przy wiotkich powłokach brzusznych lub przy rozstąpieniu się mięśni prostych może być nowotworem wychodzącym z trzustki albo nawet samą jej głową (*Leube*); guzy trzustkowe leżą głęboko, nie okazują ruchomości oddechowej i sprawiają często zastoinę żyły wrotnej, jakoteż żółtaczkę; przy prześwietlaniu żołądka, nie zaciemniają go; — ι) r a k d w u n a s t n i e y trudny jest do odróżnienia, gdyż daje podobne objawy kliniczne, co i rak odźwiernika. Zauważyć jednak należy, że w raku dwunastnicy znajdowano (*Czygan*) najczęściej wolny HCl, jakoteż trwale zaleganie żółci w żołądku, jeżeli nowotwór znajduje się poniżej ujścia od ductus choledochus; — κ) w kilku zaś rzadkich przypadkach stanowił guz żołądkowy ciało obce w nim zawarte, które np. w przypadku *Bollingera* ważyło 900 gm. i stanowiło masę składającą się ze systematycznie połykanych włosów, zatykających odźwiernik; chora umarła wskutek zagłodzenia; u stolarzy opisano kilkakrotnie guzy szelakowe w żołądku, które powstały wskutek picia polityury przez nich. W innych również

nader rzadkich przypadkach dostrzegano guzy żołądkowe, lecz bez zmian nowotworowych. W przypadku Nothnagla wykazała sekcyja, że to był żołądek o zgrubiałych ścianach włóknisto zwyrodniałych (*induratio fibrosa v. cirrhosis ventriculi*; p. str. 132). Za życia przypadki marskości żołądka, nie dając swcistych objawów klinicznych, uchodzą za sprawę rakową.

f) Znaczny ubytek ciężaru ciała, kilkanaście do kilkudziesięciu funtów w przeciągu niedługiego czasu (kilku miesięcy), pomimo zastosowania dobrego żywienia. Wyjątek mogą stanowić chorzy szpitalni; ci przechodząc z niedostatecznego pożywienia do obfitszego, mogą w pierwszych tygodniach przybierać na wadze, później jednak waga ich znów się zmniejsza. Fr. Müller bowiem wykazał, że chorzy rakowi więcej wydalają azotu z ustroju, niż go można wprowadzić z pokarmami do ustroju. Stąd i równowaga ciężarowa u tych chorych nie da się utrzymać. Ten przyspieszony rozpad tkanek u rakowych przypisują właściwemu jadowi rakowemu. Klemperer wnioskuje ze swych doświadczeń nał surowicą chorych rakowych, że ona działa trująco na ustrój.

g) Charakterystyczne (*cachexia*), które idzie w parze z ubytkiem ciężaru ciała, pojawia się prawie stale w drugiej połowie choroby prawdopodobnie z powodu swoistego zakażenia, może jednak, jeżeli niema jeszcze cechujących oznak raka żołądka, dać powód do zamiany stanów chorobowych, połączonych z silnem wychudzeniem jako to: z długotrwałym niezłym jelit cienkich u osób wieku podeszłego, z charakterem wywołanem przez głodzenie się chorych, z powodu bólów doznawanych po spożyciu pokarmów (n. p. we wrzodzie okrągłym, niezycie kwaśnym), albo wskutek zaburzeń nerwowych lub psychicznych (*anorexia nervosa*) w histeryi melancholii.

W obec przytoczonych objawów obecność raka jest prawie pewną. Lecz ponieważ rak żołądka i pomiędzy publicznością nielekarską znany jest jako choroba nieuleczalna, musi lekarz nim wypowie to słowo złowrogie, nabyć niezbitęj pewności. Upewnia on się o tem przez zbadanie treści żołądkowej (p. str. 38), która w przebiegu raka żołądka może przedstawić pewne swoiste cechy.

h) Brak wolnego kw. solnego w treści żołądkowej napotyka się w raku żołądka z małymi tylko wyjątkami. Nie jest on

jednak oznaką obecności raka, lecz równocześnie istniejącego niezytu śluzowego lub zanikowego żołądka, które jak opisano już na str. 119, 126 jako samoistne choroby występują. Doświadczenie poucza też mię, że tylko w  $\frac{2}{3}$  przypadków braku wolnego HCl można się spodziewać obecności raka żołądka. W każdym razie jest to przy istnieniu innych objawów raka, ważny szczegół rozpoznawczy pomocniczy, chociaż niekiedy i zwodniczy. W przypadkach braku HCl radzi Schüle oznaczyć deficyt kw. solnego w treści żołądkowej (p. str. 50), gdyż jeżeli ten wynosi 50% lub więcej, ma być najprawdopodobniejszą przyczyną tego raka żołądka.

O b e c n o ść w o l n e g o HCl w treści żołądkowej jest ważniejszym szczegółem rozpoznawczym niż brak i może mieć znaczenie wykluczające raka. Nadmierna kwasota treści żołądkowej nad 100=3·6 p. m. HCl, pochodząca od kw. solnego, prawie zawsze przemawia przeciw obecności raka na błonie śluzowej a za obecnością wrzodu okrągłego (p. str. 93). Istnienie raka w żołądku wobec prawidłowej kwasoty (50—70) pochodzącej od kw. solnego wolnego zalicza się do wyjątków. Są to przypadki, w których rak pierwotny przechodzi ze zewnątrz na żołądek, z otaczających narządów (trzustki, wątroby, jelit, sieci i t. p.), lub też rozwija się w bliźnie po przebytych wrzodzie okrągłym (p. str. 137). Rosenheim przytacza 50 przypadków raka żołądka z których 4 rozwinęło się po przebytych wrzodzie okrągłym. Z tych dwa wykazywały kwasotę 3 p. m. HCl, w innych dwóch nie można było wykazać wolnego HCl. Hammerschlag opisał na 42 przypadki raka żołądka, aż 8 przypadków po przebytych wrzodzie. Z tych ośmiu, wykazywały 3 przypadki prawidłową ilość HCl, podczas gdy w pięciu kw. solnego nie było, lecz kw. mlekowy. Słabe lub niepewne oddziaływanie treści na wolny HCl nie może być użytkowane jako objaw przeciwrakowy. Przeciwnie, jeżeli podczas kilku-tygodniowej obserwacji chorego, kwasota co do kw. solnego wolnego widocznie się obniża, a nawet oddziaływanie na wolny HCl znika, to zachowanie się tego rodzaju przemawia bardzo silnie za rozwojem raka w żołądku. Ja miałem wątpliwe przypadki, w których kwasota treści po śniadaniu próbnym wynosiła 30—40, oddziaływanie z floroglucyno-waniliną na HCl było wyraźne, strawienie krawka białka odbyło się w kilka godzin. Późniejsze jednak badania wykazywały kwasotę coraz niższą a oddziaływanie na HCl

mniej wyraźne. Po upływie 1—1½ roku zakończyły się one śmiertelnie wskutek rozwinięcia nowotworu.

g) Zmniejszenie ilości pepsyny cechujące także nieżyt śluzowy i zanikowy (p. str. 123, 129) posiada tylko wtedy wartość rozpoznawczą, jeżeli je stopniowo z tygodnia na tydzień wykazać można. Do tego służy metoda Hammerschläga opisana na str. 123. Metoda ta wykazuje upośledzenie trawienia do 15%. Wielką ważność rozpoznawczą w raku żołądka przypisuje jeszcze Eichhorst znacznemu upośledzeniu wessania jodku potasowego w żołądku (p. str. 29). Sprawa wymaga jednak jeszcze bliższego rozpatrzenia.

k) Obecność kw. mlekowego w treści żołądkowej przedstawił Boas pierwotnie jako pewną oznakę raka żołądka. Objaw ten występuje dopiero w późniejszym okresie raka t. j. gdy chemizm trawienia znika i pojawia się zostoina treści żołądkowej — jest to więc objawem odbywających się spraw fermentacyjnych w żołądku (p. str. 32, 140). Następne ogłoszenia innych autorów wykazują, że w przeważnej części przypadków raka treść zawiera kw. mlekowy, a wtenczas wykazuje brak kw. solnego. Jednak bywają przypadki innych jeszcze chorób (nieżytu śluzowego lub zanikowego z rozstrzenią) żołądka, w których także kw. mlekowy w treści żołądkowej można wykazać. Tak n. p. Strauss znalazł na 27 przypadków, z treścią żołądkową zawierającą kw. mlekowy 22 razy raka żołądka a 5 razy inną chorobę tego narządu. Hammerschlag miał na 35 przypadków kw. mlekowego, 29 przypadków raka, a w sześciu inne zбочzenie żołądka. Na 42 przypadki raka żołądka znalazł ten autor w 26-ciu kw. mlekowy. De Jong przytacza 4 przypadki kw. mlekowego bez zajęcia rakowego żołądka. Ja zebrałem z ostatniej literatury 86 przypadków raka żołądka badanych na kw. mlekowy; z tych było 64 (76%) z wynikiem dodatnim. Obecności kw. mlekowego nie można odmówić pewnego znaczenia rozpoznawczego dla raka żołądka, jednak nigdy uważać za rozstrzygający, jak to Boas początkowo przypuszczał. Oddziaływanie na kw. mlekowy skutecznia się po wyklóceniu treści eterem, odczynnikiem Uffelmana (p. str. 43) i oddziaływanie to musi być wybitne.

z) Obecność ognisk rakowych pod drobnowidem w strzępach błony śluzowej we wypluczynach. Ten rzadki przy-

padek może tylko wyjątkowo posłużyć za podstawę do rozpoznania, a wobec wyniku dodatnego jest on szczególnie rozstrzygającym. P. Cohnheim podaje np. że w 5 przypadkach mógł ze strzępów błony śluzowej wyciągniętych wraz z treścią żołądkową otrzymać preparaty mikroskopowe, w których ułożenie przybłonka wskazywało na obecność nowotworu rakowego.

k) Długie laseczki nitkowate, często kątowato połączone uważałem już od r. 1889 jako często towarzyszące rakowi żołądka (p. str. 33). Kaufmann, który po zwróceniu na nie uwagi przez Opplera, bliżej je zbadał, znalazł je 19 razy na 20 przypadków raka żołądka. Ponieważ one są przyczyną fermentacji mlecznej treści żołądkowej, przeto i nie mają większego znaczenia rozpoznawczego, jak i obecność kw. mlekowego w żołądku.

i) Sprawność mechaniczna żołądka bywa w przebiegu raka z małymi wyjątkami znacznie upośledzoną (p. str. 139). Nawet w przypadkach, gdzie nowotwór nie zajmuje odźwiernika, można znaleźć w żołądku czeczym resztki pokarmów; a to może czasem posłużyć do odróżnienia raka od nieżyty śluzowego lub od zaniku wydzielniczego, gdyż w tych ostatnich chorobach, bywa sprawność mechaniczna albo utrzymana, albo nie wiele upośledzona, jeżeli one nie przebiegają z rozstrzenią żołądka; ostatnia okoliczność znaczenie rozpoznawcze tego objawu znacznie zmniejsza. Osłabienie sprawności mechanicznej żołądka przy podejrzeniu na raka można tylko wtedy użytkować w celu rozpoznawczym, jeżeli badanie fizyczne nie wykazuje objawów rozstrzeni żołądka. Ja przypominam sobie przypadki raka żołądka, w których żołądek okazywał się przy badaniu fizykiem zmniejszony, a pomimo to badanie wewnętrzne wykazywało zastoinę treści żołądkowej.

Rozpoznanie raka w początkowym okresie jest bardzo trudne i wymaga często kilku-tygodniowej obserwacji. Właśnie w tym okresie zadajemy sobie tyle trudu z powodu, że wiele wczesnych przypadków raka żołądkowego są dla zabiegu operacyjnego przystępne. I do tego należałoby dążyć, aby postawić rozpoznanie raka w tym okresie, kiedy niema ani guza ani wybitnego stwardnienia. W tym celu należy skrzętnie zebrać wyżej wyliczone i opisane szczegóły rozpoznawcze: Wiek, nagłe pojawienie się objawów żołądkowych u przedtem zdrowej osoby bez wia-

do tego powodu, wstręt do mięsa, głuche trwałe bóle, szybkie słabnięcie sprawności mechanicznej, wydzielania HCl i pepsyny, pojawienie się kw. mlekowego i nitkowatych laseczników; wymiociny szarawe, szybki upadek ciężaru ciała pomimo dobrego żywienia, wychudnienie i charłactwo właściwe.

Wyżej wyliczone uwagi rozpoznawcze służą do odróżnienia raka żołądka od innych chorób tegoż narządu: od wrzodu okrągłego (p. jeszcze ust. XVI i XXIV); od niezytu śluzowego i zanikowego (p. ust. XVIII, XIX); jakoteż od stanów wyglodzenia ustroju, w uwiadze starczym (*marasmus senilis*) połączonym z biegunką, i w braku łaknienia (*anorexia nervosa*) w histeryi, melancholii, małokrwistości złośliwej (p. ustęp o braku łaknienia w rozdziale o nerwicach żołądka).

Bywają przypadki, gdzie nowotwór rakowy żołądka nie wywołuje cechujących objawów, a rozpoznanie staje się za życia niemożliwym. Opisane są nawet przypadki raka żołądka (*carcinoma occultum*), które za życia żadnych objawów gastrycznych nie sprawiały. Bywają to postaci rakowe przebiegające jako *carcinoma planum*.

W przypadkach wątpliwych co do rozpoznania raka pozostawałoby tylko, jak Matlakowski doradza, laparotomia próbna, na którą jednak lekarz nie tak łatwo otrzyma zezwolenie chorego. Lecz i ta nie zawsze doprowadzi do celu, gdyż nie wykryje drobnego ogniska początkowego. Więcej możnaby się spodziewać po gastroskopii (p. str. 24), jeżeli ta dojdzie w przyszłości do takiej doskonałości, jak cystoskopia obecnie.

W niemałej liczbie przypadków przebiega rak żołądka pod postacią kliniczną innej choroby, i prowadzi do pomyłek rozpoznawczych. Tak np. Pawiński opisał raka żołądka, który przedstawiał objawy kliniczne marskości wątroby Chełchowski porównując (1893 r.) rozpoznania szpitalne ze sekcyjnymi, przytacza 152 przypadki sekcyjne raka żołądka, z których 50 t. j.  $\frac{1}{3}$  część nie została za życia rozpoznana. Z tego rozpoznano mylnie zamiast raka żołądka 16 razy *phthisis pulmonum*, 16 razy *nephritis*, 11 razy *gastroenteritis chronica*, 7 razy *cirrhosis hepatis*. Nadmienić wypada, że to jest materiał zebrany w r. 1893 z lat 17, gdzie przynajmniej w pierwszych 10 latach nie wykonywano wewnę-

trznego badania żołądka. Z ostatnich lat dzisiejszych zebrana statystyka wypadłaby pomyślniej.

**Uwaga.** W *adenosarcoma pylori* opisanem ostatnimi czasy przez Boasa, były objawy te same, co i w raku żołądka (guz, wychudnienie lecz nie charłactwo, resztki pokarmów rano naczczo, kw. mlekowy, nitkowate bakterye); po reseceyi odźwiernika miał się chory dobrze.

**Rokowanie** w raku żołądka, jeżeli rozpoznanie jest pewne, jest w ogóle złe. W przypadkach wczesnie rozpoznanych a nadających się do zabiegu operacyjnego można choremu przedłużyć życie na kilka lat. Przypadki zadawnione, chociaż pomyślnie operowane, giną po niedługim stosunkowo czasie wskutek nawrotów lub przerzutów (p. ustęp o zabiegach chirurgicznych).

5. **Leczenie wewnętrzne** raka żołądka, może być tylko symptomatyczne. Przy racjonalnem przeprowadzeniu tegoż można we wielu zaniedbanych przypadkach osiągnąć znaczne polepszenie przypadłości podmiotowych, a nawet podnieść ciężar ciała. Pochodzi to stąd, że leczenie poprawia towarzyszący nieżyty słuźowy i wprowadza większą ilość pożywniejszej mieszaniny pokarmów. Trwa to jednak niedługo (kilka tygodni lub miesięcy), przypadłości żołądkowe się wzmagają a ciężar ciała pomimo najforsowniejszego żywienia podupada, gdyż zużycie tkanek pod wpływem jadu rakowego coraz silniej postępuje (p. str. 147). W tym to okresie nie będziemy krępować ani siebie, ani chorego już i tak straconego, przepisami dyetetycznymi; nie będziemy przeszkadzać zachciankom smakowym, wykluczając chyba tylko pokarmy notorycznie szkodliwe. O szczegółowem żywieniu chorych rakowych będzie mowa w Części III-ej. Jeżeli od żywienia szybko podupada, a chory pokarmy źle znosi, należy jeszcze pomagać *lawatywami odżywcze*\*) i stosować środki skrzepiające i podniecające: wino (Haute-Sauterne), wino kola, koniak, śliwowica, grog, poncz, kawa czarna, Tra Calami, Tra Cinnamomii, Tra Moschi i t. p. Nie powinien jednak lekarz w tej złośliwej chorobie, kontrolować odżywienia przez oznaczanie ciężaru ciała wagą; rzut oka na chorego powinien tu wystarczyć do oceny zmian w odżywieniu. Bo jeżeli lekarz nie jest w stanie choremu przywrócić zdrowia, to przynajmniej nie powinien mu odbierać spokoju psy-

\*) O przyrządzaniu rozmaitych lawatyw odżywczych p. *Kuchnia higieniczna* str. 298.

chicznego przyprowadzając mu do świadomości chorobę, podkopującą odżywienie i siły jego. Podtrzymywanie ducha ma tu większą wartość, niż pisywanie recept i należy do obowiązków lekarza.

W najgorszem położeniu ze względu na odżywienie znajduje się chory, jeżeli nowotworowi towarzyszy rozstrzeń żołądka. W tym wypadku wytwarza się stale fermentacja gnilna, której zwykle nie można pokonać, ani przez dobór pokarmów, ani przez podawanie środków przeciwnilnych, chyba tylko można chwilową sprawić ulgę przez przepłukiwanie żołądka, o czem w ust. o rozstrzeni żołądka (p. cieśń odźwiernika) będzie jeszcze mowa.

W długim tak dla chorego jak i dla lekarza przykrym przebiegu raka żołądka wypadnie niejednokrotnie stosownie do przypadłości podawać środki podane dla nieżytu śluzowego i zanikowego na str. 117, jako to: kw. solny z pepsyną we większych dawkach. W niektórych znów przypadkach mogą działać uśmierzająco nawet alkaliczne wody ogrzane, zwłaszcza *aqua alcalina effervesces*, jeżeli w żołądku odbywa się fermentacja kwaśna (p. str. 79, 92). Dla zmniejszenia fermentacji gnilnej w żołądku, stósowne jest używanie kwasu salicylowego, pigułek albo kapsułek kreozotowych (0·5—0·75 kreozotu dziennie) lub mirtolowych (p. ust. o rozstrzeni żołądka). — Zły smak w ustach staramy się usunąć przez przepłukanie jamy ustnej roztworem octu czerwonego lub wodą miętową. — Bóle uśmierzamy mięszaniną *aq. laurocerasi c. morph.*, albo czopkami lub wstrzykiwaniami morfiny. W początkach choroby uśmierzają niekiedy bóle, nacierania okolicy żołądka zapomocą *Ol. hyoscyami c. chloroformio*, lub też *codeinum muriat.* w proszku po 0·025—0·04 na dawkę, albo w roztwornie: *Codeini muriat. v. phosph. 0·25, aq. laurocerasi 10 0, ac. hydrochlor. 1·0, MDS 20—30* kropel w razie potrzeby zażyć, albo w czopkach po 5 cg. Jeżeli przyczyną bólu jest znaczna ilość nagromadzonej treści w żołądku, należy wówczas stosować od czasu do czasu przepłukiwanie żołądka 1% roztworem letnim boraksu, lub świerc odsetkowym *natrium salicylicum*, a ewentualnie  $\frac{1}{2}\%$  wodą chloroformową. Lecząc tego postępowania tylko wtenczas używamy, jeżeli chory jeszcze niezbyt osłabiony, zondowanie dobrze znosi, inaczej staje się płukanie dla chorego większym ciężarem, niż ulgą. Przeciw nudnościom, odbijaniom, czkawce, wymiotom mogą być stósowane: połykanie kawałków lodu, użycie zi-

mnej wody chloroformowej łyżkami, picie wody sodowej zwyczajnej lub kwaśnej, albo oziębionego wina szampańskiego, gorczyczniki na dołek podsercowy lub mostek, wreszcie *Morph. mur.* 1 cg. albo *Extr. belladonae* (2—4 cg) wewnątrz lub w czopkach. Co się jednak tyczy w y m i o t ó w, nie należy ich wcale powstrzymywać, jeżeli przyczyną ich jest znaczne nagromadzenie treści w żołądku, gdyż ona przyczynia się do zwiększenia bólów, nudności i drażnienia do wymiotowania. — Dla wywołania stołca używamy lawatyw wodnych, lub lepiej jeszcze gazowych wprowadzając wodę sodową ze syfonu do odbytnicy zapomocą rurki kauczukowej założonej na dziubek syfonu, lub wstrzykiwań 10—15 gm. gliceryny do odbytnicy lub też czopków glicerynowych. Soli przeczyszczających, osłabiających niepotrzebnie chorego, unikamy zupełnie. W pewnej liczbie przypadków raka bywa jednak stolec wolny, a nawet istnieje uporeczywa biegunka wywołana skutkiem dostawania się treści gnijącej ze żołądka do jelit. Biegunka ta przyspiesza nadzwyczaj szybko okres charłactwa i ogólne wyniszczenie, musi być przeto energicznie leczoną stósonnymi środkami, co szczegółowo opisane, znajdzie Szan. Czytelnik na innem miejscu \*). Bardzo dobrze uśmierza *aqua calcinata effervescens* biegunkę tego rodzaju.

Od najdawniejszych czasów bywają polecane w medycynie wewnętrznej leki wrzekomo swoiste przeciw nowotworowi rakowemu. Biorą je autorowie przeważnie z medycyny ludowej, a ulegając w swoich doświadczeniach złudnym wynikom niepokoją świat lekarski, jakoteż chorych przez kilka miesięcy. Z obowiązku autorskiego notuję te leki pokrótce: *Therebintina de Chios* (Frerichs) po 0.1—0.2 w pigułkach, jakoteż i wstrzykiwania z *extr. fluidum* tej rośliny. — *Infus cort. Condurango c. ac. muriatico* z dodatkiem *Syr. menthae* albo *foeniculi*, a którym to lekiem chce dziś lekarz zaznaczyć istnienie raka żołądka. Lek ten ma według spostrzeżeń Friedreicha, jakoteż z nowszych Riessa zmniejszać objawy raka, a właściwie działa on jako dobre *stomachicum* dlatego też i w innych chorobach żołądka bywa przepisywane jako *vinum Condurang*, lub *Extr. fluidum Condurango*. Jednak próby L. Wolffa wykazały, że *Condurango* ani na wydzielanie ani na chemizm trawienia wpływu nie wywiera. W praktyce ubogich można przepisywać *cortex Condurango* po 5.0, z czego sobie chorzy sami szklanke odwaru przygotować i łyżkami używać mogą. — Teoretycznie wskazane jest stosowanie k w. solnego z pepsyną w znaczniejszych dawkach; ma on działać

\*) O leczeniu biegunki przewlekłej. Jaworski. Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej. Zeszyt 17. Kraków 1893. Wydawnictwo dzieł lek. pol.

tu nie tylko jako środek trawiący i podniecający trawienie jelitowe, lecz także jako środek przeciwnilny (p. str. 117). — Brissaud w Paryżu ogłosił w r. 1893, że miał w 5 przypadkach raka żołądka wyśmienite polepszenie równające się wyleczeniu po używaniu *Natrium chloricum* w dawce dziennej 8—16 gm. Ja podawałem w 2 przypadkach po 6 łyżek dziennie Natrii chlorici 30:0, aq. 300:0, bez skutku. Chorzy tę ilość chloranu sodowego znosili przez dwa tygodnie bez zaburzeń, pomimo, że w jednym przypadku był ślad białka przed stosowaniem leku. Ze względu, że już dawniej zauważano korzystny wpływ zewnętrznego stosowania *Kali chloricum* na carcinoma labii, byłoby usprawiedliwionem w przypadkach nie nadających się do operacji próbować natrium chloricum w powyższych dawkach. — Adamkiewicz w swoim czasie wstrzykiwał przez siebie wyrabianą kankroinę. — Emmerich i Scholl w przypadkach raków nie nadających się do operacji polecają wstrzykiwania surowicy otrzymanej pod wpływem zakażenia różą (*streptococcus erysipelatis*). — Niestety nie brakło w końcu szarlatańdów lekarskich, którzy widzieli dobra skutki lecznicze w raku żołądka po wstrzykiwaniach soku jądrowego Brown-Séquarda, lub po zastosowaniu X—promieni (Despeignes). — *Extr. Chelidonii majoris* (Deniseńko) polecane zostało tylko dla raków zewnętrznych.

W razie przebiecia nowotworu do otrzewny postępujemy podobnie jak przy przebieciu przez wrzód (p. str. 113), sposób zaś leczenia krwotoku znajduje się w następnym ustępie.

O zabiegach chirurgicznych w przebiegu raka żołądka będzie mowa w ustępie osobnym.

## XXII. Rak wpustu (*Carcinoma cardiae*).

1. Rak wpustu chociaż anatomicznie należy do żołądka, przedstawia z powodu swego właściwego umiejscowienia pod względem objawów i przebiegu klinicznego zupełnie odrębny obraz choroby, inny niż rak reszty części żołądka. Przedstawia on się klinicznie jako choroba przełyku. Dlatego i w osobnym ustępie jest o nim tu mowa. Rak wpustu włącznie z rakiem innych części przełyku jest najczęstszą zmianą (90%), która cieśń organiczną przełyku sprawia. Rak wpustu pojawia się o wiele częściej (88% Ziemssen) u mężczyzn, aniżeli (12%) u kobiet. Ja w przeciągu kilkunastu lat widziałem tylko 2 przypadki raka przełyku u kobiet. Przyczyną tego ma być, że nadużycia w napojach wysokokowych, które mają usposabiać do raka przełyku, zdarzają się przeważnie u mężczyzn.

2. Objawy i przebieg. U osób starszych około lat 40 lecz nie u każdego chorego, zaczynają się pojawiać od kilku mie-



sięcy niezawisłe od spożywania pokarmów bóle tępe pod wzrostkiem mieczykowatym, które mogą budzić chorego w nocy. Chorzy doznają od czasu do czasu przy połykaniu większych kęsów, zwłaszcza mięsa, utykania, a niekiedy urażenia pod mostkiem, co po chwili przechodzi. W dalszym przebiegu choroby czują, że podczas jedzenia coś się nagromadza pod mostkiem, sprawia gniecenie i rozprężanie, po napiciu się wody lub innej cieczy ustępuje nagle. Chorzy odnoszą te objawy do zwykłej niestrawności żołądka. Dopiero dalszy przebieg zaczyna ich niepokoić, a mianowicie uczucie nagromadzenia się pokarmów w dołku podsercowym, zatrzymujących się we wytworzonym rozszerzeniu nad zwężeniem i „nieprzepuszczania“ takowych na dół, przyczem chorzy doznają często bólów w grzbiecie między łopatkami i napadu dusznicy sercowej. Część pokarmów dopiero co spożytych po kilku minutach zostaje wyrzucona w stanie niezmiennym lub mocno cuchnąca. Powtarza się to już za każdym razem przy obiadach, kiedy chorzy spożywają pokarmy stałe, szczególnie mięsne. W tym okresie wytworzyło się już znaczne zaciśnięcie wpustu masami nowotworowemi, a nad zwężeniem rozszerzenie przelyku w postaci uchylka ze zmianami nieżytowemi przelyku (*oesophagitis catarrhalis*). Chorzy zaczynają się ograniczać do pokarmów ciekłych; wtedy już od miesięcy rozpoczęte wychudnienie szybkim krokiem postępuje, wytwarza się (chociaż nie zawsze) właściwe charłactwo rakowe; okolica żołądka i cała jama brzuszna niekrowato zapadnięte, stolec zaparty bardzo skąpy, również i mocz; w niektórych przypadkach gruczoły nadobojczykowe lub pachowe powiększone i twarde; język mocno obłożony, a z ust wydobywa się woń obrzydliwa cuchnąca, jakby woń padliny. W miarę tego jak się nowotwór rozszerza, a chory zaledwie łyżkę wody przelknąć może, pojawia się ogólne wyniszczenie z obrzękami na nogach. W tym to okresie może niespodziewanie zjawić się z łudne polepszenie, przez to że chory nagle połykać poczyna, gdyż to jest właśnie okres rozpadu nowotworu, wskutek czego drożność przelyku na jakiś czas znów się pojawia. We wielu przypadkach raka wpustu kończy się sprawa chorobowa albo wskutek przerzutów, albo wskutek przebiecia, albo krwotoków, albo zapalenia płuc aspiracyjnego.

Chemizm trawienia w raku wpustu, który ani na rozpoznanie, ani na leczenie żadnego niema wpływu, podają autorowie rozmaicie: albo prawidłowy, albo zniesiony. Prawdopodobnie ma się rzecz tak, że w przypadkach, gdzie rak przechodzi z przełyku na wpust, chemizm bywa prawidłowy, a przy przechodzeniu nowotworu ze żołądka do wpustu upośledzony lub zniesiony.

Ciekawe spostrzeżenie zrobił ostatnimi czasy Th. Hitzig w klinice Eichhorsta. Na 37 przypadków raka przełyku, dostrzegął w pięciu przypadkach zwężenie źrenicy lewej.

3. R o z p o z n a n i e. O ile rozpoznanie raka wpustu w przypadku rozwiniętym jest łatwe, o tyle więcej trudności przedstawia ono w początkowym okresie.

α) W początkowym okresie mogą naprowadzić na podejrzenie raka wpustu: uczucie ucisku lub bólu pod mostkiem u osoby liczącej około 40 lat, utykanie lub urażanie przy połykaniu, zapijanie suchych pokarmów, aby lepiej przechodziły, podczas gdy dawniej tego czynić nie trzeba było.

β) Uczucie gniecienia lub bólu pod mostkiem, dla wienia się, a nawet zwracanie pokarmów niedługo po spożyciu, powinno każdego lekarza spowodować do zbadania drożności przełyku za pomocą sondy.

γ) Objawy charłactwa rakowego.

δ) Badanie przedmiotowe: Brak lub opóźnienie (nad 12 sekund) szmeru przełykowego, wysłuchując go w pozycji leżącej chorego; — pojawienie się skurezowego szmeru w dołku podsercowym wskutek ucisku nowotworu na aortę (Lauenstein); — boleśność przy opukiwaniu wyrostka mieczykowatego (Boas); — obrzęk gruczołów nadobojczykowych. Powyższe jednak objawy niepojawiają się we wszystkich przypadkach.

ε) Z o n d o w a n i e (p. niżej Leczenie) wykazuje w przypadkach już rozwiniętych w odległości 40—46 cm. od zębów o p ó r dla sztywnej sondy niedający się zapomocą ucisku przełamać. W czasie zondowania przy krztuszeniu się, wydobywa się woń obrzydliwa z jamy ustnej, a na sondzie pozostają strzępy cuchnące, b a r w y c z e r w o n e j, które pod mikroskopem przedstawiają cebulkowato ułożony przybłonek (ogniska rakowe). Zrozumiałem jest, że zondowanie nie wykrywa początkującego raka wpustu, gdyż przy małym dopiero zajęciu miejscowem wpustu,

drożność się nie zmienia. Tu może tylko starannie wykonana endoskopia przełyku (p. niżej) dać jeszcze wynik dodatni, chociaż przeoczenie i przy tej metodzie badania jest bardzo możliwe.

**Rozpoznanie różniczkowe.** Odróżnienie raka wpustu od innego rodzaju zwężeń jest w początkowych okresach bardzo trudne, a nawet w późniejszym okresie nie zawsze możliwe. Musimy tu mieć następujące sprawy chorobowe na myśli:

a) *Gastritis mucosa* u pijaków; sprawia ona rwanie na wymioty, wymioty śluzowe, zwracanie spożytych pokarmów, objawy podobne jakie widzimy i w zwężeniach przełyku. Własności treści zwracanej są nawet w obydwu przypadkach podobne; pokarmy niezmięcone i alkalicznie oddziaływujące. Jeżeli one pochodzą z rozszerzenia przełyku w raku wpustu, to są woni zwykle mocno cuchnącej, nie zawierają przy trawieniu sztucznem ani śladu pepsyny (str. 52), a pod mikroskopem przedstawiają bakterye nitkowate, liczne koki, całe sieci pleśni, całe płaty przybłonka płaskiego, niekiedy w postaci ognisk rakowych ułożone i ciała czerwone. Podobieństwo nieżyty śluzowego pijackiego do raka wpustu bywa niekiedy tak złudne, że niejedyn lekarz mając potatora z powyższymi objawami, leczy go na *vomitus matutinus*, nieprzypuszczając możliwości istnienia raka przełyku. Ja mam zwyczaj, że jeżeli chory skarży się na zwracanie lub trudności w przełykaniu, podać mu do zjedzenia suchą bułkę, a w razie potrzeby i wodę do popicia i obserwować czynność połykania; wtenczas mogą się naocznie przekonać o prawdziwości objawów chorobowych i o potrzebie zondowania.

Jeżeli zonda przełykowa grubości palca średniego napotyka u wpustu na opór i nie przechodzi, to nim się wyda stanowcze orzeczenie o istnieniu raka przełyku, należy jeszcze wykluczyć:

b) Uchylek, który jednak w części wpustowej nadzwyczaj rzadko się zdarza, gdyż tylko Reichmann i Mintz opisali przypadki tego rodzaju (bez potwierdzenia sekeyjnego). Sprawa ta trwa całemi latami. Zonda żołądkowa wydobywa raz treść zawierającą HCl i pepsynę, a drugi raz niezmięcone pokarmy bez tych wydzielin.

c) Obce ciało, wklinowane we wpuscie co do którego mogą dać wyjaśnienia albo wywiady, albo endoskopia przełyku (p. niżej).

d) Blizny w pustu zwykle nie krwawią przy zondowaniu, trwają całemi latami i nie sprawiają charakteru. Blizny te mogą pochodzić:  $\alpha$ ) od wrzodu okrągłego wpustu (p. str. 93), czemu zwykle poprzedzały krwotoki żołądkowe a nawet objawy przebiecia żołądka; —  $\beta$ ) blizny po połknięciu środków w żrących mogą wyjaśnić wywiady; —  $\gamma$ ) od kilaka (*gumma*), rozpoznanie bardzo trudne, gdyż zwykle nie ma objawów kiły w innych narządach; —  $\delta$ ) od wrzodów gruźliczych wpustu, jako objawu częściowego równoczesnej gruźlicy w innych narządach; polykanie we wrzodzie gruźliczym bywa zwykle bolesne.

e) Żołądek przesznurowany (*klepsydrowaty*, *binocularis*), może dawać zupełnie objawy zwężenia wpustu, które jednak wobec żołądka klepsydrowatego trwają całemi latami a przedmiotowo można ten stan rozpoznać przez diafanoskopię przy pomocy prześwietlania X-promieniami (p. ust. o rozstrzeni żołądka).

f) Jeżeli zonda przełykowa napotyka tylko na opór przy przesuwaniu, lecz ostatecznie przechodzi, to może to pochodzić od przyczyn zewnętrznych, jak od ucisku na dolną część przełyku przez tumory, gruczoły limfatyczne, tętniaki, ropnie i t. d.

g) Co do możliwości istnienia nerwowego skurczu wpustu (*spasmus cardiae*), to trwanie stanu chorobowego i jego zmienność co do możliwości i niemożliwości polykania zwykle daje wskazówki rozpoznawcze (p. dotyczący ustęp o nerwicach żołądka). Trudność polykania z powodu porażenia przełyku, rozstrzyga łatwo zondowanie.

4. Rokowanie w raku wpustu jest zawsze złe. Chorzy giną zwykle po upływie pół roku od pojawienia się pierwszych objawów utrudnienia w polykaniu. Tylko w rzadkich przypadkach, w których rak wytwarza się w bliznach, dostrzegano trwanie choroby i przez dwa lata. W przypadkach, w których obecność raka jest podejrzana, lecz jeszcze wątpliwa, należy się powstrzymać z rokowaniem, gdyż niespodziewanie może nastąpić zwrot ku dobremu (p. niżej, historie choroby).

5. Leczenie raka wpustu jest czysto symptomatyczne. W pierwszym rzędzie chodzi o wskazanie życiowe, aby drożność do żołądka utrzymać. Jeżeli takowej już niema, należy ją przywrócić przez zondowanie przełyku. Ponieważ zondowanie w każdym przypadku zwężenia przełyku i wpustu jest najważniejszym

rękoczynem rozpoznawczym i leczniczym, przeto o nim tu szczegółowo pomówimy.

**Z o n d o w a n i e.** W celu zondowania przelyku lub wpustu należy mieć zapas przelykowych zond angielskich, począwszy od najcieńszych do najgrubszych o długości przynajmniej 55 cm. Przed użyciem zanurza się je, cienkie we wodzie ciepłej, a grube w gorącej. W przypadkach, w których zondowanie jest bolesne, należy zondę po ogrzaniu w gorącej wodzie i wytarciu na sucho, powlec 5-procentową maścią kokainową, w której jest przynajmniej połowa masła kakaowego. Przed wprowadzeniem zondy, należy choremu wypędzować dobrze łuki i połyk głęboko 5-procentowym rozczynek kokainy. Ostrożności i sposób wprowadzania zondy podane zostały na str. 9. Do pierwszego badania bierze się zondę o średniej grubości; jeżeli ta przechodzi, to idzie się do grubszych, jeżeli zaś się zatrzymuje, to do cieńszych. Jeżeli się natrafi na miejsce nieprzepuszczające zondy, to się nie forsuje, lecz tylko wysuwa i wsuwa zondę, starając się natrafić na otwór, który może leżeć i bocznie. Im zonda jest cieńsza, tem trzeba być przy zondowaniu ostrożniejszym, gdyż tem łatwiej może nastąpić przebicie ostrym końcem. Zwłaszcza jeżeli chory uskarża się przy zondowaniu na ból kłujący w dołku podsercowym, należy zondę natychmiast wysunąć. Zdarza się dość często, że najcieńsza zonda nie przechodzi, a jej koniec okazuje się zakrwawiony, wtedy dalszych usiłowań czynić nie należy, lecz dopiero za dwa dni, tem więcej; że zwykle po takim pozornie bezskutecznym zondowaniu zdarza się, że chory zaczyna płynić lepiej połykać. Czastki wydobyte na zondzie należy zbadać pod mikroskopem (p. str. 35). Odległość końca zondy od zębów nienależy nigdy zaniechać odmierzyć. Jeżeli w przelyku i wpuście niema przeszkody, to zonda średniej grubości musi dotknąć krzywiznę dużą, a zatem w stanie prawidłowym musi odległość od zębów wynosić 55—60 cm. Zdarzały mnie się przypadki, w których lekarze z powodu zondowania zbyt krótkimi zondami przeoczały zwężenie wpustu. Wyżej opisane zondowanie odbywa się po omacku i tylko ślepy trafia zrzędza, jeżeli się natrafia końcem zondy do otworu w zwężeniu. To też jeżeli przy pierwszym posiedzeniu nie zdołano przejść przez zwężenie żadną zondą, to na drugi dzień staramy się to skutecznie przy pomocy endoskopu przelykowego (p. niżej). Jeżeli udało się

przejsć zondą przez zwężenie, należy skorzystać z tej okoliczności i podać choremu do wypicia jak najwięcej płynnego a pożywnego pokarmu (p. Część III-cia). Jeżeli wprowadzenie sondy odbywa się bez bólów i bez krwawienia, można rozszerzać zwężenie codziennie, pozostawiając zondę przez 15 minut w przełyku i powtarzać manipulację tak długo, aż przechodzi zonda grubości małego palca. Doprowadziwszy rozszerzenie do tego stopnia, należy zondowanie i na przyszłość skutecznić, lecz już tylko co dni kilka.

Jeżeli zapomocą sondy nie udaje się mnie przejść przez zwężony przełyk, używam jeszcze następującego sposobu. Posiadam zapas ziaren przedziurawionego śrótu, począwszy od grubości ziarna prosa do grochu, przymocowane z osobna na długich silnych nitkach jedwabnych. Śrót taki daję kolejno począwszy od najdrobniejszego połykać choremu, polecając zapijać go równocześnie wodą. Można się tym sposobem łatwo przekonać, że śrót o pewnej grubości przechodzi przez zwężenie, gdyż trzeba wielkiej siły do pociągnięcia nitki użyć, aby go napowrót wyciągnąć. Śrót jest w stanie zwężenie posiadające nawet krętą drogę przeforsować i pozwala ocenić średnicę światła zwężenia. Chory po tego rodzaju przezondowaniu przełyka chwilowo łatwiej.

Niekiedy udaje się mnie przeprowadzić przez zwężenie cienką miękką zondę żołądkową w ten sposób, że doprowadziwszy ją do zwężenia, wdymam do niej powietrze zapomocą balonika, albo z wysokości wprowadzam do niej wodę, której prąd cisnąc na zwężenie rozszerza je, poczem zonda z prądem wody wpada w zwężenie. Wprowadzenie wody przez miękką zondę ma tę korzyść, że można rozszerzony przełyk nad zwężeniem przepłukać i oczyścić od gnijących pokarmów, a równocześnie otrzymać materiał do drobnowidowego badania. Zwykle też rozpoczynam zondowanie miękką zondą żołądkową, co obecnie i Leube poleca.

Zamiast ślepych sond przełykowych radzi Ewald używać do zondowania przełyku, sondy żołądkowe sztywne (angielskie), a to z tego ważnego powodu, że jeżeli zonda przejdzie przez zwężenie, można choremu nalać przez nią do żołądka dowolną ilość płynu, a na oczkach można uchwycić strzępy błony śluzowej, wykazujące pod drobnowidem ogniska rakowe. Używanie tego rodzaju zond w celu rozszerzenia wpustu przełyku przekonało mnie,

że ono jest bolesne, gdyż ostre brzegi oczek zadrażniają zbyt znacznie ściany zwężenia.

Do rozszerzenia zwężeń przelyku poleca Senator sztyfciki z lamina r i a, które na nitce uwiązane nasadza się na końcu osobnej zondy, zwilża i wprowadza do zwężenia. W godzinę sztyfciki te pęcznieją i rozszerzają zwężenie, poczem się je wyciąga.

Starano się także (Switzer, Mackenzie, Leyden, Renvers) w celu umożliwienia trwałego odżywiania w przebiegu raka przelyku wprowadzić do zwężenia kaniule, które umocowane na nitkach, okręconych około uszu chorego, pozostają w przelyku przez kilka miesięcy. Przez ten czas może chory żywić się rozmaitymi gąszczami. Ten dla chorego uciążliwy zabieg w niewielu przypadkach był używany. Zdarzało się, że kaniule wpadały do żołądka, albo co gorsza tak obrosły masą rakową, że ich wydobycie nie było można.

Endoskopia przelyku (*oesophagoscopy*), jest ważną metodą pomocniczą do rozpoznawania i leczenia zwężeń przelyku i wpustu. Endoskop (wziernik) Störka, którym się zwykle posługują, składa się z niklowanej rury metalowej o średnicy 1-2 cm., na końcu z podatnych ogniwi się składającej, dalej panelektroskopu (lampki elektrycznej) Leitera i akumulatora. Wprowadzenie rury metalowej do przelyku wydaje się tylko pozornie trudnem i uciążliwem. Ja wielokrotnie tak chorym, jak i zdrowym, mogłem po silnem zakokainowaniu przelyku, łatwo wprowadzić endoskop bez żadnej przeszkody i takowy nawet przez kwadrans pozostawić. Endoskop wprowadza się ostrożnie w pozycyi siedzącej, jak twardą zondę, a bada się chorego w pozycyi leżącej, przystosowawszy do endoskopu panelektroskop i zapalwszy lampkę elektryczną. Przesuwa i nastawia się endoskop w przelyku według potrzeby tak, aby albo ściany przelyku, albo środek zwężenia można widzieć. Chcąc znaleźć otwór zwężenia, nakierowuje się endoskop tak, aby miejsce było ciemne i w to miejsce wprowadza się koniec zondy przelykowej. Zdarzało się mnie, że podczas gdy przy zwykłym zondowaniu po omacku nie mogłem przejść zondą żadnym sposobem przez zwężenie, udało się to po wyszukaniu otworu zapomocą endoskopu przelykowego. Równocześnie należy zauważyć, że wskutek rozszerzenia przelyku przez wziernik wy-

równywuja się fałdy, a otwór zwężenia nastawia się sam do światła rury.

Zaznaczyć jeszcze należy, że w ostatnich czasach wykonał G. Kelling fotografie ze zmian patologicznych w przełyku przy pomocy osobnego przyrządu.

Jeżeli nie można sondę żadnym sposobem przez zwężenie przeprowadzić, pozostaje tylko założenie przetoki żołądkowej lub lepiej dwunastnicowej, o czem będzie mowa w osobnym ustępie o zabiegach chirurgicznych.

Są lekarze, którzy nie radzą rozszerzania wpustu w zajęciu rakowem, a to z obawy przed przedziurawieniem. Ja przynajmniej na 25 przypadków zondowania raka przełyku nie miałem ani razu przebicia przez sondę. W jednym tylko przypadku, w którym ani najcieńsza zonda już nie przechodziła, wystąpiła z powodu zachłysnięcia się przy zondowaniu pneumonia aspiracyjna ze zejściem śmiertelnem. Boas zamiast zondowania poleca podawać duże dawki *natrium jodatum* (2—3 gm. dziennie), jakoteż *acidum arsenicosum*. Ja stosowałem te środki, lecz równocześnie ze zondowaniem i miałem świetne wyniki w dwóch przypadkach, w których pierwotne rozpoznanie brzmiało carcinoma cardia, lecz wskutek dalszego przebiegu okazało się mylnem.

Mężczyzna lat 55, przez zimę 1894 miewał przypadłości żołądkowe; obecne cierpienie miało się rozpocząć 20/12 1894 biegunką i wymiotami, poczem chory zauważył, że źle połyka, co się z dnia na dzień tak pogarszało, że w styczniu 1895 już i śliny nie mógł przełknąć. To też d. 22/1 1895 zgłosił się chory do mnie. Stan chorego przedstawiał się, w krótkości opisując: Wychudnienie w postaci charłactwa rakowego; chory żadnego płynu przełknąć nie może. Zonda miękka nie dochodzi do żołądka; zonda przełykowa sztywna zatrzymuje się na odległości 45 cm. od zębów; po długich usiłowaniach przechodzi najcieńsza zonda przełykowa, grubości zapałki. Następnie przeprowadzano coraz grubsze sondy przełykowe co drugi dzień, tak że już 11/2 przeszła zonda najgrubsza. Zondowanie było jednak bardzo bolesne, tak, że trzeba było zondę maścią kokainową powlekać. Równocześnie ze zondowaniem wyżył chory 20 gm. *natrium jodatum* i 10 gr. *solutio ars. Fowleri*. Odjechawszy do domu wyżył jeszcze tam 4 takie dawki obydwu leków, zondując się co tygodnia przez pół roku. Ciężar ciała chorego podniósł się także, można go nazwać otyłym i dotąd ma się chory dobrze. Pierwotne rozpoznanie brzmiało stenosis carcinomatosa cardia; jakie ono powinno być według przebiegu, trudno powiedzieć, gdyż chory żadnej przyczyny podać nie umie, a zakażeniu kiłą przeczy.

Mężczyzna l. 33, od pół roku trudności w połykaniu; w początkach wymiotował we 2 godziny, później zaraz po jedzeniu lub po wypiciu płynów. Od

dui dziesięciu zwraca się nawet wypita woda, to też chory zgłosił się do mnie 16/9 1894. Stan chorego pokrótce: Chory ogromnie wynędzniały, rysy twarzy silnie zaostrome, osłabienie tak znaczne, że chory za ledwie na nogach utrzymać się może. Ciężar ciała 43 kg. Ani podanej bułki, ani wody chory przełknąć nie może. Przy zondowaniu napotyka się na opór w odległości 40 cm. od zębów, a najcieńsza zonda nie przechodzi. W tym czasie nie używałem endoskopu przełykowego, stąd nazajutrz znów po omacku rozpoczęto zondowanie i zdołano przeprowadzić najcieńszą zondę przełykową, poczem zondowanie przeprowadzano codziennie tak szczęśliwie, że już 26/9 zdołano przejść przez wpust najgrubszą zondę przełykową a za nią i miękką żołądkową. Równocześnie zażywał i ten chory *natrium jodatum* i *liquor ars. Fowleri*. Odszedł do domu 26/9 z ciężarem ciała 52½ kl. (?) i dotąd ma się dobrze. — W tym przypadku na podstawie przebiegu rozpoznano pierwotnie raka wpustu. Dalszy jednak przebieg kazał się domyślać innego rodzaju zwężenia wpustu, a najprawdopodobniej na tle kiły, gdyż chory według wywiadów takową przeżył, chociaż obecnie żadnych śladów kiły nie można było wykazać.

W przebiegu raka przełyku i wpustu możnaby próbować stosowania *natrium chloricum* w sposób podany na str. 155, albo pędzlowania względnie wlewania *extr. chelidonii majoris*.

Co się dotyczy żywienia w zwężeniu rakowem wpustu *per os et rectum* będzie szczegółowo mowa w Części III-ciej. We wyborze pokarmów nie należy się kępować, gdyż czynność żołądka bywa zwykle prawidłową (S. Mintz).

### XXIII. Krwotoki żołądkowe.

1. Przyczyna bezpośrednia krwotoków żołądka leży wprawdzie w naczyniach ścian tego narządu, jednak może ona mieć swą siedzibę nie tylko w samym żołądku, t. j. czysto miejscową, lecz także w odległych narządach, a wtedy krwotok jest następowy.

Najczęstsze są krwotoki żołądkowe z przyczyn czysto miejscowych, które też najprzód wymienimy:

a) Wrzód okrągły i rak żołądka mogą przez otwarcie naczynia bezpośrednio wywołać krwotoki żołądka. Przyczyna ta krwotoku żołądkowego uchodzi za tak częstą, że lekarz, mając przypadek krwawych wymiocin, przypuszcza tylko (choć nie zawsze słusznie) obecność wrzodu okrągłego lub raka żołądka. Należy bowiem pamiętać, że nierzadko zdarzają się także miejscowe krwotoki żołądkowe bez żadnej z powyższych przyczyn, jakoto:

b) Błona śluzowa żołądka jest z powodu bardzo obfitego unaczynienia włosowatego a utrudnionego odpływu krwi przy kurczeniu się ścian żołądka, w wysokim stopniu skłonną do przekrwienia i krwotoków, to też w niezycie ostrym napotyka się w błonie śluzowej liczne wybroczyny krwawe, które przy trwaniu niezytu w postaci przewlekłej występują jeszcze jako łupkowe pigmentacje, o których istnieniu wnosić można nawet z badania za życia, gdyż niejednokrotnie wydobywa się strzępy błony śluzowej żołądka, które pod drobnowidem okazują się wypełnione ziarnistym barwikiem czarnym. Zdarza się jeszcze często w przebiegu chorób żołądka, a nawet i bez tychże, że jeżeli występują gwałtowniejsze ruchy wymiotne, w wymiocinach pojawiają się smugi krwawe, które jednak bez dalszych następstw przechodzą. Z wybroczyn zaś krwawych usadowionych w błonie śluzowej, mogą według Rokitańskiego powstać liczne nadżerki błony śluzowej (*erosiones*), które nie są obojętne, gdyż Harttung jak i Hampeln dostrzegali z takowych krwotoki śmiertelne, wywołane prawdopodobnie przez silne sfaldowanie się błony śluzowej wobec nadmiernej kwasoty. Z nadżerek zaś może wytworzyć się nawet wrzód okrągły, zwłaszcza, jeżeli równocześnie istnieje nadmierne wydzielanie soku żołądkowego.

c) W przebiegu blednicy zdarzają się dość często krwotoki żołądkowe, lecz nie w każdym przypadku przychodzi do wymiotów krwawych. Hösclin znajdował w zwłokach bledniczych 20—500 cm.<sup>3</sup> krwi w żołądku, chociaż nie było wcale śladu wrzodu okrągłego; a badając kał bledniczych jak i zdrowych dziewcząt na zawartość hematyny i żelaza, znajdował takowe u bledniczych w znacznie większej ilości, niż u zdrowych; przewyżka musiała pochodzić od krwotoków w przewodzie pokarmowym. Krwotoki te są prawdopodobnie swoiste, pochodzące od wynaczynień w układzie włosowatym lub z pęknięcia chorobowo zmienionych drobnych naczyń błony śluzowej, i nie mają, jak słusznie przypuszcza Gluziński, nic wspólnego z wrzodem okrągłym. Nie można jednak wykluczyć, aby z nadżerek, jakie powstają w przebiegu blednicy nie mógł się w niektórych przypadkach także wytworzyć i wrzód żołądka, prowadzący do krwotoku żołądkowego.

d) Do rzadkich wypadków należą krwotoki żołądkowe miejscowe na podstawie wrzodów gruzliczych lub kiłowych

żołądka, następnie wskutek miażdżycowego lub skrobiowatego zwyrodnienia naczyń błony śluzowej, jakoteż krwotoki powstałe przez pęknięcie drobnych tętniaków i żyłaków naczyń na wewnętrznej powierzchni żołądka; z tych ostatnich jeszcze najczęściej dostrzegano krwotoki ze żyłaków wpustu.

e) Zdarzają się także krwotoki urazowe żołądka, bądźto wskutek urazu zewnętrznego np. uderzenia kolbą w okolicę żołądka, bądź też od skaleczenia wewnętrznego po połknięciu ostrych przedmiotów, jak kości i innych obcych ciał.

f) Krwotoki *ex vacua*. Kto z przepłukiwaniami żołądka w przypadkach znacznej rozstrzeni miał wiele do czynienia, przypomni sobie, że przepłukując żołądek pierwszy i drugi, a nawet trzeci raz dzień po dniu, nie był w stanie go dokładnie od treści wypróżnić, treść zaś sama nie przedstawiała żadnego podejrzenia na obecność krwi. Dopiero gdy po raz czwarty lub piąty wypróżnienie żołądka dokładnie do skutku doprowadzono, nagle pewnego poranku, można być przerażonym pojawieniem się treści czekoladowej lub fusowatej, której przy poprzednich przepłukiwaniach nie było. Pojawia się ona dopiero wtenczas, gdy naczynia błony śluzowej z pod ciśnienia cieczy zostały uwolnione, a wobec chorobowo zmienionych ścian silniej się napełniły. Że wobec tych warunków drobne naczynia łatwo pęknąć mogą, jest rzeczą prawdopodobną, zwłaszcza, że one po wypróżnieniu żołądka pozostają pod wpływem żrącym gromadzącego się kwasu żołądkowego. Według mego zapatrywania nie należy się we większych rozstrzeniach wysilać, aby przy pierwszych przepłukiwaniach żołądek dokładnie wypróżnić od treści, a przy użyciu przyrządów aspiracyjnych nie należy wywoływać znacznej próżni w żołądku. Przekonałem się jednak, że te krwotoki nigdy nie były śmiertelne, a po kilku dniach spokoju zupełnie znikły. Pomimo to nie godziłbym się z niektórymi autorami (Minkowski, Fleiner), aby krwotoki żołądkowe tamować przez wyciąganie treści żołądkowej.

g) Krwotoki nerwowe żołądka. Do tych zaliczam według moich spostrzeżeń krwotoki żołądka u osób wieku średniego, albo i u starszych z chorobami rdzenia pacierzowego lub mózgu, a szczególnie uwiądu rdzenia pacierzowego, lub rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia (*sclerosis insularis disseminata*). U tego rodzaju chorych pojawiają się niewyraźne przypadłości żołądkowe,

przypominające tylko części znane *crises gastriques* (p. Nerwice żołądka). Krwotok taki powtarza się kilkakrotnie w przeciągu dni kilkunastu i może być śmiertelny z powodu swej obfitości. Jako przyczynę tych krwotoków należy uważać działanie nadmiernie wydzielającego się kwasu żołądkowego na błonę śluzową, której fałdy stając się niedokrwiste przy ruchach wymiotnych, zostają nadżarte. Nadmierne zaś wydzielenie kw. żołądkowego odbywa się okresowo (p. Nerwice żołądka; okresowy sokotok żołądkowy), pod wpływem zmian chorobowych w mózgu lub w rdzeniu. Ja dostrzegałem kwasotę wymiocin podczas napadu poprzedzającego wymioty krwawe ponad 100. Oznaki krwotoku nerwowego zauważyłem następując: Istnienie lub usprawiedliwione podejrzenie na choroby rdzenia lub mózgu, zupełny brak przypadłości żołądkowych, a pojawianie się takowych w odległych odstępach (miesiącach lub latach). Najczęściej rozpoczynają napady: nudności, brak łaknienia, potem wymioty kwaśne (bez bólów), ostatecznie obfite wymioty krwawe. Rokowanie bywa niekorzystne o wiele gorsze, niż we wymiotach krwawych wskutek wrzodu okrągłego, gdyż tu zachowanie dyetetyczne nie zabezpiecza od ponowienia się krwotoków, które są zależne od głównej choroby. Trzy tego rodzaju przypadki obserwowane przezemnie zakończyły się śmiertelnie wskutek skrwawienia się.

Ausset w Paryżu opisuje przypadek neurastenii u 37-letniego mężczyzny, u którego dwukrotnie po silnych urazach psychicznych pojawiły się wymioty krwawe, które autor nazywa *neurastenicznymi*. Wymioty w tym przypadku nie uważam za tożsame z tymi, o których wyżej wspomniałem.

W przebiegu rozmaitych chorób zdarzają się, chociaż rzadko tylko, obfite krwotoki żołądkowe. Są one czysto następowe lub symptomatyczne. Do takich należą:

b) Krwotoki następowe zastoinowe w przebiegu marskości wątroby, zapalenia lub zezopowania żyły wrotnej, w wadach zastawkowych niewyrównanych, w żółtaczce ciężkiej (*icterus gravis*). W tych chorobach tworzą się najczęściej żyłaki na *venae oesophageae* i *venae coronariae*, które pękając, sprawiają krwotoki.

i) W przebiegu ciężkich chorób krwi mogą się pojawić obok krwotoków kiszkowych, także i krwotoki żołądkowe,

a mają je wywołać następujące choroby: haemorrhophilia, scorbutus, morbus maculosus Werlhofii, febris flava, atrophia hepatis acuta, malaria larvata.

k) Opisano także rzadkie i niezupełnie wyjaśnione krwotoki zastępcze zamiast miesiączkowania, i po zatrzymaniu się krwotoków krwawnicowych.

U w a g i. Szczególną uwagę należy jeszcze zwrócić na pozorne krwotoki żołądkowe, które objawiają się także wymiotami krwawymi, a mianowicie przez wymiotowanie krwi zmienionej, barwy ciemnocisawej lub czarnej, lecz nie bywają obfite. Tu mam na myśli następujące przypadki.

a) Krwotoki z dwunastnicy, zwłaszcza z powodu wrzodu okrągłego, rzadziej wobec nowotworu rakowego. Krew dostaje się tylko w małej ilości do żołądka, przeważnie zaś odchodzi ze stolcem. Wymiotowana krew przedstawia tu wszystkie własności treści krwawej jaka bywa w przypadkach wrzodu okrągłego żołądka. Rzadko jednak można wywnioskować z objawów przedmiotowych, że krwotok należy odnieść do dwunastnicy, a nie do żołądka.

b) Krwotoki z dolnych odcinków przełyku, co niekiedy zdarza się wskutek pęknięcia żyłaków w przypadkach chorób wątroby np. marskości takowej. Wymiociny bywają obfite, a krew w nich mało zmieniona.

c) Wymiociny mogą być czasem przemijająco krwawe, w przypadkach niedrożności w jelicie cienkim szczególnie w pochwieniu, nagłem skręceniu (torsio) lub zadziernięciu (strangulatio) takowego. Wymiociny mogą z początku choroby stać się przyczyną pomyłki rozpoznawczej u osób, u których dawniej było podejrzenie istnienia wrzodu okrągłego, a objawy niedrożności jelit (ból napadowy, ruchy przeciwościskowe, brak odchodzenia wiatrów) jeszcze się nie ujawniły. Tu trzeba mieć następujące okoliczności na względzie. Wymiociny krwawe w powyższych chorobach jelit bywają skąpe i zmienne, raz wymiotuje chory ciecz fusowatą, wkrótce bezbarwną lub zielonkawatą, to znów gęstą brudnozieloną będącą żółcią. Wymiociny wykazują tylko mało kw. solnego, albo wcale go nie zawierają. W dalszym ciągu stają się nawet alkaliczne, a ostatecznie przybierają woń kałową, która to okoliczność musi naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

Częstość krwotoków w żołądkowych według przyczyny przedstawia się w następującym porządku: wrzód okrągły, rak, nadżerki, wady w krążeniu, zatrucia, urazy wewnętrzne i zewnętrzne, gnilec, choroba Werlhofa, żyłaki i tętniaki, krwotok zastępczy.

W końcu należy pamiętać, że przy usposobieniu do krwotoków żołądka, są pewne bezpośrednie przyczyny, które takowe mogą łatwo wywołać. Do momentów przyczynowych zaliczyć należy i nadmierne wypełnienie żołądka np. po obfitych obiadach, lub po przepiciu się szczególnie napojami burzącymi; ciężka praca fizyczna, silne zesnurowanie gorsetem lub paskiem;

a jako krytyczny czas dla chorych na wrzód okrągły zauważono czas miesiączkowania.

2. Przebieg krwotoku żołądka zależy przeważnie od ilości krwi wynaczynionej. Mierne wynaczynienia jak to codziennie dostrzegamy na krwotokach nosa, albo z guzów krwawniczych, przechodzą bez następstw dla ustroju. Większe krwotoki żołądkowe wywołują najczęściej wymioty i stolce krwawe obok objawów ostrej niedokrwistości; o nich jako ogólnie znanych na tem miejscu bliżej zastanawiać się nie będziemy. Zaznaczyć tylko wypada, że wśród ostrego krwotoku we wrzodzie okrągłym zdarza się czasami podwyższenie ciepłoty (*febris methaematemica*), która dochodzi do 39° i trwa przez 2—6 dni. Przyczyny tego objawu dotąd nie znamy; oprócz tego zauważono w rzadkich przypadkach osłepnięcie (*amaurosis*) wśród krwotoku. Znaczenie krwotoku żołądkowego jest zależne w znacznej mierze od przyczyny wywołującej go. I tak krwotoki powstałe przez miejscowe przerwanie naczyń są objawem bardzo poważnym, gdyż jeżeli nie sprowadzą zejścia śmiertelnego, to wpłyną niekorzystnie na przebieg choroby żołądkowej. Zatrzymanie się krwotoku przez wytworzenie się i zorganizowanie czopu, jest w żołądku bardzo utrudnione. Ruchy i obecność treści żołądkowej przeszkadzają usadowieniu się czopu, a trawiący sok wprost go niszczy. Wśród tak niekorzystnych warunków przebiega szczególnie krwotok we wrzodzie żołądka. W tym przypadku nie mamy pomimo chwilowego ustania krwotoku żadnej pewności, że czop wobec silnie kwaśnego soku potrafi się ustalić i zorganizować; owszem można się tylko obawiać, że wrzód gryzący naczynia, szerzyć się będzie, przez co nowe gałązki zostaną uszkodzone. Za tem przemawiają kilkakrotnie obserwacye E. Korczyńskiego i Jaworskiego, że w krwotoku żołądka w przebiegu wrzodu okrągłego stopień kwasoty treści żołądkowej częściej i wymiocin krwawych w miarę postępu krwotoku z dnia na dzień się podwyższa pomimo coraz więcej wytwarzającej się ostrej niedokrwistości; w razie ustania zaś krwotoku, kwasota treści żołądkowej coraz niżej opada. To zjawisko należy tem tłumaczyć, że podwyższanie się kwasoty sprawia rozszerzanie się wrzodu na nieżyłowo zmienionej błonie śluzowej, wskutek czego coraz większa ilość naczyń zostaje przerwaną, czyli krwotok się odnawia i wzmagą. W jednym przypadku wrzodu obserwowanym

w klinice prof. Korczyńskiego, wynosiły stopnie kwasoty pochodzące wyłącznie od kw. solnego wolnego: w treści czczej dzień jeden przed krwotokiem 21, w następnych wymiocinach krwawych, kolejno; 42, 56, 60, 75, 70, a w ostatnich dwóch 90 i równocześnie zejście śmiertelne (p. str. 99). Że wobec niedokrwistości krwotokiem wytworzonej, zabliznienie się wrzodu w wysokim stopniu zostaje utrudnione, a temsamem obawa powtórzenia się krwotoku jest uzasadniona, poucza codziennie doświadczenie lekarskie.

Jeżeli do jelit przejdzie treść krwawa, powstaje zwykle zaparcie stolca, a niekiedy podnosi się i ciepłota ciała. Przez rozkład krwi dostaje się do obiegu pewna ilość ciał septycznych.

Rokowanie w krwotoku żołądka nie w każdym przypadku jest równe. Zależy ono tylko po części od ilości krwi wynaczynionej, przeważnie zaś od przyczyny, która go wywołała. Na 100 przypadków krwotoku żołądka z powodu wrzodu okrągłego podaje Lebert, a ostatnimi czasy także Leube 3—4 zejścia śmiertelne. Według mnie jest to cyfra za niska, ja uważałbym na podstawie mego doświadczenia liczbę 10—15% za prawdziwszą, Stąd i rokowanie w razie pojawienia się krwotoku w przebiegu wrzodu okrągłego uważam za wątpliwe i nieobliczalne. Zwłaszcza w tych przypadkach, kiedy krwotok w krótkich odstępach trzy razy się powtarza, uważam rokowanie co do utrzymania życia za niepomyślne. Natomiast u kobiet obfite, a nawet częste krwotoki nie budzą takiej obawy, jak u mężczyzn. Nagłe zejście śmiertelne wskutek obfitego krwotoku żołądka, zdarza się we wrzodzie żołądka częściej niż w raku. W ostatnim bowiem przypadku bywają krwotoki mniej obfite, dlatego i mniej groźne, chociaż z drugiej strony przyspieszając charłactwo rakowe, skracają one znacznie życie chorego.

3. **Rozpoznanie.** Obecność większej ilości krwi zmiennej lub niezmięnionej we wymiocinach, świadczy prawie zawsze o krwotoku żołądkowym. Jest to zjawisko zasługujące na uwagę, że żołądek wynaczynioną krew wydała zwykle przez wymioty, podczas gdy krew zwierzęca wprowadzona sztucznie do żołądka, przechodzi przez cały przewód pokarmowy, jak to E. Korczyński i Jaworski w swych doświadczeniach (1886 r.) wielokrotnie się przekonali. Do wywołania wymiotów krwawych potrzebne jest nagromadzenie większej ilości wynaczynionej krwi

w żołądku. Wymiociny krwawe wyjątkowo tylko zawierają hemoglobinę, prawie zawsze przeszła ona pod wpływem kwasów na hematynę, stąd wejście wymiocin bywa ciemne, cisawe lub czarne (p. str. 105). Zmiana ta następuje szybko, i to tem szybciej, im treść żołądkowa jest kwaśniejsza: 50 cm.<sup>3</sup> krwi świeżej wprowadzonej u człowieka do żołądka prawidłowego czczego, już po 5 minutach zamieniają się na masę cisawą, a w tym samym czasie giną zupełnie ciała czerwone krwi (E. Korczyński i Jaworski), tak, że podnoszona w podręcznikach obecność ciałek czerwonych we wymiocinach krwawych w celach rozpoznawczych, prawie nie istnieje, gdyż należy to do rzadkości; a wtenczas wobec czerwonego zabarwienia całej masy świadczy o zupełnie świeżym krwotoku. Do wymiocin krwawych domieszana miazga pokarmowa, sprawia zabarwienie jaśniejsze wymiocin, a oddziaływanie całej masy kwaśne. Nie każda jednak ciemna masa zwymiotowana jest krwią. Najrozmaitsze potrawy cisawe lub czerwone, jak: jagody, owoce, soki, czarna kawa i t. p., a następnie w rozstrzeni żołądka butwiejąca w niem treść, dają nawet lekarzowi powód do wątpliwości i pomyłek. Należy przeto w przeważnej części przypadków dla bliższego rozróżnienia przedsiębrać próby na barwik krwi:

α) Najpewniejszą próbą jest wytworzenie kryształów teichmanowskich heminy, co się jednak w treści żołądkowej nie zawsze udaje. Bierze się odrobinę podejrzaną najciemniejszą treść żołądkową, wielkości główki szpilki na szkiełko przedmiotowe, dodaje pyłek soli kuchennej i kroplę kwasu octowego zlodowaciałego, ogrzewa ostrożnie nad płomieniem do zawrzenia i oziębia, nim się podstawi pod mikroskop. Krystały teichmanowskie w postaci cisawych igiełek napotykałem kilka razy na dnie naczynia, w którym przez kilka dni stały kwaśne wymiociny z przypadku wrzodu okrągłego. Nieobecność kryształów heminy pod mikroskopem nie wyklucza wcale istnienia krwi w treści żołądkowej; należy wtenczas wykonać następującą próbę na żelazo.

β) Dla wykonania powyższej próby należy według E. Korczyńskiego i Jaworskiego zniszczyć nieco masy ciemnej kwasem solnym zgęszczonym ch. cz., i chloranem potasowym na płycie porcelanowej, chlor odparować i dodać następnie roczynu żelazinku potasowego, to silne zabarwienie niebieskie (błękit pruski) wskazuje na obecność żelaza, a względnie barwika krwi w przypadkach,

gdzie możemy wykluczyć użycie leków i potraw obfitujących w żelazo. W niektórych przypadkach, potrzeba użyć spektroskopu, którego widmo we wątpliwych przypadkach, o które tu właśnie się rozchodzi, nie prowadzi zawsze do wyniku rozstrzygającego.

γ) Najłatwiejsza jednak do wykonania jest próba Hellera używana przy badaniu moczu na krew. Badana treść żołądkowa rozpuszcza się w ługu potasowym, następnie sączy i miesza się z taką samą ilością prawidłowego moczu, i gotuje; opadające fosforany ziemne barwią się w razie obecności barwika krwi na granatowo-czerwono. Jednak podobne zabarwienia mogą sprawić i barwiki ciemne niektórych pokarmów i leków, jak: kawa, kakao, wino czerwone, rzewień, senes, santonin i t. p. Przesącz zaś czerwony z treści żołądkowej zawierającej soki jagód (u. p. borówek) zabarwia się z ługiem potasowym na zielono.

δ) Riegel poleca do badania na krew we wymiocinach metodę van Deen'a w modyfikacji Webera. Zarabia się podejrzaną na krew treść żołądkową z  $\frac{1}{3}$  kw. octowego zlodowiaczkiego, poczem wyklucza się eterem, który zabarwia się na jasno fioletowo-czerwono. Kilka centymetrów sześciennych wyciągu eterycznego zaprawia się dziesięcioma kroplami nastoju gwajakowego i 25-ciu kroplami zwyczajnej terpentyny. W razie obecności krwi przybiera mieszanina eteryczna od hematyny zabarwienie niebiesko-fioletowe, w braku zaś krwi czerwonocise z odcięciem zielonym. Dodawszy zaś do niebiesko-fioletowej cieczy eterycznej wody i wykluciwszy ją z chloroformem w rurce odczynnikowej, powstaje zabarwienie niebieskie opadającego chloroformu w razie obecności barwika krwi. Według moich próbných doświadczeń jest to metoda stosunkowo mało czuła. W obec małych ilości skrzepniętych cząstek krwi nie pojawia się zabarwienie niebiesko-fioletowe, jednak chloroform może się jeszcze na niebiesko zabarwić.

Nie wszystkie wymiociny krwawe wyglądają jednakowo. Wiedzieć należy, że między wejrzeniem i zachowaniem się wymiocin krwawych w raku, a wrzodzie żołądka są znaczne różnice, mogące służyć do różniczkowego rozpoznania tych stanów chorobowych. Wymiociny krwawe we wrzodzie żołądka, pozostając pod wpływem nadmiernie wydzielanego kw. solnego, są ciemno ci-

s a w e, f u s o w a t e, mają woni właściwą speptonizowanej krwi, dają przesącz jasnocisawy, oddziaływanie na wolny kw. solny bardzo wyraźne, kryształę heminy tworzą się łatwo nawet bez dodania soli kuchennej, a niekiedy same przez się powstają przy kilkudniowym staniu wymiocin (E. Korczyński i Jaworski); ciałek czerwonych w nich krwi dostrzedz niemożna. W raku żołądka wymiociny krwawe gromadzą się w żołądku zwolną, są zwykle zmieszane z pokarmami, barwy tylko szarej lub czekoladowej, woni nieprzyjemnej kw. organicznych lub cuchnącej kw. siarkowodowego, przesącz bywa żółtawy, bez wolnego kw. solnego, nie trawi sztucznie białka po zakwaszeniu, pod drobnowidem znajdują się igiełki tłuszczu, znaczna ilość laseczników długich, drożdży, pleśni i t. p., a niekiedy na brzegach złogów barwikowych zniekształcone ciałka czerwone w postaci nieforemnych kulek żółtawych okrażonych ziarninami barwika czarnego; kryształę teichmanowskie z trudnością albo wcale nie dadzą się otrzymać. Bez bliższego badania wymiocin krwawych przemawia nagłe pojawienie się obfitych wymiotów krwawych, z objawami ostrej niedokrwistości, szczególnie woskowego zabarwienia powłok, więcej za wrzodem, niż za rakiem żołądka.

Wymioty krwawe w blednicy bez obecności wrzodu okrągłego odznaczają się tem, że takowych nie poprzedzały objawy ani niezytu kwaśnego, ani wrzodu okrągłego (zgaga, ból i t. d.), że wymiociny są więcej czerwone, niż fusowate, nie mają woni speptonizowanej krwi (surowizny), oddziaływają obojętnie, lub wykazują niski stopień kwasoty i brak HCl wolnego. Po przebyciu krwotoku nie okazują chore również żadnych objawów gastrycznych i przychodzą najczęściej w niedługim czasie do dobrego odżywienia i krwistości.

Należy jeszcze pamiętać, że wymiotowana krew niekoniecznie pochodzi z żołądka, mogła ona się tam także przypadkowo dostać przy krwotokach kiszek (n. p. we wrzodzie dwunastnicy), płuc, krtani, nosa (polipy), albo wskutek pęknięcia żyłaków w przełyku. Na te narządy w wątpliwych przypadkach należy zwrócić uwagę.

Najczęściej może zająć wątpliwość, czy krew wyrzucona przez jamę ustną została wykrztuszoną z płuc (*haemoptysis*), czyli też wymiotowaną z żołądka (*haematemesis*). W ostatnim przypadku ma ciecz wyrzucona przez chorych,

zwykle poprzednio cierpiących na przypadłości żołądkowe, własności wyżej opisane, a mianowicie: zabarwienie czarne, cisawę lub szarawę, woń kwasu lub speptonizowanej krwi, domieszkę miazgi pokarmowej, oddziaływanie zwykle kwaśne, brak ciałek czerwonych lub takowe przedstawiają się w stanie zupełnie niekształtnym. Bardzo oględnie wykonana palpacya okolicy żołądka, okazuje napięcie i opór powłok, a opukiwanie, którego stosowanie uważam tu za niewłaściwe, wydaje odgłos zupełnie stłumiony, zaś stolec bywa czarno ubarwiony. Krew wykrztuszona jest jasno- lub ciemno-czerwoną, często pienistą, wzbudzającą smak słonawy oddziaływania alkalicznego, ciałka czerwone bardzo dobrze utrzymane, a wykrztuszanie trwa zwykle całymi dniami u chorych najczęściej oddawna cierpiących na choroby płuc, w których obecnie osłuchiwanie wykazuje rozległe rżenia grubo-bańkowe. Ważną jeszcze jest ta okoliczność, że chorzy na krwotok płucny mają jeszcze przez kilka dni plwociny krwawe, w których można niekiedy i laseczniki gruźlicze wykazać, podczas gdy plwociny w krwotokach żołądka bywają wolne od domieszki krwi. O wiele trudniej jest dowiedzieć się od chorych po przebytych już krwotokach czy krew wykrztuszali, czy też wymiotowali, gdyż wymiotowanie pociąga za sobą zwykle także i kaszel, a przy krwotokach płucnych zdarza się też, że krew bywa połykaną a potem wymiotowaną.

Jeżeli podczas krwotoku żołądkowego, krew nie zostaje wydaloną przez wymioty, to rozpoznanie tegoż jest trudniejsze, lecz możliwe, a tylko wtenczas jeżeli mała ilość krwi zostaje wynaczynioną, może być krwotok żołądkowy nierozpoznany. Obecność ukrytego krwotoku żołądkowego następujące wskazują objawy:

a) Jeżeli wobec rozpoznania wrzodu lub raka żołądka, wystąpią nagle przypadłości ostrej niedokrwistości (bładość powłok, tętno drobne, zapad sił, zawrót głowy, omdlenie i t. p.), a żołądek wypełniony jest treścią, dającą się wysledzić po odgłosie stłumionym poniżej łuku żebrowego lewego, albo nawet ująć w garść w tem miejscu jakoby bochenek chleba. Niejednokrotnie można i z dat anamnestycznych, pytając się chorego o przypadłości ostrej niedokrwistości, nabrać przekonania, że chory z cierpieniem żołądkowym przebył niepostrzeżenie krwotok żołądkowy, który najczęściej przez wrzód okra-

gły wywołany został. Chorzy wobec treści żołądkowej krwawej, uzalają się niekiedy na odbijania „surowizną“, co należy odnieść do woni właściwej, jaką wydaje krew speptonizowana.

b) Jeżeli obok objawów wskazujących na wrzód lub raka żołądka, występują stolce smołowo czarne, albo jeżeli one i bez szczególnych oznak chorobowych żołądka okazują się, a można wykluczyć inne źródła krwotoku (choroby jelit, wątroby, żyły wrotnej, nowotwory jelit i t. p.), które również podobne stolce wywołać mogą. Stolce wskutek krwotoku żołądka prawie zawsze bywają czarne; ciałek czerwonych krwi niema w nich wcale tylko czarne ziarniste bryły barwikowe (E. Korczyński i Jaworski). Barwa czarna stolców nie zawsze pochodzi od barwika krwi; po użyciu przetworów żelazistych, rtęciowych, bizmutowych, znacznych ilości ciemno zabarwionych jagód, bywają stolce również prawie czarne. Niejednokrotnie trudno przychodzi wobec barwików żółciowych, w kale zawsze się znajdujących, dociec próbami mikrochemicznymi, czy jest w nim barwik krwi, czyli też nie, gdyż n. p., kryształów teichmanowskich ze stolców czarnych otrzymać niemożna. Czasem ułatwia rozpoznanie rozrobienie kału z wodą; zabarwienie płynu na czerwono przemawia za obecnością krwi. Odchodzenie krwi stolcem bez wymiotów krwawych zdarza się częściej w przebiegu raka aniżeli we wrzodzie żołądka; przy małych zaś krwotokach żołądkowych jest to prawie regułą, że krew nie bywa wymiotowaną, ale w stanie zmienionym odchodzi tylko stolcem. Wywiadując się jednak od chorych o jakość stolców, dochodzi się do tego wyniku, że chorzy, jeżeli umieją przypadkowo coś powiedzieć w tym kierunku, to opowiadają tak bałamutnie, że nigdy na ich podaniach polegać niemożna.

4. Leczenie krwotoku żołądka może być w pewnych przypadkach zapobiegawcze. Np. we wrzodzie żołądka staramy się zapobiedz dalszemu szerzeniu i odnawianiu sprawy chorobowej sposobami dyetetycznymi i leczniczymi, w odpowiednich ustępach wyżej podanymi, u kobiet zaś cierpiących na wrzód okrągły zalecać będziemy w czasie miesiączkowania spokój i dyetetyczne zachowanie, aby nie podniecać w tym krytycznym czasie skłonności żołądka do krwotoku. W raku żołądka zapobiegawcze leczenie krwotoku niema znaczenia, gdyż nie jesteśmy w stanie przeszkodzić rozpadowi nowotworu.

Właściwe leczenie krwotoku jest przeważnie wyczekujące. Możemy tylko usuwać niektóre okoliczności niekorzystnie wpływające na tworzenie się czopów w naczyniach.

Przedewszystkiem chory z krwotokiem musi nieruchomo leżeć i psychicznie być uspokojony. Jeżeli krwotok objawia się wymiotami, staramy się czynność żołądka i jelit zastanowić przez podanie *Tra laudani simpl.* 15—20 kropeł na dawkę, albo *Opii pulv.* 0,4, *magnesiae ustae* 1,0. *Div. in partes aequales IV.* Co trzy godziny proszek użyć. Jeżeli wymioty ciągle trwają, lub żołądek wypełniony jest znaczną ilością treści, to podajemy makowiec w czopkach, w dawkach dwa razy większych. Następnie wzbraniamy użycia właściwych pokarmów nie tylko podczas trwania wymiotów, ale w następnych kilkunastu dniach, pozostawiając jedynie pewne napoje i płyny, o których niżej w części III-ciej mowa będzie.

Jeżeli istnieje czkawka, która w przebiegu krwotoku często się zdarza i krwawienie wzmagają a nawet na nowo wzbudza, to staramy się ją powstrzymać przez wyciągnięcie języka na zewnątrz i przytrzymanie go przez kilka minut. Jeżeli ten zabieg nie pomaga, to podajemy po łyżeczce następującego leku co kwadrans aż do skutku: *Cocaini muriatici* 0.25, *mentholi* 0.5, *spir. vini* 10.0; *syrupi simplicis* 80.0. — W celu powstrzymania trwającego lub ponawiającego się krwawienia, stosujemy podskórnie wstrzykiwania w okolicę żołądka, po kilka strzykawek Pravaza dziennie płynu z *extr. secalis cornuti aquosi* 2.0, *aq. dest.* 10.0, lub też podaje się ten lek w czopkach po 0.25 na dawkę kilka razy dziennie; często stosują praktycy *ergotinum Bombelon* podskórnie po 1/2 strzykawki, rozcieńczony płyn wprzód równą ilością wody wyjałowionej. Również zasługują na uwagę *hydrastininum muriaticum* po 0.025, 3—4 razy dziennie; *extr. fluidi hydrastis canadensis* i *tra radice gossypii*, każdego płynu używa się po 20—30 kropeł na dawkę lub wprowadza się go w podwójnej ilości z kleikiem skrobii w ławatywie. Podskórnie można wstrzykiwać 10-procentowy roztwór wodny z *hydrastininum muriaticum* po 1/2—1 grama tego roztworu dziennie.

Z leków mających bezpośrednio działać na wytworzenie czopu używano: *Plumbum acet.* 0,1 p. d., *Tanninum* 0,3 p. d., które zwiększa jednak częstotliwość wymioty. *Serum lactis aluminatum* po kieliszku, a ostatecznie *Liquor*

*ferris sesquichl.* po 6 kropeł na szklanke wody ocukrzanej, lub zmieszanej z białkiem kurczem lub z kleikiem. Wszystkie te środki nie osiągają zamierzonego celu i są zbyteczne; jedynie roztwór *ferris sesquichl.* może być pożyteczny, ale użyty dopiero po przebytych krwotoku, jako działający przeciw niedokrwistości.

Bardzo racjonalnem jest stosowanie zimna podczas krwotoku, a mianowicie połykanie kawałków lodu, a to w tym celu, aby naczynia błony śluzowej żołądka się skurczyły a drażnienie do wymiot ustąpiło; następnie okład lodowy na okolicę żołądka w postaci lekkiego worka kauczukowego, lub ślimacznicy kauczukowej, przez którą przebiega strumień wody lodowej. Winternitz mógł przez okłady lodowe obniżyć ciepłość wewnątrz żołądka o 1.5—2°. Flashar znów uśmierza krwotoki żołądkowe podając do picia tak gorącą wodę, jaką znieść tylko można, w ilości  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  szklanki; przez to ma się szykko skrzep wytworzyć. Należy jednak wyczekiwać sprawdzenia skuteczności tego lekowania.

Jeżeli krwotok wywołuje osłabienie, nie stosujemy zaraz środków podniecających, jak np. wysokowych, z obawy, aby przez podniecenie czynności serca, napowrót nie spowodzić krwotoku. Chcąc w razach nieustającego krwotoku żołądkowego wykonywać jeszcze racjonalne zabiegi lecznicze, odciągamy krew do powierzchni ciała przez gorczyczniki, kąpiele nożne gorczycowe, założenie opaski uciskającej na górne części kończyn, obniżenie głowy. Dopiero w razie groźnego omdlenia wskutek nagłej ostrej niedokrwistości stosujemy środki podniecające, eter, kamforę jako *ol. camphoratum* podskórnie (mniej skutecznie w ławatywie), amoniak do wachania, a w groźnym stanie wlewanie soli kuchennej lub przetoczenie krwi ludzkiej.

Ze względu na ważność tych ostatnich środków przeciw ostrej niedokrwistości wśród lub po krwotoku żołądka, przytaczam ważniejsze szczegóły niezbędne dla praktyki lekarskiej. Przetoczenie (*transfusio*) krwi zwierzęcej wprost do naczyń człowieka uważa Bergmann nietylko jako zabieg bezcelowy, ale i wprost szkodliwy, gdyż krew wstrzyknięta do naczyń nie zostaje przyswojoną, a nadto niszczy jeszcze pozostałe ciała czerwone we krwi chorego. Natomiast jedynie racjonalnym, a skutecznym zabiegiem może być wlewanie (*infusio*) roztworu soli kuchennej według Samuela, aby utrzymać jeszcze

akcyę na próżno pracującego serca. W tym celu wprowadza się z wysokości  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  metra przez kaniulę, przymocowaną zapomocą drenu do lejka, 1— $1\frac{1}{2}$  litra ciepłego ( $40^{\circ}$  C.) roztworu składającego się z  $6\frac{0}{00}$  soli kuchennej i  $1\frac{0}{00}$  węglanu sodowego do *vena mediana* lub *basilica*, albo *saphena*, wyszukawszy i naciąwszy je podobnie, jak do upustu krwi. Niektórzy autorowie dodają do powyższego roztworu środków odżywczych lub podniecających: Landerer 3—5% dokładnie odwłóknionej krwi, albo 3% cukru trzcinowego, Keppler 10 gm. wysokoku. Lepiej jednak zaniechać tych dodatków jako mało jeszcze wypróbowanych. Wlewanie należy wykonać wśród wszelkich ostrożności aseptycznych. — Najwygodniej jednak i również z dobrym skutkiem można stosować *hipodermoklizę* używaną przez Cantanigo w zapaści cholerycznej t. j. wstrzykiwanie podskórne roztworu alkalicyzowanego w okolice: lędźwiowo-brzuszną pachwinową, międzyopatkową lub pośladkową. Płyn do wstrzykiwania przyrządza się w następujący sposób: W 2 litrach wody przekropłonej i wyjałowionej (t. j. przez pół godziny gotowanej w kolbce zatkanej korkiem z waty) rozpuszcza się 6 gm. węglanu sodowego i 8 gm. chlorku sodowego i utrzymuje przy  $40^{\circ}$  C. Do podskórnych wlewań używa się najstosowniej kilkoma bocznymi otworami opatrzonej igły wydrażonej o średnicy wewnętrznego światła  $1\frac{1}{2}$ —2 mm., która to igła zapomocą krótkiej rurki kauczukowej połączona jest z biureta. Do zamykania rurki służy ściskacz. Cały przyrząd należy w celu wyjałowienia zanurzyć przed użyciem w 5% kwasie karbолоwym lub we wrzącej wodzie. Następnie należy miejsce obrabne do wstrzyknięcia obmyć najprzód eterem a potem roztworem sublimatu (1:2000), a po zupełnem przygotowaniu przyrządu w oczyszczonem miejscu wbić igłę w tkankę podskórną. Ciecz wpływa szybko, dlatego należy się starać o stałe dopełnianie biurety. W ten sposób można w przeciągu  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  godziny wprowadzić aż do  $1\frac{1}{2}$  litra cieczy w tkankę podskórną. Wessanie odbywa się szybko, a gdyby wystąpiło obrzmienie, to należy takowe przez rozcieranie dłonią rozdzielić. Hipodermoklizę można według potrzeby powtarzać, podczas gdy wlewanie do żył można co najwyżej 2 razy skutecznie.

Rainsford użył z powodzeniem u położnicy przy bardzo ostrej niedokrwistości wskutek krwotoku macicznego, wobec nie-

możności zrobienia wlewań do żyły, lawatywy z ciepłego rozczynu soli kuchennej wprowadzając po 50—100 cm<sup>3</sup> rozczyntu co 10 minut. Chora po dwu godzinach przyszła do przytomności i wyzdrowiała. Dla uniknięcia drażnienia jelita, rozczynty solne mogą dochodzić co najwięcej do zgęszczenia 1<sup>o</sup>/<sub>0</sub>.

Krew można wprowadzać z pożytkiem dla ustroju, wstrzykując ją podskórnice według metody Ziemssena; Upuszcza się ofiarującej na ten cel osobie krew z *vena mediana* w ilości 250—300cm<sup>3</sup>, odwłóknia się dokładnie przez klócenie przy 40<sup>o</sup> C., i zapomocą strzykawki o 25 cm<sup>3</sup> pojemności wstrzykuje się podskórnice w uda; miejsca wstrzyknięcia mięsi się w kierunku przebiegu naczyń, a dla uśmierzenia bólu przykładają worek lodowy. Uskuteczniejszy na jednym posiedzeniu 6—10 nakłóć, można wprowadzić kilka strzykawek (razem około 250 cm<sup>3</sup>) krwi podskórnice. Zabieg ten musi być ściśle aseptycznie wykonany. M. Hirsch próbował tego rękoczyntu w czterech przypadkach niedokrwistości znacznego stopnia: w trzech był skutek trwały, a w jednym przemieszający.

H. Thomson z kliniki Küstera poleca w przypadkach ostrej niedokrwistości wprowadzać tylko rozczynt soli kuchennej do żyły, a gdy nastąpi ponowny zapad zrobić wlewanie odwłóknionej krwi ludzkiej do żyły.

Zestawienie dotychczasowych wyników wykazuje lepsze skutki z wprowadzania rozczyntów solnych podskórnice (hipodermokliza), aniżeli z wlewań (infuzji) takowych wprost do żył (Kortmann).

Z wydalaniem krwi nagromadzonej w żołądku lub jelitach w żadnym przypadku śpieszyć się nie potrzeba; owszem należy uważać za pożądane, że pewne składniki krwi wobec przymusowego głodzenia chorego, zostaną wessane; na wystąpienie dobrowolne stolców można aż do tygodnia spokojnie wyczekiwać, a tylko w razie koniecznej potrzeby podać czopki glicerynowe lub lawatywę.

Jeżeli w przebiegu wrzodu krwotok żołądkowy wreszcie się zatrzyma, to musi chory jeszcze przynajmniej przez sześć tygodni pozostać w łózkach a całymi miesiącami zachować się jak najbardziej dyetycznie, gdyż tak długo trwa obawa ponowienia się krwotoku, jak długo wrzód nie jest zabliźniony. Równocześnie

należy leczyć energicznie niezbyt kwaśny lub nadmierną kwaśność, które nie tylko przeszkadzają utworzeniu się czopu, lecz wywołują nowe nadżerki naczyń. Dlatego stosujemy po zatrzymaniu się krwotoku pilnie alkalia. Pragnienie zwyczajnie wzmożone, gasimy wodami alkalicznymi (Vichy Grande-Grille, Szczawnicka Jozefina, Bilińska), podając je naraz w małych ilościach po ułotnieniu się kw. węglowego. Ponieważ ilość alkali w wodach mineralnych jest za małą, to podajemy po każdym spożyciu lub wypiciu pokarmu alkalia w małych ilościach, po 0.25—0.5 co 1 lub 2 godziny. Pospolicie stosuje się *natrium bicarbonicum*, chcąc zaś działać równocześnie lekko wypróżniająco, bardzo stosowne jest podawanie *magnesia alba* w proszku, zaś dla powstrzymania stolca *calcaria carbonica*, lub po 1—2 łyżek *aqua calcis*. Po upływie kilku tygodni, gdy obawa ponowienia krwotoku znikła, a siły i odżywienie się wzmogły, należy jeszcze przeprowadzić leczenie karlsbadzkie. Dla osób nie mogących udać się do zdrojowisk, poleca się w domu wodę karlsbadzką (p. str. 45), sól karlsbadzką, albo mięszaninę solną L. Wolffa (p. ust. o niedowładzie żołądka). Lecz u osób zamożnych zawsze do tego dążyć będziemy, by leczenie odbywało się w samym zdrojowisku, gdyż tu nie tylko wpływają korzystnie zmienione stosunki dyetyczne, klimatyczne i psychiczne, ale i pewne wprawdzie bliżej nam nieznanne, lecz swoisto działające czynniki zawarte w rodzimej wodzie mineralnej, które obecnie jako *media imponderabilia* oznaczyć musimy, a sztucznie ich dziś jeszcze naśladować nie jesteśmy w stanie (Liebreich).

Krwotoki nerwowe, o których wyżej była mowa, należy leczyć z równą starannością, co i krwotoki wskutek wrzodu okrągłego.

Zupełnie podobne jest postępowanie w leczeniu krwotoku, który nie objawia się wymiotami, lecz ostrą niedokrwistością, lub czarnymi stolcami. Jednak chcąc tu ściśle leczenie przeprowadzić, spotyka się lekarz często z niedowierzaniem ze strony chorego i otoczenia, a polecenia jego pozostają zwykle niewypełniane ze szkodą dla pacjenta.

W krwotokach u błedniczych postępowanie jest w ogóle to same; jednak jeżeli mamy pewność, że wrzodu okrągłego niema, to następowe leczenie i żywienie nie będzie skiero-

wane przeciw wrzodowi żołądka, jak to często obecnie się dzieje, lecz przeciw samej blednicy, tak np. stosować się będzie wody żelaziste, a nie karlsbadzkie.

W krwotokach pochodzących od wypicia żrących płynów, stosujemy wprzód odtrutki (p. str. 71), zanim działać zaczniemy przeciw krwotokowi samemu. Krwotoki mniejsze powstałe przez połknięcie twardych przedmiotów, lub przez zondowanie nie mają wprawdzie większego znaczenia, pomimo to należy zawsze choremu zabronić przyjmowania stałych pokarmów przez 1—2 dni, a zastosować wewnątrz i zewnątrz zimno, gdyż niepokazny na pozór krwotok może być początkiem znacznych wynaczynień.

W ostatnich czasach ogłoszono (Rydygier, Czerny, Cordua, Mikulicz) przypadki krwawiącego wrzodu okrągłego, leczone zabiegami chirurgicznymi w ten sposób, że go wycinano lub kauteryzowano. Ten doraźny i niebezpieczny sposób leczenia nie zabezpiecza chorego od ponowienia się krwotoku przez wytworzenie się nowego wrzodu. To też projekt Dunina, aby wobec ponawiających się krwotoków żołądka z powodu wrzodu w odźwierniku wykonać gastroenterostomię, zasługuje na uwzględnienie. Tym bowiem sposobem zapobiegnie się nadmiernemu gromadzeniu kwasu żołądkowego i odnawianiu wrzodu okrągłego (p. ustęp o zabiegach chirurgicznych).

#### XXIV. Oznaki różniące wrzód okrągły od raka żołądka.

##### Wrzód okrągły:

1. Przeważna część chorych znajduje się w wieku młodszym lub średnim (niżej lub około 40 lat).

2. Przypadłości gastryczne trwają zwykle całemi latami.

3. Palenie, zgaga, odbijania kwaśne pojawiają się często.

4. Łaknienie i pragnienie jest wzmożone.

##### Rak żołądka:

1. Choroba występuje najczęściej w wieku późniejszym, ponad 40 lat.

2. Przypadłości gastryczne rozpoczęły się najczęściej dopiero od kilku miesięcy.

3. Najczęściej nudności; zgaga i odbijania kwaśne występują tylko w razie rozstrzeni żołądka.

4. Łaknienie najczęściej upośledzone.

5. Bóle ostre, gryzące lub przeszywające, znacznego napięcia zwykle napadowe.

6. Wyglądanie chorych albo prawidłowe albo częściej niedokrwiłe (skóra blada lub woskowa).

7. Mocz bywa zwykle prawidłowy, czasem alkaliczny a chlorki zmniejszone.

8. Wyjątkowo tylko daje się wyczuć guz należący do żołądka.

9. Wymiociny zwykle zielonkawo-żółte, woni speptonizowanego mięsa (surowizny), zawierają wolny kw. solny i trawiają dokładnie białko.

10. Wymiociny krwawe zwykle obfite, wywołujące silny zapad, ciemno-cisawe, fusowate, woni speptonizowanej krwi, zawierają wolny kw. solny, i wydają łatwo kryształy teichmanowskie.

11. W żołądku ezczym mniejsza lub większa ilość płynu mętnawego lub zielonkawatego, kwaśnego od kw. solnego, trawiącego zwykle białko, zawierającego liczne jądra ciałek wypocinowych i złuszczoney przy-

5. Bóle ciągnące, więcej tępe i trwałe, chociaż zmiennego napięcia.

6. Chorzy już po kilkumiesięcznem trwaniu choroby przedstawiają charakterystyczne charłactwo (skóra szarawo-żółta, sucha, szorstka).

7. Mocz bywa często zmieniony, napotyka się białko, pepton, indykan i zwiększona ilość azotu.

8. Często wyczuwa się w okolicy żołądka guz lub wyniosłość guzowatą, przy dotyku tkliwą.

9. Wymiociny brudno-szarawe, woni gnilnej lub octowej, zawierają zwykle niestrawione pokarmy, nie okazują ani siły trawiącej, ani oddziaływania na wolny kwas solny; pod drobnowidem: igielki tłuszczowe, liczne laseczniki długie i nitki pleśni.

10. Wymiociny krwawe, szarawe lub czekoladowe, o własnościach pod l. 9 opisanych, zawierają gdzieniegdzie niewyraźne szczątki ciałek czerwonych. Kryształy teichmanowskie tylko wyjątkowo otrzymać można.

11. W żołądku ezczym mała ilość cieczy śluzowej alkalicznej, zwykle cuchnącej, nie trawiącej białka, najczęściej z resztkami pokarmów, przybliżonkiem płaskim, licznymi kokami i lasecznikami nitkowatymi (objawy

**blonek wałeczkowy** (objawy nieżyty kwaśnego, p. ust. XV), a w przypadkach rozstrzeni żołądka, resztki pokarmów.

12. Na szczycie trawienia okazuje treść żołądkowa nadmierny stopień kwasoty, wyższy nad 50=1,8 p. m. a pochodzący od wolnego kw. solnego

13. Przy zastosowaniu leczenia dyetetycznego przeciw wrzodowi okrągłemu poprawia się stan chorobowy, a względnie poprawia się odżywienie, i zwiększa ciężar ciała.

14. Stolec bywa najczęściej zaparty.

nieżyty śluzowego), albo znaczna ilość gnijącej miazgi pokarmowej o własnościach pod l. 9 opisanych.

12. Na szczycie trawienia, pomijając bardzo nieliczne wyjątki, niema wcale kw. solnego, tylko kwasy organiczne, a przeważnie kw. mlekowy w znacznej ilości.

13. Przy takim samym lekowaniu, przypadłości gastryczne się nie zmniejszają, a ciężar ciała zwykle opada.

14. Jeżeli nowotwór nie zajmuje odźwiernika, istnieje najczęściej biegunka.

## Choroby żołądka z przewlekłym upośledzeniem sprawności mechanicznej.

### XXV. Uwagi ogólne.

Czynność mechaniczna żołądka w stanach chorobowych może być albo przyspieszoną (*hyperkinesis ventriculi*, *supermotilitas*), albo upośledzoną (*insufficiencia motoria*, *hypokinensis ventriculi*). Przypadki przyspieszonego mechanizmu żołądka są rzadkie, polegają one na tle nerwowem, a mowa o nich będzie w rozdziale o nerwach żołądka. Natomiast bardzo często napotyka się upośledzenie wydalania ze żołądka. Jeszcze w r. 1884 wykazałem pierwszy, że chemizm trawienia w stosunku do mechanizmu żołądka ma podrzędne znaczenie, i jak długo żołądek wykonywa prawidłowo czynność mechaniczną, tak długo osłabienie a nawet utrata chemizmu nie daje się uczuwać, ani podmiotowo, ani przedmiotowo.

Ze zapatrywaniem tem, pierwotnie zacięcie zwalczaniem, zgadza się obecnie przeważna część autorów. W jaki sposób powstaje osłabienie mechanizmu, toczy się na ten temat ciągle jeszcze dyskusya, oparta więcej na rozumowaniu teoretycznym, niż na tle doświadczalnym, a akta w tym kierunku wcale nie są zamknięte. Stojąc na podstawie faktów, możemy tyle powiedzieć, że osłabieniu mechanizmu żołądka towarzyszą pewne anatomiczne zmiany narządu, dające się stale wykazać. Jedne z tych zmian uchodzą jako przyczyna osłabienia mechanizmu żołądka i sprawiają to, że miazga pokarmowa nie mogąc się w dostatecznej ilości wydostać ze żołądka do dwunastnicy, tworzy w nim zastoje. Inne znów są następstwami tego zastoju i sprowadzają przypadłości chorobowe tak przedmiotowe, jak i podmiotowe.

Zastój miazgi pokarmowej w żołądku może się wytworzyć, jeżeli ściany żołądka, a względnie warstwa mięsna z wyrodnieją, jak to bywa w przypadkach marskości żołądka i w nowotworze rakowym rozlanym, zajmującym przeważnie dno żołądka. Narząd przedstawia wtenczas wielkość prawidłową, albo jeszcze częściej okazuje pojemność zmniejszoną. Przypadki tego rodzaju są jednak rzadkie i schodzą na dalszy plan przy ocenieniu zastoju żołądkowego.

W innych przypadkach zastój w żołądku powstaje wskutek przeszkód w odźwierniku, niedozwalających na dokładne wypróżnianie się żołądka. Tu wskutek przepracowania się narządu wyrabia się z biegiem czasu wyczerpanie, zmniejszenie kurczliwości, a ostatecznie niedowład błony mięsnej, czego wyrazem jest trwale powiększenie, — rozstrzeń, — żołądka.

W przeważnej znów części przypadków zastoju w żołądku wytwarza się osłabienie lub utrata kurczliwości błony mięsnej niepostrzeżenie z rozmaitych przyczyn, bądź miejscowych bądź ogólnych i prowadzi podobnie jak przy przeszkodach w odźwierniku do rozstrzeni żołądka.

Okazuje się z powyższego, że wyjąwszy nieliczne przypadki, idzie zastój w żołądku w parze z mniejszem lub większem powiększeniem narządu. Lecz nie bywa zawsze odwrotnie, że rozstrzeń żołądka musi być koniecznie połączona z niedowładem mechanicznym. Napotykamy bowiem osoby zdrowe, których żołądek przedstawia wszystkie fizyczne objawy rozstrzeni (*megalogastria* Ewalda),

a badanie wewnętrzne przekonywa o prawidłowym wydalaniu. Jest to więc rozstrzeń żołądka, którego warstwa mięsna w należytym czasie wydała nawet większą ilość pokarmów, niż żołądek prawidłowy, przeto ten stan żołądka można uważać jako rozstrzeń wyrównaną (*ectasia compensata*).

Zastojowi w żołądku towarzyszą po największej części przypadłości podmiotowe znacznego stopnia. Przyczyną tego nie jest rozstrzeń, jak to wielu lekarzy mniema, lecz jej następstwa. Rozstrzeń może sprawić co najwięcej uczucie pełności i ciężenia jakoteż brak łaknienia. Tymczasem dolegliwości podmiotowe bywają o wiele większe i rozmaite. Wskutek zastoju w żołądku nagromadzają się w nim istoty drażniące błonę śluzową, zwłaszcza w części odźwiernikowej, zostającej bez przerwy pod wpływem gromadzącego się tu gryzącego soku żołądkowego i rozmaitych wytworów fermentacyjnych miazgi pokarmowej. Błona śluzowa żołądka zostaje pod wpływem trwałego podrażnienia, a w następstwie, nieżyty kwaśnego, który jest właśnie przyczyną znacznych dolegliwości u chorych na rozstrzeń żołądka. Dopiero gdy z czasem nieżyty kwaśny przejdzie na śluzowy, dolegliwości podmiotowe stają się mniejsze. Uwzględnienie jakości stanu chorobowego błony śluzowej jest dla terapii rozstrzeni bardzo ważną okolicznością. Dziś w przypadkach rozstrzeni żołądka, leczy się tylko rozstrzeń, a pomijając towarzyszące jej zmiany na błonie śluzowej, które koniecznie równocześnie leczyć należy, chcąc choremu przynieść ulgę.

Ponieważ upośledzenie mechanizmu żołądka łączy się z małymi wyjątkami, z powiększeniem narządu, przeto zamiast powyższej zmiany czynnościowej opisywać będziemy jako stan chorobowy jej tło anatomiczne t. j. rozstrzeń żołądka. Według jakości i stopnia zmian anatomicznych żołądka, możemy rozróżnić następujące postacie rozstrzeni:

1. Żołądek naczeczko nie przedstawia fizycznych zmian rozstrzeni, dopiero wtenczas, gdy zostanie obciążony pokarmami lub napojami t. j. podczas trawienia. Próby zaś na trawienie wykazują późniejsze ukończenie tegoż. Możemy też ten stan nazwać niedowładem albo rozstrzeniem czasową lub trawienną (*insufficiencia relativa v. ectasia digestiva*).

2. Żołądek tak naczeczko jakoteż podczas trawienia przedstawia objawy fizyczne rozstrzeni, gdyż utraciwszy zupełnie swą

kureczliwość, nie przychodzi w żadnej porze dnia do swej prawidłowej wielkości. Jest to przeto rozstrzeń trwała (*ectasia continua v. idiopathica*).

3. **Przeszkody mechaniczne** (najczęściej zwężenie w odźwierniku), którym towarzyszy stale rozstrzeń żołądka. Jest ona tu objawem następowym, jako *ectasia consecutiva*.

### XXVI. O badaniu w rozstrzeni żołądka.

Ponieważ upośledzenie sprawności mechanicznej żołądka jest w praktyce pominąwszy nieliczne tylko przypadki, równoznaczące z powiększeniem narządu, przeto rozpoczynając badanie chorego, jak to zwykle bywa od objawów fizycznych, na ten szczegół najprzód przychodzi zwrócić uwagę. Badanie fizyczne rozstrzeni żołądka odbywa się przez oglądanie, wyczuwanie, opukiwanie i t. d., jak to już przedstawiono na stronicach 2—8 i 19—25. Oprócz tego stosuje się szczegółowe metody, których opis podany poniżej, znajduje się w ustępach XXVII—XXXI. Nadto należy wspomnieć na tem miejscu jeszcze o metodach z czasów ostatnich, służących do badania odźwiernika i dwunastnicy, które w razie ulepszeń mogą mieć przed sobą wielką przyszłość.

Hemmeter ogłosił (1896) pracę pod tytułem *intubatio duodeni*, w której wykazał, że można się przez odźwiernik dostać do dwunastnicy zapomocą zondy. W tym celu używa on zondę kauczukową, zakrzywioną według krzywizny małej żołądka. Wzdłuż zakrzywienia zondy biegnie pochewka przesuwalna z balonikiem kauczukowym, który zwinięty około zondy, daje się na niej wprowadzić do żołądka i tam powietrzem wydać, przyjmując postać żołądka i przyciskając zondę do krzywizny małej. Zondę w przebiegu krzywizny małej ustawioną, do dwunastnicy przeprowadzić można przez odźwiernik, który według doświadczeń autora nie stawia oporu przy zondowaniu. Co do bliższych szczegółów odsyłamy Szan. Czytelnika do rozprawy oryginalnej (*Archiv f. Verdauungskrankheiten B. II. H. 1*).

Niedługo po Hemmeterze ogłosił Fr. Kuhn (1897 r.) inny sposób zondowania odźwiernika i dwunastnicy. Do tego stosuje on na pół metra długą zondę metalową lecz nie-

zmiernie łatwo podatną, a dla zeszywnienia jej wprowadza wewnątrz dość giętki mandryn metalowy. Na powyżej opisaną metalową sondę nadziewa się jeszcze zwykłą sondę kauczukową. Wybadawszy kształt żołądka i położenie odźwiernika przez wyduęcie powietrzem lub zapomocą tak zwanej sondy balonowej, wprowadza się z łatwością wyżej opisaną sondę spiralną do żołądka, a przy pomocy mandrynu przez odźwiernik do dwunastnicy, jak to twierdzi Kuhn. Zondowanie jest co prawda, jak o tem się przekonałem, bardzo łatwe, lecz niema oznaki, po której możnaby poznać, że się weszło sondą przez odźwiernik do dwunastnicy. Aby tę ostatnią okoliczność mógł stwierdzić, wlewałem w przypuszczeniu, że zonda spiralna znajduje się w dwunastnicy, przez nią pół litra roztworu błękitu metylenowego, poczem wyciągałem sondę, a zakładałem zwykłą żołądkową i aspirowałem treść ze żołądka. Wynik okazał się tego rodzaju, że tylko w dwóch przypadkach nie mogłem wyciągnąć treści żołądkowej niebieskiej, podczas gdy w ośmiu otrzymałem całą ilość roztworu barwika. To znaczy, że barwik tylko dwa razy dostał się wprost do dwunastnicy, w innych zaś przypadkach tylko do żołądka, w którym półtorametrowa zonda Kuhna się zwinęła. Bliższe szczegóły o zondach spiralnych podaje Kuhn w Arch. für Verdauungskrankheiten. 1897 Bd. III, H. 1.

Przy pomocy sondy Kuhna daje się bardzo wygodnie oznaczyć dużą krzywizną żołądka sposobem Boasa (p. str. 19), gdyż ta zonda, aczkolwiek bardzo podatna, jest twarda, dlatego przez powłoki brzuszne daje się bardzo dobrze wyczuć.

Obecnie ani zonda Hemmeta, ani zonda Kuhna nie osiągają jeszcze celu praktycznego, są to dopiero pierwsze kroki zondowania poniżej-żołądkowego. Według mego zdania, połączenie metody balonkowej ze sondą spiralną Kuhna może doprowadzić najlepiej do celu.

Do bardzo ścisłego, a w przyszłości wiele obiecującego sposobu badania żołądka, należy prześwietlanie X-promieniami. Ja w moich doświadczeniach, które przedstawiłem w Krak. Towarzystwie Lek. dnia 16. czerwca 1897, przekonałem się, że w obrazie rzuconym na ciennik fluoryzujący, dostrzega się próżny żołądek jako jaśniejsze, lecz słabo oznaczone miejsce pod przeponą, tuż poniżej koniuszka sercowego. Aby żołądek w obrazie dobrze

uwidocznąć, należy go wydać powietrzem, a najlepiej wprowadzić  $\frac{1}{2}$ —1 syfonu wody wraz z gazem przez sondę, w którym to celu nadaje się najlepiej sonda spiralna Kuhna (powyżej), jako mająca ściany metalowe, dla X-promieni nieprzepuszczalne. Po wydęciu żołądka należy sondę zaopatrzoną w mandryn metalowy zamknąć, by gaz nie uchodził i pozostawić w żołądku podczas trwania prześwietlenia. Natenczas spostrzega się na cienniku w całym podżebrzu lewem miejsce jasne, jakby pęcherz wydęty, nad nim przepone grubości cienkiej tektury, wypartą zwykle aż do trzeciego przestworu międzyżebrowego. Bezpośrednio nad wydętym żołądkiem leży tętniące serce, które stosownie do wydęcia żołądka okazuje niższe lub wyższe ustawienie. Prawa granica żołądka jest zacieniona obrazem wątroby, podczas gdy zarysy lewej są niewyraźne. Obraz krzywizny dużej okazuje się im dalej ku dołowi tem więcej zacieniony, natomiast występuje wyraźnie smuga czarna, odpowiadająca sondzie metalowej, która leży wzdłuż krzywizny dużej i dokładnie ołówkiem wykreślić się daje. Doświadczenia na kilku zdrowych osobach przekonały mnie, że w pozycji stojącej leży krzywizna duża żołądka wypełnionego, bardzo nisko, gdyż zawsze niżej pępka, i zgadza się z granicami, jakie spostrzegamy w tej samej postawie w obrazie diafanoskopowym. Muszę też twierdzić na podstawie własnych spostrzeżeń nad prześwietlaniem X-promieniami, że położenie narządów brzusznych w pozycji leżącej jest inne aniżeli w postawie stojącej, tak, że wyniki badania fizycznego, otrzymane w pierwszym i w drugim przypadku, nie dają się porównać ze sobą. W prześwietlaniu żołądka posiadamy obecnie jedyny sposób, zapomoć którego możemy dokładnie oznaczyć ustawienie górnej granicy (duż) żołądka.

### XXVII. Rozstrzeń żołądka czasowa (w czasie trawienia). Niedowład względny żołądka.

*Ectasia ventriculi digestiva. Atonia ventriculi relativa.*

*Insufficiencia ventriculi motoria* (Rosenbach). *Myasthenia ventriculi* (Boas). *Hypotonia ventriculi* (Bouveret). *Hypokinesia ventriculi digestiva.*

1. Zboczenie chorobowe polega na złem odżywieniu i następowem osłabieniu warstw mięsnych, które pociąga za sobą zwiótczenie i uposledzenie kureczliwości ścian żołądka, a to tego rodzaju, że żołądek czezy, lub małą tylko ilością pokarmów napełniony, wykazuje stosunki jeszcze prawidłowe, zaś przy średnim już napełnieniu przedstawia objawy rozstrzeni i niedowładu mechanicznego. Tu należy zaliczyć i te przypadki niejednokrotnie zauważane, że za życia występują objawy rozstrzeni, a przy badaniu pośmiertnem znajdujemy żołądek skurczony, a nawet ukryty zupełnie pod łukiem żebrowym. Tego rodzaju stosunki i za życia zdarzały się chirurgom, którzy zabierając się do resekcji odźwiernika na podstawie fizycznego badania, rozpoznanej znacznej rozstrzeni żołądka, po otwarciu jamy brzusznej rano naczęzo nie znaleźli ani zaciśnięcia odźwiernika, ani rozpoznawanej rozstrzeni.

2. Przyczyny wywołujące powyższe zboczenie mogą być wielorakie, lecz nie ze wszystkim dokładnie poznane. Nawykowe obciążenie żołądka napojami np. piwem u piwoszów, mlekiem podczas stosowania diety mlecznej, może zmniejszyć kureczliwość żołądka. Podobnie dzieje się to przez wprowadzenie znacznych ilości pokarmów mało pożywnych n. p. roślinnych, jak to ma miejsce u naszej ludności wiejskiej, zwłaszcza u górali. Również i dorywcze lub szybkie jedzenie, do którego zmuszone są osoby w pośpiechu swych zajęć lub długotrwałych podróży, sprawiają, że nagle dostaje się znaczniejsza ilość dużych kawałków pokarmów, które z trudnością przez odźwiernik przepchnięte być mogą, i stąd obciążając żołądek, dłużej niż zwykle w nim się zatrzymują. Bouveret podaje także i nadmierne używanie tytoniu jako przyczynę wywołującą niedowład żołądka. Rozstrzeń czasową napotyka się u osób dorosłych źle odżywionych, charłacznych, n. p. w przebiegu niedokrwistości, blednicy, gruźlicy. U tego rodzaju osób natychmiast powstają objawy niedowładu mechanicznego, skoro chcemy podnieść ich stan odżywienia przez nagłe forsowne żywienie. Podobnie napotyka się niedowład względny w ozdrowieniach po ostrych lub ciężkich wyniszczających chorobach, po durze, wysiękach ropnych, sprawach poporodowych i t. d. Rozstrzeń czasowa pojawia się często u dzieci (Comby, Wiederhofer, Malibran) źle odżywionych, krzywiczych i t. p., u których źle odżywiony żołądek wskutk nieogłędnego wprowadzania włęk-

szych ilości pokarmów, okazuje podmiotowo i przedmiotowo wszystkie objawy rozstrzeni, który to stan w przeciagu kilku dni może się wytworzyć. Zauważono także co do niedowładu żołądka dziedziczne usposobienie. Nierzadko zdarza się spotkać rodziny, których kilku członków uskarża się na „słaby żołądek“. Niedowład względny jest więc objawem chorobowym b a r d z o c z ę s t y m. Towarzyszy on prawie w każdym przypadku zwiśnięcia żołądka, jeżeli nie ma jeszcze rozstrzeni trwałej (p. ustęp o zmianach topograficznych żołądka).

Rozstrzeń czasową rzadko napotyka się jako taką, towarzyszą jej w przeważnej części przypadków z b o c z e n i a w y d z i e l n i c z e. Przedłużone bowiem zaleganie treści nie zmniejszającej się w tym stosunku, jak w żołądku zdrowym, zbyt zadrażnia błonę śluzową do wydzielania, i sprawia, że treść żołądkowa nie tylko jest obfitszą, ale i o wiele kwaśniejszą, niż w stanie prawidłowym, czyli, że mamy jako objaw następowy nadmierną kwaśność podczas trawienia (*hyperaciditas digestiva*, str. 75), na co już oddawna zwróciłem uwagę. Jest również prawdopodobne, że i pierwotna nadmierna kwaśność może wywołać niedowład mechaniczny, a względnie rozstrzeń podczas trawienia (Riegel, Séé), a Mathieu i Durand-Fardel przypuszczają, że odźwiernik podrażniony zbyt kwaśną treścią, kurczowo się zawiera i treść żołądkową zbyt długo w żołądku przytrzymuje. Pfungen też w jednym przypadku przetoki żołądkowej dostrzegał zaciskanie się części odźwiernikowej po zakwaszeniu treści żołądkowej kwasem solnym. Moje zaś spostrzeżenia kliniczne wykazały, że przy nadmiernie kwaśnej treści żołądkowej, miazga pokarmowa zmieszana ze żółcią, wraca się z dwunastnicy napowrót do żołądka, prawdopodobnie wskutek podrażnienia dwunastnicy do ruchu przeciwbaczkowego przez zbyt kwaśną treść żołądkową. Zwrócona miazga pokarmowa tem dłużej zalega w żołądku i prowadzi tenże nadmiernie obciążając, do znużenia mechanicznego narządu i osłabienia jego kurczliwości.

W przypadkach początkowej rozstrzeni czasowej może się zdarzyć, że istnieją co do wydzielania stosunki prawidłowe. Najczęściej jednak istnieje nadmierna kwaśność podczas trawienia. Napotyka się także, chociaż rzadziej, rozstrzeń czasową w połączeniu z niedomogą wydzielniczą, albo z nieżytem śluzowym.

Niedowład mechaniczny żołądka nie ogranicza się tylko na ten narząd, lecz obejmuje często równocześnie i jelita (Sée), gdyż ta sama przyczyna, która wywołuje osłabienie mechaniczne żołądka, sprawia także osłabienie jelit i upośledzenie ruchów czyli niedowład (atonię) tychże. Stąd towarzyszy temu cierpieniu nadzwyczaj często zaparcie żywota, zwłaszcza w przypadkach, w których równocześnie istnieje nadmierna kwaśność treści żołądkowej.

3. **O b j a w y p o d m i o t o w e** rozstrzeni czasowej z powodu powikłań ze zбочeniami wydzielniczymi, przedstawiają się niejednostajnie, a mogą być nawet zakryte przez objawy bardzo rozwiniętych zmian wydzielniczych. Bywają jednak przypadki, w których niedowład względny żołądka nie sprawia żadnych dolegliwości (*atonía latens*), a to ma miejsce niekiedy wtedy, jeżeli nie istnieje podwyższenie kwasoty treści żołądkowej, a chorzy dyetetycznie się żywią. Natomiast w przeważnej części przypadków napotyka się podmiotowe przypadłości, nie tylko odnośnie do żołądka, lecz i ogólne jakoteż odległe, tak, że tych chorych bez dokładnego badania uważa się jako neurasteników lub określa się stan chorobowy jako dyspepsia nervosa (p. dotyczący ustęp w rozdziale o nerwicach).

a) *Atonia relativa v. ectasia digestiva* bez zmian wydzielniczych przedstawia jeszcze najłagodniejsze objawy niestrawności: Po użyciu większej ilości pokarmów, najczęściej po obiedzie, nieprzyjemne uczucie pełności, prężenia, gniecenia w żołądku, tak, że chorzy rozpinają suknie, by sobie ulżyć; równocześnie bywają odbijania, jakoteż uczucie sytości trwające długo po jedzeniu, często ciśnienie i zawrót głowy. Przedmiotowo zaś stwierdza się po spożyciu obiadu stłumienie lub pluskanie w okolicy żołądka, które utrzymuje się przez długi czas.

b) *Atonia relativa v. ectasia digestiva c. anachlorhydria* nie jest częstą postacią chorobową, przedstawia ona przypadłości pod a. opisane, a przy wybitnym nieżycie śluzowym dołączają się jeszcze objawy tegoż cierpienia (p. ust. XVIII). W treści żołądkowej napotyka się tu często drobnoustroje gnilne (koki, laseczniki).

c) *Atonia relativa v. ectasia digestiva cum hyperaciditate digestiva* jest najczęstszą postacią chorobową i pociąga za sobą znaczne dolegliwości podmiotowe: odbijanie kwaśne, zgagę, pragnienie, nawet palenie i bóle w żołądku, a u osób wrażliwych ból głowy

i wymioty. Chorzy przedstawiają wygląd niedokrwisty i są tylko miernie odżywieni, pomimo, że mają dobre łaknienie i stosunkowo dostateczną ilość pokarmów przyjmują. O przyczynie tego zjawiska będzie jeszcze poniżej wzmianka (p. ust. XXVIII. 5). Obok tego istnieje zwykle zaparcie stolca z powodu równoczesnego niedowładu jelit. W tej, a czasem i w innych postaciach rozstrzeni żołądka pojawia się ciśnienie i zawrót głowy podczas wypełnienia żołądka (*vertigo a stomacho laeso*), prawdopodobnie wywołany czasową niedokrwistością mózgu, powstałą wskutek zbytniego napływu krwi do żołądka przy wzmożeniu jego czynności.

Według moich spostrzeżeń rozwija się ta postać chorobowa w ten sposób, że najprzód powstaje niedowład narządu, a w następstwie zatrzymywanie się treści w żołądku, gromadzenie się kwasu żołądkowego i drażnienie błony śluzowej do trwałego wydzielania kwasu; gdy niedowład znika, ustępuje i nadmierne wydzielanie kwasu. Riegel i kilku innych autorów przypuszcza, że pierwotne jest nadmierne wydzielanie kwasu, przez co odźwiernik do skurczu zostaje podrażniony. W tej postaci niedowładu trafia się często, że występują bóle po użyciu większych ilości pokarmów, lub jeżeli w żołądku więcej treści się zbierze. Bóle te mają pozór napadowych bólów, podobnie jak nerwobole (p. ustęp dotyczący w rozdziale o nerwicach żołądka) i powstają wskutek drażnienia zmienionej już błony śluzowej przez treść żołądkową o pewnym stopniu kwasoty. Po użyciu alkaliów bóle ustępują, przyczem nadmiernie należy, że ilość alkaliów nie potrzebuje być zbyt wielką, gdyż wystarczy już obniżenie kwasoty do pewnego stopnia bez doprowadzenia do zupełnego zubożenia. Według Boasa ma być atonia żołądka z nadmiernem wydzielaniem, początkowym jej okresem.

4. R o z p o z n a n i e rozstrzeni czasowej atonii żołądka robi się bardzo często nawet bez wykazania koniecznych objawów. Powinno ono jednakowoż się opierać na następujących szczegółach:

a) Chorzy, którzy od dłuższego czasu albo za wiele jadali, albo w odżywieniu podupadli, czują się tylko dobrze przy użyciu małych ilości pokarmów, zaś po zjedzeniu większych ilości doznają objawów niestrawności.

b) Pluskania w żołądku czegoś wywołać niemożna, jednak po spożyciu obiadu trwa ono całemi godzinami, o wiele dłużej nad pięć godzin, i można je wykazać uderzając palcem wskazującym okolicę żołądka, poczynając w linii mostkowej od podżebrza lewego aż do pępka. Podając choremu rano naczeczko do wypicia szklankę wody lub mleka, stwierdza się także pluskanie, które jednak tak nisko nie sięga, jak to miało miejsce po obiedzie. U osób chudych o powłokach cienkich, można niekiedy i naczeczko-

wywołać pluskanie, chociaż w żołądku niema wcale pokarmów. Pochodzi ono od zebranej małej ilości kwasu żołądkowego w przypadkach trwałego wydzielania tegoż. Pluskanie wywołane naczecz, jak to słusznie twierdzi Bouveret, jest pewną oznaką niedowładu żołądka. Jeżeli tego rodzaju pluskanie sięga prawie do pępka, uważam te przypadki jako rozstrzeń trwałą lżejszego stopnia (p. niżej str. 203). Podczas trawienia obiadu obszar wypukowy Traubego bywa zwykle w kierunku ku górze zwiększony, co jednak w rzadkich przypadkach zdarzyć się może i bez rozstrzeni żołądka (p. ustęp XXVIII 7).

c) Bardzo racjonalnem jest postępowanie Pierr'y'ego w celu wyśledzenia rozstrzeni czasowej. Naczecz wypija chorey 1—2 szklanek płynu; w pozycyi na wpół siedzącej oznacza się na okolicy żołądka pas stłumienia wypukiem, potem wprowadzasie do żołądka po szklance płynu i oznacza znów pasy stłumienia, które według Penzoldta w stanie prawidłowym nawet po wypiciu jednego litra wody, leżą ponad linią pępkową poziomą. W razie niedowładu ścian żołądka pasy stłumienia, pomimo zwiększenia się płynu w żołądku, zniżają się lub stoją w tym samym poziomie (Rosenbach), podczas gdy w stanie prawidłowym w miarę wlewania płynu do żołądka poziom cieczy, a tem samem i pasy stłumienia podnoszą się. Napięte lub grube powłoki brzuszne, lub zakrycie żołądka jelitami sprawiają, że ten racjonalny sposób oznaczania rozstrzeni czasowej w wielu przypadkach nie da się wykonać, chociaż go w ostatnich czasach Dehio jako najlepszy ze wszystkich znów poleca.

Za właściwość dla niedowładu uważam jeszcze tę okoliczność, że dolna granica w różnych czasach trawienia oznaczana, okazuje ustawienie zmienne, to wyżej to niżej, podczas gdy przy trwałej rozstrzeni jest ona mniej więcej stałą.

d) Wydymanie żołądka (p. str. 6) nie wykazuje obniżenia granicy poniżej pępka, natomiast diafanoskopia w postawie stojącej przedstawia obraz świetlny poniżej pępka. Lecz tej okoliczności nie należy przypisywać znaczenia, gdyż i w stanie prawidłowym leży dolna granica prześwieconego żołądka poniżej pępka, jeżeli go wodą wypełnimy (p. str. 23). Wyczwanie sondy według Boasa jako nowy sposób badania, nie było dotąd w tej sprawie chorobowej jeszcze użytowane. Ja

w kilku przypadkach miałem to wrażenie, że zonda swoje położenie to obniżała, to podwyższała według tego, czy więcej lub mniej została wtłoczona.

e) Żołądek czozy nie okazuje przy badaniu fizycznym ani powiększenia rozmiarów, ani płaskania, jest zupełnie pusty, a po wprowadzeniu wody przekroplonej otrzymuje się ciecż rozmaitego oddziaływania, lecz bez widocznych w niej resztek pokarmów. Próby zaś trawienia żołądkowego wykazują na szczycie trawienia najczęściej zwiększoną kwasność treści, pochodzącą od wolnego kw. solnego. Przypadki z objawami płaskania naczo powyżej pępka są powikłaniami niedowładu z trwałem wydzielaniem kw. żołądkowego (p. wyżej b).

f) Badanie wydalania żołądkowego zapomocą próby salolowej, a nawet białkowej, nie zawsze wykazuje opóźnienie, takim bowiem małym ilościom użytym, podolają jeszcze ruchy i kurezliwość żołądka. Dopiero przy użyciu obiadu próbnego okazuje się, że po 7 godzinach zalega jeszcze znaczna ilość (100—200 cm<sup>3</sup>) treści w żołądku. Celem otrzymania porównawczych wyników, należy do obiadu próbnego używać tylko wprzód odważonych i w jednakowy sposób przyprawianych ilości pokarmów (p. str. 27).

Za niedowładem mechanicznym (rozstrzenią w czasie trawienia), przemawiają wogóle, stosunki prawidłowe przy badaniu żołądka czezego, a objawy rozstrzeni w czasie trawienia. To znaczy, że kurezliwość żołądka, aczkolwiek upośledzona, jest jeszcze o tyle utrzymana, że narząd w stanie próżnym może jeszcze przyjść do pierwotnej objętości.

Dla uzupełnienia rozpoznania niedowładnego żołądka, należy się jeszcze przekonać o zmianach na błonie śluzowej, a to na podstawie zbadania treści żołądkowej czozej, jakoteż po podaniu śniadania i obiadu próbnego.

Uwaga: Tu należy dodatkowo nadmienić, że wydobywając treść żołądkową przez wytłaczanie, otrzymamy co do kwasoty często inne wyniki, niżeli używając aspiracyi w tym celu. Pochodzi to stąd, że treść żołądkowa przy wytłaczaniu wypływa nie tylko przez zondę, lecz także i obok zondy do jamy ustnej się dostaje i tu zabiera wiele śluzu, który ogólną kwasotę znacznie obniża. I tak np. w jednym przypadku po śniadaniu próbnem znalazłem w treści otrzymanej przez wytłaczanie kwasotę 30, podczas gdy treść przez aspirację nazajutrz otrzymana, wykazywała kwasotę 80.

5. Rokowanie co do przywrócenia stanu prawidłowego jest w większej części przypadków pomyślne. Jeżeli jednak trwale działają na żołądek warunki niesprzyjające, lub sprawa jest dziedziczną, albo też polega na tle innej choroby niedającej się usunąć, to niedowład mechaniczny przyczynia się do zupełnego upadku odżywienia, albo często do wytworzenia nieżytu kwaśnego z jego wszystkimi następstwami. Trzeba jeszcze mieć tę okoliczność na uwadze, że osoby cierpiące na niedowład mechaniczny, czyli jak się sami wyrażają na „słaby żołądek“, już przy nieznacznych błędach dyetycznych nabawiają się ostrego nieżytu, przez co niedowład coraz więcej się zwiększa. Gorszem staje się rokowanie, jeżeli obok niedowładu istnieje zwiśnięcie żołądka (*gastroptosis*, p. ust. XXXI), gdyż ono bywa przyczyną niedowładu, a z trudnością usunąć się daje.

6. Leczenie zdąża do tego, aby przez odżywienie ściana żołądka podnieść kurczliwość tegoż, a to dzieje się przez podniesienie ogólnego odżywienia i zmniejszenie pracy mechanicznej narządu. Doświadczenie poucza, że skoro u dzieci lub ozdrowieńców przy oględnem żywieniu poprawia się odżywienie i zwiększa się ciężar ciała, objawy rozstrzeni czasowej (atonii) ustępują. Lecząc sam narząd niedowładem dotknięty — stósujemy: Pokarmy w małych tylko ilościach, ale pożywne, przeważnie gęszcze i to często, jak o tem jeszcze szczegółowo w osobnym dziale będzie mowa. Przytem bywa pospolicie polecany ruch ciała (mierna przechadzka, lekka fizyczna praca), który według ogólnego mniemania ma przyspieszać trawienie żołądkowe. Ja badając (w r. 1882) zachowanie się roczynów solnych i wód mineralnych w żołądku ludzkim, nie dostrzegałem wyraźnego wpływu chodzenia na czynność żołądka. K. Wagner mógł zauważyć tylko w mniejszości przypadków korzystny wpływ ruchu na trawienie miazgi pokarmowej u ludzi. Streng zaś tak podczas doświadczeń wykonanych na psach jak i na ludziach nie dostrzegł różnicy wpływu ruchu lub spoczynku, ani na chemizm, ani na mechanizm trawienia żołądkowego. A Léven powiada nawet, że u psów nakarmionych, a potem szczwanych miazga pokarmowa zalega o wiele dłużej w żołądku, niż u zwierząt pozostawionych podczas trawienia w spokoju. Tylko Salvioli opisuje, że widział u psów, które długo biegały, przyspieszenie przechodzenia miazgi pokarmowej ze żo-

łódka do jelit, a równocześnie zmniejszenie kwasoty takowej. Zdaje się przeto, że ruch ciała lub praca fizyczna nie wywierają na czynność żołądka znacznego wpływu. Natomiast znany jest korzystny wpływ tych czynników na łaknienie. Ja uważam wygodne położenie się po obfitszem jedzeniu na boku prawym korzystniejszym w przypadkach niedowładu lub rozstrzeni, aniżeli ruch. Żołądek obciążony pokarmami może podczas ruchu tylko więcej się rozciągnąć. Obecnie i Riegel jest tego zdania, że chodzenie po obiedzie w rozstrzeni żołądka wywiera niekorzystny wpływ na chorobę.

Oprócz stosownego żywienia wydaje się być leczenie niedowładu czynnikami fizycznymi najracjonalniejszym. Do takich zabiegów należą mięsienie, elektryzowanie, zabiegi wodolecznicze (natryski) i leczenie ogólne klimatyczno-zdrojowe. Tu z góry już należy podnieść, że zastosowanie tylko jednego z wymienionych czynników jest za mało skuteczne, tak, że dla leczenia niedowładu trzeba ich użyć równocześnie więcej.

Mięsienie żołądka ma być wykonywane w ten sposób (Zabłudowski), aby treść żołądka skierować do odźwiernika, a żołądek pobudzić do ruchów. Cséri wykonywa mięsienie w 2—3 godziny po jedzeniu, to głaszcząc, to ugniatając powłoki brzuszne w kierunku odźwiernika, podczas gdy chory leży zwrócony nieco na prawo z kolanami przygiętymi i otwartymi ustami. Inni znów polecają, aby ująć między palce powłoki brzuszne pod łukiem żebrowym lewym wraz ze ścianami żołądka (?) i mięścić w kierunku odźwiernika w celu wydalenia pokarmów do dwunastnicy. Riegel radzi stosować mięsienie w tych przypadkach, w których istnieje równocześnie niedowład jelit, i wykonywać je w 6 godzin po jedzeniu na żołądku i jelitach. Wielkiego skutku z mięsienia niedowładnego żołądka spodziewać się nie należy, a o przyspieszeniu wydalania ze żołądka przez ten zabieg mowy być nie może, co najwięcej może mięsienie działać korzystnie na obieg krwi w samym narządzie.

Elektryzowanie żołądka jest również zabiegiem niepewnym, który częściej zawodzi niż pomaga.

Doświadczenia nad działaniem prądu elektrycznego na czynność żołądka wydały wyniki sprzeczne. Podczas

gdy kilku poważnych autorów (v. Ziemssen i Rossi, Hoffmann, Einhorn, Ewald, Brunner) zauważało bądź na ludziach, bądź na zwierzętach wzmoczenie wydzielania soku żołądkowego i przyspieszenie wydalania pokarmów pod wpływem elektryzowania, to najnowszy autorowie (Goldschmidt, Meltzer, Goldbaum) zaprzeczają, aby elektryzowanie mogło wpłynąć na czynność żołądka. Opierając się na doświadczeniu klinicznym, przekonujemy się, że prąd elektryczny działa w niektórych przypadkach leczniczo i to w kierunku przypadłości podmiotowych, co w ostatnich czasach i Goldbaum stwierdził. Faradyzowania używa się dla podniecenia osłabionej czynności mechanicznej, mniej zaś do podniecenia wydzielania. Galwanizowania używa się do uśmierzania dolegliwości podmiotowych w nerwicach, jakoteż w nerwowej niedomodze wydzielniczej. Elektryzowanie żołądka wykonywa się zewnątrz albo wewnątrz. Najczęściej stosuje się elektryzowanie zewnętrzne według Ziemssena, kładąc anodę siatkową, płótnem podbitą, o powierzchni około 600 cm<sup>2</sup> na okolicę żołądka, a anodę o 500 cm<sup>2</sup> na okolicę lędźwiową, odpowiednio do położenia żołądka. Elektryzowanie wewnętrzne żołądka odbywa się w ten sposób, że anodę na metalowej nitce umocowaną daje się połykać, lub wprowadza ją w sondzie do żołądka wypełnionego pół litrem wody, a katodę kładzie na ścianę brzuszną. Elektrody żołądkowe mają rozmaite konstrukcye, według autorów (Boas, Rosenheim, Wegele, Einhorn), którzy je podali.

Bywa jeszcze stosowana statyczna elektryczność według Mathieu w ten sposób, że stawia się chorego na izolowanym stołku, łączy się go z kondensatorem maszyny elektrycznej, wprowadza się ją w ruch i wyciąga iskry elektryczne z dolka podsercowego lub z innej okolicy żołądka zapomocą metalicznej kuli, połączonej ze ziemią. W ten sam sposób można elektryzować i jelita przez wyciąganie isker elektrycznych.

Wspomnieć jeszcze wypada, że Hand polecał w rozstrzeni żołądka wywieranie ucisku na lewy nerw błędny, którego drażnienie jak wiadomo przyspiesza ruchy żołądka.

Zabiegi wodolecznicze stosuje się w tem przypuszczeniu, że one jako bodziec termiczny działają w sposób odruchowy, przyspieszając bądź na czynność ruchową, bądź na obieg krwi w żołądku. Miejscowo stosuje się na żołądek rozmaite zabiegi wodolecznicze, jako to: Natryski zewnętrzne lub wewnętrzne, natryski gazowe, nacierania okolicy żołądka, opaski mokre lub wysychające.

Natryski zimne (20°—16° C.) stosuje się na okolicę żołądka przez 1/2—1 1/2 minut. — Więcej pobudzająco działa natrysk szkocki t. j. naprzemian co 20 sekund silniejszy prąd

wody ciepłej (38° C) i zimnej (15° C) na okolicę żołądka. — Również silnie pobudza zimny natrysk gazowy, wykonany w ten sposób, że zakłada się na dziubek oziębionego syfonu z wodą sodową rurkę kauczukową i kieruje zapomocą niej prąd wody gazowej na okolicę żołądka. Podobnie działa natrysk eteryczny, skierowany zapomocą przyrządu sprayowego na okolicę żołądka.

Nacierania okolicy żołądka, które można połączyć z pewnego rodzaju mięsieniem, bywają przez chorych chętnie wykonywane. Do tego poleca się zimną wodę, wodę słoną, ocet, nastoje aromatyczne i t. p. — Opaski i kompresy mokre uśmierzają dolegliwości, a według doświadczeń Fleischer'a przyspieszają wydalanie ze żołądka. Gorące kompresy niewysychające polecamy, jeżeli chorzy żalą się na bolesność w żołądku. Gdy jej niema, to najstosowniejsze dla niedowładu żołądka są opaski wysychające (prysznowskie) na noc. Mathieu radzi robić opaski zmienne, przez jedną noc okład ciepły, przez następną zimny.

Natryski wewnętrzne żołądkowe z początku gorąco polecane, nie leczą same dla siebie niedowładu, natomiast poprawiają łaknienie i łagodzą dolegliwości podmiotowe. Ja polecałem w niedowładzie wprowadzanie przez sondę zimnej wody sodowej ze syfonu w małych ilościach i wypuszczanie takowej co chwila, aż się cały syfon zużyje, poczem woda pozostała w żołądku zapomocą aspiratora się wyciąga. Obecnie opisał Salamon osobną sondę natryskową (p. str. 18), zapomocą której w celu obniżenia zmniejszonego wydzielania, można urządzić natrysk wewnątrz-żołądkowy z azotanu srebrowego (1 : 1000 aq), a w celu podniecenia wydzielania z 1/2% roztworu soli kuchennej. Fleiner poleca do natrysku wewnątrz-żołądkowego *infusum Quassiae* i *extr. fluidum condurango*. Wreszcie poleca Einhorn użyć Spray'u jako natrysku wewnątrz-żołądkowego, którym to zabiegiem można żołądek tyko jeszcze więcej powietrzem rozciągnąć.

Płukania systematyczne żołądka (p. ustęp XXVIII) w niepowikłanym niedowładzie względnym nie są konieczne, widziałem jednak ich korzystny wpływ na przypadłości podmiotowe, a to z powodu, że błona śluzowa żołądka zostaje uwolniona na pewien czas od drażniącego wpływu kwaśnej miazgi pokarmowej. To też chcąc stosować płukania w niedowładzie żołądka, osiąga się jeszcze najlepszy skutek podmiotowy w powikłaniu z nadmierną kwasotą miazgi pokarmowej. W tym celu używam ciepłych przepłukiwań z roztworu fizyologicznego, lub też słabo alkalicznego (1/2%). Reichman zaś poleca w tych przy-

padkach przepłukiwania roztworem z 1—2‰ azotanu srebrowego, które to postępowanie i Rosenheim opisuje jako korzystne.

Ogólne skrzepiające leczenie okazuje się jeszcze najczęściej najskuteczniejszym. Jako takie należy uważać: Leczenie hydryatyczne, w zakładach klimatycznych wysoko położonych (Zakopane, Davos-Sanatorium, Arosa, St. Moritz, Pontresina itp.), w których nawet przy użyciu diety napozór niestrawnej, niedowład mechaniczny żołądka się zmniejsza i to tem więcej, im ciśnienie barometryczne stacyi klimatycznej jest niższe, to też pobyt w klimacie wysoko-górskim na 1500 metr. i wyżej, daje często dobre wyniki lecznicze niedowładowi żołądka. Będziemy jednak przestrzegać chorych przed takimi zakładami, w których się nie indywidualizuje, lecz szablonowo leje do żołądka kwartami wodę zimną i chude mleko kwaśne, a natomiast zabiegów wodoleczniczych nie szczędzi, czyli wszystko się robi, aby osłabić jeszcze bardziej kurczliwość żołądka i obniżyć ciężar ciała. Jeżeli niema powikłania z nadmierną kwasnością wyższego stopnia, dobrze działają pobudzające szczawy żelaziste lub żelazisto-słone przy równoczesnem używaniu wielce ożywiających kąpiel (Żegiestów, Krynica, St. Moritz, Franzensbad, Elster, Kissingen, Wiesbadener-Kochbrunn). Ogólnie skrzepiającem leczeniem działamy nietylko korzystnie na żołądek, ale w równej mierze i na niedowład jelit. Miejscowy, korzystny wpływ w niedowładzie żołądka zauważyłem po piciu gorących wód mineralnych o ciepłocie 50°—60° C rano naczczo i przed obiadem w ilości 1—2 szklanek. Do takich wód należą, Karlsbad, Vichy, Gleichenberg, Ems. Zbyt wysoka ciepłota wprowadzonej wody działa tu widocznie ściągająco na mięśnie gładkie, a równocześnie obniża nadmierne wydzielanie. Stąd chorzy z dolegliwościami podmiotowemi żołądka tak często chwala sobie picie wody gorącej naczczo.

Leczenie środkami farmaceutycznymi jest jeszcze dotąd najczęściej w użyciu. W pierwszym rzędzie stosuje się tu leki działające podniecająco na kurczliwość mięśni gładkich i ruchy żołądka. Do takich należą, *nux vomica*, *secale cornutum*, *ipecacuanha*, a po części *amara* (*colombo*, *quassia*, *gentiana*).

Ilości i postacie, w jakich się powyższe leki najlepiej podaje są następujące: *Tra nucis vomicae* po 5—10 kropli, 3—4 razy dziennie; *extr. nucis vomicae* 0.03—0.05 z *natr. bicarbonic.* 0.5,

albo z *magnesia usta* 0·2, albo z *pulv. rad. rhei* 0·5, takich dawek trzy dziennie, lub po proszku Trastour'a: *pulv. nucis vom.* 0·05, *cort. cinnamomi* 0·4, *calcariae carbon.* 0·1 f. p.; albo podskórnie w powłoki brzuszne *strychninum nitricum* 3 mg. naraz. Doświadczony Leube używa s p o r y ż u, który można połączyć z wroniem okiem w następującej formie: *Extr. secalis cornuti* 2·0, *extr. nucis vomicae* 0·25, *pulv. rad. gentianae et syrupi cort. aurantium q. s. u. f. pilulae Nr. 20. DS* Trzy razy dziennie po 2 pigułki użyć. — Mathieu zachwala jako bardzo dobry środek podniecający mechanizm żołądka, używanie po 0·02—0·05 *pulv. Ipecacuanhae* po jedzeniu. Zwykle przepisuje on *Trae rad. Ipecacuanhae, trae colombo, trae gentianae aa MDS.* Po 20—30 kropeł po jedzeniu. Dawki jednak należy indywidualizować i tak miarkować, aby nie wywoływały nudności. Nadto stosuje się ten lek tylko przez 10—15 dni, a potem robi 5-dniowe przerwy. Przetwór powyższy ma także działać przyspieszająco na stolec — Z g o r y c z e k może być używana następująca mieszanina według przepisu francuskiego (*Pilules toniques de Moscou*): *Extr. colombo, extr. gentianae, extr. quassiae, extr. felis tauri aa* 0·05, *pulv. rad. gentianae q. s. S.* 1—2 pigulek po jedzeniu.

Oprócz powyższych środków, polecają niektórzy autorowie jeszcze inne przetwory podniecające mechanizm żołądka: Penzoldt *orezinum basicum* po 0·2, a Klemperer kreozot po 0·05 w pigułkach, który to lek gorąco zaleca A. Pick.

Jeżeli niedowład żołądka polega na tle niedokrwistości, to korzystnie mogą działać przetwory żelaziste przy stosownem odżywianiu. Trzeba jednak zaznaczyć, że chorzy z niedowładem żołądka, jeżeli jest powikłany z nadmierną kwaśnością, przetwory żelaza źle znoszą, i w takich przypadkach nie należy ich stosować. Do przetworów żelazistych mniej drażniących, a łatwiej przyswajalnych, należą: P i w o ż e l a z i s t e słabsze, fabrykacyi J. Kwiatkowskiego w Serecie, używa się po  $\frac{1}{2}$ —1 szklanki dwa razy dziennie. — W o d a g a z o w a z p y r o f o s f o r a n u s o d y i ż e l a z a, fabrykacyi Rzący i Chmurskiego w Krakowie, stosuje się naczczu w ilości  $\frac{1}{2}$ —1 szklanki z dodatkiem łyżki białego wina. — Następnie w użyciu są: Esencya aromatyczna Manganozelazisto-peptonowa D. Matuli w Podgórzu, 2—3 razy dziennie po łyżeczce od kawy; — *Haematogen* (Hommel) po łyżeczce kilka razy dziennie; — *Sanguinal* (Krewel). We wielu przypadkach dobrze działają także zwykłe przetwory żelaziste, jak *ferrum lacticum*, *Pilulae Blaudi* i t. p. Jeżeli przetwory żelaza nie skutkują,

można próbować podnieść odżywienie lekami arsenikalnymi, jak: *Solutio arsenicalis Fowleri*, po 4—10 kropeł dziennie, lub wody Levico albo Roncegno 3—6 łyżeczek w ciągu dnia.

Leczenie symptomatyczne przypadłości podmiotowych. Najważniejszą dolegliwością bywa tu ból, pojawiający się w dłuższy lub krótszy czas po jedzeniu. Przyczyną jego może być albo ukryty wrzód żołądka, albo nadkwasność treści żołądkowej. W pierwszym przypadku postępujemy jak podano we wrzodzie żołądka (p. str. 106), w drugim zaś według wskazówek niżej podanych. Chwilowe usmierenie dolegliwości podmiotowych mogą sprawić narkotyka (*morphium, codeinum, tra laudani, tra belladonnae* i t. d.), lecz wpływ ich jest niepewny, a wobec przewlekłości choroby, trwałe stosowanie niebezpieczne. Ja widziałem dobre skutki ze *strontium bromatum*, poleconego przez G. Séé, które ja zapisuję w następującej postaci: *Strontii bromati* 20·0, *Aq. aromaticae* 100·0, *Syrupi menthae piper.* 200·0 *MDS.* Przed i po jedzeniu po łyżce użyć. — W niektórych przypadkach usmierza ból okład dobrze ciepły, n. p. blaszanka z wodą ciepłą, przyłożona na okolicę żołądka. Natychmiast zostają przerwane bóle i inne dolegliwości żołądkowe przez samopłukanie żołądka, o którym szczegółowo będzie mowa w ustępie o nerwobólu żołądka.

Leczenie powikłań, które zwykle towarzyszą niedowładowi żołądka, nie powinno być nigdy pominięte. Najczęściej napotyka się nadmierną kwaśność, przeciw której stosuje się leczenie opisane na str. 78. Dla przypadków takich zestawił L. Wolff na podstawie moich doświadczeń z roku 1883 nad wpływem rozmaitych soli na wydzielanie soku żołądkowego, następującą mieszaninę: *Natrii sulfurici, natrii chlorati*  $\overline{aa}$  30, *natrii carbon.* 25, *natrii biborac.* 10, *kali sulfurici* 5; S. trzy razy dziennie po pół łyżeczki w pół szklance wody letniej, raz naczecz i dwa razy na dwie godziny przed jedzeniem użyć. Już po kilkudniowym używaniu tej mieszaniny dostrzegali autor bardzo znaczne zmniejszenie siły wydzielniczej i przypadłości podmiotowych. — Pfungen zaś podaje w dwie godziny po jedzeniu *natrium bicarbonicum* na koniec noża (1·0—1·5 gm.), a w pół godziny jeszcze połowę tej dawki. Najlepiej jest do tej ilości sody dodać 1% sacharynu, i zapieć ciepłą mineralną wodą alkaliczną (Karlsbad, Vichy, Szczawnica, Rohitsch). Ja używam z dobrym skutkiem mieszaniny: *Natrii*

*bicarbonici, magnesia alba, kali bromati pulverati* āū. MDS. Po pół łyżeczki w pół godziny po jedzeniu użyć. Dobre usługi oddaje także *Aqua alcalina effervescens* (słabsza i mocniejsza).

Jeżeli niedowładowi mechanicznemu towarzyszy nie domoga wydzielnicza, lub nieżyt śluzowy, to przypadłości podmiotowe ustępują już po zastosowaniu odpowiedniej diety. Chcąc zaś leczyć zboczenie wydzielnicze, postępujemy według wskazówek podanych na str. 116 i 124. Tu podajemy zimne napoje, wodę sodową zwyczajną przepłukując nią żołądek (p. ust. XXVIII), wodę sodową kwaśną, albo kwas solny 1:0 na 100 aq. d., wypijając taką dawkę po jedzeniu, zapomocą rurki szklanej lub żdźbła kilka razy dziennie. Jednak trwałego podniecenia siły wydzielniczej przez podawanie kw. solnego nie w każdym przypadku spodziewać się należy. Wprawdzie Riegel, Reichmann i Mintz (p. str. 117) dostrzegali kilka przypadków, w których pod wpływem używania kw. solnego, wydzielanie HCl powróciło albo się wzmoгло, lecz ja i L. Wolf dostrzegaliśmy znów przypadki, w których to nie nastąpiło. Zamiast podniecania czynności wydzielniczej przez podawanie kw. solnego, możemy także próbować stosować rano naczeco i przed jedzeniem na pół godziny małe dawki (pół szklanki) rozcieńczonego i kw. węglowym przesyconego roztworu dwuwęglanu sodowego, lub te same ilości słabych szczaw alkalicznych (*Selters, Krondorfer, Giesshübler* i t. d., p. str. 117), gdyż jak to pierwszy w r. 1883 i 1884 wykazałem tak alkalia w małych dawkach jak i kw. węglowy podniecają siłę wydzielniczą w żołądku ludzkim.

Jeżeli w żołądku niedowładnym spostrzegamy początki fermentacji i zastoinowej, to stosujemy leczenie opisane w następnym ustępie o rozstrzeni trwałej, przebiegającej z fermentacją miazgi pokarmowej. Nadto zalecamy jeszcze częste oczyszczanie i przepłukiwanie jamy ustnej, dodając do szklanki wody przepłuczkowej małe ilości środków przeciwnilnych: *ac. salicylicum, ol. menthae piperitae, tinctura gallarum* i t. p., gdyż według spostrzeżeń Kaczorowskiego, drobnoustroje dostając się z jamy ust do miazgi pokarmowej zalegającej w rozstrzeni żołądka, sprawiają fermentację i powiększają przypadłości żołądkowe.

Zaparcie żywota, wikłające tak często niedowład żołądka, tylko z trudnością daje się usunąć. Zabiegi dietyczne tu wyjątkowo dają się zastosować. Pokarmy bowiem przy-

spieszające wypróżnienia są niestrawne, drażniące błonę śluzową i muszą być w znacznej ilości użyte, aby sprawić pożądany skutek. Stąd z natury swej działają szkodliwie na niedowład żołądka, a zwłaszcza na jego powikłanie z nadmierną kwaśnością, i potęgują tylko dolegliwości podmiotowo. Lepiej i skuteczniej na zaparcie żywota działa o g ó l n i e s k r z e p i a j ą c e l e c z e n i e, opisane wyżej. Bardzo często musi być stosowane tylko symptomatyczne leczenie zaparcia żywota, polegające na podawaniu: *rheum*, *cascara Sagrada*, *magnesia*; jak np. *Extr. fluidi cascarae Sagradae* 50°0, *trae nucis vomicae* 3·0 MDS 2—3 razy dziennie po 1/2—1 łyżeczki używać. *Magnesia c. pulv. rad. Rhei*  $\bar{u}\bar{u}$ . MDS. Po łyżeczce 1—3 razy dziennie użyć. Ja używam z dobrym skutkiem w o d y g a z o w e j m a g n o w e j (słabszej i mocniejszej); mocniejszej po 1—2 szklanek rano naczeco, słabszej 3 razy dziennie po szklance najlepiej po jedzeniu.

Ostatecznie należy u kobiet w każdego rodzaju rozstrzeni żołądka uważać, aby gorsetów nie nosiły, nie sznurowały i nie ścisnęły się; mężczyźni zaś pasków nie używali, gdyż przez to położenie narządu się zmienia, a ruchy i wydalanie treści bywają upośledzone (p. ust. o zwężeniu żołądka).

## XXVIII. Rostrzeń żołądka trwała (właściwa). Niedowład zastoinowy żołądka.

### *Gastrectasia essentialis. Dilatio ventriculi idiopathica.*

1. Z b o c z e n i e c h o r o b o w e polega na tem, że żołądek wskutek utraty kurczliwości i wiotkości ścian co do swych rozmiarów, tak w stanie czczym, jak i podczas trawienia, czyli trwale jest p o w i ę k s z o n y i przedstawia objawy z n a c z n i e o p ó ź n i o n e g o w y d a l a n i a treści, chociaż w odźwierniku niema przeszkody dla przechodzenia miazgi pokarmowej do dwunastnicy.

2. Z m i a n y a n a t o m i c z n e. Żołądek w całości powiększony, ściany najczęściej ścięnczałe; błona śluzowa zwykle wygładzona blada; włókna warstwy mięsnej po części tłuszczowo lub koloidowo zwyrodniałe albo zanikłe, błona zaś śluzowa przedstawia zmiany mikroskopowe rozmaitego rodzaju.

3. E t y o l o g i a choroby jest prawie ta sama, co niedowład

względny (atonii), tak że we wielu przypadkach należy przypuścić, że rozstrzeń trwała poprzedza przez dłuższy czas niedowład względny (p. str. 189). Może ona jednak powstać w krótkim stosunkowo czasie przez wprowadzanie za wielkich ilości potraw lub napojów, jak to bywa u takich chorych na cukromocz, u których błona mięsna żołądka przed wystąpieniem choroby posiadała zmniejszoną kurczliwość. Również może pociąganie ścian żołądka wytworzyć rozstrzeń żołądka, jak n. p. często to bywa w przypadkach hernia epigastrica, gdzie sieć wpada do worka przepuklinowego, następnie wskutek opadnięcia poprzecznicy samej lub nowotworowo zmienionej, a ostatecznie przez rozmaitego rodzaju przytwierdzenia ścian żołądka do otaczających narządów.

Zauważono wytworzenie się rozstrzeni żołądka stosunkowo w krótkim czasie w rozmaitych chorobach. Reichman a następnie Riegel opisali rozstrzeń, pojawiającą się podczas i po napadach kolki żółciowej. To powikłanie kamicy żółciowej mogę z mego doświadczenia potwierdzić i dodać, że ono pochodzi prawdopodobnie z powodu ucisku dwunastnicy przez woreczek żółciowy, który w przypadkach rozstrzeni żołądka znalazłem wypełniony kamyczkami żółciowymi. Rosenheim zauważył pojawienie się rozstrzeni wskutek *crises gastriques*, natomiast podanie tego autora, jakoby rozstrzeń żołądka powstawała wśród neurastenii, jest niepewne, gdyż może być odwrotnie, że z powodu rozstrzeni żołądka wytwarzają się objawy neurastenii.

Zauważano wreszcie na g ł e powstanie rozstrzeni po uderzeniach, spadnięciu, zabiegach operacyjnych na jamie brzusznej i t p. Jest to tak zwana *ectasia acuta*, albo raczej *paraplegia ventriculi*, polegająca na tle nerwowem; o czem jeszcze szczegółowo będzie mowa w rozdziale o nerwicach ruchowych żołądka.

4. Rozstrzeni trwałej towarzyszą zawsze z b o c z e n i a w y d z i e l n i c z e, a w przeważnej części przypadków trwałe wydzielanie soku żołądkowego w postaci nieżyty kwaśnego. Zwykle mamy tu postać nieżyty kwaśnego tę, że istnieje wprawdzie trwałe wydzielanie HCl, ale nie o nadmiernej kwasocie. Treść czczego żołądka jest stale kwaśną, jednak częściej od utajonego, niż od wolnego HCl. Przyczyna tych zjawisk jest ta, że do wydzielanego HCl dostaje się równocześnie w znacznej ilości wypocina zapalna z błony śluzowej, która wraz z długo zalegającą miazgą pokar-

mową kw. solny zużywa (p. str. 37). Jako przyczynę równoczesnego występowania nieżytu kwaśnego należy jak przypuszczam uważać tę okoliczność, że treść pokarmowa zalegająca prawie bez przerwy w żołądku niedowładnym, sprowadza na błonie śluzowej tegoż stan nieżytowy. Jednak może w innych przypadkach rzecz się przedstawiać przeciwnie: trwałe wydzielanie soku żołądkowego wywołuje rozstrzeń wskutek następowego dłuższego zalegania pokarmów w żołądku, mającego swą przyczynę prawdopodobnie nie w skureczu odźwiernika, zadrażnionego silnie kwaśną miazgą pokarmową, jak to twierdzi Riegel, ale w zwracaniu się treści z dwunastnicy do żołądka. U młodych wychudłych Izraelitów rozstrzeń trwała w połączeniu ze sokotokiem żołądkowym lub nieżytem kwaśnym jest bardzo częstym objawem. Napotyka się jeszcze, chociaż rzadko, rozstrzeń trwałą także równocześnie z nieżytem śluzowym.

5. O b j a w y c h o r o b o w e rozstrzeni trwałej nie zawsze są jednakie, zależy to od jakości towarzyszącego nieżytu i jego natężenia; dlatego musimy w tym kierunku rozróżnić *dilatatio ventriculi cum gastritide acida* i *cum gastritide mucosa*.

Pierwsza kombinacya chorobowa przebiega zazwyczaj przy bardzo dolegliwych objawach podmiotowych, z których niektóre są właściwe dla nieżytu kwaśnego (p. str. 87): Pieczenie w żołądku, silne pragnienie, zasychanie w gardle, zgaga i wilczy apetyt, pomimo że żołądek jest przepelniony pokarmami. Bywają jednak okresy, gdzie łaknienie na pewien czas znika. We wielu przypadkach pojawiają się bóle żołądka zwłaszcza po jedzeniu, które przyjmują pozornie cechę napadową, jakoby nerwobólów i od nich należy je odróżnić, o czem będzie mowa w dotyczącym ustępie, w rozdziale o nerwicach czuciowych żołądka. Po użyciu płynów lub potraw, które rozcieńczają kwasy lub pochłaniają gazy, doznają chorzy ulgi w bólach, ale tylko na kilka godzin, poczem znów przychodzi do poprzednich dolegliwości, a szczególnie do uczucia podnoszenia się żołądka, nudności, pobudzania do wymiotowania, do czego jednak pomimo znacznego wypełnienia żołądka często nie przychodzi, a to z tego powodu, że wskutek wzmaganania się ruchów żołądka znaczna część miazgi przechodzi wprzód do dwunastnicy. Jeżeli przychodzi do wymiotowania, to pojawia się ono w kilka (3—5) godzin po jedzeniu. Wymioty zaś ranne, zawierające większą ilość miazgi pokarmowej w rozkładzie będącej, są zawsze oznaką rozstrzeni i to

następowej, wywołanej zwięzieniem odźwiernika (p. ustęp następujący). Przerwy między wymiotami bywają kilkodniowe, a wymiociny przedstawiają znaczne ilości miazgi, zielonkawo-żółtej, silnie kwaśnej, woni właściwej speptonizowanego mięsa. Po odstaniu się, treść żołądkowa uклада się w t r z y w a r s t w y (Riegel): na dół opada masa szarawa, zawierająca przeważnie niezmiennione pokarmy skrobiowate, nad nią unosi się płyn mocno opalizujący, a górną warstwę najcięższą stanowi masa piana, zawierająca bańki gazowe. — Zdolność chłonięcia błony śluzowej badana jodkiem potasowym bywa upośledzona do 45 min. i dłużej (Penzoldt i Faber, p. str. 29). *Stolec* bywa prawie zawsze zaparty z powodu dostawania się małej ilości pokarmów i wody do jelit, a więcej jeszcze ze względu, że ta sama przyczyna, która wywołuje osłabienie kurczliwości żołądka, sprawia to samo również i w jelitach. Wyjątkowo tylko istnieje biegunka. Mocz bywa skąpy, niekiedy obojętny lub alkaliczny, a przy częstych wymiotach chlorki są zmniejszone. Chorzy są zwykle mocno wychudli, niedokrywiści, skóra chłodna i sucha, oczy zapadnięte i usposobienie przygnębione z objawami, jakie napotykamy w neurastenii. Przyczyny niedokrwistości i złego odżywienia chorych na nadmierne wydzielanie HCl i nieżyt kwaśny, na co jeszcze w r. 1884 kilkakrotnie zwracałem uwagę, należy szukać w tem, że do jelit cienkich dostaje się trwale nadmierne kwaśna treść żołądkowa; tu zobojętnia i zakwasza alkaliczne wydzieliny gruczołowe i niszczy w nich, jak to się Boas o tem doświadczalnie przekonał, fermenty trawieńcowe, zwłaszcza ferment diastatyczny, przez co trawienie tak ważnych pokarmów, jakimi są ciała skrobiowe, w wysokim stopniu upośledzone bywa. Ta okoliczność ma tem większe znaczenie, że w rozstrzeni tego rodzaju z rozmaitych przyczyn niedostateczna ilość pokarmów i wody do jelit się dostaje.

Fleiner twierdzi, że w niektórych przypadkach towarzyszy rozstrzeni żołądka równocześnie napadowy ból międzybrowy. Według mego doświadczenia są to przypadki rozstrzeni powikłane z wrzodem okrągłym żołądka.

W rozstrzeni trwałej połączonej z nieżytem śluzowym, przypadłości podmiotowe są o wiele łagodniejsze, odżywienie lepsze, stolec prawidłowy, a czasem bywa biegunka. Zondowałem naczczo 30-letniego, dość dobrze odżywionego wieśniaka, który uskarżał

się jedynie na brak łąknienia. i zatrzymanie stołców, a ku memu zdziwieniu mogłem wyciągnąć z żołądka 4 litry gnijącego gąszczu. Przy następnych badaniach żołądka okazało się, że żołądek utracił zupełnie zdolność wydzielania kw. solnego.

6. Sprawy fermentacyjne w miazdze pokarmowej.

W rozstrzeni żołądka najważniejszym, bo w następstwa najbrzemienniejszem zboczeniem czynnościowem, jest gromadzenie się i zaleganie miazgi pokarmowej w żołądku, czyli tak zwany zastój żołądkowy. Równocześnie trzeba pamiętać, na co jeszcze w r. 1882 zwróciłem uwagę, że żołądek ma bardzo małą zdolność chłonięcia. Mering zaś obecnie wykazał na zwierzętach, że żołądek wody wcale nie chłonie, lecz wydalą ją szybko przez odźwiernik. Rozczyny zaś wodne cukrów, soli, peptonu i t. p., wprowadzone w stanie zgęszczonym do żołądka, sprawiają przesączenie wody z błony śluzowej i gromadzenie się jej w żołądku. Stąd może się zdarzyć, że w rozstrzeni żołądka napotykamy więcej w nim płynu, niż wprowadziliśmy takowego. W rozstrzeni trwałej ten płyn w żołądku w postaci gąszczu zatrzymuje się trwale lub zbyt długo. Do niego dostają się z jamy ustnej, jakoteż z powietrzem, wodą, pokarmami zwłaszcza nieświeżymi drobnoustroje do żołądka. Z treści żołądka prawidłowego mógł Abelous wyhodować 16 gatunków drobnoustrojów, jednak jak to zauważył Minkowski, nie przychodzi na szczęście trawienia do nagromadzenia takowych; nie pojawiają się też i wyżej wymienione sprawy fermentacyjne. Przyczynę tego zjawiska upatruje wielu autorów we wylajowaniu miazgi pokarmowej przez wydzielający się HCl. O działaniu zabójczem soku żołądkowego nawet z utajonym kw. solnym na hodowle rozmaitych bakterij przekonano się wielokrotnie (Hamburger, Kabrhel, Rumno i Ferranini). Podobnie sprawdzono doświadczalnie, że kw. solny o pewnem zgęszczeniu jest w stanie powstrzymać, a nawet zniszczyć sprawy fermentacyjne znajdujące się w rozwoju. W rozeznach sztucznych ustaje fermentacya mleczna według doświadczeń Hirschfelda przy 1·2 p. m. HCl, a fermentacya octowa przy 0·7 p. m. HCl; fermentacya zaś drożdżowa według spostrzeżeń Kuhn'a przy 0·20 p. m. HCl. Doświadczenie jednak kliniczne nie zgadza się z powyższymi wynikami prac laboratoryjnych. W żołądkach bowiem, w których niema wcale kw. solnego, jak np. w nieżycie zanikowym, nie przychodzi do spraw fermentacyjnych, jeżeli wyda-

lanie żołądka jest prawidłowe. Z drugiej strony poucza doświadczenie kliniczne, że skoro mechanizm żołądka osłabnie, wytworzy się rozstrzeń, a w następstwie zastój, to flora bakteryjna, a za tem idące sprawy fermentacyjne niepomierne się zwiększają. A dzieje się to nawet często w takich przypadkach rozstrzeni żołądkowej, której towarzyszy trwałe, a nawet nadmierne wydzielanie HCl, tak, że ilość kw. solnego w treści żołądkowej bywa o wiele większą, niż w powyżej przytoczonych próbach, wykonanych z rozczynikami poza żołądkiem. Minkowski dostrzegał fermentację drożdżową w treści żołądkowej przy kwasocie 5 p. m. HCl, a Kuhn przy 4 p. m. HCl; Hirschfeld fermentację octową i mleczną jeszcze przy 2 p. m. HCl. Obecność kwasu solnego nie wystarcza przeto jeszcze do powstrzymania spraw fermentacyjnych w żołądku, którego sprawność mechaniczna ucierpiała. Również i w żołądku prawidłowym wpływ antyseptyczny kw. solnego zdaje się być do pewnego stopnia ograniczony. To się okazuje z doświadczeń Miller'a, który wyhodowawszy grzybki fermentacyjne z treści żołądkowej, wprowadził je sobie i zwierzętom do żołądka, gdzie nie uległy niszczącemu działaniu kw. solnego, lecz się rozwinęły i wytworzyły sprawy fermentacyjne gazowe i znaczne przypadłości niestrawności przez kilka dni trwające.

Dotychczasowe dość liczne poszukiwania nad bakteriami w miazdze pokarmowej nie wykazały związku między florą bakteryjną a stanem chorobowym żołądka. Ostatnie bardzo staranne doświadczenia Daubera, który otrzymał 41 gatunków bakterij z treści żołądkowych patologicznych, wykazały, że zawartość bakterij w zdrowym i chorym żołądku jest przypadkowa i zmienna, zależna od jakości wprowadzonych pokarmów i niema nic swoistego dla stanu patologicznego narządu. Przeważna część bakterij nie utracą żywotności wobec prawidłowej kwasoty żołądka, a przy zastoju w żołądku szybko się rozmnażają. Aczkolwiek powyższe spostrzeżenia są wogóle słuszne, to w pewnych przypadkach ogólny wygląd flory bakteryjnej może dać wskazówkę na toczącą się sprawę chorobową w żołądku.

Ze względu na przypadłości podmiotowe i przedmiotowe w rozstrzeni żołądka posiadają wytwory fermentacyjne, powstające pod wpływem bakterij w miazdze pokarmowej, znaczenie kliniczne. Należy jednak pamiętać, że pewna fermentacja,

albo pewien wytwór fermentacyjny w żołądku może powstać pod wpływem nie tylko jednej, ale kilku lub kilkunastu rozmaitych gatunków bakteryj. Tak np. poznano dotąd 11 rozmaitych gatunków bakteryj, które w żołądku wytwarzają kw. mlekowy. Z drugiej strony może jedna i ta sama bakteria przy zmienionych warunkach wydać raz jeden, drugi raz inny wytwór fermentacyjny (np. kw. mlekowy albo kw. siarkowodowy). Uwzględniając jakość wytworów rozkładowych pod wpływem bakteryj, różniamy w żołądku następujące fermentacje kwaśne: mleczna, masłowa, kozłkowa, drożdżowa, octowa i siarkowodowa. Przy alkalicznym zaś oddziaływaniu treści żołądkowej przebiegają: gnicie ciał białkowych, z wywiązaniem się zasad azotnych (amoniaku), fermentacja śluzowa (*Bacillus viscosus sacchari*), i butwienie wodników węgla. W niektórych przypadkach zdaje się fermentacja kwaśna przebiegać wobec zasadowej, gdyż zdarzało się mnie dostrzegać treść żołądkową, zawierającą siarczek amonu, a zatem kw. siarkowodowy i amoniak. Fermentacje kwaśne zdarzają się częściej i przebiegają w miazdze pokarmowej obfitującej we wodniki węgla; rozkłady alkaliczne są o wiele rzadsze i pojawiają się przy żywieniu przeważnie białkowym. Znaczną część wytworów fermentacyjnych i rozkładowych miazgi żołądkowej dokładnie jeszcze nie znamy. Lecz nadmienić należy, że między nimi znajdują się i takie, które dostawszy się do obiegu ogólnego, działają na ustrój trująco (toksalbuminy p. ustęp o samozakażeniu).

Przy sprawach fermentacyjnych i rozkładowych w miazdze pokarmowej wytwarzają się jeszcze ciała gazowe. Już w stanie prawidłowym znajduje się w czasie trawienia mała ilość gazu w żołądku, która składa się z powietrza ( $N_2, O_2$ ) połączonych z pokarmami, z małej ilości  $CO_2$ , a czasem z  $H_2S$ . W przypadkach fermentacji, gromadzą się w żołądku jeszcze inne ciała gazowe, jak:  $H$ ,  $CH_4$ ,  $CO$ , a często  $H_2S$ . Gazy te są palne, a ilość może być bardzo znaczną, gdyż np. Mac Naught, jakoteż Kuhn mogli otrzymać z jednego litra fermentującej treści żołądkowej 4 litry gazów w przeciągu 4 godzin. To też trafiają się przypadki tak obfitego odbijania tych gazów, że przytknięcie płomienia świecy do ust lub palenie cygara sprawia wybuch płomienia z jamy ustnej. (O mierzeniu fermentacji gazowej p. str. 57).

W ostatnich czasach, podobnie jak o kw. mlekowym, rozprawiano wiele o obecności kw. siarkowodowego w żołądku. Jeszcze przed 20 laty opisał Senator przypadek wywiązywania się kw. siarkowodowego w przewodzie pokarmowym. Ja wspominałem w r. 1889 o dwóch przypadkach, w których znalazłem przy zresztą prawidłowych stosunkach żołądka w soku żołądkowym czczą obecność kw. siarkowodowego. Dopiero Boas ostatnimi czasy nadał rozgłos tej sprawie, twierdząc, że obecność kw. siarkowodowego w rozstrzeni żołądka jest oznaką jej dobrośliwości. Równocześnie szukał autor ten za przyczyną powstawania  $H_2S$  w żołądku, tłumacząc je odtlenieniem połączeń siarki. Strauss znalazłszy w jednym przypadku obecność  $H_2S$  w miazdze pokarmowej, a równocześnie bakterium coli commune, przypisuje tej bakterii wytwarzanie gazu  $H_2S$  z ciał białkowych. W celu usunięcia fermentacji siarkowodowej radzi on wprowadzać cukier, a względnie pokarmy roślinne do żołądka. Najwięcej światła rzuciły na tę sprawę ostatnie badania Daubera. Według niego są w stanie wszystkie bakterya napotymane w żołądku wytworzyć  $H_2S$  z połączeń zawierających siarkę, jeżeli jest w nim brak tlenu. Natomiast wobec tlenu wytwarzały  $H_2S$ , 23 gatunki bakteryj na 41 znalezionych przez niego w miazdze żołądkowej. Wytwarzanie więc  $H_2S$  w treści żołądkowej odbywa się przeważnie w przypadkach zastoju w nim, nawet wobec większej ilości  $HCl$  i nie przedstawia niczego swoistego. Dauber nie mógł powstrzymać fermentacji siarkowodowej przez dodanie cukru, jak to twierdził Strauss.

Wykazanie istnienia spraw fermentacyjnych w żołądku dokonywa się jeszcze i obecnie na podstawie obecności wytworów fermentacyjnych w miazdze pokarmowej, jak: kw. mlekowego, masłowego, kozłkowego, octowego, siarkowodowego i t. d. Z obecności drobnoustrojów można tylko wtedy na jakość sprawy fermentacyjnej wnioskować, jeżeli one w treści żołądkowej stale i w znacznej ilości się znajdują. Kilka okazów grzybków fermentacyjnych zdarza się dostrzedz w treści żołądkowej i bez istnienia chorobowej fermentacji, jeżeli one przypadkowo z pokarmem się dostały, jak n. p. drożdże po wypiciu piwa lub po zjedzeniu pieczywa, bacillus lacticus po wypiciu mleka kwaśnego i t. d. Z jakości sprawy fermentacyjnej można w pewnych przypadkach robić wnioski na stan chorobowy narządu. Fermentacje kwaśne, którym często towarzyszy czwórniak, zdarzają się najczęściej w rozstrzeni przebiegającej z nieżytem kwaśnym lub wrzodem okrągłym, fermentacja śluzowa wobec nieżytu śluzowego lub raka, a rozkład gnilny wobec raka żołądka. Lecz regułą to nie jest, gdyż na rodzaj fermentacji wpływa bardzo sposób żywienia się.

Następstwa kliniczne spraw fermentacyjnych i rozkładowych w rozstrzeni żołądka występują w rozmaitych kierunkach. Wprawdzie nie znamy wpływu drobnoustrojów na błonę śluzową żołądka, jednak należy przypuścić, że one dostając się do gruczołów, albo tkanki międzygruczołowej podtrzymują sprawę nieżytową, albo niekiedy sprawiają nawet obumarcie i owrzodzenie błony śluzowej, który to objaw znany jest z badań pośmiertnych jako rzadka postać chorobowa gastritis mycotica v. parasitica, p. str. 68 (Recklinghausen, E. Wahl, Ziegler). Również należy się spodziewać, że wytwory fermentacyjne, zwłaszcza ciała kwaśne działają drażniaco na błonę śluzową i przyczyniają się do podtrzymywania sprawy nieżytowej na niej. Następnie bywa sok żołądkowy w swym składzie zmieniony, gdyż pepsyna przy pewnych sprawach fermentacyjnych zostaje zniszczoną, a kw. solny przez wytwarzające się ciała zasadowe zobojętniany. Gdy wreszcie fermentująca miazga pokarmowa, a z nią i ciała rozkładowe przejdą do jelit, następuje zaburzenie w ich czynności, co się objawia w jednych przypadkach przelotną biegunką, a w drugich przypadkami nieżytu przewlekłego. Wielu autorów (Bouchardat, Dujardin-Beaumetz i inni) przypuszcza, że z miazgi pokarmowej przy rozstrzeni dostają się do obiegu toksyny i sprawiają objawy samozakażenia (autointoxicatio) przeważnie układu nerwowego, jak ból i zawrót głowy (vertigo stomachalis), pognębienie umysłowe, i rozmaite przypadłości pozornie neurasteniczne, o czem jeszcze osobno mowa będzie w ustępie o samozakażeniu<sup>1)</sup>.

Cechujące objawy dla rozstrzeni żołądka przebiegającej ze sprawami fermentacyjnymi przedstawia g r o m a d z e n i e s i ę g a z ó w w ż o łą d k u. Chorzy doznają uczucia pełności, gniecenia, nudności, prężenia, rozdymania, a nawet gwałtownych bólów, które się zmniejszają w miarę pojawienia się odbijań. We wielu tego rodzaju przypadkach pojawiają się równocześnie jeszcze przypadłości ze strony sąsiednich narządów, które należy uważać albo jako uciskowe, albo jako odruchowe, jak: zwolnione (Riegel), rzadziej niemiarowe i przyspieszone tętno, dolegliwe uczucie kołatania, ściskania, przeszywania w okolicy serca (*dyspepsia cardiaca*). Należy jednak w takich przypadkach zbadać dokładnie serce, gdyż najczęściej zdarzają się powyższe przypadłości nawet przy nieznacznych zaburzeniach ze strony żołądka, jeżeli krążenie wyka-

zuje zboczenia. W innych znów przypadkach przeważają trudności w oddychaniu, duszność, uczucie ucisku na klatkę piersiową (*asthma v. dyspnoë dyspeptica*. Przypadłości, jakie sprawia gromadzenie się gazów w żołądku podczas trawienia, opisywano dawniej pod nazwą *dyspepsia flatulenta* w odróżnieniu od wypełnienia żołądka połykanem powietrzem (*pneumatoxis gastrica*, p. ustęp dotyczący w rozdziale o nerwicach żołądka <sup>1</sup>).

*Asthma dyspepticum* jest jeszcze kwestyą sporną. Rlegel nie uważa powyższy objaw jako właściwe *asthma*; ja bym również uważał za stosowniejsze nazwać ten objaw *dyspnoë dyspeptica*. Wprawdzie bywają przypadki, w których po przeżadowaniu żołądka, nagromadzeniu się w nim gazów lub po użyciu niestrawnych pokarmów pojawiają się napady duszności; lecz trudno rozstrzygnąć, ażali taki napad ma swój początek rzeczywiście w zaburzeniu żołądka, czyli też wywołująca przyczyna jest inną, nie dającą się na razie wykazać. Tylko w takim przypadku możnaby mówić o *asthma dyspepticum*, jeżeli ono stale po wypróżnieniu żołądka zapomocą sondy, lub po wymiotach znika. Że zmiana w położeniu żołądka, a zwłaszcza przez nagłe wydęcie go, może sprawić napad duszności, dają się teoretycznie łatwo wytłumaczyć, jeżeli się uwzględni obraz klatki piersiowej podczas X-prześwietlania, gdzie się dokładnie widzi, jak wierzchołek serca leży tuż nad częścią wpustową żołądka, a każda zmiana kształtu żołądka zmienia i położenie serca, tak, że może sprawić przez przecięcie głównych naczyń, zwężenie ich światła i następne utrudnienie w krążeniu. To też tak zwane *asthma dyspepticum* uważaćby należało jako odmianę *asthma cardiacum*, jak to i A. Fraenkel przypuszcza. Pouczający w tej kwestyi jest artykuł Boasa (Arch. f. Verdauungskrankheiten II. H. 4), do którego Szan. Czytelnika odsyłamy.

Jako następstwo rozstrzeni przebiegającej z rozkładem gnilnym lub butwieniem miazgi żołądkowej, bywają w niektórych przypadkach cuchnące odbijania, albo trwałe cuchnienie z ust (*foetor ex ore*). To zdarza się prawdopodobnie w tych przypadkach, w których istnieje równocześnie niedowład wpustu <sup>2</sup>). Możliwym jest także, że gazy wywiązujące się w żołądku mogą się wydzielać przez oddychanie skórne, i nadać atmosferze otaczającej chorego właściwą woń, co w jednym przypadku rzeczywiście mogłem zauważyć, i z którego to powodu chory do mnie kilkakrotnie udawał się o poradę.

Następstwem pewnego rodzaju fermentacji żołądkowych, dotąd bliżej jeszcze nieokreślonych, bywa biegunka, połączona z dolegliwościami jelitowymi. Należy przypuścić, że drażniąca lub gnilna treść żołądkowa, dostając się do jelit, sprawia powyższe objawy.

Wreszcie należy nadmienić, że już dawni lekarze przypisywali jako następstwo pewnych spraw fermentacyjnych w żołądku pojawianie się zmian na skórze, jak: acne, erythema, eczema, urticaria. Bouchard np. przytacza, że na 100 przypadków rozstrzeni żołądka, widział 23 razy eczema (p. ustęp o samozakażeniu).

7. Rozpoznanie rozstrzeni trwałej żołądka polega na wykazaniu trwałego powiększenia narządu nawet naczcho, przy równoczesnem zastoju miazgi pokarmowej w nim. Jest ono tu z powodu wybitniejszych objawów łatwiejsze, niż w rozstrzeni czasowej. Ważniejsze objawy rozpoznawcze są następujące:

a) Okolica pod łukiem żebrowym lewym zwykle wypukłona, od dołu zaś często odgraniczona półksiężycowym rowkiem, odpowiednio dolnej krzywiznie żołądka, ponad którą skóra przy ruchach oddechowych widocznie się porusza.

b) Dolna granica żołądka bywa stale obniżoną (p. str. 186). Odgłos bowiem niski bębenny nad okolicą żołądka w pozycji leżącej lub na wpół siedzącej, sięga przynajmniej do wysokości linii pępkowej poziomej, a zwykle niżej. Wobec wątpliwych wyników wypukowych, podajemy do wypicia 1—2 szklanek wody sodowej lub innego płynu i w pozycji na pół siedzącej albo stojącej oznaczamy pasy stłumienia według sposobu, w ostatnim ustępie podanego (p. str. 193). W pozycji stojącej z trudnością udaje się wypukiem odgraniczyć żołądek od innych trzewiów, chociaż Leube zachwala właśnie ten sposób opukiwania. Wyniki wypukowe dla dolnej granicy żołądka bywają często niepewne. Poprzecznicą bądź wydętą, bądź wypełnioną treścią, albo pętle jelit cienkich przykrywając często żołądek, mogą stać na przeszkodzie oznaczeniu dolnej jego granicy (Ponikło, Serönsen). Jeżeli stłumienie wypukowe w okolicy żołądka ma pochodzić od treści żołądkowej, a nie jelitowej, to przy położeniach bocznych lub przy podniesieniu części brzusznej ku górze w pozycji leżącej odgłos wypukowy jawnieje. Oprócz obniżenia dolnej granicy okazuje się równocześnie powiększenie przestrzeni wypuku bębennego żołądka, który przekracza na prawo bardzo znacznie linię pionową pępkową, przez co wymiar szerokości wypukowej żołądka (p. str. 7) się zwiększa. Przestrzeń Traubego okazuje się zwykle powiększoną zwłaszcza w linii sutkowej. Należy jednak się upewnić,

czy powiększenie w pionowym kierunku (wysokości wypukowej) nie pochodzi od zmian w sąsiednich narządach, a mianowicie od ściągnięcia dolnego płatu płuca lewego po przebyciu przewlekłych zmian zapalnych. Przy powiększeniu zaś szerokości wypukowej należy uwzględnić możliwość, czy przyczyną nie jest zanikanie lewego płatu marskiej wątroby.

Z powyższych uwag o wypuku okazuje się, że w rozstrzeni żołądka tak wysokość jak i szerokość wypukowa są zwiększone (p. str. 7).

Należy jednak pamiętać, że rozpoznanie rozstrzeni żołądka na podstawie wypuku jest bardzo niepewne. O wiele większą pewność daje wydmianie tegoż (p. str. 6); przez to można bardzo dobrze uwidocznić dolną granicę żołądka, która się rysuje na wysokości pępka lub zwykle poniżej. Nadmienić ostatecznie muszę, że z powodu wypukłości dna, dolna granica żołądka wypada o kilka centymetrów niżej, niż się zarysowuje. Dokładniejszym jest oznaczenie dolnej granicy żołądka przez wyczuwanie z sondy według Boasa (p. str. 19) w przypadkach, w których ten sposób się udaje.

Wykazanie obniżenia dolnej granicy żołądka nie jest jeszcze zawsze objawem rozstrzeni. Należy wprzód wykluczyć opadnięcie żołądka lub pionowe ustawienie takowego, o czem w osobnym ustępie mowa będzie.

e) Przy osłuchiwaniu okolicy żołądka czczego, słyszy się szmer fermentacyjny jakoby pękających baniek, a przy wstrząsaniu tułowia pluskanie, które występuje także przy obrotach chorego w łóżku i zwraca uwagę samych chorych. Przy uderzaniu zaś w okolicę rozszerzonego żołądka średnim palcem ręki prawej, podobnie, jak to się wykonywa przy uderzeniu klawiszów fortepianu możemy wywołać naczeczko pluskanie częstokroć niżej pępka, którym to sposobem przezemnie od r. 1884 wykonywanym udaje się oznaczyć dolną granicę lepiej, niż wypukiem zapomocą plesymetru. W przypadkach niewyraźnego pluskania dobrze jest, jeżeli jak radzi Obraczow, wprzód podamy wypić 1—2 szklanek płynu (wody, mleka). Należy jednak upewnić się przez kilkorazowe badanie naczeczko, czy pluskanie jest rzeczywiście żołądkowe, a nie jelitowe, gdyż w przypadkach biegunki,

stosowania środków przeczyszczających lub lawatyw można i od jelit otrzymać pluskanie.

Pluskanie jest jednym z najczęstszych objawów, na których lekarz rozpoznanie rozstrzeni opiera, ma ono jednak tylko wtenczas wartość rozpoznawczą, jeżeli przez kilka dni naczczo się stale pojawia, a objawów zwiśnięcia żołądka niema. Nie należy jednak wnioskować z pluskania rannego, że w żołądku znajduje się zawsze miazga pokarmowa. Moje porównawcze doświadczenia nad pluskaniem i równoczesną aspiracją żołądka przekonały mnie, że pluskanie może być wywołane także i bardzo skąpą ilością nagromadzonego soku żołądkowego lub żółci. Przy zużytkowaniu rozpoznawczem pluskania należy się starać oznaczyć jego najniższe miejsce (p. str. 192). Jeżeli ono przypada naczczo poniżej pępka, wtenczas możemy wnioskować na rozstrzeń trwałą.

Jeżeli powłoki brzuszne są zbyt grube lub silnie napięte, lub też żołądek gazami wydęty, to nie udaje się przez uderzanie palcem wywołać pluskania; natenczas staramy się je otrzymać przez wstrząsanie całego tułowia w prawo i w lewo w pozycji leżącej, obejmując obydwoma rękami dolną część klatki piersiowej. Wygodniej jest jeszcze, położyć dłoń na okolicę śledziony i potrącać nią klatkę piersiową, to można łatwo wykazać nawet w żołądku gazami wydętym chęłbotanie podobne jak w odmie opłucnowej, podczas gdy wstrząsanie palcami z przodu żadnego pluskania nie wykazało. Chęłbotanie powyższe zdarza się najczęściej w *ectesia fundi*. Pluskanie żołądkowe należy odróżnić od kruczenia żołądkowego, które może się pojawić przy bardzo małej ilości, albo nawet bez obecności cieczy w żołądku, jeżeli w nim znajduje się pewna (niewielka) ilość gazów, jak to bywa np. naczczo. Kruczenie mogą sami chorzy wywołać przez szybkie oddychanie. Oznaczanie dolnej granicy żołądka zapomocą pluskania wypada za wysoko, gdyż pluskanie powstaje tylko w tem miejscu, gdzie powierzchnia cieczy styka się z gazem, niżej zaś nie. W rozstrzeni trwałej sięga pluskanie przy badaniu naczczo do pępka lub niżej (porównaj jeszcze str. 192). Musimy jednak zwrócić uwagę na to, że brak pluskania nie wyklucza ani obecności płynu w żołądku, ani rozstrzeni takowego. Wielokrotnie przekonałem się, że żołądek może mieścić nawet litr płynu, a nie daje objawu

pluskania, gdyż ono znika przy pewnem wydęciu żołądka gazami (Boas), a nie pojawia się przy braku gazu w żołądku.

Opukując okolicę żołądka i osłuchując równocześnie stetoskopem według polecenia Leichtenstern'a, to jeżeli żołądek jest powiększony i wydęty do pewnego stopnia gazami, słyszy się odgłos bębnekowy z podźwiękiem metalicznym i to na tak wielkiej przestrzeni, jak daleko sięgają granice żołądka (A. Bianchi). Rozumie się, że otaczające trzewia mogą tu stać na przeszkodzie oznaczeniu rzeczywistych rozmiarów żołądka, co może być przyczyną, że Weil i Biegański tę metodę wypukowo-przysłuchową uważają za niedokładną. — Jeżeli żołądek jest nadmiernie gazami wydęty, to znika podźwięk metaliczny, odgłos wypukowy żołądka przechodzi w niebębnekowy, a w takich przypadkach można wykazać istnienie przemieszczenia sąsiednich narządów.

d) Prześwietlanie żołądka zapomocą diafanoskopu (p. str. 23) w postawie stojącej, tylko wtedy pozwala wnioskować na rozstrzeń trwałą, jeżeli przestrzeń prześwietlona sięga prawie do spojenia łonowego, a nie ma objawów opadnięcia żołądka.

X-prześwietlanie żołądka (p. str. 187).

e) Oznaczenie pojemności żołądka wydaje się najpewniejszym środkiem w celu wykazania rozstrzeni. Możemy ją oznaczać albo przez wprowadzanie wody zapomocą sondy, czego jednak ze względu na wielkie obciążenie żołądka potrzebną ilością wody (niekiedy 4—6 litrów), wobec możliwości istnienia wrzodu i zwykłego osłabienia chorych żołądkowych nie zaleca się, albo przez wprowadzanie powietrza (Jaworski), również zapomocą sondy, a to tak długo, dopóki nie nastąpi silne uczucie prężenia. W tym celu poleciłem w r. 1883 wolumeter żołądkowy, składający się ze zwykłej flaszki Wulfa z dwiema szyjkami, a w nim lejek z długą rurką końcową, służący do wlewania do flaszki wody, wpędzającej powietrze do żołądka, w drugiej zaś szyjce przez jeden otwór korka kauczukowego przechodzi długa otwarta rurka manometryczna do mierzenia ciśnienia powietrza, a przez drugi otwór rurka dla połączenia flaszki ze sondą. Im więcej wody wlać można do flaszki szczelnie zamkniętej, tem więcej powietrza przeszło do żołądka. Doświadczenia moje wykazały, że do żołądka prawidłowego można wprowadzić średnio

półtora litra powietrza pod ciśnieniem 20—30 cm. słupa wodnego, zanim wystąpi dokuczliwe prężenie; wprowadzenie dwóch lub więcej litrów powietrza wskazuje na obecność rozstrzeni. Ewald uważa także pojemność żołądka, mieszczącego więcej niż 1700 cm<sup>3</sup> wody za zwiększoną. Lecz zaledwie u każdego czwartego chorego, który nadto musi być do zondowania przyzwyczajony, można użyć wolumetru, gdyż przy wprowadzaniu powietrza powstaje odruchowość żołądka większa, niż po wprowadzeniu takiej samej ilości wody, tak, że wiele osób już po wprowadzeniu małej ilości powietrza doznaje odbijania. Powyższy sposób mierzenia pojemności zmodyfikował G. Kelling, a ostatnimi czasy Unverricht i Ost.

f) Upośledzenie wydalania treści żołądka okazuje się tak przy próbie białkowej, jako też przy próbnym obiedzie (p. str. 26, 27). Upośledzenie to w rozstrzeni trwałej nie ogranicza się na kwadransach czasu, ale wynosi kilka godzin. Obiad próbny pozostaje 12 godzin lub dłużej w żołądku. Wykazanie opóźnienia wydalania miazgi pokarmowej jest najważniejszą kliniczną oznaką rozstrzeni, gdyż wobec braku tego zбочenia czynnościowego, rozstrzeń żołądka przebiegałaby prawie bez przypadłości podmiotowych. Wiadomo, że chorzy z rozstrzenią dopiero wtedy udają się do lekarza, jeżeli doznają dolegliwości żołądkowych, t. j. gdy żołądek nie wydalą należycie treści. Podobnie jak przedmiotowo stwierdzamy u wielu chorych rozedmę płuc, która choremu żadnych jeszcze nie sprawia dolegliwości, taksamo znajdujemy często przy badaniu rozstrzeń żołądka, o której chorzy wcale nie wiedzą, bo znajduje się ona jeszcze w okresie wyrównania (*ectasia compensata*).

g) Badanie wewnętrzne czczego żołądka wykazuje albo pewną ilość treści mętnawej, żółcią zielonkawato zabarwionej, mocno kwaśnej, jaką napotykaemy w nieżycie kwaśnym (p. str. 88). W treści tej widzimy pod mikroskopem ziarna skrobii, kuleczki tłuszczu, włókna mięsne. W innych przypadkach wyciąga się ze żołądka czczego mniejszą lub większą ilość resztek zalegających pokarmów, zawierających mierną ilość grzybków i wytworów fermentacyjnych (kw. mlekowy, masłowy, octowy i t. d.). Stąd należy rozróżnić dwa stopnie rozstrzeni trwałej: postać lżejszą (*ectasia levis*) bez trwałego zalegania pokarmów i postać ciężką (*ectasia gravis*), w której żołądek od treści

żołądkowej nigdy się nie wypróżnia. Dla utwierdzenia ostatniego objawu chorobowego wypłukuje się wieczorem dokładnie żołądek od resztek pokarmów i podaje wieczernę próbną (p. str. 58), a rano naczeczko stwierdza przez aspirację, czy żołądek zawiera jeszcze resztki pokarmów czyli też nie. Wypłukanie żołądka przed podaniem wieczerny próbnej poleca obecnie i Riegel.

Do oznak, któremi się lekarz w codziennej praktyce kieruje, aby rozpoznać trwałą rozstrzeń, należy pluskanie, dające się kilkakrotnie stwierdzić w żołądku czezym (p. str. 192) a sięgające przynajmniej do pępka. Jeżeli można użyć sondy miękkiej, to obecność resztek pokarmów w żołądku czezym stanowi niezawodny dowód istnienia rozstrzeni trwałej w postaci ciężkiej, a jeżeli niema tego objawu, to możność wprowadzenia więcej niż dwóch litrów powietrza do żołądka czezego, przyczem żołądek wydyma się do pępka lub poniżej, obok wykazania próbą białkową lub obiadem próbnym, że wydalanie trwa 12 lub więcej godzin, dowodzi również istnienia rozstrzeni trwałej, ale w postaci lżejszej.

h) Boas poleca oceniać stopień rozstrzeni według ilości dziennej moczu; a mianowicie w pierwszym stopniu wydziela się 1500—1000 cm<sup>3</sup>. w drugim 900—500 cm<sup>3</sup>, a w trzecim niżej 500 cm<sup>3</sup>. Jeżeli rozstrzeni towarzyszy nadmierna kwasność treści żołądkowej, to oddziaływanie moczu bywa alkaliczne, wydzielają się z niego fosforany, które sprawiają zmętnienie moczu. Zmniejszenie chlorków w moczu trafia się częściej w rozstrzeni następowej (poniżej), aniżeli w trwałej.

UWAGA: Można także napotkać osoby, u których istnieją przedmiotowe objawy rozstrzeni, jak pluskanie, wypukowe obniżenie granic i powiększenie pojemności żołądka, jednak niema upośledzenia wydalania i objawów podmiotowych właściwej rozstrzeni. Należy sobie przypomnieć tylko naszych górali zjadających na obiad po 4 litry ziemniaków z mlekiem (polyphagia), albo piwoszców spijających tyleż piwa, a nieuskarżających się pomimo tak wielkiej pojemności żołądka na przypadłości dyspeptyczne. Mamy tu rzeczywiście do czynienia z rozstrzeniem żołądka, ale wyrównaną (*ectasia compensata*) przycz. zwiększoną kurezliwość przerosłej błony mięśniowej, nieprzedstawiająca jeszcze objawów chorobowych. Skoro jednak, wrazie upośledzenia ogólnego odżywienia błona mięsna żołądka osłabnie, to w rozstrzeni wyrównanej zwanej przez Ewalda wielkim żołądkiem (*megalogastria*), wytworzy

się rozstrzeń niedowładna albo trwała, z bardzo uciążliwymi przypadłościami nieżytu kwaśnego.

8. R o k o w a n i e w rozstrzeni trwałej jest o wiele gorsze niż w czasowej. W kilku przypadkach rozstrzeni długotrwałej szczególnie u Izraelitów młodych zauważyłem, że po 1—2-letniem leczeniu, objawy podmiotowe rozstrzeni znikają, chorzy pokarmy dobrze znosili, odżywienie poprawiło się, jednak objawy fizyczne rozstrzeni (obniżenie dolnej granicy), nie ustąpiły. Należy więc przypuścić, że rozstrzeń przez lepsze odżywienie ścian żołądka stała się wyrównaną, chociaż wielkość narządu pozostała tą samą. Zrozumiałem wydaje się, że w lżejszej postaci w rozstrzeni, gdy rano w żołądku czeczym nie zalegają jeszcze pokarmy, rokowanie będzie o wiele lepsze, niż w rozstrzeni ciężkiej. Jeżeli w przebiegu rozstrzeni zmniejsza się ilość moczu, lub po zastosowaniu przepłukiwań żadna lub tylko nieznaczna poprawa przypadłości żołądkowych się okazuje, to rokowanie co do poprawy stanu chorobowego nie jest dobre. — Wielce prawdopodobnem jest, że trwała rozstrzeń połączona z nieżytem kwaśnym prowadzi albo do przerostowego nieżytu błony śluzowej (zwężenia) części odźwiernikowej, albo nawet do wrzodu okrągłego, przez co rokowanie staje się mniej pomyślne. Ostatecznie uczy doświadczenie, że poprawa osiągnięta przez leczenie rozstrzeni żołądka nie jest trwałą, po błędach bowiem dyetetycznych następują często nawroty; a po kilkorazowym takim pogorszeniu odżywienie ogólne bardzo podupada.

9. Leczenie rozstrzeni trwałej w postaci lżejszej jest prawie to samo, co i niedowład wężelny (p. str. 195), gdyż zależy tu również na podniesieniu odżywienia żołądka, wzmożeniu jego sprawności mechanicznej, usuwaniu objawów podmiotowych i przeciwdziałaniu nieżyto- i kwaśnemu lub śluzowemu. Jednak we wyborze czynników leczniczych dla zwalczenia głównego stanu chorobowego zachodzi pewna różnica.

Ż y w i e n i e w rozstrzeni trwałej, o czem szczegółowo w Części trzeciej będzie mowa, ma pierwszorzędne znaczenie, tak, że jeżeli ono jest racjonalne i uwzględnia równocześnie stan chorobowy błony śluzowej, mogą przypadłości podmiotowe zupełnie ustać. Tu musimy powtórzyć uwagę, podaną na str. 195, że po obfitych jedzeniach należy choremu polecić wygodne leżenie, zwłaszcza na

boką prawym, a nie ruch, gdyż postawa stojąca sprzyja rozszerzaniu się i opadaniu żołądka. Nadto wskutek ruchu zużywa się więcej materji, niż w spoczynku, przeto chorzy zwykle już wyniszczeni jeszcze więcej na odżywieniu wskutek ruchu podpadają.

W celu zaoszczędzenia żołądka polecają obecnie niemieccy autorowie (Boas, Rössler i Riegel) w trwałej rozstrzeni dyetę bezwzględną (leczenie głodowe), stosowaną jeszcze w r. 1874 przez Williams'a dla wrzodu okrągłego. Polega ona na tem, że chory przez żołądek nie przyjmuje żadnych pokarmów lecz lawatywy odżywcze przez dni kilkanaście, poczem dopiero z wolna stopniowo podaje się pokarmy. Postępowanie to jako obniżające odżywienie w wysokim stopniu, może być stosowane tylko u osób lepiej odżywionych, u których innym sposobem nie można dojść do celu. Ze względu, że ten sposób lekówania nie daje zawsze pewnych wyników, to może się trafić łatwo, że chory wskutek leczenia tylko straci na odżywieniu, które potem z powodu dolegliwości żołądkowych już więcej nie da się podnieść.

Oprócz racjonalnego żywienia mają mechaniczne sposoby leczenia rozstrzeni trwałej najważniejsze znaczenie. Z tych największe zastosowanie ma przepłukiwanie żołądka, o wiele mniejsze mięsienie, elektryzowanie i zabiegi hidryatyczne.

Przez przepłukiwania żołądka (p. str. 18) wydalamy miazgę pokarmową, która rozkładając się błonę śluzową drażni a żołądek rozciąga, i usuwamy przyczynę podtrzymującą rozstrzeń i nieżyt kwaśny, a równocześnie działamy pobudzająco na cały przewód pokarmowy, co objawia się tem, że po przepłukiwaniach zaparcie stolca często samo przez się ustępuje, a ilość moczu się zwiększa. Wpływ korzystny przepłukiwań na wypróżnienia pojawia się według Kussmaula tylko w przypadkach samostnej rozstrzeni żołądka. Jeżeli zaś istnieje przeszkoda (cieśń) w odźwierniku, to przepłukiwania żołądka nie usuwają zaparcia stolca (p. ust. XXIX).

Żołądek przepłukujemy w przypadkach rozstrzeni trwałej najtósowniej późno wieczór, podając choremu począwszy od południa tylko potrawy gęstawe lub płynne, aby sobie przez brak kawalków w żołądku ułatwić przepłukiwanie. Po przepłukaniu po-

zostaje chory bez pokarmów aż do rana, aby żołądek mógł się skurczyć, błona śluzowa pozostała bez podrażnienia, a chory wolny od dolegliwości podmiotowych mógł się przespać. Jeżeli chory jest mocno osłabiony, czuje silną czezość w żołądku, lub dotkliwe pragnienie, można mu pozwolić wypić w nocy małą szklanekę herbaty, lub wody białkowej, a nawet zjeść jaje miękkie, surowe albo i roz-tarte białko na twardo gotowane. Często dla dogodności stosowane bywają przepłukiwania ranne. Oczyszczają one wpraw-dzie żołądek od miazgi rozłożonej i od bakteryj, lecz nie dozwala-ją na wypoczynek żołądka, gdyż chory spożywa zaraz śniadanie. W rozstrzeni trwałej przepłukuje się żołądek zwykle codziennie. W przypadkach zaś powikłanych z nadmiernem gromadzeniem się soku żołądkowego w znaczniejszej ilości mogą być wskazane z po-wodu przykrych dolegliwości podmiotowych przepłukiwania wie-czorne, potem podanie na noc kilku jaj surowych lub miękkich, a następnie przepłukanie ranne dla wydalenia kw. żołądkowego. Nadmienić należy, że zdarzają się chorzy, którzy przy codziennem zastósowaniu płukania doznają osłabienia ogólnego. Wtedy należy robić przerwy, wśród których przypadnie łagodzić dolegliwości po-chodzące z zalegania pokarmów alkaliemi, środkami przeciwnil-nymi (p. niżej), okładami ciepłymi (blaszanką z ciepłą wodą) na okolicę żołądka, co według doświadczeń Fleischera, ma także przy-spieszać wydalanie miazgi pokarmowej ze żołądka. Wobec zaś gwałtowniejszych bólów, może nawet zająć potrzeba wstrzykiwań podskórnych morfiny. — Trwanie każdego przepłukiwania, w przypuszczeniu, że chory zondę dobrze znosi, zależy od tego, czy szczątki pokarmów w cieczy przepłuczkowej przestają się już pojawiać. Pierwsze dwa lub trzy przepłukiwania dokładnie usku-tecznić się nie dają z powodu zalegania kawałków pokarmów na dnie żołądka, jak również z powodu niecierpliwości pacjentów. Często trzeba użyć przeszło pół godziny czasu i około dziesięć litrów wody przepuścić przez żołądek, nim go się dokładnie uwolni od miazgi pokarmowej. Należy się jednak strzedz mocno wypełniony żołądek już od pierwszego razu w zupełności od treści wypróżnić, aby naczynia nagle z pod ciśnienia nie uwolnić i przez to krwotoku nie wywołać (p. str. 166). — J a k o ś ć płynu służącego do przepłu-kiwania zależy od stanu chorobowego narządu. W każdym przy-padku rozpoczyna się przepłukiwać czystą wodą ciepłą; zimna źle

roztwarza treść i śluz, nadto oziębła niepotrzebnie wychudłych i niedokrwiśtych chorych. Obecność treści śluzowej wymaga rozczynów alkalicznych; zwłaszcza éwieré procentowy rozczyń wody wapiennej jest tu stosowny, gdyż roztwarza dobrze masy śluzowe. Po wydaleniu treści przepłukuje się w dalszym ciągu ciepłymi rozczynami wodnymi: przy wzmożonem wydzielaniu kwasu solnego 1—1½% sody lub boraksu, albo ogrzanemi wodami: Karlsbadzką, Szczawnicką, Vichy; przy obecności fermentacyi lub gnicia ciepłymi rozczynami: 1% kw. borowego, ½% chemicznie czystej rezorcyny, ½% salicylanu sodowego, ½% tymolu, wodą krooillnową (10 kropeł na 1 litr wody), wodą lizelową (10—15 kropeł na litr wody), wodą chloroformową, jeżeli niema przeciwwskazania do stósowania chloroformu. Najlepszym jednak płynem przepłuczkiwym antyseptycznym jest *Aqua menthae piperitae*, który się otrzymuje przez dodanie 10 kropeł ol. menthae piper., lub jednego grama mentolu rozpuszczonego w 5 cm<sup>3</sup> wyskoku, do jednego litra wody letniej.

Uwagi godnem jest polecenie Minkowskiego, aby przepłukiwać żołądek wodą czystą, a dopiero po przepłukaniu podać środek antyseptyczny. Odpada przez to obawa przed zatruciem, a działanie środka przeciwnilnego w oczyszczonym żołądku bywa energiczniejsze.

Chcąc żołądek dokładnie uwolnić od płynu przepłuczkiwego, można to tylko skutecznie zapomocą aspiratora (p. str. 15). Przekonałem się bowiem, że płukając lewarem żołądek, w którym się znajdują grubsze kawałki pokarmów, co chwila zondę zatykające, często więcej w nim wody zostanie, niż pierwotnie było płynu. Dlatego dobre jest polecenie, aby kończąc przepłukiwanie sposobem lewarowym, położyć chorego na brzuch, gdyż wtedy łatwo treść przechodzi do sondy, a właściwie większa jej ilość wypływa obok sondy.

Dla przekonania się o skuteczności przepłukiwań w rozstrzeni trwałej robimy od czasu do czasu próby, podając choremu wieczerzę próbną, składającą się z 125 gm. pieczonego mięsa wołowego, 250 gm. jarzyny (np. ziemniaków) lub tyleż kaszy, jednej bułki (35 gm.) i szklanki (250 cm<sup>3</sup>) herbaty. Badając żołądek rano, dowiadujemy się, o ile wypróżnia się od pokarmów, i czy postać ciężka rozstrzeni przeszła w lekką. Z porannego badania wnioskujemy równocześnie po ilości kwasu i składnikach morfotycznych, czy nieżyt kwaśny zmniejszył się, albo ustąpił zupełnie. Jeżeli jest postęp w leczeniu, to wydobywa się rano naczeco coraz

mniejszą ilość pokarmów ze żołądka. Natenczas stosujemy przepłukiwania coraz rzadziej, a przechodzimy do leków podanego dla rozstrzeni czasowej (p. str. 195).

Małego tylko skutku można się spodziewać z **mięsień** żołądka (p. str. 196). Zabłudowski poleca przepychanie treści żołądkowej do dwunastnicy zapomocą mięsienia w ten sposób, że chwyta się prawą ręką pod łukiem żebrowym lewym, o ile można, jak najgłębiej fałd skóry, a z nim ścianę żołądka (?) między wielki palec i resztę palców i mięsi w kierunku odźwiernika. Należy jednak mieć na uwadze, że przy najmniejszym podejrzeniu na wrzód żołądka, mięsienie jest przeciwwskazane, gdyż grozi choremu krwotokiem lub przedziurawieniem narządu.

Chorym z rozstrzenia żołądka polecają lekarze bardzo często noszenie suchych o pasek flanelowych na żołądku. Jest to polecenie zbyteczne a nawet szkodliwie działające, jeżeli chory żołądek od góry uciśnie opaską i w ten sposób go na dół zepchnie. Natomiast korzystne jest ściągnięcie okolicy podpepekowej zapomocą podpaski według miary uszytej, lub przynajmniej zapomocą wąskiego ręcznika owiniętego naokoło podbrzusza. Podpaska podtrzymuje i podnosi dolną granicę żołądka i jest w rozstepie mięśni prostych nieodzownie wskazaną (p. ust. XXXIV).

Zabiegi wodolecznicze, o której była wyżej mowa (p. str. 197) są w rozstrzeni trwałej zbyt słabym czynnikiem leczniczym. To samo należy powiedzieć o elektryzowaniu żołądka (p. str. 196).

Leczenie ogólnie skrzepiające tak skuteczne w rozstrzeni czasowej (p. str. 199), jest w rozstrzeni trwałej niewystarczające.

Leczenie zdrojowe ciężkiej rozstrzeni trwałej, przy zwyczajnym sposobie stósowania wód mineralnych wydaje najczęściej ujemne wyniki, jak miałem sposobność przekonać się o tem w Karlsbadzie. Chorzy tylko pozornie się leczą, gdyż po kilkunastu dniach przypadłości stają się jeszcze większe, niż były, a ciężar ciała z powodu potrzeby przestrzegania ścisłej diety znacznie opada. Otrzymałem jednak w tych przypadkach dopiero wtenczas dobre skutki lecznicze, jeżeli chorzy zgodzili się na wieczorne przepłukiwania żołądka ciepłą wodą mineralną, poczem przez noc niczego nie spożywali, rano zaś wypijali przy źródle swoje kubki wody, która teraz mogła wprost podziałać na oczyszczoną błonę śluzową żołądka. Bez przepłukania, woda mineralna dostając się do obfitej miazgi pokarmowej, nie wywiera żadnego działania, ale tylko przyczynia się do obciążenia żołądka.

Po tak zwanych **sw o i s t y c h l e k a c h** jak *nux vomica*, *apëcacuanha*, *secale cornutum*, działających na błonę mięsną żołądka,

a poleconych w rozstrzeni czasowej (p. str. 199), nie wiele oczekiwać można. Tyle jednak nadmienić należy, że stosując je, trzeba ich użyć w większej ilości, niż w rozstrzeni czasowej, gdyż one w nagromadzonej treści żołądkowej zbyt znacznie się rozcieńczają, a wessanie w rozstrzeni trwałej w wysokim stopniu jest uposłędzone. Eichhorst widział dobre wyniki z podskórnych wstrzykiwań, używając do tego *ergotinum Bombelon* w połączeniu ze *strychninum nitricum*, lecz przy równoczesnem stosowaniu przepłukiwań żołądka.

Oprócz leczenia rozstrzeni, musimy równocześnie leczyć następstwa tejże, a mianowicie sprawy fermentacyjne i sprawy niezytowe w żołądku.

Przeciw sprawom fermentacyjnym działają najdzielniej wyżej opisane przepłukiwania żołądka. W przypadkach zaś, w których nie stosujemy przepłukiwań, przepisujemy przy sprawach fermentacyjnych lub gnilnych wewnątrznie środki antyseptyczne, takie, które jak najmniej podrażniają błonę śluzową żołądka. Mac Naught, a potem Kuhn badali ilości niektórych środków antyseptycznych, jakich do fermentującej miazgi żołądkowej dodać należy, aby w niej wywiązywanie gazów przerwać. Według tych autorów zatrzymuje się wywiązywanie gazów, jeżeli do litra fermentującej treści żołądkowej dodamy: 0·025 kw. salicylowego lub salicylanu sodowego, 0·3 będzwinianu sodowego, 0·5 sacharynu, 2·5 resoreynu, 5·0 karbolu, 5·0 kreozotu, 15·0 kwasu borowego, 50·0 wysokoku, 100·0 wody chlorowej. Według tych doświadczeń najdzielniejszym środkiem przeciwfermentacyjnym jest kwas salicylowy i jego sole. Kuhn używał też z dobrym wynikiem w kilku przypadkach fermentacji gazowej w żołądku po 0·25—0·5 *natrii salicyl.* 3—4 razy dziennie. Przypuścić należy, że ten sam skutek osiągnąć będzie można i z innych soli kw. salicylowego jak, z *calcaria* lub *magnesia salicylica* i *bismuthum salicylicum* w ilości 0·5 (3—4 razy dziennie), które to przetwory wskazane są w przypadkach powikłanych z biegunką. Następnie, opierając się na powyższych doświadczeniach można stosować *natrium benzoicum* po 0·5 trzy razy dziennie i *saccharinum Fahlberg* po 0·5 kilka razy dziennie. Dotychczas polecano w sprawach fermentacyjnych: *ac. carbolicum*, *benzolum*, *creosotum*, *resorcinum*, *naphtalinum*, *creolinum*, — po 0·1, kilka razy dziennie przed jedzeniem. Z tych środków zasługuje jeszcze kreozot na uwzględnienie, jeżeli rostrzeń

trwała istnieje u suchotników. Ja używam z dobrym wynikiem jako środka przeciwfermentacyjnego olejek miętowy lub mentol. Cattani zaś zaleca następującą mieszaninę: *Resorcini resublimati* 1·0—3·0, *chloroformii* 2·0—4·0, *aq. d.* 100, *trae amarae, aq. menthae piper. aa.* 20·0, S. Co godzinę po łyżce użyć. W przypadkach fermentacji alkalicznej można próbować podawania przed głównymi jedzeniami po 0·5 salolu, po 0·5 benzonaftolu, po 0·5 *β-naphtholi salicylici*, albo po 0·5 *guajacoli carbonici*.

W przypadkach zaś przebiegających z odbijaniem cuchnącemi lub następowem cuchnieniem z ust (*foetor ex ore*) polecano: *carbo ligni depuratus*, albo sucharki zwęglone. Ja polecam mentol po 0·1 lub mirtol po 0·05—0·1, najstosowniej w kapsułkach Zahradnika, albo wreszcie krople następującego składu: *Mentholi, myrtoli, ac. salicyl. aa.* 2·0, *trae aromat., spirit. melissae compos. aa.* 15·0, MDS. Po 30 kropel we winie po jedzeniu użyć. Ten lek usunął mnie w jednym przypadku cuchnące wyziewy skórne. Do płukania zaś jamy ustnej stosowne jest wino czerwone z dodatkiem: *acetum aromaticum, spir. menthae piper. aa.*

Leczenia najważniejszego następstwa rozstrzeni trwałej, jakim jest nieżyt kwaśny, nie trzeba nigdy z oka spuszczać. Skoro bowiem ta anatomiczna zmiana błony śluzowej się zmniejszy, wszystkie przypadłości podmiotowe słabną. O leczeniu nieżytku kwaśnego była już szczegółowa mowa (p. str. 90). Jeżeli on towarzyszy rozstrzeni trwałej, to już wyżej opisane przepłukiwania niedrażniającymi a najstosowniej alkalicznymi płynami są najdzielniejszym środkiem leczniczym. Równocześnie jednak musi być zastosowane żywienie dyetetyczne, jak o tem będzie mowa w Części trzeciej. Podczas dnia należy nadto alkalizować miazgę pokarmową podając środki alkaliczne w  $\frac{1}{2}$ —1 godziny po jedzeniu. Najstosowniejsze są alkalia w stanie stałym: *natrium bicarbonicum* (1—5 gm. na dawkę), *natrium biboricum* (1—3 gm. na dawkę), *magnesia usta* lub *magnesia carbonica* (1—3 gm. na dawkę), pastylki biliaryskie lub Vichy. Ja używam z dobrym skutkiem *aqua alcalina effervescens*, słabszej lub mocniejszej, stosownie do wysokości kwasoty treści żołądkowej. Stosując tę wodę po pół szklanki po jedzeniu, gasi się równocześnie wzmożone pragnienie nagabujące tak często chorych w tej chorobie. Stosowanie wód alkalicznych mineralnych w rozstrzeni trwałej powikłanej z nieżytem kwaśnym, nie

prowadzi do celu, gdyż one zawierają zbyt mało alkalij w rozpuszczeniu.

Nieżyty śluzowy, który rzadziej towarzyszy rozstrzeni trwałej i po długo trwającym nieżycie się rozwija, sprawia o wiele mniejsze dolegliwości podmiotowe, niż nieżyt kwaśny. Na jego poprawę działają również najlepiej wyżej opisane przepłukiwania. Równocześnie muszą tu być stosowane środki przeciwfermentacyjne, wyżej podane (p. str. 224), jakoteż sposoby lecznicze opisane na str. 124.

#### Leczenie przypadłości w rozstrzeni trwałej.

Jeżeli w rozstrzeni trwałej zastosujemy leczenie przeciw chorobie i jej następstwom w sposób powyżej opisany, to usuwamy tym samym sposobem i przypadłości podmiotowe. Rzadko przypadnie je leczyć osobno.

Przeciw wymiotom nie należy występować, gdyż w rozstrzeni żołądka one są pożądane, sprawiają chorym ulgę i dają wskazanie, aby żołądek zapomocą sondy wypróżnić. Tylko wtedy należy wymioty powstrzymywać, jeżeli chory nie wymiotuje miazgi pokarmowej. Rwanie na wymioty po wyrzuceniu miazgi pokarmowej ze żołądka, ma jednak swą przyczynę nie w rozstrzeni, lecz może tu dać powód, ukryty wrzód okrągły, samozatrucie, *crises gastriques*. Należy przeto przyczynę rwania na wymioty wyszukać i przeprowadzić stosowne leczenie podane w dotyczących ustępach (p. ustęp o wymiotach nerwowych). W przypadkach wymiotów uporczywych, a co do etyologii ciemnych, oddaje czasem dobre usługi następująca mięszanina: *Cocaini muriatici* 0·20, *mentholi* 1·0, *spir. vini* 25·0, *syrupi aromatici* 25·0. MDS. Po łyżeczce co godzinę, aż do skutku. W ostateczności zaś wstrzykiwania podskórne z mięszaniny: *Codeini muriatici* 0·30, *atropini sulfurici* 0·003, *aq. dest. sterilisatas* 10·0. S. po  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  strzykawki naraz wstrzyknąć.

Bóle rozmaitego rodzaju i różnego natężenia towarzyszą często rozstrzeni trwałej, lecz one ustępują zwykle przy stosowaniu leczenia przeciw rozstrzeni i nieżyłowi. Przyczyną bowiem bólów bywa albo sprawa fermentacyjna, albo nieżyłowa kwaśna.

W celu usmierzienia dolegliwości wywołanych drażniącymi wytworami fermentacyjnymi, a mianowicie kwasami organicznymi,

polecają podawać alkalia (p. str. 79), lecz skutek bywa często przemijający. Na uwzględnienie zasługuje polecenie G. Sée, aby używać przeciw dolegliwościom pochodzącym z nagromadzenia wytworów fermentacyjnych, w szczególności z fermentacji mlecznej i octowej, a jak przypuszczam i z fermentacji masłowej i kozłkowej, roztworu wodnego chlorku wapniowego, *calcium chloratum* ( $\text{CaCl}_2$ ), jakoteż bromek strontowy po 1·0 lub więcej na dawkę; gdyż należy przypuścić, że  $\text{CaCl}_2$  i  $\text{SrBr}_2$  utworzą w miazdze fermentującej z kwasami organicznymi nierozpuszczalne mydła i kwasy nieorganiczne. Nadto ma bromek strontowy skutecznie działać przeciw gromadzeniu się gazów w żołądku i przeciw przy padłościom podmiotowym (p. str. 79). W rozwiniętej fermentacji masłowej (odbijania gorkawe woni zjełczałego tłuszczu, palenie, niesmak), lepiej jest użyć następującej mieszanki: Do  $\frac{1}{2}$  szklanki wody zwyczajnej wsypuje się 1·0 *calcariae carbonicae praecipitatae ch. p.*, dodaje 5—10 kropel kw. solnego aptecznego i wypija. Fermentacja masłowa rozwija się w żołądku najczęściej w 3—6 godzin po obiedzie i wtedy należy używać na koniec noża węglanu wapniowego lub roztworu bromku strontowego. Lepszy jeszcze skutek widziałem po użyciu tej samej ilości *calcaria salicylica* lub *magnesia salicylica*. Ostatni środek działa równocześnie korzystnie na wypróżnienia, połączenia zaś wapniowe i strontowe powstrzymują je. Ja zwykle z dobrym skutkiem używam mieszanki z *magnesia* albo *natrii bicarbon. kali bromati, natrii salicylici aa MDS*. Po jedzeniu na koniec noża użyć; albo *aqua alcalina effervesens fortior*, po pół szklanki naczecz, jako też po jedzeniach kilka razy dziennie wypijać.

Podawanie leków kojących (morfiny, kodeiny, kokainy, belladony i t. p.) w celu uśmierzenia bólów w rozstrzeni jest niewłaściwe, gdyż ich trzeba użyć dla wywołania skutku w ogromnej ilości tak z powodu wielkiego ich rozcieńczenia przez miazgę pokarmową, jakoteż z przyczyny znacznego upośledzenia wessalności błony śluzowej żołądka. Najlepiej przeto w konieczności, jeżeli nie można wykonać przepłukania, zastrzyknąć podskórnie morfinę w ilości 0·01—0·02 naraz. Chwilową i krótkotrwałą przerwę bólów można otrzymać przez podanie kropli aromatycznych np. *Spir. menthae, spir. aromaticus, tra aromatica* i t. p.

Pragnienie, które powstaje przez to, że ciecz w żo-

ładku nie doznaje wessania, a do jelit w małej tylko ilości przechodzi, jest dla chorego na rozstrzeń trwałą żołądka bardzo uciążliwym objawem. Staramy się je łagodzić przez podawanie małych ławatyw wodnych (szklanka ciepłej wody i na koniec noża soli kuchennej) 3 razy dziennie, albo korzystniej jeszcze przez wprowadzanie takich samych ilości rosołu do odbyticy. U chorych charłacznych stosujemy ławatywy odżywcze, które równocześnie usmierzają pragnienie. Uczucie wysychania w ustach staramy się usuwać częstemi płukaniami wodą zimną, limonadami, wodami aromatycznymi i t. p. Riegel zachwala dla złagodzenia pragnienia podawanie po 0.4 pulv. Doveri.

Chorzy z rozstrzenią żołądka mają ciągłą troskę o stolec, gdyż są tego zdania, że jeżeliby tylko mieli dostateczne wypróżnienia, to ich dolegliwości (gniecenie, ciężenie, rozdymanie i odbijanie) zaraz by ustąpiły. Jeżeli chory przyjmuje nie wielkie ilości samych pożywnych pokarmów, zwłaszcza białkowych, to o sprowadzenie codziennych wypróżnień kusić się wcale nie potrzeba; wystarczy, jeżeli one co drugi lub trzeci dzień się pojawiają i w tym kierunku należy natarczywych chorych uspokoić. Kussmaul zauważył, że przez płukanie żołądka w rozstrzeni stolca się regulują. Ma to miejsce tylko w mniejszości przypadków. Przez żywienie na zaparcie stolca tu wpłynąć nie można, gdyż ono w rozstrzeni żołądka jest tego rodzaju, że sprowadza zatrzymanie się stolców. W celu wywołania stolca należy przeważnie używać ławatyw i to w rozmaitych postaciach. Najmniej zachodu sprawia wstrzyknięcie 5—15 gm. gliceryny do odbyticy, albo założenie czopka kakaowego napełnionego gliceryną, lub też czopka wystruganego z mydła glicerynowego. Jeżeli gliceryna nie działa, to z korzyścią można polecić ławatywy z oliwy sposobem Kussmaul-Fleinera w ten sposób, że się wprowadza czystą (nierozłożoną) oliwę ogrzaną do ciepłoty ciała w ilości 400—500 gm. w położeniu leżącym do odbyticy. Ławatywę wstrzymuje się o ile można jak najdłużej. Po tego rodzaju ławatywie, pojawia się zwykle kilka stolców tego samego lub następnego dnia. Ławatywy oliwne stosuje się zwykle dwa razy tygodniowo. Skutkują one zwykle dobrze, są jednak drogie i niewygodne z powodu zanieczyszczenia przyrzędu Hegara i bielizny. Więcej używane są ławatywy wodne (1—2 litrów) z dodatkiem 1% sztucznej soli karlsbadzkiej,

■ Jeszcze skuteczniejsze z taką samą ilością soli morszyńskiej. Lawatwy gaszą także nadmierne pragnienie u chorych. Równocześnie należy działać pobudzająco na niedowładne jelita przez mięsienie, faradyzowanie, natryski i t. d. Wielu jednak chorych domaga się wygodniejszej metody wypróżniającej i żąda środków przeczyszczających. Dawniej, nim płukania były w użyciu, zalecali szczególnie francuscy lekarze w rozstrzeni żołądka środki drastyczne: Aloes, gummigutti, colocynthides, jalapa, podophyllum. Kussmaul przepisywał. Rp. *Pulv. Aloës, Extr. Colocynth., Pulv. Jalapae aa.* 1·0, *Syr. rhei et pulv. rhei q. s. u. f. pil. ponderis* 0,25 Nr. XX. D. S. Jedną lub dwie pigułki według potrzeby użyć. Aczkolwiek nie sprawdzono jeszcze drogą doświadczalną, czy powyższe środki przyspieszają także wydalanie treści z żołądka, jednak działają one dobrze na dolegliwości towarzyszące rozstrzeni żołądka, sprowadzając równocześnie obfite stolce, których zatrzymanie jest ciągłą troską chorych na żołądek. Stąd się tłumaczy, że chorzy z rozstrzenią żołądka uciekając się do pigułek Morissona lub Brandta, doznają czasowej ulgi. Ja znalazłem za wystarczające stosowanie po 2—3 łyżeczek dziennie z leku: *Extr. fluidi cascarae sagradae* 50·0, *trae nucis vomicae* 2·5; lub pół łyżeczki *extr. frangulae fluidum* 1—3 razy dziennie.

Używanie środków solnych i wód gorzkich jako rozwalniających okazuje się w rozstrzeni żołądka najczęściej bezskuteczne i zarazem sprawia dolegliwości podmiotowe. Natomiast dobre usługi oddaje mnie woda gazowa magnowa (słabsza i mocniejsza) użyta w tych przypadkach, w których równocześnie istnieje nieżyt kwaśny. Woda mocniejsza sprawia w ilości 1—2 szklanek rano naczecz użyta obfite wypróżnienia, słabsza używana po szklance 3 razy dziennie po jedzeniu gasi pragnienie, zobojętnia kwasy i utrzymuje wolny stolec.

Rzadziej pojawia się biegunka w przypadkach rozstrzeni żołądka, a bywa to, gdy miazga pokarmowa wobec niedomogi wydzielniczej ulega gniciu i jako taka dostaje się do jelit. Tu pomódz może stosowna dyeta, środki przeciwfermentacyjne (p. str. 224), a zwłaszcza *calcaria salicylica*. Ja używam z dobrym skutkiem *aqua calcinata effervescens fortior* po pół szklanki rano naczecz, jakoteż 2—3 razy po jedzeniu podczas dnia.

O zabiegach chirurgicznych (gastroplicatio, gastroenterostomia) polecanych w rozstrzeni żołądka, będzie mowa w osobnym ustępie.

### XXIX. Rozstrzeń żołądka następowa. Cieśń odźwiernika.

#### *Dilatatio ventriculi secundaria. Stenosis pylori.*

1. Zmniejszenie światła odźwiernika wytwarza opór przechodzeniu pokarmów z żołądka do dwunastnicy, a doszedłszy do pewnego stopnia, nie daje się pokonać nie tylko prawidłową, ale i zwiększoną kurczliwością ścian żołądka, co sprawia zatrzymanie się pokarmów i następową rozstrzeń mechaniczną żołądka, przybierającą ostatecznie ogromne rozmiary, gdyż dolna granica żołądka może sięgać do spojenia łonowego, a pojemność dochodzić do 10 litrów i więcej. Błona śluzowa żołądka znajduje się najczęściej w stanie niezytu, przedstawiającego obraz anatomiczny *état mamelonné*, a rzadziej zanikowego. Błona mięsna w pierwszym okresie choroby t. j. w czasie wyrównania jest zgrubiała, przerosła, a dotyczy to przeważnie części odźwiernikowej żołądka. Im powolniej się cieśń odźwiernika rozwijała, tem przerost ścian żołądka jest większy. W późniejszych zaś okresach włókna mięsne są tłuszczowo zwyrodniałe lub zanikłe. Jeżeli ściany żołądka są ścięnczałe, można zauważać rozstęp włókien mięsnych. Zaciśnięcie odźwiernika nie bywa prawie nigdy zupełne. Przy badaniu pośmiertnem przechodzi przez odźwiernik jeszcze pióro gęsie, a często nawet mały palec. Natomiast moje próby nad domykalnością odźwiernika w stanie prawidłowym (p. niżej 4. Rokowanie), okazały, że można do żołądka wyjątego ze zwłok, nalać pewną ilość wody, a ta przechodzi zaledwie kroplami przez odźwiernik na dół zwrócony. Gałka zaś woskowa, umocowana na nitce o średnicy 1 cm. daje się przeciągnąć przez odźwiernik przy pociągnięciu siłą 30—50 gm. Stąd wynika, że nieprzedostawanie się miazgi pokarmowej przez zwężony, lecz zazwyczaj jeszcze drożny odźwiernik pochodzi więcej od osłabienia kurczliwości części odźwiernikowej wskutek zmian anatomicznych, aniżeli od zwężenia samego.

2. Przyczyną zmniejszenia światła odźwiernika może być albo ucisk z zewnątrz, albo zgrubienia wewnę-

trzne. Uciskowe zaciśnięcie odźwiernika może pochodzić od kątowatego przegięcia się dwunastnicy (Kussmaul) od zaciśnięcia części odźwiernikowej błonami wrzekomemi po zapaleniach otrzewny lub woreczka żółciowego, zwłaszcza po napadach kolki żółciowej wskutek unieruchomienia odźwiernika przez zrosty z otaczającymi narządami, przez ugniecenie odźwiernika guzami, wychodzącymi z lewego płatu wątroby, głowy trzustki, woreczka żółciowego kamykami wypełnionego (Minkowski), nerką ruchomą i t. d. Przyczyny zmniejszenia światła od wewnątrz mogą być: guzy nowotworowe w części odźwiernikowej, bliznowate zaciśnięcia po wrzodach odźwiernika lub dwunastnicy, a zdarza się to zwykle po przebytych wrzodzie okrągłym, lecz może to być wyjątkowo następstwem wrzodów gruczołowych lub kiłowych, albo wskutek ostremi istotami chemicznymi, jak np. kwasami mineralnymi, niekiedy zaś z powodu przerostu nieżyłowego błony śluzowej (Lebert), polipów w części odźwiernikowej i t. p. — Rozstrzeń przy zaciśnięciu odźwiernika wytwarza się powoli: z początku, z powodu wyrównawczego przerostu ścian żołądka niema nawet objawów rozstrzeni, dopiero w miarę zmniejszania się światła odźwiernika i słabnięcia wyrównawczej kurczliwości ścian, poczyna się rozstrzeń wytwarzać. W ten sam sposób wytwarza się rozstrzeń żołądka po zaciśnięciu dwunastnicy lub kątowatego zgięcia tejże (Kussmaul).

Tu należy jeszcze wspomnieć o tak zwanej *stenosis spastica pylori*, która polega na tem, że w odźwierniku znajdują się świeże nadżerki, owróżdzenia, stan zapalny, wskutek tego, gdy treść żołądka kwaśna przez niego przechodzi, to on się kurczowo zamyka i nie przepuszcza jej, chociaż istnieje drożność anatomiczna. Następstwem tego zбочenia czynnościowego bywa również trwała rozstrzeń żołądka.

Zdarzają się także w r o d z o n e z w ęż e n i a odźwiernika u noworodków, wskutek silnego rozwoju warstwy mięsnej. Dzieci z tem zбочeniem już po kilku dniach umierają, w niektórych zaś przypadkach przychodzi do znacznego rozszerzenia się żołądka.

We wyjątkowym przypadku Obalińskiego, opisanym po sekcji przez Krokiewicza, wytworzyła się rozstrzeń żołądka sięgająca 3 cm. poniżej pępka bez zwichnięcia odźwiernika w ten sposób, że utworzył się przez zlepienie zewnętrznych ścian żołądka po ropniu przewlekłym, fałd zastawkowy, który zamykał ujście prawdziwego odźwiernika.

3. O b j a w y r o z s t r z e n i n a s t ę p o w e j s ą t e s a m e jak wymienione w poprzedzającym ustępie; lecz przypadłości pod-

miotowe są dolegliwsze. Mianowicie dokuczają chorym silne pragnienie i palenie, bóle kurczowe i napadowe, uczucie kłębowania w dołku, połączone z nudnościami wskutek ruchów przeciwbaczkowych żołądka, poczem następuje nieznośne szarpanie na wymioty, obfite wymioty a pomimo to żołądek nie jest w stanie się dokładnie ze swej treści opróżnić. Oprócz tego okazują się jeszcze inne dla tego rodzaju rozstrzeni cechujące objawy, po których można często rozróżnić rozstrzeń z powodu cieśni odźwiernika od rozstrzeni przy zupełnie drożnym odźwierniku:

a) Rozstrzeń poprzedziły objawy wrzodu lub raka żołądka (krwotoki żołądkowe p. str. 164).

b) Wymiotowanie jednorazowe znacznych ilości (nawet kilka litrów) miazgi pokarmowej pojawia się często, nawet naczęto co drugi dzień a czasem i codziennie. We wymiocinach można dostrzedz pokarmy spożyte przed kilku dniami, a nawet miesiącami (J. Weil).

c) Z żołądka czczego można wydobyć zapomocą aspiracyi bardzo znaczną ilość pokarmów, a w nich pestki z wisień, śliwek, pomarańcz i t. p. Niepodatne te pozostałości nie mogą się przedostać przez zwężone światło odźwiernika, całymi tygodniami zalegają w żołądku.

d) Chemizm trawienia zachowuje się różnie. W jednych przypadkach znajduje się nadmiar HCl, w innych niedomaga, albo zupełny brak takowego.

e) W wymiocinach jakoteż treści żołądkowej barwików żółciowych dostrzedz niemożna (Jaworski), chyba gdyby to była rozstrzeń po zaciśnięciu zstępującego odcinka dwunastnicy (Riegel) po wrzodzie okrągłym. W tym ostatnim przypadku znajduje się w żołądku nie tylko stale żółć i sok trzustkowy, o cechujących własnościach<sup>1)</sup>, ale napotyka się wielką zmiennosc co do pojawiania się HCl i trawienia pepsynowego w treści żołądkowej. Raz natrafia się sok żołądkowy z wolnym kw. solnym, który trawi białko, w drugim doświadczeniu HCl niema; nadto pomimo przepłukania żołądka, pojawia się w nim nagle treść pokarmowa powracająca z dwunastnicy, który to objaw przez Boasa uważany za patognostyczny dostrzegalem częstokroć i bez zaciśnięcia dwunastnicy. Powyższe objawy występują jednak tylko wtedy, skoro zaciśnięcie leży poniżej diverticulum Vateri, jeżeli zaś takowe

znajduje się powyżej uchyłka, wówczas objawy bywają te same co i po zaciśnięciu odźwiernika. Jeżeli przy powyższych objawach w żółciowej treści żołądkowej brak soku trzustkowego, to ma poohodzić zwężenie dwunastnicy od ucisku przez trzustkę patologicznie zmienioną, najczęściej przez nowotwór w tejże (Boas).

f) Sprawy fermentacyjne dochodzą do wyższego stopnia niż to opisano na str. 207; w treści żołądkowej przy oddziaływaniu kwaśnem a woni kłującej od kwasów tłuszczowych, znajduje się znaczna ilość grzybków fermentacyjnych; przy oddziaływaniu zaś alkalicznem, woni gnilnej od zasad amoniakalnych i kw. siarkowodowego, ogromne ilości łaseczników gnilnych (cieśń rakowa). Między ciałami rozpadowemi znajdują się w treści żołądkowej prawdopodobnie toksyny, które jeżeli dostaną się do ustroju, sprawiają zapad właściwy (*coma dyspepticum*) dostrzegany niekiedy w przypadkach znacznej rozstrzeni żołądka (Minkowski, Müller). Sprawy fermentacyjne, zwłaszcza kwaśne, objawiają się wytwarzaniem ciał gazowych (p. str. 209), które uchodząc z miazgi pokarmowej, dają zjawisko przysłuchowe w okolicy żołądka, przypominające szmer pękania baniek w wodzie sodowej. Ilość wytworzonych gazów bywa tu tak znaczna, że sprowadzają odbijania, które w niektórych przypadkach zapalają się od świecy lub cygara (wód i węgleki wodu).

g) Riegel robi uważnym na sposób w p ł y w a n i a w o d y do ż o ł ą d k a w rozstrzeni. Jeżeli woda szybko wpływa, tak, że porywa ze sobą powietrze tworząc wiry w lejku, to ma ta okoliczność przemawiać za wiotkością ścian żołądka, jaka istnieje w rozstrzeni atonicznej, powolne zaś wpływanie wody do żołądka ma wskazywać na silne napięcie ścian narządu, co się ma zdarzać w rozstrzeni z powodu zwężenia odźwiernika.

h) Próby w e s s a l n o ś c i wykonane jodkiem potasowym (p. str. 29) wykazują według spostrzeżeń Gluzińskiego i moich, brak oddziaływania na jod w moczu nawet po 12 godzinach. Wprowadzone zaś sole zatrzymuje żołądek całymi dniami.

W celu oznaczenia każdorazowej ilości płynu w żołądku jakoteż ilości wessanych soli, używałem następujących metod opisanych szczegółowo przezemnie

1) Sok trzustkowy zawiera trypsynę, co się potem poznaje, że po zalkalizowaniu węglanem sodowym rozpuszcza włożony doń strzęp białka (włóknika), i sprawia soukrzenie skrobii.

w r. 1882 w Zeitschrift f. Biologie B. XVIII p. 427 i B. XIX p. 397 „Versuche über die Ausmittelung der Gasammtmenge des flüssigen Inhaltes im menschlichen Magen; jakoteż „Versuche uber die relative Resorption der Mittelsalze im menschlichen Magen“. — Metoda polega w krótkości na tem, że wyciąga się ze żołądka ilość płynu ( $v$ ) i oznacza w nim ilościowo zawartość pewnego ciała (kwasu, alkaliu, lub soli przedtem do żołądka wprowadzonej) w odsetkach ( $p_1$ ). Następnie wlewa się zaraz do żołądka pewną ilość ( $M$ ) wody przekroplonej najstosowniej 100 cm<sup>3</sup>, wymieszuya się ciecz w żołądku przez kilkorazowe wdmuchnięcie powietrza i wyciąga znów treść ze żołądka oznaczając w niej ilościowo w odsetkach ( $p_2$ ), ten sam składnik, co po raz pierwszy, to ilość cieczy, jaka się znajdowała w chwili doświadczenia, jest następująca:

$$x = v + \frac{M p_1}{p_1 - p_2}$$

Obecnie ogłosili Mathieu i Rémond (Comptes rendus de la Société de biologie, 18 janvier 1896) tę samą metodę w celu oznaczenia przechodzenia płynu ze żołądka, nie wiedząc o tem, że istnieje już od lat czterestu.

g) W wielu przypadkach daje się odźwiernik wyczuć przez chude powłoki brzuszne w postaci guza leżącego w okolicy pępka. Wydymając żołądek gazem, przesuwa się guz odźwiernikowy ku stronie prawej i ku dołowi, jeżeli odźwiernik zapomocą zrostów nie jest przyczepiony do sąsiednich narządów (p. str. 144).

h) W okolicy żołądka okazuje się falowanie w kierunku odźwiernika lub odwrotnie (niepokój robaczkowy Kassmaula, *tormina ventriculi*, p. dotyczący ustęp w rozdz. o nerwicach żołądka). Może ono jednak w pewnych przypadkach według spostrzeżeń Leubego pochodzić od ruchów jelit cienkich, leżących ponad żołądkiem. Falowanie pochodzące od żołądka służy równocześnie do oznaczenia jego dolnej granicy.

z) W ciężkich przypadkach chlorki w moczu, który w bardzo skąpej ilości (nawet poniżej 500 cm<sup>3</sup>) się wydziela, bywają często zupełnie zniesione (Gluziński i Jaworski). Przyczyną tego jest z jednej strony przezemnie zauważona okoliczność, że chlorki wprowadzone do żołądka nie doznają w nim wessania, a z drugiej strony z powodu, że znaczna ilość chlorków przez wydzielanie błony śluzowej, wymiotowanie a często przy sposobności przepłukiwań żołądka bywa wydalona. W lżejszych przypadkach przychodzi tylko do zmniejszenia chlorków, oddziaływania moczu zmiennego, to kwaśnego, to alkalicznego (Quincke) i do tworzenia się zmacenia od fosforanów. Objawy te zdarzają się wielokrotnie przy cieśni wskutek wrzodu odźwiernika. Przytem bywa ilość

wydzielonego azotu również skąpa, stosownie do stanu inanicyi. Jeżeli zaś ilość chlorków w moczu jest znacznie zmniejszoną, a ilość N stosunkowo zwiększoną, to cieśń odźwiernika pochodzi prawdopodobnie z powodu raka (Noorden). Zwiększenie zaś azotu w moczu pomimo stanu inacyjnego ma pochodzić od obecności w nim peptonu, który to składnik Maixner i Pacanowski często znajdowali w moczu u rakowych.

m) Przez częste wymioty w przypadkach trwałego wydzielania soku żołądkowego, ubożają tkanki we wodę i chlor, wskutek czego chorzy popadają w apatyę i nieprzytomność. W końcowym okresie choroby przestają chorzy wymiotować, lecz to bywa złą oznaką, gdyż z powodu zbytńskiego osłabienia ustroju, skuteczne ruchy wymiotne pojawić się nie mogą.

n) Leczenie zastosowane w sposób podany przy rozstrzeni trwałej odnosi tu tylko mały skutek, lub jest bez dodatniego wyniku. Choroba po zastosowaniu przepłukiwań i racjonalnego żywienia nie poprawia się, a odżywienie coraz więcej podupada.

W niektórych rzadkich przypadkach rozstrzeni żołądka przychodzi do wytworzenia się tężyczki (*tetania*). Patrz niżej ustęp o samozakażeniu.

Jeżeli zostało rozpoznaniem istnienie cieśni odźwiernika, to należy starać się wykazać przyczynę takowego. Mianowicie należy rozstrzygnąć, czy zaciśnięcie jest przyrody nowotworowej t. j. tak zwana cieśń złośliwa, czyli też pochodzi z innych przyczyn, w którym to przypadku oznacza się ją klinicznie, jako cieśń dobrotliwa. Za cieśnią dobrotliwą przemawiają następujące okoliczności:

- a) Cieśń trwa już od dwóch lat.
- β) Ułożenie się trójwarstwowe wymiocin lub wyciągniętej treści żołądkowej (p. ust. V. str. 30).
- γ) Znaczna ilość pokarmów skrobiowych, a mała tylko białkowych w treści żołądkowej.
- δ) Brak kw. mlekowego a znaczna ilość wolnego HCl w treści żołądkowej.
- ε) Obecność czwórnika w treści żołądkowej, a brak pleśni (*oidium albicans*), długich nitkowatych bakteryj i większych ilości przybłonka płaskiego.

ζ) Obecność  $H_2S$  w treści żołądkowej (Boas). Według moich spostrzeżeń jest to jednak objaw, który także i w raku żołądka się zdarza.

η) Mocz alkaliczny zawierający osad utworzony z fosforanów.

θ) Natomiast wiek podeszły, charakterstwo, opuchlina, wolny i ruchomy guz odźwiernika, powiększenie gruczołów pachowych, szybkie podupadanie odżywienia pomimo płukań i racjonalnego żywienia, przemawiają za złośliwą cieśnią odźwiernika.

UWAGA. Dla leczenia chirurgicznego ważnem jest rozstrzygnięcie, czy mamy do czynienia z cieśnią anatomiczną, czy też tylko ze zaciśnięciem odźwiernika czynnościowem (*stenosis pylori spastica*), wywołanem odruchowo przez zmiany chorobowe powierzchowne błony śluzowej (ostre zapalenie, nadżerki i t. p.). Cieśń kurczowa odźwiernika z następującą rozstrzenią zdarza się wprawdzie rzadko, lecz i o tej ewentualności pamiętać należy. Za nią przemawiają w razie rozstrzeni i istnienia większej oporności i bolesności dotykowej okolicy odźwiernikowej następujące okoliczności: α) Nigdy nie pojawiały się objawy klasyczne dla wrzodu okrągłego lub raka żołądka. β) Przypadłości podmiotowe (ból) ustępują po zobojętnieniu treści żołądkowej. γ) Przy zastosowaniu leczenia wskazanego dla rozstrzeni trwałej, a szczególnie po przepłukiwaniach objawy podmiotowe ustępują a odżywienie i ciężar ciała znacznie się podnosi. δ) Wybitnych zmian w moczu niema. ε) Ilość kału w stolcach pozostaje w granicach prawidłowych.

4. Rokowanie jest wogóle niekorzystne i zależy przeważnie od przyrody zmian w odźwierniku i stopnia zaciśnięcia. tak, że bez poznania tych stosunków rokować na pewne nie można.

Przy zaciśnięciu zewnętrznem rokowanie jest korzystniejsze, niż przy wewnętrznem. W razie przeszkody wewnątrz odźwiernika najniekorzystniejsze rokowanie jest w przypadkach raka (cieśń złośliwa p. wyżej), chociaż i w przebiegu zaciśnięcia rakowego może się pojawić poprawa, jednak tylko pozorna, a to w okresie, kiedy nowotwór zaczyna ulegać rozpadowi, przez co drożność do jelita zostaje czasowo przywróconą.

Stopień cieśni odźwiernika ocenić możemy po wielkości kawałków miążgi pokarmowej, które ze żołądka do jelit przedostać się nie mogą. Mianowicie pestki i ziarna pozostające przez kilka dni w żołądku wskazują na stan graniczący z niedrożnością odźwiernika. I tego objawu możemy użyć jako próby na drożność odźwiernika. Jeżeli podamy w podejrzanym przypadku do połknięcia kilka suszonych wisień lub rozynek,

a po trzech dniach nie znajdziemy ich w stolcach, lecz w przepłuczynach żołądkowych, to wnioskujemy na istnienie cieśni odźwiernika, która zagraża ustrojowi niemożnością odżywiania.

**UWAGA.** W celu oznaczenia wielkości drożności prawidłowego odźwiernika, przedsiębrałem doświadczenia na dwóch osobach z prawidłowym stanem żołądka, a mianowicie służył do doświadczeń dobrze rozwinięty 14-letni chłopiec L. B. cierpiący na chorea minor i 35-letni dobrze rozwinięty mężczyzna L. K. z objawami hipochondryi. Obydwu osobom podawano do połknięcia gałki woskowe, utworzone z masy: Cerae flavae 10·0, carbo ligni pulv. 1·0; a następnie szukano je w stolcach.

W doświadczeniu pierwszym podano do połknięcia po 2, dwugramowe gałki z powyższej masy utoczone, których średnica wynosiła 1·5 cm. W najbliższym stolcu znaleziono gałki woskowe niezmienione w obydwu przypadkach.

W doświadczeniu drugim podano po jednej gałce woskowej o ciężarze 3·3 gm a średnicy 1·7 cm. W najbliższym stolcu znaleziono gałki niezmienione u obydwóch osób.

W doświadczeniu trzecim podano obydwom mężczyznom po gałce, utworzonej z powyższej masy, o ciężarze 4·4 gm., a o średnicy 1·8 cm.. Poszukiwania w stolcach przez pięć dni u obydwu były daremne, pomimo, że przez trzy ostatnie dni podawano olejek rącznikowy w celu wydalenia gałek. Nadmienię wypada, że pierwszego dnia po połknięciu gałek skarżył się 14-letni chłopak na bole powyżej pępka, 35-letni mężczyzna zaś wcale nie reagował. Pomimo pozostania gałek w przewodzie pokarmowym, żaden chory nie uskarżał się przez czas obserwacji na dolegliwości.

Z powyższych doświadczeń wynika, że odźwiernik zdrowy przepuszcza kawałki stałe, które mają średnicę mniejszą niż 1·8 cm. Rokowanie a nie co do życia w cieśni odźwiernika nie będącej przedmiotem operacji zależy przeważnie od stopnia upośledzenia sprawności mechanicznej żołądka i zużytkowania doprowadzonych pokarmów. To się ocenia przez śledzenie ilości kału, i przez badanie moczu. Jeżeli ilość dzienna moczu opada poniżej 500 cm., a chlorki w nim znikają, rokowanie bywa niepomyślne.

Ostatecznie zależy rokowanie od tego, czy przypadek przedstawia większe lub mniejsze widoki operacyjne czyli też wcale nie, a czem w osobnym ustępie będzie mowa.

Nie w każdym przypadku cieśni odźwiernika należy uważać rokowanie za bezwzględnie złe. W praktyce widziałem przypadki ze wszystkimi objawami klinicznymi wrzodu okrągłego i nieżytu

kwaśnego, przyczem istniała znacznego stopnia rozstrzeń żołądka, tak, że pokarmy przez kilka dni w nim zalegały; chorych trapiły bóle, obfite wymioty i ogólne osłabienie. Zdawało się, że niema wątpliwości, że ma się do czynienia z cieśnią bliznowatą odźwiernika, którą należy koniecznie usunąć drogą operacyjną. Jednak z biegiem lat ustępowały objawy wrzodu i nieżytu kwaśnego, a z nimi i rozstrzeni i wszystkie przypadłości podmiotowe. Tego rodzaju ciężki, a jeszcze dziś dobrze się mający przypadek opisał E. Korczyński i ja w roku 1889. W tych przypadkach najprawdopodobniejsze jest przypuszczenie, że sprawa nieżyta żołądka zajmowała najwięcej błonę śluzową odźwiernika w postaci zapalenia przyostrego (*pyloritis subacuta*) i była przyczyną częściowego zwężenia światła odźwiernika. Nie przeszła ona jednak w przewlekły nieżyt przerostowy jako *pyloritis hypertrophica* (p. str. 86), lecz ustąpiła, wskutek czego drożność odźwiernika przywróconą została. Obecnie i Rosenheim zauważył podobne przypadki i wypowiada zdanie, że po jednym lub dwurazowym przepłukaniu żołądka nie należy już rozstrzygać, czy ma być zabieg chirurgiczny wykonany czyli też nie, lecz czekać i płukania przeprowadzać przez kilka tygodni, gdyż stan rozstrzeni może się jeszcze poprawić.

5. L e c z e n i e rozstrzeni następowej polega na tych samych zasadach, co i rozstrzeni trwałej (p. str. 219), lecz nie jest ono tu przyczynowym, a tylko symptomatycznym zabiegiem. Polega ono na racjonalnem żywieniu i środkach przeciwnilnych. Nieocenionym zaś, a częstokroć jedynym środkiem są p r z e p ł u k i w a n i a żołądka polecane przez Kussmaula w r. 1869. Przy racjonalnem ich stosowaniu (p. str. 224) może chory, jeżeli niema nowotworu złośliwego jeszcze latami utrzymywać się przy życiu. Chorzy sami domagają się przepłukiwań, ucząc się łatwo wprowadzania sondy, a inteligentnym chorym, których życie wskutek zaniechania przepłukiwań byłoby zagrożone, można miękką sondę powierzyć do domu, przymocowując do jej górnego końca sznurek, aby ją uchronić od przypadkowego połknięcia.

Płukanie żołądka wobec raka ma mieć według twierdzenia niektórych autorów także ten skutek, że nowotwór powolniej się rozwija, doznając mniejszego drażnienia.

**UWAGA.** Przy tej sposobności muszę wspomnieć o spostrzeżeniu dotąd jeszcze nigdzie nieogłoszonym w sprawie nadużywania płukań żołądkowych, któreby można nazwać *maniasa mopłukania* żołądka. Obserwacya dotyczy dwóch mężczyzn (Izraelitów) usposobienia hipochondrycznego, którzy cierpiąc na senzacye nieprzyjemne przyrody nerwowej w żołądku, po próbnym zondowaniu żołądka wykonanych przez lekarza, chwycili się sami płukania żołądka jako środka leczniczego i dotąd go od lat dziesięciu względnie dwunastu ze szkodą dla swego zdrowia praktykują. W jednym z tych przypadków dokładniej od 12-tu lat obserwowanym, chory urządza sobie płukania żołądka po każdym jedzeniu, twierdząc, że po jedzeniu dostaje tłoczenia, nudności, rozdymania i nieznośnego rozpiekania w brzuchu, tak, że wytrzymać nie może. Przepłuczyny zawierają ogromne masy szklatego śluzu, oddziaływania obojętnego, podczas gdy żołądek przezemnie przed dwunastu laty badany zawierał kwas solny wolny i przedstawiał stosunki prawidłowe. Chory wskutek swych płukań jest ogromnie wychudły, rozdrażniony i przedstawia zewnątrz obraz chorobowy podobny jak w anaemia perniciosa. Zabranie choremu zondy przezemnie na nic się nie przydało, gdyż chory niemając zondy pod poduszką nie chciał wcale przyjmować pokarmów z obawy, że mu sprawią takie dolegliwości, których nie będzie mógł wytrzymać, nie mając w razie potrzeby zondy do wypróżnienia żołądka.

W celu częściowego wypróżnienia żołądka rozszerzonego, można próbować mięsienia (p. str. 223) dwa razy dziennie w kierunku odźwiernika. Nie należy jednak obiecywać sobie z tego zabiegu znaczniejszego skutku. We wrzodzie zaś lub raku żołądka może energiczne mięsienie spowodzić przebicie do jamy otrzewny.

Jeżeli już tylko małe ilości pokarmów przechodzą przez odźwiernik, należy w celu podtrzymania życia podawać lawatwy odżywcze (p. Kuchnia higieniczna str. 298). Na szczególną uwagę zasługują tu éwierćlitrowe lawatwy z ciepłego roztworu fizyologicznego z dodatkiem jednego białka kurzego. Przyczyniają się one bardzo do ugazszenia pragnienia trapiącego chorych.

Jedynym i ostatecznym środkiem, mogącym przywrócić drożność odźwiernika zaciśniętego wskutek anatomicznej przeskody jest droga operacyjna, o czem szczegółowo będzie mowa w ustępie o zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka. Nadmienię tu jednak wypada, że z tymi zabiegami zbyt długo zwlekać nie należy. Jeżeli ciężar ciała pomimo wszelkich środków leczni-

czych i dyetycznych poczyna upadać, a ilość moczu się zmniejszać, należy z rękoczynem się spieszyć. Zbyteczne wyniszczenie może się bowiem okazać jako przeciwwskazanie do zabiegu chirurgicznego.

W kilku przypadkach wycięcia niedroźnego odźwiernika badano bliżej wpływ zabiegu operacyjnego na czynność żołądka. Pierwsze tego rodzaju badanie wykonałem w przypadku pylorrektomii wykonanej przez Obalińskiego w r. 1888 z powodu raka odźwiernika; nie widziałem jednak, aby żołądek przyszedł po operacji do prawidłowej mechanicznej lub chemicznej czynności. Chora operowana przez pół roku była wolną od przypadłości gastrycznych, poczem jednak wskutek przerzutów rakowych umarła. W przypadku zaś o wiele mniej niebezpiecznej gastroenterostomii wykonanej przez Rydygiera z powodu raka odźwiernika mogłem się przekonać, że treść żołądkowa przechodziła dość szybko do jelit, przyczem chory podmiotowo czuł się dobrze przez kilka miesięcy pomimo istnienia raka w części odźwiernikowej. Późniejsze spostrzeżenia innych autorów wykazały wyniki korzystniejsze. G. Klemperer widział przypadek, w którym wycięcie odźwiernika bliznowato zaciśniętego przywróciło do stanu prawidłowego rozmiary żołądka przedtem bardzo znacznie rozszerzonego. Rosenheim stwierdził w kilka miesięcy po wycięciu raka odźwiernika, że czynność ruchowa żołądka przysła do stanu prawidłowego, zaś HCl się nie pojawił. A Kaensche opisał z kliniki Mikulowicza 3 przypadki wycięcia odźwiernika, z tych 2 rakowato zmienione; we wszystkich wykazało badanie wewnętrzne znakomite podniesienie się sprawności mechanicznej, lecz w obydwu przypadkach raka wydzielanie i chłonięcie w żołądku i po zabiegu operacyjnym się nie zmieniło.

UWAGA 1. Zwrócić tu należy uwagę na czasowe zwężenie odźwiernika z następującą rozstrzeżnią, co się wprawdzie rzadko zdarza, lecz bezsprzecznie istnieje. Zdarza się to jako *spasmus pylori* wywołany przez nadmiernie kwaśną treść żołądkową, albo wskutek zapalenia błony śluzowej odźwiernika (*pyloritis subacuta*) samej lub w połączeniu z nadżerkami. Również i wrzód okrągły chociaż usadowiony w części odźwiernikowej (a nie w samym odźwierniku), może sprawić kurczowe ściągnięcie się odźwiernika. Czasowe zaciśnięcie odźwiernika opisuje także Rejchman po napadach kolki żółciowej. Jako objaw tego ściśnięcia zauważył ten autor, rozstrzeń, ruchy robaczkowe żołądka i wymioty bez żółci, który to stan ustępuje dopiero po kilku lub kilkunastu dniach.

UWAGA 2. Opisano w ostatnich czasach (Goldbaum, Bircher) znaczne wahania w nasileniu mechanizmu żołądka, objawiające się tem, że raz wydobywano więcej, drugi raz mniej treści żołądkowej przy próbach trawienia u tej samej osoby. Z tego rodzaju spostrzeżeń możnaby tylko wtedy robić jakiegokolwiek

wnioski, gdyby różnice były bardzo znaczne. Wyciąganie bowiem treści żołądkowej nawet zapomocą przyrządu aspiracyjnego jest manipulacją niedokładną, zależną od wielu czynników, jak od wprawy lekarza, zachowania się chorego, od stanu żołądka przed próbą i t. p., tak, że różnica w ilości wyciągniętej treści żołądkowej nie dozwala na stawianie daleko idących wniosków. Zaznaczyć jednak należy, że w przypadku Birchera żołądek rano naczczo był raz próżny, drugi raz zawierał miazgę pokarmową. Przy operacji tego przypadku okazało się, że część odźwiernikowa była przewężona przez pasmo tkankowe.

Nieda się w końcu zaprzeczyć, że mogą istnieć przypadki przemijającej rozstrzeni żołądka, która polega na przepuszczającym skurezu odźwiernika (*Stenosis pylori intermittens subs. eclusia ventricul*), p. ustęp o skurezu odźwiernika w rozdziale o nerwicach żołądka).

**UWAGA 3.** Pospolicie uważa się jako konieczne następstwo zwężenia odźwiernika pojawienie rozstrzeni żołądka, którą się po tem poznaje, że dolna granica żołądka znajduje się poniżej pępka. Ja jednak przypominam sobie przypadek bliznowatego zwężenia odźwiernika po wrzodzie, w którym dolna granica za życia znajdowała się nad pępkiem, co i nekroskopia stwierdziła. Obecnie mam w obserwacji przypadek raka odźwiernika, w którym żołądek wyduły gazem sięga tylko na jeden palec po nad pępek. Chory ten wymiotuje co dwa dni po 1 $\frac{1}{2}$ —2 $\frac{1}{2}$  litrów cuchnącej miazgi żołądkowej, nie zawierającej HCl. Many więc przypadki niemożności wydalania treści pokarmowej ze żołądka bez znacznego rozszerzenia narządu.

### XXX. Oznaki odróżniające

rozstrzeń czasową od rozstrzeni właściwej  
(atonię) (trwałej).

1. Odżywienie zwykle dobrze utrzymane.

2. Uczucie sytości pojawia się już po stosunkowo niewielkich ilościach pokarmów.

3. Dolegliwości żołądkowe występują tylko po jedzeniu.

4. Wymioty pojawiają się tylko w małej ilości przypadków.

1. Odżywienie zwykle podupadłe.

2. Chorzy potrzebują do zaspokojenia głodu znacznych ilości pokarmów, przytem piją wielką ilość płynów dla ugaszenia trapiącego pragnienia.

3. Dolegliwości żołądkowe trwają prawie ciągle.

4. Wymioty dość często się pojawiają, a ilość wymiocin jest obfita.

5. W żołądku czeczym objawów rozstrzeni niema i pluskanie się nie pojawia.

6. Fizyczne objawy rozstrzeni (pluskanie) pojawiają się dopiero po napełnieniu żołądka pokarmami.

7. Przy badaniu wewnętrznem żołądka czczego stosunki najczęściej prawidłowe, a podczas trawienia zwykle nadmierna kwaśność pochodząca od wolnego kw. solnego.

8. Próba białkowa wykazuje czas wydalania prawidłowy, albo niewiele opóźniony.

9. Chłonięcie błony śluzowej żołądka nie okazuje upośledzenia.

10. Ilość dzienna i skład moczu zwykle prawidłowe.

11. Choroba dotyczy osób młodych albo dzieci.

5. W żołądku czeczym objawy rozstrzeni i wyraźne pluskanie.

6. Fizyczne objawy (pluskanie) rozstrzeni trwają bez przerwy.

7. W żołądku czeczym albo objawy nieżytu kwaśnego, albo obecność resztek pokarmów.

8. Ta sama próba wykazuje opóźnienie trwające przez całe godziny.

9. Chłonięcie błony śluzowej znacznie upośledzone.

10. Ilość dzienna moczu zmniejszona; kwasota i ilość chlorków często zmniejszone, a ilość fosforanów zwiększona.

11. Choroba wytwarza się przeważnie w wieku średnim.

### XXXI. Przewężenia i rozstrzenie częściowe żołądka.

#### *Stenoses et dilatationes partiales.*

Podobnie jak w stanie fizyologicznym dno żołądka i część odzwiernikowa zachowują pewną odrębność pod względem czynnościowym i anatomicznym, taksamo zdarzają się zmiany chorobowe, które dotyczą tylko jednej albo drugiej części żołądka. Przy baczniejszem zwracaniu uwagi jak dotąd w powyższym kierunku, zmiany tego rodzaju będą w przyszłości częściej obserwowane.

1. *Ectasia fundi*, *ectasia ventriculi superior*, zdarza się według moich spostrzeżeń dość często w przypadkach niedowładu żołądka (p. str. 191), jeżeli temu zбочzeniu towarzyszy nagromadzenie się gazów w żołądku. Stan ten oznaczany bywa najczęściej mianem dyspepsia flatulenta i poznaje się po tem, że półksiężycowy obszar znajduje się znacznie ku górze wysunięty (p. str. 4), podczas gdy dolna granica żołądka nie jest obniżona. Pojawia się tu właściwego rodzaju chęłbotanie, które łatwo wywołać można przez wstrząsanie klatki piersiowej ręką położoną na okolicę śledziony. Chęłbotanie to przedstawia się dla ucha zupełnie taksamo, jak chęłbotanie w odmie opłucnowej (*succussio Hippocratis*). Chorzy skarżą się na pełność, rozpieranie w klatce piersiowej, a niektórzy na ucisk, ściskanie lub klucie w okolicy serca, a nawet na zawroty głowy i omdlenia. Uregulowanie diety, przeprowadzenie leczenia jak w niedowładzie żołądka (p. str. 195), a szczególnie zastosowanie środków antyseptycznych lub wypróżniających, dobrze tu działa. Ja widziałem przypadki powyższego rodzaju, w których leczenie w Karlsbadzie odniosło dobry skutek, chociaż początkowo wahałem się zastosowania tej terapii, niemając jeszcze pewności, czy dolegliwości chorych nie są dusznicą sercową. Obecnie znając obraz ciennikowy narządów klatki piersiowej przy X-prześwietlaniu, mogę zrozumieć, że same wydęcie dna żołądka jest w stanie znacznie przesunąć serce i naczynia, a w następstwie sprawić objawy duszniczy bolesnej. Zajmujący przypadek silnie wydętego dna żołądka opisał Rosenstein u chorego z obszernym (12½ cm. średnicy) wrzodem okrągłym na krzywiznie małej. Chory przedstawiał wszystkie objawy pyopneumothorax sinister. Sekcya przekonana, że nie było odmy opłucnowej, lecz żołądek rozdęty sięgający do drugiego żebra. Ja obserwowałem niedawno także podobny przypadek cieśni odźwiernika z powodu wrzodu okrągłego u 40-letniego mężczyzny, w którym dolna granica żołądka przez wydęcie oznaczana, okazała się mało co obniżona, natomiast dno żołądka sięgało daleko w okolicę pachową lewą, a ku górze do 3-go przestworu międzyżebrowego. Równocześnie istniały objawy czynnościowe niedrożności odźwiernika. Nekroskopia, wykonana po reseceyi odźwiernika, wykazała dno żołądka mocno rozszerzone i wysoko ustawione. Żołądek w całości powiększony. Ponieważ w tym przypadku płuco lewe było niezmienione, a dno żołądka

nie było przyczepione, należy przypuścić, że rozstrzeń dna była skierowana w kierunku ku górze przez silne przepasywanie się chorego, który był z zawodu wyścigowym dzokejem. Riegel podaje obecnie także przepasywanie się rzemieniem jako przyczynę podnoszenia się dna żołądka. Według spostrzeżeń Fleinera, może być dno tak rozdęte, że powstaje nacisk na przełyk, który może doznać przegięcia w miejscu przechodzenia przez przeponę, przez co może powstać utrudnienie połykania i niemożność odbijań.

2. *Ectasia partis pyloricae*. Widziałem przypadki, w których część odźwiernikowa po wydęciu żołądka gazem, sięgała daleko ku stronie prawej aż do linii pachowej przedniej. Przedstawia ona w stanie wydętym postać gruszki, wielkości pięści, odrysowującej się wyraźnie od reszty żołądka. Krzywizna zaś duża znajduje się w prawidłowej wysokości. W tego rodzaju przypadkach okazuje żołądek bezsprzecznie zwiększoną szerokość w stosunku do jego wysokości (p. str. 7). Najczęściej dostrzegałem takie przypadki w przebiegu hyperaciditas digestiva. Rozszerzenie części odźwiernikowej powstaje prawdopodobnie wskutek gromadzenia się w niej zbyt kwaśnej miazgi, która sprawia czasowe zaciśnięcie się odźwiernika.

Innego rodzaju rozstrzeń części odźwiernikowej podaje Bouveret w swem znakomitem dziele pod nazwą *ectasie sous-pylorique*, która powstaje wskutek pionowego ustawienia żołądka.

3. *Żołądek klepsydrowaty*. *Ventriculus bilocularis*. Najczęściej po wielokrotnych okrężnie ustawionych wrzodach okrągłych, wyjątkowo tylko wskutek nowotworu żołądka (Riegel), przychodzi do następowego bliznowatego przewężenia narządu, tak, że żołądek przedstawia dwie oddzielne przestrzenie, połączone ze sobą wąskim przewodem. Pokarmy spożyte wpadają najprzód do worka górnego (wpustowego), a stąd z trudnością dostają się do worka dolnego (odźwiernikowego). Jeżeli przechodzenie pokarmów przez zwężony przewód jest utrudnione, pojawiają się bardzo przykre dolegliwości podmiotowe podobne, jakie towarzyszą zwężeniu odźwiernika. Bouveret wspomina jeszcze o żołądku klepsydrowatym wrodzonym, jak to opisał Carrington, przyczem dostrzeżono równocześnie nieprawidłowość w rozgałęzieniu tętnic żołądkowych.

Rozpoznanie istnienia klepsydrowatego żołądka za życia zwykle się nie udaje. Dopiero przy sekcyi albo operacyi (Wölfler)

zboczenie to przypadkowo się wykrywa. Przypadłości i objawy, jakie w rozmaitych przypadkach klepsydrowatego żołądka zauważano, zestawiam poniżej:

a) Chory połyka pewną ilość pokarmów dobrze, nagle dostaje prężenia lub bólów w dołku podsercowym, gdy worek górny się przepelni. Chorzy starają sobie ulżyć, robiąc wysiłony ruchy połykowe, lub popijając wodę. Wtedy pokarmy albo przechodzą do dolnego worka, albo też zostają wymiotowane.

b) Wymioty (*vomitus electivus*) okazują czasem tę właściwość, że z mieszaniny pokarmów, np. po obiedzie, tylko pewne potrawy bywają wymiotowane, inne zaś pozostają w żołądku. Tłumaczy się to tem, że np. najpierw spożyte lub płynne potrawy przechodzą zaraz do dolnego worka, podczas gdy następne niemożąc się doń dostać, zalegają w górnym worku i zostają wymiotowane.

c) Chorzy są w stanie przez nagłe ruchy oddechowe lub przez ściąganie i wyprężanie mięśni brzusznych wywoływać zjawisko kruczenia w żołądku. Objaw ten „glouglou gastrique“, uważali Bouveret i Chapotot jako właściwy dla klepsydrowatego żołądka, opierając się na tem, że wskutek nacisku przepony musi przechodzić powietrze z górnego worka przez zwężony przewód do dolnego, skąd wraca i sprawia powyższe zjawisko akustyczne. Zdarza się jednak ten objaw zwany k w a k a n i e m ż a b y (*coassement de la grenouille*) dość często u kobiet lub mężczyzn, okazujących objawy neurasthenia visceralis lub zwiężenie żołądka. Widziałem tego rodzaju przypadek wybitnego kruczenia samowolnego u dwudziestoletniego mężczyzny chorego na *hysteria virilis*. Na chorym wykonano laparotomię, która wykazała żołądek zupełnie prawidłowy. Objawy histeryi i kruczenia nie zmieniły się i po laparatomii. Ja słyszałem także powyższe kruczenie u kobiety, u której nekroskopia wykazała żołądek, ułożony w postaci podkowy.

d) Najpewniejszym, lecz nie zawsze pojawiającym się objawem jest wystąpienie postaci klepsydrowatej żołądka po wydecciu go gazem. Wydęty żołądek wskazuje w miejscu zwężenia zagłębienie. Tym sposobem mogli niektórzy autorowie (Eichborst, Jago, Riegel, Schmidt-Monnard) wykazać klepsydrowaty żołądek za życia. W innych przypadkach, jak to opisał Bouveret, wydeccie

nie daje wyniku dodatniego, a to z powodu, że tylko górny (wpustowy) worek można wyjąć, dolnego zaś nie.

e) Ja opisałem u niektórych chorych żołądkowych rzadki objaw tego rodzaju, że do żołądka można wlać dość znaczną ilość płynu, lecz nie udaje się go napowrót przez aspirację wydobyć, pomimo, że w żołądku daje się wykazać wybitne pluskanie, sięgające nawet poniżej pępka. Przypadki tego rodzaju nazwałem *ectasia paradoxa*. Przypuszczam, że mogą być między nimi przypadki żołądka klepsydrowatego, w których płyn dostaje się do dolnego (odźwiernikowego) worka, lecz wyciągnięty być nie może, gdyż tam zonda nie dochodzi. Dowodów jednak sekcyjnych na ten szczegół nic posiadam. Nadmieniam także, że objaw wyżej opisany może dać także żołądek ułożony w podkowę.

f) Zauważano (Riegel) w przypadkach klepsydrowatego żołądka, że niekiedy więcej cieczy wydobywa się ze żołądka, niż wlało doń. W innych znów pojawia się po pozornie dokładnem wypłukaniu żołądka przy próbach dalszego płukania zamiast czystej wody nagle miazga pokarmowa.

g) W jednym od 20 lat ciemnym przypadku przypadłości żołądkowych u 47-letniego mężczyzny opisanym we *Wiener med. Presse* 1897 Nr. 51, użyłem ze skutkiem dla wykazania klepsydrowatego żołądka diafanoskopu i X-prześwietlenia. Chory, o ile z wywiadów można wnioskować, przebył przed 20 laty ulcus rotundum i od tego czasu doznaje przypadłości żołądkowych. Obecnie nie je przy wspólnym stole, lecz osobno, a to z powodu, że spożywszy zupę a potem mięso, uczuwa w dołku podsercowym ogromne rozpieranie, albo silny ból w plecach. Dopiero gdy w tej krytycznej chwili napije się wody i włoży palec głęboko do gardła, a przytem zrobi silny ruch połykowy, następuje gwałtowne odbicie, i w tej chwili, jak chory twierdzi, pokarmy przechodzą na dół. U tego chorego wykonana diafanoskopia wykazała dwa worki górny i dolny, przedzielone smugą ciemną. Każdy z tych worków daje się osobno prześwietlić. Gdy zaś nie wyjmując diafanoskopu rzuciłem na ciennik obraz otrzymany przez X-prześwietlenie, to przedstawiał się górny worek w postaci jasnego pęcherza, leżącego pod przeponą, podczas gdy w dolnym, ciemniej się okazującym, można było widzieć smugę ze zondy, przebiegającej po krzywiznie dużej.

Leczenie żołądka klepsydrowatego jest chirurgiczne, polegające na wykonaniu gastroanastomozy (Wölfler) lub gastroenterostomii (p. ustęp o zabiegach chirurgicznych).

UWAGA. Pod nazwą *antrum cardiacum* opisywane bywają rozszerzenia przełyku, leżące pod przeponą. Jest to więc rodzaj uchyłków przełyku bardzo nisko usadowionych, w których mogą się resztki pokarmów przez pewien czas zatrzymywać i sprawiać dolegliwości. Przypadki są rzadkie, a jeżeli rozszerzenie jest obszerniejsze, powstają przypadłości właściwe uchyłkom przełyku. Uchyłki umiejscowione w tem miejscu przełyku, obserwowali ostatnimi czasy Reichmann i Mintz.

## Zboczenia topograficzne żołądka.

### XXXII. Zwiśnięcie żołądka i choroba Glénarda.

*Gastroptosis. Descensus ventriculi. — Enteroptosis. Splanchnoptosis. Morbus Glénardi.*

Żołądek i jelita należą do najwięcej uruchomionych narządów jamy brzusznej, jak o tem szczegółowo była mowa na str. 24. To też żołądek może zmieniać swój kształt i położenie stosownie do warunków, a nawet przybrać trwale nieprawidłowe położenie, czego następstwem mogą być zaburzenia w trawieniu i podmiotowe dolegliwości. Najczęściej bywa żołądek przemieszczany ku dołowi, co nazywamy zwiśnięciem (*gastroptosis, descensus ventriculi*). Rzadko znajdujemy zwiśnięcie ograniczone wyłącznie do żołądka, zwykle jest ono tylko częściowym objawem ogólnego zwiśnięcia trzewiów (*splanchnoptosis, enteroptosis*), opisanego przez Glénarda w r. 1885.

1. *Etyologia.* Już w stanie prawidłowym mają trzewia brzuszne dążność do obniżenia, bądź to wskutek swego własnego ciężaru, bądź to po napełnieniu treścią. Przy wrodzonej wiotkości lub zbyt długiej pojedynczych więzadeł, może przyjść do opadnięcia jednego lub więcej trzewiów brzusznych. Zwiśnięcie trzewiów zdarza się o wiele częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn, i bywa zwykle nabyte przez przepelnienie jelit wskutek zaparcia stolca, częste porody, nagłe wychudnienie po ostrych chorobach, przy czem kreska i ściany brzuszne utracają twardość i stają się wiotkie;

przez naderwanie się (*eparsalgia*) wskutek nagłych silnych wysiłków (dźwigania, skakania i t. d.), jak to słusznie podniósł S. Sterling z Łodzi. Najczęstszą jednak przyczyną zwiśnięcia trzewiów u kobiet jest noszenie gorsetów i sznurówek, które to przyrządy niezbędnie wymagane przez nowoczesną modę, sfłaczają narządy podprzeponowe (wątrobę i żołądek) ku dołowi i wytwarzają tak zwaną klatkę piersiową sznurówkową, stąd to zboczenie ~~właż~~ z jego następstwami nazywa Hayem „maladie du corset“. Według Stillera są powyżej wymienione przyczyny zwiśnięcia trzewiów tylko okolicznościowe, które mogą wywołać zwiśnięcie jedynie u osób z usposobieniem do tego wrodzonym (*vitiū primae formationis*). To ostatnie polega na niskej budowie ciała (*habitus atonicus*), o klatce piersiowej długiej, posiadającej wolne żebro dziesiąte (*costa decima fluctuans*). Oprócz wrodzonego zwioteczenia, potrzeba według Stillera do wywołania objawów podmiotowych, towarzyszących zwiśnięciu trzewiów jeszcze wrodzonego usposobienia neuropatycznego (*neurasthenia congenitalis*).

Stosownie do przyczyn wywołujących zwiśnięcie trzewiów, rozróżnia Glénard: *enteroptosis intestinalis*, jeżeli początek zwiśnięciu daje opadnięcie *flezura hepatica*; — *enteroptosis gastrica*, powstająca wskutek rozstrzeni żołądka; — *enteroptosis parietalis*, jeżeli przyczyną jest zwioteczenie ścian brzusznych; — *enteroptosis e compressione*, zwiśnięcie powstałe wskutek sznurowania się; — *enteroptosis atonica neurasthenica*, jeżeli początek zwiśnięciu daje obstipatio spastica, a wreszcie *enteroptosis traumatica*. Obydwa ostatnie rodzaje zwiśnięcia trzewiów wydają się wątpliwej przyrody.

2. Początkiem zwiśnięcia trzewiów brzusznych bywa według Glénarda obniżenie jelita grubego. Rozpoczyna się ono od *flezura hepatica*, która nietylko jest słabo przytwardzona, lecz spycha ją z góry wątroba obniżająca się wskutek oddechu, zwłaszcza jeżeli ta część jelita jest kałem obciążona, a klatka piersiowa zostaje obciążona gorsetem. Zagięcie wątrobowe jelita może opasać aż do jelita ślepego i zrósć z nim lub z otoczeniem. Powoli obniża się i poprzecznicą i wpada najczęściej aż do miednicy małej, zostając w zetknięciu ze zgięciem esowatym, przyczem pociąga za sobą i sieć. Wobec tego przybiera poprzecznicą postać litery M. Zagięcie śledzionowe jelita jest najsilniej przyzcpione i nie opada. Zagięcie zaś esowate ma wydłużoną kreskę i przedstawia się jako

skurczony postronek. W zgięciach jelitowych nagromadza się nie tylko kał przybierający postać kulek, lecz i śluz w postaci tasemek lub nitek, który daje objawy kolki śluzowej (*enteritis membranacea*). Według Boasa napotyka się ostatnie zбочenia w 27<sup>0/0</sup> przypadkach zwiśnięcia trzewiów brzusznych, lecz nie towarzyszą mu, jak to twierdzi Boas, bóle napadowe.

3. Zwiśnięcie żołądka (*gastroptosis*) powstaje według Glénarda wskutek pociągania żołądka ku dołowi przez opadnięte jelito poprzeczne. Sprzyja zaś temu ciężar miazgi pokarmowej, a u kobiet ucisk z góry przez sznurówkę. Szczególnie klatka piersiowa długa (*thorax paralyticus*) usposabia do zwiśnięcia żołądka. Żołądek zwiśnięty przedstawia się w dwóch postaciach, jako zwiśnięcie częściowe albo całkowite. W pierwszym przypadku obniża się tylko część odźwiernikowa, przez co krzywizna mała jest pionowo ustawiona, czyli mamy pionowe ustawienie całego żołądka. Najczęściej zaś znajdujemy żołądek w całości obniżony. Krzywizna mała przez zbliżenie odźwiernika do wpustu, tworzy postać litery U, której ramiona do siebie się zbliżają. Leży ona poniżej wyrostka mieczykowatego i nie jest pokryta przez wątrobę. Cały żołądek składa się z dwóch części, z większej, wpustowej (z dna) i mniejszej odźwiernikowej, które znajdują się przedzielone lekkim przewężeniem. Odźwiernik bywa albo ostro przegięty, albo jak Zieliński zauważył, zakończy żołądek jak dziób syfonu. Dwuramienny i obniżony żołądek może się utworzyć nagle przez zaciągnięcie dolnych żeber sznurówką. Osoby zasznurowane mało tylko mogą przyjmować pokarmów; napełnia się nimi tylko część wpustowa. Jeżeli zaś pokarmy zdążają przez przegięte zwężone miejsce do ramienia odźwiernikowego, doznają te osoby dolegliwości, a utrudnione przechodzenie objawia się kruczeniem. W przypadkach zaś, w których wytwarzają się gazy w ramieniu wpustowym i te do ramienia odźwiernikowego przedostać się nie mogą, pojawiają się kurcze żołądka, albo nagłe omdlenia, a nawet znane są przypadki nagłego zejścia śmiertelnego (*syncope*) wskutek utrudnienia czynności serca przez napierające gazy żołądkowe na zesznurowaną klatkę piersiową. Kruczenie, jakie chorzy samowolnie wywołać mogą przez nagłe ruchy oddechowe, polega we wielu przypadkach na przechodzeniu treści płynnej wraz z gazami z jednego ramienia żołądkowego do drugiego. Ucisk gorsetowy

sprawa także utrudnienie krążenia krwi w żołądku zwiśniętym. Przez to staje się on źle odżywiony i niedowładny; łatwo też ulega rozstrzeni, zwłaszcza część odźwiernikowa tegoż, gdzie nagromadza się miazga pokarmowa, czekająca na przejście przez przegiętą dwunastnicę. Stąd to pochodzi, że niemożna żołądka zwiśniętego dokładnie wypróżnić, jeżeli ma postać dwuramienną, chociaż w nim pluskanie trwale się utrzymuje (*ectasia paradoxa*); koniec bowiem sondy nie dochodzi do ramienia odźwiernikowego. Zachowanie się to jest podobne jak i w żołądku klepsydrowatym (v. bilocularis, p. str. 244). Niestosowne noszenie sznurówek wytwarza jeszcze z tego powodu zwiśnięcie żołądka i trzewiów brzusznych, że osoby obciśle sznurujące się, z dnia na dzień mniej jadając, tracą podściółkę tłuszczową i tłuszcz z kresek; mięśnie zaś brzuszne stają się podatne, przez co żołądek i jelita tracą oparcie. W czasie ciąży podnosi się żołądek i trzewia, a chore czują się lepiej, lecz po kilku porodach żołądek i jelita zapełniając powstałą próżnię, opadają tem niżej, aż do miednicy małej. Wtedy krzywizna mała może się znajdować na wysokości pępka, a żołądek odkrywa narządy znajdujące się w dołku podsercowym, jak aortę, arteria coeliaca i trzustkę, i czyni je przystępne dla badania fizycznego. Przypadłości zaś dyspeptyczne lokalizuje chorey poniżej pępka, a nawet w miednicy małej, dokąd może sięgać żołądek zwiśnięty w postawie stojącej. Łatwo też można popaść w błąd i uważać przypadłości żołądkowe za jelitowe, a nawet odnieść je do trąbek lub jajników. Na stole sekcyjnym przedstawia się żołądek zwiśnięty o wiele wyżej, niż za życia się go oznacza, może on leżeć i nad pępkiem, a pojemność jego jest stosunkowo mała, pomimo, że za życia tak wydęcie zapomożą gazu, jakoteż palpacya sondą według Boasa, wykazuje granicę dolną niżej pępka, a diafanoskopia (w postawie stojącej) nawet prawie do spojenia łonowego.

**O b j a w y w przebiegu zwiśnięcia żołądka.**  
Wejrzenie wykazuje powłoki brzuszne wiotkie lub pokurczone bez podściółki tłuszczowej. Brzuch płaski lub zapadnięty u mężczyzn, a wiotki i zwisły u kobiet; dość często rozstęp mięśni prostych; pod wyrostkiem mieczykowatym zapadnięcie, a w okolicy pępka lub poniżej, wypuklenie.

Wydęcie żołądka gazem (p. str. 6), co najlepiej z po-

czątku nagle, potem stopniowo skutecznie należy, uwidocznia zarysy krzywizny małej przebiegające poniżej wyrostka mieczykowatego, a krzywizny dużej poniżej pępka. Większa część żołądka znajduje się po stronie lewej pępka.

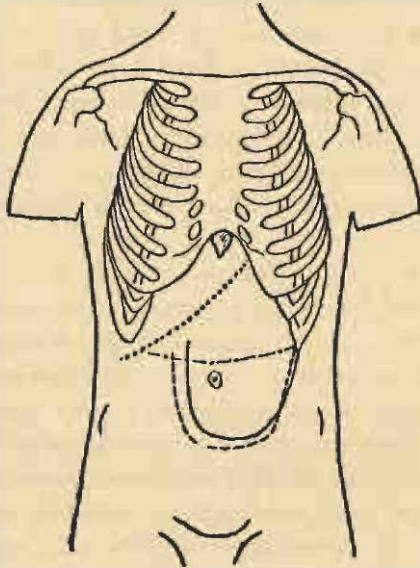
**Diafanoskopia** (p. str. 23) wykazuje w pozycji leżącej obszar prześwietlony tylko poniżej łuku żebrowego lewego, przy czem nie dostrzega się żadnych ruchów oddechowych (Kuttner i Jacobsohn), w postawie zaś stojącej obniża się obszar prześwietlany znacznie, w górze nie dosięga łuku żebrowego lewego (prześcięć półksiężycowa ciemna), a ku dołowi może się kończyć nad spojeniem łonowem, zajmując przeważnie lewą stronę jamy brzusznej. Eichhorn uważa diafanoskopię jako pewny sposób rozpoznawczy dla zwiśnięcia żołądka, który się przedstawia według niego jako smuga świetlna, leżąca między pępkiem a spojeniem łonowem.

**Wyczuwanie.** Stukanie palcem po okolicy żołądka (p. str. 192 i 214), sprawia pluskanie około lub poniżej pępka, przeważnie po stronie lewej; oznacza to, jak słusznie twierdzi Bouveret, równoczesny niedowład lub rozstrzeń żołądka. Wyczuwanie zaś zapomocą sondy w pozycji leżącej rzadko wykazuje układanie się jej wzdłuż krzywizny dużej; wyczuwa się tylko koniec sondy w okolicy pępka. Przy dalszem wtłaczaniu koniec sondy pozostaje na miejscu, gdyż nie przechodzi do ramienia odźwiernikowego. Schmilinsky jednak twierdzi, że sonda układa się we zwiśniętym żołądku w sposób cechujący i podaje następującą rycinę (patrz str. 252).

Przy opukiwaniu znajdujemy stłumienie w dołku podsercowym (jeżeli nie ma tu pętli jelit), a na przestrzeni półksiężycowej wypuk albo tępy od wątroby, lub jawny płucny. W mniejszości tylko przypadków istnieje przestrzeń półksiężycowa, ograniczona do wąskiego paska odgłosu bębenkowatego, przebiegającego na samym brzegu łuku żebrowego. Wymiary wypukowe żołądka (p. str. 7) są w przypadkach niepowikłanego zwiśnięcia żołądka nie wiele zmienione, tylko w przypadkach pionowego ustawienia żołądka wymiar wysokości przekracza znacznie szerokość wypukową żołądka.

Boas nadmienia, że w przypadkach gastroptozy istnieją uciskowe punkty bolesne najczęściej w linii środkowej po-

nad pępkiem, które mogą wzbudzić nawet podejrzenie na obecność wrzodu żołądka. Zużytkowanie rozpoznawcze tych punktów bolesnych bywa niekiedy tem trudniejsze, że gastroptoza może przebiegać równocześnie z wrzodem okrągłym, w którym także napotykały podobne punkty bolesne. Również napotyka się często bolesne punkty uciskowe w okolicy kręgosłupa, a Boas twierdzi, że ograniczony uciskowy punkt bolesny wokolicy 10—12



Rycina 14. (Porównaj rycinę 9 na str. 22).

- ..... Wątroba.
- Żołądek w postawie stojącej w czczym żołądku.
- - - - - Żołądek w postawie stojącej po wlaniu  $\frac{1}{4}$  litra wody.
- · - · - Żołądek w położeniu leżącym w czczym żołądku.

kręgu piersiowego lub 1-go kręgu lędźwiowego, przemawia za powikłaniem gastroptozy z wrzodem okrągłym.

4. Oznaki odróżniające zwiśnięcie żołądka od rozstrzeni trwałej.

#### *Gastroptosis.*

1. Dolegliwości podmiotowe przez leżenie zmniejszają się.

#### *Gastrectasia.*

1. Leżenie nie wpływa na zmianę w dolegliwościach podmiotowych.

2. Chorzy są często w stanie wywołać zapomocą tłoczni brzusznej objaw kruczenia (p. str. 249).

3. Pragnienia nadmiernego niema.

4. W razie wymiotów ilość wymiocin nieznaczna, oznak spraw fermentacyjnych w nich niema; wymioty mają cechę wymiotów nerwowych.

5. Bóle w krzyżach i punkty uciskowe bolesne nad spletnami brzuszными ponad pępkiem.

6. *Costa decima fluctuans.*

7. Często napotyka się równocześnie zwiśnięcie innych narządów, poprzeczniczy, nerek (p. str. 254).

8. Ilość moczu nie jest zmniejszoną, i skład prawidłowy.

9. Przy wdmuchiwanu powietrza do żołądka krzywizna mała bywa zwykle widoczna.

10. Przy opukiwaniu okazuje się obszar półksiężycowy zmniejszony; wysokość i szerokość obszaru wypukowego żołądka zwykle nie powiększone.

11. Zonda miękka nie oddaje

2. Tego rodzaju kruczenia zwykle brak.

3. Często nadmierne pragnienie, uczucie suchości w jamie ustnej i zgaga.

4. Ilość treści wymiotowanej bardzo znaczna, jeden lub więcej litrów, woń, smak i wejrzenie, właściwe dla miazgi pokarmowej fermentującej (p. str. 207).

5. Bolów w krzyżach zwykle brak, a bolesność dotykowa w okolicy żołądka bywa tylko wtedy znaczna, jeżeli istnieje równocześnie wrzód okrągły.

6. To zboczenie rzadko się zdarza.

7. Zwiśnięcia trzewiów brzusznych zwykle niema.

8. Ilość moczu zmniejszona, a skład jego zmieniony (p. str. 218).

9. Krzywizny małej niemożna uwidocznnić przez wydęcie żołądka.

10. Obszar półksiężycowy Traubego zwiększony, zwłaszcza we wymiarze poprzecznym; wysokość, a więcej jeszcze szerokość obszaru wypukowego żołądka znacznie zwiększone.

11. Zonda miękka przebiega

dokładnie dolnej granicy żołądka, lecz końcem swoim zaczepia się, najczęściej w okolicy pępka, niedając się wsunąć do części odźwiernikowej.

12. Pojemność żołądka prawidłowa, nie przewyższa dwóch litrów (p. str. 216).

13. Przy prześwietlaniu żołądka obszar półksiężycowy i dołek podsercowy pozostają ciemne i niewidac wahań oddechowych.

14. W żołądku czczym niema miazgi pokarmowej, chyba istnieje powikłanie z rozstrzenia.

15. Sprawność mechaniczna prawidłowa, albo niewiele obniżona.

16. Wypróżnienie dokładne żołądka zapomocą sondy zwykle nie udaje się (p. str. 250).

wzdłuż granicy dolnej i posuwa się aż do części odźwiernikowej.

12. Pojemność żołądka zwiększona, wynosi nawet kilka litrów.

13. Obszar półksiężycowy prześwietlony pojawia się na wysokości prawidłowej, a cały obraz okazuje się znacznie powiększony.

14. W żołądku czczym napotyka się często rozkładającą się treść pokarmową.

15. Sprawność mechaniczna znacznie obniżona, wydalanie opóźnia się o kilka lub kilkanaście godzin.

16. Żołądek daje się przez aspiracyę wypróżnić.

Rozpoznanie zwiśnięcia żołądka na podstawie wymienionych objawów jest łatwe. Trudność zachodzi dopiero w przypadkach, niestety dość częstych, kiedy zwiśnięcie powikłane jest z rozstrzeniem żołądka. Nie łatwo wtedy przychodzi rozstrzygnąć, która sprawa jest pierwotna, czy zwiśnięcie czyli też rozstrzeń. W końcu muszę podnieść, że zwiśnięcie żołądka wikła się nietylko z rozstrzeniem, lecz i ze sokotokiem i nieżytem kwaśnym, tak, że trudno przychodzi ocenić, które przypadłości pochodzą od zwiśnięcia, a które od powikłań. Powikłania zaś poznaje się przez badanie wewnętrzne żołądka zapomocą prób opisanych w ustępach IV, V, VI, XXVII, XXVIII.

5. Norka prawa, która jest słabiej umocowana niż lewa, często się ohniża. Pociąga ją opadające zagięcie wątrobowe jelita

(flexura hepatica). Nerka taka bywa albo tylko częściowo wyczuwalną pod łukiem żebrowym lewym, t. j. obniżoną (*nephroptosis*), albo jest w całości wysunięta, tak, że zmienia swoje położenie (nerka ruchoma, czyli wędrująca, *ren migrans*). Glénard wymienia aż cztery stopnie opadnięcia nerki. Dla klinicznego użytku wystarczy odróżnić powyższe dwa rodzaje zwiśnięcia nerki. Wędrująca nerka prawa może się znajdować w zatoce biodrowej prawej, a nawet przekroczyć linię białą na lewą stronę. Trzeba jednak pamiętać, że można niekiedy pomienić nerkę obniżoną, lub ruchomą z kałem nagromadzonym w postaci kulistej w zagięciu wątrobowem jelita, z woreczkiem żółciowym, albo z przesnurowanym prawym płatem wątroby. Nerka ruchoma, jak to Zieliński na zwłokach się przekonał, jest zwykle mniejszą niż nieruchoma, ma miedniczki większe, moczowody szersze, a tętnicę dłuższą. Naczynia i moczowód nerki ruchomej mogą doznać czasowo ucisku lub przekręcenia. Wtedy ilość moczu bywa zmienną, może się pojawić przemijający białkomocz, w miedniczkach powstają złogi moczanowe, a nie jest wykluczona możebność powstania torbieli nerkowej (hydronephrosis). Sama nerka ruchoma może sprawić, w niezliczonych jednak przypadkach, zabarwienie żółtaczkowe powłok wskutek ucisku na przewody żółciowe, przypadłości gastryczne w razie ucisku na dwunastnicę, i bóle przy ucisku na nerwy udowe (neuralgia cruralis). Ponieważ nerce ruchomej bardzo często (Kuttner) towarzyszy zwiśnięcie żołądka, to prawdopodobnie przypadłości podmiotowe przypisywane dotąd nerce obniżonej, należy w znacznej części odnieść do zwiśnięcia żołądka. Nerki ruchome zdarzają się najczęściej u kobiet. Na 148 przypadków nerki ruchomej miał Glénard 131 kobiet, a tylko 17 mężczyzn. Najczęściej dotyczy zwiśnięcie nerkę prawą, gdyż na 131 przypadków nerek ruchomych widział Glénard tylko w trzech przypadkach nerkę zwiśniętą lewą.

6. Wątroba obniża się o wiele rzadziej niż nerki. Częściej pojawia się to u kobiet niż u mężczyzn, a to z powodu, że najczęstszą przyczyną zwiśnięcia tego narządu jest klatka piersiowa sznurówkowa. Zwykle wydłuża się wskutek sznurowania tylko płat prawy, który może sięgać aż do zatoki biodrowej prawej. Bywa on tak ruchomy, że może być łatwo pomieniany z nerką ruchomą. Należy dla odróżnienia starać się wykazać łączność guza



z mięszmem wątroby. W przypadkach zwiśnięcia wątroby bywa pęcherzyk żółciowy powiększony wskutek ucisku lub przecięcia przewodów żółciowych, może nawet powstać hydrops cystidis felleae. Niekiedy znów bywa pęcherzyk żółciowy zrośnięty z wątrobą, tak, że przy badaniu wewnętrznem wydaje się, jakby był przedłużonym płatem wątroby.

7. Śledziona obniza się najrzadziej ze wszystkich narządów. Może ona jednak być tak łatwo ruchomą jak nerka. W jednym przypadku, który dotyczył kobiety wiejskiej, była śledziona w dwójnasób powiększona i tak ruchoma, że dawała się przesunąć na prawą stronę linii białej, a nawet poniżej pępka.

8. Zdarza się często, że w daleko posuniętych przypadkach zwiśnięcia trzewiów brzusznych obniżają się także narządy leżące w miednicy, jak pęcherz, macica, pochwa i odbyt, co należy stwierdzić przez wewnętrzne badanie ginekologiczne.

9. Zwiśnięcie trzewiów sprawia według Glénarda przypadłości podmiotowe, bądź z powodu, że krążenie miazgi pokarmowej, a względnie kału jest upośledzone, bądź że jedne narządy uciskają na drugie, bądź też, że liczne włókna nerwowe przebiegające we więzadłach i narządach bywają naciągane. Różnaitych objawów podmiotowych wylicza Glénard, a za nim inni autorowie cały legion. Pojawiają się one przeważnie w czasie trawienia u osób ze zwiśnięciem trzewiów. Glénard sam odróżnia co do pojawiania się objawów w przebiegu zwiśnięcia trzewiów trzy okresy: *Atonie gastrique par enteroptose*, — *mésogastrique: gastropnose*; — i *neurasthenique: entérostenose*. Podział ten jest więcej szematycznie nakreślony, niż odpowiada rzeczywistości. Dlatego ja objawy zauważone w przebiegu zwiśnięcia trzewiów, wyliczę razem poczynając od początkowych, które się przedstawiają najłagodniej.

W początkach choroby mają się pojawiać w kilka godzin po jedzeniu: Wzdęcie, odbijania, ból w dołku podsercowym, uczucie ściągania ku dołowi szczególnie w okolicy lędźwiowej (z powodu usuwania się nerki), zaparcie stolca, kruczenie w brzuchu, rznięcie w kiszkiach, uczucie próżni i głodu, odbijania kwaśne, ściskanie w gardle i osłabienie. Obok tego mogą się pojawić zawroty głowy i przygnębienie ogólne. Stan ten po kilku godzinach ustępuje. Gdy choroba się już zupełnie rozwinęła, dołą-

czają się jeszcze następujące objawy: zły sen, budzenie się między godziną drugą a czwartą w nocy, kiedy trawienie jelitowe jest w pełnym rozwoju; nogi chłodne, bóle międzyżebrowe i w kończynach. Chorzy naczczo czują ezczość, wileczy głód, lecz po spożyciu pokarmów rozpoczynają się powyższe dolegliwości gastryczne. Dlatego jadają z dnia na dzień coraz mniej, chudną, bledną, żółknieją, doznają bicia serca, stają się niespokojni i nerwowo rozstrojeni, tak, że do żadnej pracy nie są zdolni. Najlepiej im robi odpoczynek w pozycji leżącej. Jeszcze inne lecz mniej stałe objawy mają się pojawiać w przebiegu tej choroby: niesmak, nudności, palenie w gardle, wymioty, biegunka i zaparcie stołca na przemian; nerwobóle, chrypka, kaszel, gorączka w nocy, niedokrwistość, a nawet blednica i melancholia (Meinert).

Jeżeli w zwiśnięciu trzewiów przeważa opadnięcie nerki, to chorzy uskarżają się na nieokreślone bóle w krzyżach szczególnie podczas ruchu, jazdy; na przeczulicę w kończynach dolnych, na parcie na mocz i przejściowe zwiększenie moczu. Zdarza się dość często u kobiet z nerką ruchomą, że temu zboczeniu towarzyszą napady kurezów żołądka połączone z wymiotami żółciowawł, którym poprzedza połowiczy ból głowy.

Czy zwiśnięcie trzewiów brzusznych jest w stanie rzeczywiście wywołać wyżej przytoczone objawy, trudno udowodnić. Ja widziałem osoby ze zwiśnięciem obydwu nerek, innych z objawami przedmiotowymi zwiśnięcia żołądka, które nie uskarżały się na żadne przypadłości podmiotowe z tego powodu. Z drugiej strony widziałem chorych z objawami podmiotowymi, przypisywanymi zwiśnięciu trzewiów, a takowego nie można było wykazać. Także miałem i takie przypadki, które przedmiotowo i podmiotowo odpowiadały zupełnie zwiśnięciu trzewiów brzusznych, po niej jakim czasie leczenia objawy podmiotowe ustąpiły, a pozostały objawy przedmiotowe t. j. zwiśnięcie nerki lub żołądka zupełnie niezmienione. Podobnie powiada i Bial, że u połowy mężczyzn, u których stwierdził zwiśnięcie żołądka nie było przypadłości gastrycznych. Zasługuje przeto na uwagę zdanie Stillera, do którego i Riegel się przyłącza, że zwiśnięcie trzewiów jest vitium primae formationis, które się objawia przez habitus atonicus, a do pojawienia się przypadłości podmiotowych z powodu zwiśnięcia trzewiów potrzebne jest usposobienie neuropatyczne. Można by także

przypuścić, że część dolegliwości, a mianowicie przypadłości ogólne w przebiegu zwiśnięcia przewodu pokarmowego polega na samozatruciu ze strony tegoż. Moje jednak obserwacye pouczyły mnie, że przypadłości gastryczne chorych ze zwiśnięciem żołądka i jelit nie polegają na tem zloczeniu, lecz na powikłaniach towarzyszących mu, a mianowicie na zaburzeniach we wydzielaniu i sprawności mechanicznej, lub też na równoczesnych sprawach nieżytych w przewodzie pokarmowym.

10. O z n a k i p r z e d m i o t o w e choroby Glénarda.

a) W postawie stojącej podczas chodzenia lub jazdy chory uczuwa dolegliwości, mianowicie ciągnięcia ku dołowi, bóle w krzyżach; przypadłości te znikają przy położeniu na wznak. Podtrzymanie brzucha w pozycyi stojącej obydwoma rękami (*épreuve de la sangle*, Glénard), lub podpaską, sprawia chorym ulgę.

b) Chory jest chudy, blady, zabarwienie skóry często żółtawe z powodu utrudnionego odpływu żółci z uciśniętych przewodów żółciowych, skóra cienka, miękka i sucha. Język zwykle nieobłożony, wskazuje jednak ślady odcisków od zębów.

c) Brzuch wiotki, spłaszczony, u góry nieco zapadnięty, u dołu więcej wydęty. W postawie stojącej brzuch u kobiet wisi często w postaci worka (*abdomen pendulum*). Wypuk nad jamą brzuszną przeważnie stłumiony, wskazuje na skurczenie jelit i sprawę chorobową już długo trwającą.

d) Tętnienie odsłoniętej aorty nie tylko wyczuwalne, ale często i widoczne, tak, że dla niewprawnego może ten objaw imponować jako obecność tętniaka, stąd i nazwa tego zjawiska *anévrisme des étudiants*.

e) *Costa decima fluctuans*, ma być według Stillera swoiste stigma enteroptoticum. Twierdzi on na podstawie swoich obserwacyj, że jeżeli chrząstka 10-go żebra nie jest przyrośniętą do łuku żebrowego, lecz wolną jak żebro jedynaste, wtenczas nie tylko żołądek jest obniżony, lecz także i nerka prawa, a chory przedstawia wrodzone usposobienie do zwiśnięcia trzewiów w postaci habitus atonicus.

f) Objawy zwiśnięcia żołądka, opisane już na str. 250.

g) S z n u r p o p r z e c z n y (*Corde colique transverse*) przebiegający ponad pępkiem, jest to według Glénarda skurzone jelito poprzeczne, które jednak w rzeczywistości znajduje się daleko

niżej w okolicy spojenia łonowego (p. str. 248). Sznur poprzeczny wyczuwalny bywa jednak prawie nieprzesuwalny i niebolesny, można go wyczuć pomimo wydęcia żołądka i jelita powietrzem, dlatego Ewald nie uważa sznur poprzeczny, opisany przez Glénarda jako jelito poprzeczne, lecz za odsłoniętą trzustkę. Ja zauważyłem, że jeżeli wyczuwalny sznur poprzeczny jest jelitem, to przez ucisk, mięsienie, pocieranie zmienia swoją konsystencję, która staje się miękka, poczem sznur znika, by się za chwilę napiąć. Położenie jelita grubego najlepiej się oznacza przez wydęcie go powietrzem zapomocą sondy i balonika. W stanach patologicznych znajdujemy wydęte jelito poprzeczne poniżej pępka lub w miednicy. Boas poleca wypełnienie jelita  $\frac{1}{2}$  — i litrem wody i oznaczanie jego położenia przez wywołanie płukania.

h) Sznury boczne. Jeden w pachwinie prawej, przedstawia się jako worek kiszki ślepej (*boudin coecal*), przy ucisku tkliwy i chęlboczący, drugi w pachwinie lewej w postaci postronka cienkiego, mało ruchomego (*cordon sigmoidal*). Jest to skurczona pętla esowata, która jednak według mego doświadczenia niczego cechującego nie dowodzi, gdyż u przeważnej części ludzi ten postronek się napotyka, a zwłaszcza jeżeli istnieje obstipatio spastica.

i) Stolce przedstawiają się w postaci gałek (bobkowate) lub taśm. Równocześnie mogą zawierać znaczną ilość śluzu, nawet w postaci nitok lub tasiemek, jak to bywa przy enteritis membranacea. Jednak nie przychodzi tu według Boasa do napadowych bólów, towarzyszących stale właściwej oolice mucosa. Ja jednak widziałem przypadki napadowej kolki śluzowej u kobiet, u których można było przedmiotowo wykazać objawy choroby Glénarda.

k) Objawy zwiśnięcia nerek, wątroby i śledziony, p. str. 255.

l) Punkty bolesne w linii środkowej (p. str. 251).

11. Rokowanie jest różne, a z mej strony uważam je za nieobliczalne. W początkach choroby jest ono względnie dobre. Przy długotrwałem zwiśnięciu znacznego stopnia, zwłaszcza u osób starszych trudno się spodziewać wyzdrowienia. Jednak rokowanie dawniej jako złe uważane, uległo obecnie zmianie na lepsze, do czego się tylko przyłączyć mogę, gdyż widziałem kilka przypadków zwiśnięcia trzewiów, u których objawy podmiotowe znikły zupełnie, podczas gdy przedmiotowe pozostały lub tylko niezna-

cznie się poprawiły. W tych „wyleczonych“ przypadkach chorzy znacznie na ciężarze przybyli. Wobec tych obserwacyj trudno mnie przychodzi twierdzić, że obserwowane dolegliwości podmiotowe, które ustąpiły, były rzeczywiście w związku ze zwiśnięciem narządów brzusznych.

12. **Leczenie** W tym kierunku niema zgody między lekarzami, to też najsprzeczniejsze środki i metody lecznicze bywają zalecane w zwiśnięciu trzewiów brzusznych, Glénard stawia sześć wskazań leczniczych: a) Należy podnieść trzewia brzuszne; b) zwiększyć parcie w jamie brzusznej; c) uregulować stolce; d) podnieść wydzielenie soków w przewodzie pokarmowym; e) uregulować żywienie i f) wzmocnić cały ustrój. W tem celu poleca on: Podpaskę podbrzusną (*la sangle hypogastrique*), środki oczyszczające, alkalia i dyetę. Nie wszystkie jednak te czynniki mają jednakową wartość leczniczą. Przedewszystkiem chodzi o podźwignięcie i wprowadzenie zwiśniętych narządów we właściwe ich miejsce, jakoteż o utrzymanie takowych w tem położeniu, przez co chorzy doznają zaraz ulgi. Poprawę w położeniu trzewiów starają sobie sprowadzić sami chorzy. Przechylają się ku przodowi lub przyjmują położenie poziome. Tak np. urządzają sobie drzymkę poobiednią na sofie, co jest naturalnie racjonalniejszym, niż chodzenie, które tylko przyczynia się do obniżenia obciążonego żołądka i jelit; zdejmują gorsety i paski uciskające trzewia, przygniatają sobie mimowolnie okolice podpepkową, unikają dźwigania, ciężkiej pracy fizycznej i jazdy po złych drogach, podkładają sobie leżąc w łóżku poduszkę pod krzyżę dla podniesienia trzewiów, wypijają filiżankę gorącej herbaty miętowej lub kieliszek likieru, by żołądek podrażnić do skurczu.

Dla podźwignięcia i unieruchomienia trzewiów służy podpaska podpepkowa, która bywa różnej konstrukcyi. We Francyi jest w użyciu podpaska podana przez Glénarda (*sangle perlviennne, ceinture hypogastrique*). Podpaska powinna uciskać tylko część brzucha, począwszy od spojenia łonowego do pepekka i dobrze przylegać, przeto musi być zawsze według miary sporządzona z materiału lekkiego, zwłaszcza na lato, aby chorzy się nie pocili. W przypadkach wychudnienia, gdzie jama brzuszna bywa zapadła, należy dla podparcia trzewiów wkładać wielką pelotę między powłoki brzuszne a podpaskę. Dla podparcia

nerki musi być także włożona osobna poduszeczka. Ja w tym celu polecam podkładanie waty w pachwinę i w podżebrze prawe. W praktyce lekarskiej należy dość często pouczyć chorych, że podpaska jest czem innym, niż opaska. Opaska jest w zwiśnięciu trzewiów nietylko zbyt szkodliwą, ale i szkodliwą, gdyż przygniata z góry trzewia i spycha je ku dołowi. Podpaska nosi się stale podczas dnia, przyczem noszenie gorsetów musi być wzbronione. Wyjątkowo można dozwolnić noszenia krótkiego nieobcisłego gorsetu (Reformcorset), do którego mogą być przypinane spodnice na pętlach. W mniejszości tylko przypadków zwiśnięcia trzewiów sprawia podpaska ulgę. Jeżeli bowiem trzewia, a mianowicie jelito poprzeczne, są opadnięte aż do miednicy, to podpaska ich nie podnosi, lecz przytłacza. Aby chorego nienarażać na niepotrzebne sprawianie podpaski, polecam mu w domu chodzić wprzód podpasawszy się ręcznikiem. Jeżeli przez to czuje ulgę, wtenczas polecam użycie podpaski, wykonanej przez bandażystę.

Jakkolwiek podpaska w pewnej części przypadków zwiśnięcia trzewiów sprawia chorym ulgę, to skuteczność i działanie jej zostało obecnie zakwestyonowane. Biał bowiem przeswietlił zapomocą diafanoskopu zwiśnięty żołądek bez podpaski, a potem po założeniu podpaski, i dostrzegł, że podpaska położenia żołądka nie zmienia. Wnioskuje więc stąd, że podpaska tylko w tych przypadkach może działać, gdzie podtrzymuje wiotkie ściany brzuszne, jak to ma miejsce w przypadkach brzucha obwisłego (*abdomen pendulum*), w innych zaś wszystkich przypadkach skuteczność jej polega na sugestyi ze strony chorych.

Ważniejsze jednak znaczenie niż dla chorych ze zwiśnięciem trzewiów ma podpaska dla kobiet, użyta wkrótce po porodzie. Zapobiega ona tu wytworzeniu zwiśnięcia, przeto powinna być kobietom gorąco polecona po odbyciu porodu.

Z leków nie wiele należy oczekiwać. Boas zaleca dla podniesienia kurczliwości następującą mieszaninę: *Resorcini resubl.* 2·0, *Extr. Strychni* 0·2, *aq. chloroformii* 120·0, *aq. florum Tiliae* 20·0, *MDS.* Trzy razy dziennie po łyżce użyć. Zieliński zaleca dla uspokojenia układu nerwowego fenacetynę i kąpiele ciepłe przed spaniem. Szczególnego rodzaju leczenie, dotąd jeszcze nieskontrolowane, poleca Grünzburg. Podaje on d r o z d z e w ilości

ziarna grochu w tym celu, aby się wywiązywały gazy w przewodzie pokarmowym i podnosiły jelita ku górze.

Ustępywanie dolegliwości podmiotowych u osób ze zwiśnięciem trzewiów widziałem po leczeniu ogólnie skrzepiającym, jak w zakładach wodolecznicznych, lub w sanatoryjach klimatycznych wysokogórskich (Zakopane, Davos-Platz, St. Moritz). Obok wody i powietrza, najważniejszymi czynnikami leczniczymi jest dobre żywienie chorych i spokój fizyczny i psychiczny, unikanie zaś forsownych wycieczek.

Przy zaparciu żywota, na które większa część chorych się skarża, polecał Glénard używanie siarkanu sodowego lub magnowego. Lepsze są inne środki przeczyszczające jak *extr. fluidum cascarae sagradae* po  $\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki rano naczczo; *extr. fluidum corticis frangulae*, po 30 kropel 2—3 razy dziennie. Bardzo stosowne są tu la w a t y w y z czystej i grzanej oliwy, którą wprowadza się zapomocą przyrządu Hegara, w ilości pół litra 2—3 razy na tydzień i przytrzymuje tak długo w odbycie jak można. Mięśnienia, gimnastyki, konnej jazdy i tem podobnych wysiłków zaniechać należy, gdyż to wszystko sprzyja tylko rozluźnieniu więzadeł. Zwłaszcza co do mięśnienia trudno pojąć, w jaki sposób przy mięśnieniu nieuniknione naciąganie więzadeł może się przyczynić do zmniejszenia zwiśnięcia trzewiów.

O żywieniu chorych na zwiśnięcie trzewiów będzie mowa w części trzeciej.

We wszystkich wyżej przytoczonych zabiegach leczniczych nie widziałem dotąd zadawalniających wyników. To też ja mając przypadek zwiśnięcia trzewiów brzusznych, w którym istnieją przypadłości podmiotowe, nie stosuję głównego leczenia przeciw zwiśnięciu, lecz staram się wyszukać towarzyszące powikłania i te w pierwszym rzędzie leczę. Leczę przedewszystkiem stosownie do przypadku, sprawy nieżytowe przewodu pokarmowego, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, histeryę, neurastenię, niedokrwistość i t. d. Leczenie swoiste enteroptozy pozostawiam na drugi plan, gdyż doświadczenie pouczyło mnie, że jeżeli powyższe objawy chorobowe się poprawią, to zwiśnięcie trzewiów, chociaż pozostaje niezmienione, nie sprawia chorym większych dolegliwości.

W ostatnich czasach starano się leczyć zwiśnięcie trzewiów sposobami operacyjnymi (p. ust. XXXV). Przytwardzano szwami

zwiśniętą nerkę, śledzionę lub żołądek (nephro —, spleno —, gastropexis), a nawet zabrano się do wycięcia nerki i śledziony. Jak długo nie jesteśmy pewni, że w danym przypadku zwiśnięty narząd jest rzeczywistą przyczyną dolegliwości chorego, tak długo trudno przychodzi lekarzowi doradzać choremu, aby się poddał tak ciężkiej operacji. Zresztą ponieważ dokładnie nie wiemy, od którego z kilku narządów zwiśniętych pochodzą dolegliwości, a obecnie przeważa zdanie, że zwiśnięcie polega na wadliwej budowie całego ustroju, przypadłości podmiotowe zaś na usposobieniu neuropatycznym, przeto do tak ciężkiego zabiegu, jakim jest wycięcie narządów, żadną miarą zachęcać nie można, a to tem więcej, że zabieg ten nie leczy choroby, lecz może co najwięcej działać symptomatycznie z wynikiem bardzo niepewnym.

### XXXIII. Częściowe obniżenie żołądka.

(Pionowe ustawienie żołądka, czyli zwiśnięcie części odźwiernikowej. *Descensus partis pyloricae*).

Przypadki tego zбочenia, opisane pierwotnie przez Kussmaula jako należące do rzadkości, okazały się przy zwracaniu uwagi na nie stosunkowo dość częste.

1. Stosunki anatomiczne. Część odźwiernikowa opadnięta ku dołowi i przesunięta ku stronie lewej, może się obniżyć aż do promontorium. Bywa ona przytem rozszerzona w postaci kieszonki (*ectasia subpylorica*, Bouveret). Krzywizna mała przebiega pionowo wzdłuż kręgosłupa najczęściej po jego stronie lewej. Żołądek cały pionowo ustawiony przedstawia się zwężony, a natomiast wydłużony. W miejscu, gdzie dwunastnica jest silnie przyczepiona do kręgosłupa, a mianowicie w części jej poziomej (*flexura duodeni superior*), znajduje się przegięcie, a w tegoż następstwie zmniejszenie światła dwunastnicy (Kussmaul).

2. Etiologia. Żołądek u noworodków jest pionowo ustawiony; w krótkim jednak czasie przyjmuje położenie zbliżające się coraz więcej do poziomego. Lecz u dorosłych zdarza się pionowe ustawienie żołądka, i to częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Jest to zбочenie prawie zawsze nabyte, przeważnie wskutek no-

szenia obcisłych długich gorsetów. Uciśnięty prawy płat wątroby obniża dwunastnicę i część odźwiernikową, a równocześnie i nerkę prawą, tak, że w przypadkach pionowego ustawienia żołądka napotykamy równocześnie i zwiśnięcie nerki prawej. Często porody sprzyjają wytworzeniu się zwiśnięcia części odźwiernikowej i nerki prawej.

Pionowe ustawienie żołądka zdarza się także, jeżeli odźwiernik opada swym ciężarem wskutek usadowienia się w nim ograniczonych gazów nowotworowych. W tego rodzaju przypadkach znajduje się odźwiernik w okolicy pępkowej, a nawet i poniżej (p. str. 144). Jest to następowe opadnięcie odźwiernika wskutek choroby żołądka, połączone zawsze z rozstrzenią tego narządu i różne od zboczenia w mowie będącego.

3. Objawy i rozpoznanie. Zdarzają się przypadki, w których pionowe ustawienie nie sprawia objawów podmiotowych. W innych jednak przypadkach pojawiają się dolegliwości po jedzeniu, jako uczucia bolesne, a nawet w postaci nerwobólów, połączonych z wymiotami, które się zmniejszają lub ustępują po rozsznurowaniu gorsetu i położeniu się na wznak. Przyczyną dolegliwości bywa albo trudność w przedostawaniu się pokarmów ze żołądka do dwunastnicy, albo rozstrzeń części odźwiernikowej, lub też niezbyt kwaśny żołądka. Należy bowiem pamiętać, że w części odźwiernikowej kwas się nie wytwarza, lecz z błony śluzowej dna. Błona śluzowa części odźwiernikowej, zwłaszcza jeżeli jest anatomicznie zmieniona, bywa zbyt czułą na nadmiernie kwaśną miazgę żołądkową, która przy pionowym ustawieniu odźwiernika, stała w tej części żołądka zalega.

Przy przedmiotowym badaniu uderza znaczne przewężenie w pasie, sztucznie wywołane. Obydwa łuki żebrów schodzą się pod kątem bardzo ostrym; dołek podsercowy zapadnięty; daje się w nim wyczuć a niekiedy dostrzedz tętnienie aorty brzusznej. U osób chudych można widzieć zarysy pionowo ustawionej krzywizny małej. Pluskante żołądkowe długo po jedzeniu, a nawet do rana się utrzymuje i jest najwyraźniejsze po lewej stronie pępka. Na całym obszarze półksiężycowym wypuk bębenkowy jest utrzymany, czem się to zboczenie odróżnia od całkowitego zwiśnięcia żołądka, w którym to zboczeniu znika wypuk bębenkowy nad łukiem żebrowym lewym.

Rozpoznanie tego zboczenia może być rozstrzygnięte dopiero

przez wydymanie żołądka gazem (p. str. 6). Żołądek wydęty rysuje się przeważnie po stronie lewej, krzywym małą przebiega pionowo, a dółek podsercowy nie jest wypukłony.

4. Pionowe ustawienie żołądka pociąga za sobą zwykle następstwa i powikłania, które przyczyniają się we wysokim stopniu do zwiększenia przypadłości podmiotowych. Bouveret zauważył jako następstwa pionowego ustawienia żołądka, nadmierne wydzielanie HCl, rozstrzeń części odźwiernikowej lub całego żołądka i opadnięcie innych trzewiów, zwłaszcza nerki prawej. Nadmierne wydzielanie, niedowład i rozstrzeń części odźwiernikowej wykrywa badanie wewnętrzne żołądka. Dla wykazania rozstrzeni, aspiruje się żołądek rano naczeczno, natenczas przy istnieniu tej sprawy chorobowej otrzyma się mniejszą lub większą ilość miazgi pokarmowej. Muszę przeto zwrócić uwagę na tę okoliczność, że podobnie jak w całkowitem zwiśnięciu żołądka, tak i tu same stwierdzenie pionowego ustawienia żołądka nie wyzerpuje jeszcze rozpoznania choroby, należy jeszcze wykazać następstwa i towarzyszące powikłania przez wewnętrzne zbadanie żołądka. Te ostatnie bywają zwyczajnie najgłówniejszą przyczyną dolegliwości podmiotowych i muszą być szczegółowo leczone.

5. Leczenie jest podobne jak w zwiśnięciu żołądka (p. str. 260): Usunięcie sznurówki, a natomiast w razie koniecznej potrzeby polecenie krótkiego gorsetu nie ścieśniającego dolnej części klatki piersiowej, do którego możnaby przypinać pętle od spodnie, by ominąć przypasywanie takowych; podpaska Glénarda (p. str. 261). Jedzenie często, a w małej ilości, leżenie przeważnie na stronę prawą (Bouveret) i leczenie powikłań. Bouveret podaje pod rozwagę chirurgów wykonywanie pyloroplastyki.

UWAGI. Oprócz powyższych zбочeń napotymano jeszcze inne zmiany co do kształtu i położenia żołądka.

a). Ja widziałem żołądek u kobiety w postaci podkowoy. Żołądek taki składa się z worka większego lewego i mniejszego prawego; obydwie części są ze sobą połączone łukiem nieco przewężonym. Stan ten daje się poznać tylko przez rozcięcie powietrzem. Używając diafanoskopu w tego rodzaju przypadku, widziałem żołądek wąski, jakby pionowo ustawiony; tymczasem sekcyja wykazała istnienie dwóch ramion, lewego i prawego, do którego to ostatniego zonda diafanoskopowa nie mogła się dostać i go przeświecić. Przeświecone było tylko lewe ramię (worek wpustowy).

Żołądek przybiera postać podkowy najczęściej przez ściśnienie sznurówka, wskutek czego wpust i odźwiernik do siebie się przybliżają. W tych przypadkach treść nie daje się ze żołądka dokładnie wydobyć, gdyż zonda nie jest w stanie dostać się do części odźwiernikowej. W żołądku utrzymuje się pluskanie nawet po aspiracji miazgi pokarmowej. Chorzy zaś przy każdym silniejszym oddechu i wydechu wywołują sami kruczenie (*coassement de grenouille* p. str. 249) przez to, że przy oddechu z jednego ramienia przechodzi gaz do drugiego, a przy wydechu napowrót wraca. Chapotot uważa ten objaw jako właściwość pionowo ustawionego żołądka. Bouveret zaś powiada, że widział dwa przypadki oddechowego kruczenia u dziewcząt, które pojawiało się za każdym razem, kiedy się silnie zasznurowały. Ja przypuszczam, że w podobnych przypadkach sznurowanie nadaje żołądkowi wyżej przezemie opisaną postać podkowy, co pociąga za sobą objaw kruczenia oddechowego.

b) Riegel zwraca jeszcze uwagę na zniekształcenia żołądka w postaci pętli, rożków i girland.

c) Najrzadsze przypadki zboczeń topograficznych żołądka przedstawia *situs inversus*. Żołądek i serce znajdują się przemieszczone na prawo, a wątroba na lewo. Podobnego rodzaju przypadek klinicznie zbadany opisał Reichmann w ostatnich czasach.

#### XXXIV. O samozakażeniu i samozatruciu ze żołądka.

A. Że żołądek jest jedną z tych bram, przez którą następuje wtargnięcie zarazków wywołujących choroby zakaźne, czyli jak się wyrażamy, zakażenie ustroju (*hetero-infectio*), jest samo przez się zrozumiałem i ogólnie przyjętym faktem. Inną rzeczą jest pytanie, czy liczne drobnoustroje, znajdujące się w zwyczajnych stosunkach, jako nieszkodliwe mieszkańce żołądka, są w stanie przy pewnych warunkach zakazić ustrój i wywołać swoiste zmiany chorobowe, a który to sposób zakażenia ustroju nazywamy *s a m o z a k a ż e n i e m* (*autoinfectio*). Pytanie to jest analogiczne z tem, jakie zachodzi w przypadkach, kiedy np. przebywają laseczniki gruźlicze bez szkody dla osoby dotyczącej przez całe lata w gruczołach oskrzelowych, gdy nagle pojawi się zajęcie gruźlicze narządu moczopłciowego, lub opon mózgowych. Możliwość podobnego samozakażenia ze strony żołądka nie da się zaprzeczyć, lecz za mało jest pewnych faktów, aby udowodnić samozakażenia

ze żołądka. Możliwość uważać do pewnego stopnia jako samozakażenie ze żołądka, pojawienie się ropnego zapalenia w ścianach jego (p. str. 69), tłumacząc to w ten sposób, że gronkowce lub paciorkowce dostając się tak często ze zewnątrz do żołądka, natrafiają w danym przypadku na korzystne warunki biologiczne w zmienionych ścianach żołądkowych. Możliwość np. przypuścić, że *bacterium coli commune*, które Lesage znajdował także w żołądku, może wywołać przy sprzyjających warunkach zakażenie w postaci zmian zapalnych otrzewny lub wątroby. Pewniejszem jednak jest przypuszczenie, że sprawy chorobowe polegające na samozakażeniu z przewodu pokarmowego, w ogromnej ilości przypadków nie wychodzą ze żołądka, lecz z jelit. Tu bowiem z powodu dłuższego przebywania treści pokarmowej, alkalicznego oddziaływania jej i właściwego utkania błony śluzowej jelita, warunki do wtargnięcia do ustroju są o wiele korzystniejsze, niż w żołądku. Sprawa przeto co do etyologii chorób z powodu samozakażenia ze strony żołądka jest obecnie z punktu widzenia klinicznego jeszcze nie-dojrzałą do dyskusji.

**B.** Pominąwszy samozakażenie, mogą zmiany chorobowe w trawieniu żołądkowym oddziaływać na ustrój w inny sposób. W poprzednich ustępach (p. str. 207) przedstawiono szczegółowo, że w żołądku zastoinowym odbywają się sprawy fermentacyjne lub gnilne, które są źródłem wytwarzania się rozmaitych ciał rozkładowych. Między temi znajdują się ciała kwaśne i acetonowe, albo ptomainy, toksyny, toksalbuminy, aminy i t. p. Ciała te mogą się przedostać ze żołądka do ogólnego obiegu i wywołać pewne im właściwe objawy chorobowe. Tym sposobem może się ustrój zatruć istotami chemicznymi, które się w nim wytwarzają, czyli pojawia się jako następstwo patologicznego trawienia żołądkowego tak zwane s a m o z a t r u c i e (*autointoxicatio*) ustroju. Samozatrucie odbywa się prawdopodobnie częściej z jelit, aniżeli ze żołądka, a to z przyczyny, że wessanie zwłaszcza w stanach patologicznych jest w żołądku we wysokim stopniu upośledzone, natomiast treści żołądkowa dostawszy się do jelit, znajduje się w bardzo korzystnych warunkach co do wessalności. Że samozatrucie nie następuje przy każdym zaburzeniu w chemizmie trawienia żołądkowego, należy przypisać tej okoliczności, że ciała trujące przechodząc ze żołądka do ogólnego obiegu muszą przejść przez wątrobę, w któ-

rej zostają przytrzymane, lub chemicznie zmienione. Małe tylko ich ilości mogą przebyć tę baryerę wątrobową w stanie niezmiennym i dostać się do obiegu ogólnego, by wywołać albo tylko słabe przypadłości zatrucia, albo żadne.

1. Z ogólnych zaburzeń, jakie napotykamy w niedowładzie lub rozstrzeni żołądka, a do samozatrucia odnieść możemy, należą następujące objawy: Ogólne osłabienie fizyczne i umysłowe, senność, apatya, ból głowy całkowity lub połowiczny, zawrot głowy, nudności, wymioty. Że te objawy wskazujące na zajęcie ośrodkowego układu nerwowego są w związku ze sprawą chorobową żołądka, okazuje się stąd, że one pojawiają się szczególniej po jedzeniu, t. j. w czasie, kiedy się w żołądku odbywa trawienie. Gdy zaś żołądek się opróżni, albo sprawa chorobowa żołądka zostanie usunięta, ustępują i powyżej wymienione objawy ogólne.

2. Zawrót głowy tak zwany żołądkowy (*vertigo a stomacho laeso*), może się stopniować aż do omdlenia, tak, że chorzy tracą równowagę i upadają (p. str. 211). Ten stan dlatego może być w związku z trawieniem żołądkowym, że chorzy uczuwają równocześnie nudności, odbijania, gniececie w dołku podsercowym, pełność a nawet wymioty. Objawy zaś te pojawiają się najczęściej po jedzeniu; bywają jednak przypadki, że one występują i naczczo. Albu przypuszcza, że nieprawidłowe przetwory nagromadzają się w ogólnym obiegu i sprawiają powyższe przypadłości. Jednak na to przypuszczenie dowodów niema. Nie da się przeto zaprzeczyć, że przyczyną żołądkowego zawrotu głowy może być, jak to tłumaczy dotychczasowa teoria, zmiana w napełnieniu układu naczyniowego mózgu, bądźto jako niedokrwistość, bądź jako przekrwienie takowego. Podobnie można się zapatrywać z dwojakiego punktu widzenia na etyologią tak zwanego połowicznego bólu głowy (*cephalea gastrica*), który bardzo często pojawia się u kobiet chorych na zwężenie żołądka i nerki prawej

3. *Asthma dyspepticum* opisane na str. 212, pojawia się po jedzeniu i może mieć, jak przypuszcza Albu, swą przyczynę we wessaniu ciał działających na zwoje nerwowe serca. Można jeszcze tłumaczyć tę przypadłość w ten sposób, że wskutek podniesienia przepopy zostaje serce przesunięte, a płuca uciśnięte (p. str. 212).

4. Jako objaw samozatrucia żołądkowego uważa się obecnie

przypadki tężyczki (*tetania*), jeżeli ona pojawia się w przebiegu niektórych chorób żołądka (p. str. 233, 235). Zauważono ją dotąd w przypadkach rozstrzeni żołądka wskutek zaciśnięcia odźwiernika, bądź rakowego, bądź bliznowatego po wrzodzie okrągłym. Przypadków tężyczki żołądkowej dotąd ogłoszonych naliczono około 41. Pierwszy przypadek ogłosił Neumann w r. 1861, a ostatni Berlizheimer z kliniki Jakscha w r. 1897. W ostatnich czasach, kiedy zwrócono więcej uwagi na chemizm trawienia, spostrzegano przypadki tężyczki najczęściej wobec nadmiernego wydzielania HCl. W kilku przypadkach nastąpił wybuch tężyczki, po zastosowaniu sondy żołądkowej, w innych znów po użyciu wyskoku. Pojawienie się tężyczki żołądkowej jest *signum mali ominis*, gdyż prawie  $\frac{3}{4}$  chorych dotkniętych takową umiera. Czy tężyczka żołądkowa polega rzeczywiście na wtargnięciu trucizny do ustroju, na to nie ma jeszcze bezpośredniego dowodu. Kulneff starał się otrzymać z treści żołądkowej w raku i w rozstrzeni żołądka istoty trujące, lecz otrzymane przez niego przetwory nie miały własności wywoływania tężca u zwierząt. Ewald i Jacobsohn a następnie Albu otrzymali z moczu podczas napadu tężyczki u chorej, istotę o własnościach alkaloidów, którego to ciała w czasie wolnym od napadu Albu już nie mógł znaleźć. Własności jednak toksyczne powyższego alkaloidu, żaden z autorów bliżej nie għadał. Bouveret i Devic otrzymali wprawdzie z miazgi pokarmowej żołądka z rozstrznięciem i z nadmiernem wydzielaniem HCl przez rozmaite manipulacje chemiczne, używając do tego wyskoku, istotę sprawającą kureze u zwierząt, lecz trudno rozstrzygnąć pytanie, czy otrzymane przez nich połączenie znajdowało się pierwotnie w treści żołądkowej, czyli też zostało sztucznie wytworzone wskutek manipulacji chemicznych. Bouveret i Devic przypuszczają, że istota trująca nie zawsze wytwarza tężec, lecz tylko usposabia do niego, podobnie jak to ma miejsce u żaby zatrutej strychniną, w którym to przypadku zatrute zwierzę popada w tężec przy najmniejszym podrażnieniu skóry. Tego rodzaju usposobienie do kurezów może się wytworzyć według zapatrywań Fleinera nie tylko wskutek samozatrucia, lecz także z powodu charłactwa, lub braku wody w tkaninach. Równocześnie należy nadmienić, że wielu autorów (mianowicie Germain Sée) uważają tężyczkę żołądkową jako nerwicę odruchową.

Obraz chorobowy tężyczki żołądkowej nie jest jednakowy. Raz zbliża się on do tężca, w innych znów do padaczki. W przypadkach czystych przedstawia tężyczka następujące objawy: Napad poprzedzają zwiastuny polegające na uczuciu trętwienia, osłabienia i bolesnych sensacyj w kończynach górnych. Napad sam rozpoczyna się skurczem zginaczy palców u obydwu rąk. Palce przyjmują ułożenie jak do pisania, albo jak Trousseau się wyraża, ułożenie ręki położnika, wprowadzającego ją do pochwy. Przedramiona są miernie zgięte, a ramiona do tułowia przyciągnięte. Jeżeli tężec przechodzi na kończyny dolne, to duże palce są zgięte, a stopa przybiera ułożenie, jak w pes equinus. Stąd przechodzi skurecz, chociaż stosunkowo rzadko, na mięśnie uda, tułowia a czasem twarzy i ocz. Po kilku minutach lub godzinach napadu, wśród którego chory bywa zwykle przytomny, zaczyna się zwalnianie stężenia mięśni. Ja miałem tylko raz przypadek lekkiej tężyczki żołądkowej w rozstrzeni z powodu znacznego zwiększenia rakowego dzwienika. Chory, u którego był zupełny brak HCl, dostał po wieczornem przepłukaniu żołądka sztywności w kończynach górnych i dolnych, poczem upadł utraciwszy przytomność na 5 minut. Napad się nie powtórzył. Po kilkunastu dniach poddał się chory resekyi odzwiernika i wyzdrowiał.

Pomimo, że napad tężyczki pozornie ustępuje, to układ nerwowy i mięśniowy, nie powracają jeszcze do stanu prawidłowego, gdyż można jeszcze zauważyć pewne objawy właściwe dla utajonego stanu podniecenia. Trousseau wykazał, że przez 1—2 minutowy ucisk na pnie tętnicze lub nerwowe ramienia (na nervus medianus lub arteria brachialis) można napad napowrót wywołać. Erb zaś znalazł pobudliwość galwaniczną nerwów obwodowych już na bardzo słabe prądy we wysokim stopniu wzmożoną. Chwostek znów zauważył, że ucisk na nervus facialis wykonany w ten sposób, że się przesunie, naciskając silnie palcem lub rączką młotka perkusyjnego, przez twarz od góry na dół, sprawia żywe skurcze we wszystkich mięśniach twarzy. Jak długo jeszcze da się wywołać jeden z powyżej wymienionych objawów, tak długo należy się jeszcze spodziewać wystąpienia ponownego napadu tężyczki.

Leczenie tężyczki żołądkowej jest ze względu na niepewność etyologii takowej obecnie tylko symptomatycznym.

Uspokajająco działają kąpiele ciepłe, obłożenie chorego flaszkami napełnionemi ciepłą wodą, a w razie wygórowanych kurczów podskórne wstrzykiwanie morfiny. Bouveret i Devic, jakoteż Fleiner radzą przepłukiwać żołądek dla usunięcia trującej miazgi pokarmowej, chociaż znanych jest kilka przypadków, że właśnie po zondowaniu żołądka pojawiły się napady tężyczkowe. Bouveret i Devic odradzają podawania wyskoku w rozstrzeni przebiegającej z nadmiernem wydzielaniem HCl. Fleiner i Boas polecają, aby wprowadzać pilnie ciepłe płyny (wodę, mleko) do odbytnicy w tym celu, aby wessana woda opuszczając ustrój w postaci moczu wypłukała go z ciał zatruwających. Najracjonalniŝem byłoby usunąć zwięzenie odźwiernika zapomocą zabiegu chirurgicznego, które, jak słusznie zauważył Fleiner, nie należy wykonywać w czasie, gdy powyżej opisane objawy utajonego podniecenia układu nerwowego dają się wywołać.

5. **Charłactwo rakowe** (p. str. 141, 147) pojawiające się bardzo wczesnie u chorych na raka żołądka, polega według mniemania wielu autorów na zatruciu ustroju przez ciała rozkładowe, wytwarzające się w nowotworze, a przyspieszające rozpad tkanek ustroju. Jest to przewlekłe samozatrucie ustroju w przebiegu sprawy rakowej. Może ono jednak niekiedy pozornie nagle wystąpić na kilka dni przed śmiercią jako ostre zatrucie rakowe pod nazwą *coma carcinomatosa*, opisane przez Jackscha. Pojawia się przytem zajęcie sensorium, apatya, śpiączka i nieregularny oddech, przyczem wydechane powietrze wydaje woń owocową, pochodzącą od acetonu. W moczu zaś znajduje się obok acetonu, kw. dwuacetoctowy i kw.  $\beta$ -tlenomasłowy (Klemperer). Mocz chorych na raka okazał się też według doświadczeń Feltz'a a nowszych Mayera, o wiele więcej trującym, niż u innych chorych. Doświadczenia ostatniego autora z kliniki Leydena stwierdziły, że nietylko mocz, lecz i ślędziona chorych rakowych okazują większy stopień jadowitości, niż u innych chorych. Podczas zaś pojawienia się *coma carcinomatosa* jadowitość moczu się zmniejsza.

6. *Albuminuria dyspeptica*. Objawia się tem, że w moczu znajduje się białko trwale lub tylko przemijająco, wałeczków zaś niema. Zazwyczaj ranny mocz jest wolny od białka, a pojawia się ono dopiero po jedzeniu. Obok białka zawiera mocz indykan i krystały kw. szczawiiowego. Zależność białkomoczu od sprawy

trawienia ma się według Robina przez to uwidocznić, że dotyczący chorzy cierpią na przeczulicę i rozstrzeń żołądka, powiększenie wątroby i zaparcie żywota. Chorzy są wychudli, czują się osłabieni, cierpią na zawroty głowy; obrzęków zaś nicma. Wyleczenie można osiągnąć tylko w początkach choroby, a to według Robina w 30—35% wszystkich przypadków. W celu leczenia poleca Robin zupełną zmianę diety np. mięsną na roślinną lub odwrotnie. Najlepiej ma działać dieta mleczna. Podczas gdy powszechnie uważają jako przyczynę tego rodzaju białkomoczu zatruciu (toxynami) ze żołądka, to Robin upatruje ją we wessaniu nieprawidłowo przetrawionego białka pokarmowego, które dostaje się do ogólnego obiegu, lecz ustrój nie przyswaja je sobie i wydalą je moczem. Obraz ten chorobowy wymaga jednak jeszcze dalszych obserwacji i badań.

7. *Neuritis degenerativa simplex i multiplex*, uchodzi jako następstwo samozatrucia ze żołądka. Pojawia się ona bowiem często u osób nadużywających napoje wysokokowe. Czy nieprawidłowe przetwory trawienia w rzeczywistości mogą sprawić zwyrodnienie obwodowych nerwów, muszą pouczyć jeszcze dalsze obserwacje. Jeżeli ta choroba nerwowa pojawia się wobec wybitnych zmian patologicznych żołądka, można próbować przyjąć związek przyczynowy między obydwoma sprawami chorobowymi i starać się przez leczenie choroby żołądka korzystnie wpłynąć na zmiany chorobowe w nerwach.

8. Zmiany chorobowe na skórze były uważane już w starożytności, jako pochodzące „od złego trawienia, które jest przyczyną ostrości krwi“. Że pewne przetwory chemiczne, wprowadzone do żołądka mogą wywołać zmiany na skórze, wie lekarz z własnego doświadczenia. Dla przypomnienia przytoczę tu tylko *acne iodacea*, *acne bromacea*, *urticaria medicamentosa* i t. p. Również wiadomem jest, że i pewne pokarmy mogą wywołać u niektórych osób pokrzywkę, jakto n. p. dzieje się niekiedy po spożyciu poziomek, borówek, malin, homarów, raków, ostryg i t. p. Albu twierdzi jednak, że to nie pokarmy sprawiają zmiany na skórze, lecz ich przetwory rozkładowe, które powstają w chorobowo zmienionym przewodzie pokarmowym, a te przechodząc do obiegu ogólnego, wywołują drogą układu nerwowego owe *angioneuroses cutaneae*. Wreszcie uczy codzienne doświadczenie, że

skóra osób żywiących się pokarmami mięsnymi z przyprawami korzennymi, jakoteż ludzi nadużywających napoje wysokokowe, odmiennie się przedstawia, aniżeli takich, którzy żyją miernie lub są wegetaryaninami. Albu uważa i swędzenie skóry jak np. *pruritus senilis* jako objaw samozatrucia. *Urticaria infantum* uważał już Comby jako pochodzącą od złego trawienia, gdyż znajdował równocześnie rozstrzeń lub nieżyt żołądka. Podobnie i *erythema*, *pemphigus*, *acne vulgaris*, *comedones*, starano się wielokrotnie wprowadzić w związek przyczynowy z chorobami przewodu pokarmowego. Wessane istoty rozkładowe mają podrażniać skórę i wywoływać w niej zmiany chorobowe. W celu leczenia wymienionych zmian na skórze, uważali już dawni lekarze za wskazane oczyszczanie (dezynfekcyę) przewodu pokarmowego, w którym to celu powszechnie stosowane bywają przez jednych środki oczyszczające, zwłaszcza solne, jak Marienbad, Karlsbad, Morszyn, przez innych zaś pocenie się, jakoteż wystrzeganie się ostrych pokarmów i napojów. Ostatnimi czasy polecił Singer w celu dezynfekcyi przewodu pokarmowego mentol, a Freund ol. *menthae piperitae*.

Aczkolwiek objawy chorobowe z powodu samozatrucia istnieją w rzeczywistości, to orzeczenie, czy one polegają na samozatruciu, jest w praktyce niezmiernie trudne. Nie posiadamy bowiem dotąd sposobu uchwycić istoty trujące. Wprawdzie Bouchard, którego dzieło „*Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*“ z r. 1887 wprowadziło samozatrucie jako przedmiot dyskusyi do nauki lekarskiej, ocenia stopień zatrucia ustroju według większej lub mniejszej jadowitości moczu, jaka się objawia po wstrzyknięciu pewnej ilości moczu chorego do żyły zwierzęcia, lecz sposób ten nie tylko wydaje wyniki dwuznaczne, ale trudno przypuścić, aby ciało trujące musiało koniecznie przejść do moczu, lub też jeżeli przeszło, aby się znajdowało w takim stanie w moczu, w jakim się znajduje w obiegu naczyniowym. Dla zastosowania praktycznego nauki o samozatruciu, należy obecnie tyle pamiętać, że jeżeli terapia skierowana przeciw pewnemu stanowi chorobowemu nie odnosi dodatniego wyniku, a ma się podejrzenie na samozatrucie, to należy próbować leczenia i w tym kierunku.

Leczenie spraw chorobowych mających swą podstawę w samozatruciu z przewodu pokarmowego, polega, biorąc rzecz

teoretycznie, na szybkim wydaleniu istot trujących z ustroju i w zapobieganiu wytwarzania się takowych. Pierwszy cel staramy się osiągnąć zapomocą środków przeczyszczających, zwyczajnych lub solnych, wód mineralnych czyszczących (Marienbad, Morszyn, Karlsbad, Kissingen i t. p.), sztucznej wody gazowej magnowej i t. d. Następnie wskazane są środki moczopędne, zwłaszcza silne szczawy obojętne lub alkaliczne, a ostatecznie środki napotne jak np. łaźnie parowe. Odtruwająco na ustrój działa także przyspieszenie przeróbki materji, w którym to celu skutecznie działają zabiegi wodolecznicze, lub pobyt w klimacie wysokogórskim. Korzystnie może także zadziałać zupełna zmiana diety np. mięsnej na roślinną lub odwrotnie. Możliwem wydaje się jeszcze wydalanie ciał zatruwających ustrój, przez upusty krwi, z równoczesnem zastosowaniem hipodermoklizy lub ciepłych ławatyw z fizjologicznego rozczyntu soli kuchennej. Co się zaś dotyczy zapobiegania sprawom rozkładowym w przewodzie pokarmowym, to stosowano w tym celu najrozmaitsze antiseptica, między innymi mentol, ichtyol, kreozot i t. p., jednak jak dotąd bez osiągnięcia dodatniego wyniku. Najdzielniejszym środkiem antyseptycznym dla żołądka okazały się przepłukiwania (p. str. 224), a dla jelit środki przeczyszczające. Z tych ostatnich oddaje teoretyczne rozumowanie pierwszeństwo kalomelowi. Należy jednak podnieść, że trwałe stosowanie środków czyszczących pociąga za sobą niepożądane następstwa, jak niedowład i sprawy nieżytowe przewodu pokarmowego.

UWAGA. *Dyspepsia febrilis*. Podobnie jak samozatrucie ze żołądka sprostwadza objawy chorobowe w odległych narządach, może i samozatrucie z innych narządów wywołać zmiany chorobowe w żołądku. Objawy żołądkowe w tych przypadkach są następstwem ogólnej choroby. Najczęstszy przypadek tego rodzaju zmian następowych w żołądku jest niestrawność gorączkowa (*dyspepsia febrilis*). Najstalszym jego objawem jest brak łaknienia, a nawet jadłowstręt, we wielu zaś przypadkach pojawiają się nudności i wymioty. Przyczyną tych objawów może być wpływ toksynów i toksalbuminów wytworzonych pod wpływem zakażenia krwi właściwego chorobie zakaźnej, na dotyczące ośrodki nerwowe jak np. zahamowanie ośrodka głodu. Lecz i miejscowo znajdujemy zbroczenia czynnościowe w żołądku, wywołane pod wpływem toksyn i toksalbuminów gorączkowych. Manassein stwierdził na zwierzętach, że sok żołądkowy w stanie gorączkowym trawi dopiero po dodaniu doń kw. solnego. To samo spostrzegał Uffelmann na chłopaku z przetoką żołądkową w czasie gorączki. Wolfram wykonał cały szereg doświadczeń z próbami trawienia na chorych zakaźnych wysoko gorączkujących w klinice krakowskiej E. Korczyńskiego i przekonał się, że żołądek nie wydzielal kw solnego. Inni autorowie, a mianowicie Hildebrandt, zauważyli podczas stanu gorączkowego zmienność we wydzielaniu kw. żołądkowego, jednak przeważało zawsze zmniejszenie wydzielania. Co do sprawności mechanicznej żołądka w gorączce, to takowa według doświadczeń Immermanna, Noordena i innych nie okazywała się upośledzoną; z doświadczeń

Wolframa wykonanych zapomocą próby białkowej wynika nawet wzmoczenie czynności mechanicznej żołądka we wysokiej gorączce. Natomiast znaleziono upośledzenie chłonięcia jodku potasowego. Stąd wynika, że w stanach gorączkowych racjonalne jest podawanie kw. solnego i wprowadzanie pokarmów łatwo strawnych. — Ze nie wszystkie przypadki choroby gorączkowej dają te same wyniki co do stanu żołądka nie powinno zadziwiać, gdyż łatwo zrozumieć, że inaczej wpływać będzie gorączka na czynność żołądka u chorego, który ma prawidłową kwasotę, a w inny sposób w przypadku nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego. Należałoby przeto dla oceny zmian wywołanych stanem gorączkowym, znać czynność żołądka przed chorobą.

### XXXV. Zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka <sup>1)</sup>.

Chirurgia żołądka to prawdziwe dziecko bieżącego stulecia. Dawniej ograniczała się cała działalność chirurga wobec chorób żołądka jedynie tylko do otwarcia żołądka celem wydobycia zeń ciał obcych lub do założenia przetoki żołądkowej, dla ratowania chorego od niechybnej śmierci głodowej wobec zwężeń przełyku. Dopiero ostatnich lat dwadzieścia sprowadziło zupełny przewrót w tym dziale medycyny. Dzięki wysoce wydoskonalonej dyagnostyce chorób żołądkowych, obfitemu materiałowi statystycznemu, badaniom doświadczalnym na zwierzętach, wykazującym możliwość najrozmaitszych zabiegów operacyjnych, a wreszcie znakomitej technice operacyjnej całego szeregu genialnych chirurgów, poczęto usuwać drogą operacyjną cierpienia, o których uleczalności nawet pierw zamaryć nie można było. Może nie ma drugiego działu w medycynie, w którymby osiągnięto, właśnie dzięki współdziałaniu medycyny wewnętrznej i chirurgii tak znakomite wyniki, jak właśnie wobec chorób żołądka. Chirurgia tego narządu doszła już prawie do szczytu doskonałości i zaledwie jeszcze w drobnych jakichś szczegółach może uleść zmianie i ulepszeniu.

I. Operacje wykonywamy dziś na żołądku albo z powodu schorzenia jego samego, albo też z powodu cierpień narządów sąsiednich, a mianowicie przełyku. Co do tych ostatnich, to prawie wyłącznie wchodzi tu pod uwagę zwężenie, wywołane już to bliznami, albo też daleko częściej nowotworami (p. str. 155). Rzadziej daleko przyczyną zwężenia przełyku, wymagającą koniecznego otwarcia żołądka, celem dalszego odżywiania chorego są

<sup>1)</sup> Ustęp powyższy pochodzi z pióra prof. R. Trzebieckiego, prymariusza oddziału chirurgicznego Szpitala Powszechnego w Krakowie.

nowotwory śródpiersia lub szyi, uciskające na przełyk, jak najmniej ciała obce uwieczgłe tuż powyżej wpustu żołądka, a niedające się zwykłą drogą usunąć.

A. Zwężenia bliznowate oczywiście tylko wówczas stanowią wskazanie do otwarcia żołądka, gdy się nie dadzą usunąć przez wprowadzanie zgłębników przez jamę ustną. Przedewszystkiem dotyczy to zwężeń wysokiego stopnia powstałych po oparzeniach żrącymi kwasami i alkalia mi. W podobnych przypadkach rozszerzanie sondami natrafia często na wprost nieprzezwyciężone trudności (p. str. 100), a założenie przetoki żołądkowej chroni nie tylko pacjenta od zagłodzenia, ale pozwala także na próbę rozszerzania zwężenia od dołu, albo na zastosowanie tak zwanego „zondowania bez końca“, jak je nazwał Hacker<sup>1)</sup>. Polega ono na tem, że do końca cieniutkiej struny, przeprowadzonej od strony jamy ustnej przez zwężenie, przywiązuje się nitkę podwójną i przeprowadza takową po wyciągnięciu struny przez miejsce zwężone w ten sposób, że jeden koniec wystaje z jamy ustnej, a drugi z przetoki żołądkowej. Nitka ta pozostaje w tem położeniu czas jakiś, a służy jako przewodnik dla coraz grubszych rurek gumowych, które się przywiązuje do jednego z końców nitki, a następnie przez pociąganie za drugi koniec przeprowadza przez miejsce zwężone. Rurka taka mocno wyciągnięta przechodzi zazwyczaj łatwo przez miejsce zwężone, a w chwili ustania trakcyi stara się wrócić do swej pierwotnej grubości i rozpycha tem samym zwężenie. Drogą tą osiągnęli zarówno sam Hacker jak i inni nawet w bardzo uporczywych przypadkach wyniki pomyślne.

2. Jeżeli wobec zwężeń bliznowatych w razie konieczności założenia przetoki żołądkowej wszyscy chirurgowie zawsze chętnie operację tę wykonywali i wykonują, to nie możemy tego samego powiedzieć o zwężeniach nowotworowych (p. str. 155). Przy raku przełyku przeważna część lekarzy dawniej tylko bardzo niechętnie wykonywała gastrostomię, wychodząc z tego stanowiska, że jeżeli chory zgłasza się po poradę do chirurga w tym stanie, kiedy jeszcze potrafi przełykać płyny, to

<sup>1)</sup> Ueber Magenoperationen bei Carcinom und bei narbigen Stenosen. Wien 1895.

przy jakiej takiej wprawie i cierpliwości — udaje się zazwyczaj przejść także zgłębnikiem przez miejsce zwężone, takowe powoli rozszerzyć, a więc operacja jeat zbytęczną; jeżeli zaś ehory i płynów już połykać nie potrafi, to i operacja organizmu wyniszczonęgo od śmierci uratować nie zdoła. Do tego skeptęcznego zapatrywania się na operację z pewnością po znacznej części przyczyniła się nieudolność techniki, a mianowicie głównie niemożność zapobieżenia wylewania się treści żołądka przez przetokę na zewnątrz, co prowadziło zazwyczaj do rozległych i uporęczywych wyprysków na skórze. W miarę jednakże jak technika operacyjna dzięki licznym modyfikacyom, o których wspomniemy mówiąc o techniczej stronie operacyj żołądkowych, doznała ulepszenia i pod tym względem zapanował korzystny dla ehorych obrót i dziś już znaczna część chirurgów słusznie bardzo wykonywa gastrostomię i we wcześniejszym okresie raka przełyku. Woronzow <sup>1)</sup> na podstawie 42 przypadków obserwowanych w klinice Kochera wykazał, że tą operacją zdołano ehorych daleko dłużej utrzymać przy życiu aniżeli przez zwykłe rozszerzanie miejsca zwężonęgo, zwłaszcza, że ciągle zakładanie zgłębnika drażni nowotwór i pobudza go dość często do rychlejszego bujania, pomijając już i inne niebezpieczeństwa ze zondowaniem połączone. Wiadomą zresztą jest powszechnie rzeczą, a zwrócił między innymi na to wagę i Zesas <sup>2)</sup>, że po założeniu przetoki żołądkowej zwężenia rakowate przedtem zupełnie dla pokarmów niedrożne — po niej jakim ezasie takowe znów przepuszczają. Wobec prostej techniki tej operacji, należy tedy w każdym przypadku raka przełyku, w którym odżywienie ehorego wskutek utrudnionęgo przez nowotwór połykania podupada, operację tę wykonać. Natomiast trudno zapalić się do postępowania proponowanęgo przez Monoda <sup>3)</sup>, Ponceta <sup>4)</sup>, Nové-Josseranda <sup>5)</sup>, którzy zalecają w każdym przypadku raka przełyku w możliwie najwcześniejszym okresie przyszyć żołądek do przedniej ściany brzucha i wywołać tym sposobem zrosty między po-

<sup>1)</sup> Beitrag zur Frage von der Anwendung der Gastrostomie. Inaug. Diss. 1895.

<sup>2)</sup> Archiv. f. kl. Chirurgie. 38. str. 222.

<sup>3)</sup> Centralbl. f. Chirurgie 1892 str. 892.

<sup>4)</sup> Jahresbericht Virchova i Hirscha 1892. II, 447.

<sup>5)</sup> Centralbl. f. Chirurgie 1892 str. 694.

włokami brzuszными a żołądkiem. Z chwilą zaś, gdy połykanie staje się trudnem, radzą dopiero otworzyć żołądek, co wówczas prawda wobec przyrośnięcia żołądka jest zabiegiem nader prostym, równającym się otwarciu zwykłego ropnia.

3. O nowotworach uciskających na przełyk i usuwających jego drożność nie wiele można powiedzieć, gdyż one wogóle bywają dość rzadkie. Najczęściej smutna ta rola przypada rakowo zwyrodniałym wolom, i mięsakom wychodzącym z gruczołów chłonnych śródpiersia.

4. Zajęcie niepospolite zarówno pod względem postawienia wskazania jak i wykonania stanowią te przypadki, w których otwarcie żołądka staje się koniecznym celem usunięcia z przełyku ciał obcych, które tamże utkwily i zwykłą drogą na zewnątrz wydobyć się nie dają. Najłatwiej oczywiście może się podobny przypadek wydarzyć, gdy ciało obce utkwil w przedtem już bliznowato zwężonym przełyku, jak to n. p. opisał Körte <sup>1)</sup>. W przypadku tym mosiężna muterka od śruby zaklinowała się w bliźnie przełykowej i dopiero po 8 dniach od strony żołądka zdolano ją wypchać ku górze i usunąć. Pod wieloma względami nader ciekawy jest przypadek Mortona <sup>2)</sup> — dotyczący mężczyzny, który przed przeszło 1½ rokiem połknął sztuczną szcękę. Przez pierwsze 3 miesiące pacjent oprócz ograniczonego bólu nie doznawał żadnych dolegliwości, a dopiero później wystąpiło utrudnienie w połykaniu. Podejrzywano, że ciało obce utkwilo tuż przed wpustem żołądka, z obawy jednak, by takowego przez ewentualnie powstały wrzód odleżynowy nie wepchnąć na fałszywą drogę, zaniechano wszelkich prób zondowania. Po otwarciu żołądka można było rzeczywiście wyczuć ciało obce tam, gdzie jego obecność przypuszczano i po licznych próbach udało się takowe usunąć. Przypadek skończył się niestety niepomysłnie wskutek ropnego zapalenia otrzewny. Najradykałniej postąpił w podobnym przypadku Finney <sup>3)</sup>, który nie mogąc inaczej wydobyć pestki z brzoskwini, która od 5 dni tkwiła w dolnym odcinku przełyku, otworzył tak szeroko żołądek,

<sup>1)</sup> Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft F. Chirurgie. XXIV Kongress. Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1895. Nr. 27, strona 78.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. Chirurgie 1896, str. 683.

<sup>3)</sup> Jahresbericht Virchova i Hirscha 1892 II, str. 447.

że mógł doń wprowadzić lewą rękę i w ten sposób manipulując ręką od dołu a zgłębnikiem od góry — zepchnąć pestkę do żołądka. Chory wyzdrowiał.

**B.** Choroby samego żołądka wymagające interweneyi chirurgicznej są bardzo liczne. Oczywiście do rzędu zabiegów chirurgicznych nie zaliczamy przepłukiwań żołądka, choć biorąc rzecz pedantycznie i te rękoczyny tu zaliczyćby wypadło. Abstrahując jednak od tych drobnych i bezkrwawych zabiegów, musimy ugrupować choroby żołądka wymagające pomocy chirurga w następującym porządku: 1. Zranienia żołądka. 2. Ciała obce. 3. Przetoki żołądkowe. 4. Rozstrzenie żołądka. 5. Wrzód żołądka i liczne jego powikłania i następstwa. 6. Rak i inne nowotwory; a wreszcie 7. Zmiany chorobowe sprawiające ucisk na żołądek od zewnątrz i powodujące zwężenia.

1. Rany żołądka dawniej były uważane za niechybnie śmiertelne, a dopiero pierwszy Larrey powiedział „Plais d'estomac ne sont pas mortelles dans tous les cas“. I rzeczywiście statystyka uczy, że zdanie to wielkiego chirurga Napoleona I. było słusznem, choć zaprzeczyć trudno, że największa ilość tych ran przy wyczekującym zachowaniu się lekarza kończy się niepomyślnie. Rany żołądka bywają zadane albo narzędziami ostremi, pociskami postrzałowymi, lub wreszcie siłą tępa, — najczęstsze bywają postrzałowe. W pierwszych dwóch razach są one zawsze połączone z raną zewnętrzną, w ostatnich dość często brak tejże. Skaleczenia zadane narzędziem ostrem bywają nader rozmaite co do rozciągłości i usadowienia, i najczęściej dotyczą wszystkich warstw żołądka, przy ranach zaś postrzałowych zależą rozmiary rany głównie od wielkości i jakości pocisku. Zranienia żołądka wywołane siłą tępa są daleko rzadsze. Jako czynniki wywołujące tu skaleczenie należy wymienić uderzenie pięścią lub nogą, kolbą, kołankowaniem, kopnięcie kopytem końskim, upadnięcie ze znacznej wysokości zwłaszcza na przedmiot twardy, przejechanie, zgniecenie itp. Zranienia wywołane w taki sposób, mogą albo dotyczyć całej ściany żołądka, albo tylko niektórych jej warstw, lub wreszcie sprowadzić rozstąpienie się poszczególnych warstw żołądka

między sobą. Według Rehna <sup>1)</sup>, który nader skrzętnie temat ten opracował, zdają się najczęstszymi być rany błony śluzowej. Rozpoznanie zranienia żołądka, zwłaszcza w samym początku, nie zawsze bywa łatwym. Inaczej rzecz się ma, gdy rana w powłokach brzusznych jest tak wielką, że żołądek wprost oglądać można, lub gdy tenże choćby przez mniejszą ranę wypadł na zewnątrz, lub gdy wreszcie rozwinęły się już objawy następowego zapalenia otrzewny.

Gdzie jednakże okoliczności te nie zachodzą, to jedynym pewnym objawem, którego tylko zazwyczaj brakuje tam, gdzie błona śluzowa nie doznała skaleczenia, a więc rana nie przeszływa całej ściany żołądka, są wymioty krwawe. Inne objawy wydarzające się przy skaleczeniu żołądka nie są ani stałe, ani same przez się charakterystyczne dla ran żołądka w odróżnieniu od zranień innych części przewodu pokarmowego. Dotyczy to przedewszystkiem wydobywania się gazów bezwonných przez ranę, co według Czernego ma być charakterystycznym właśnie dla ran żołądka. Słusznie jednak zwraca uwagę na to Schroeter <sup>2)</sup>, że może się zdarzyć przypadek, że z żołądka dotkniętego rozstrzenią, wydobywają się także gazy cuchnące. Do niestałych objawów zaliczyć też należy wydobywanie się z rany kwaśnej miazgi pokarmowej i rychłe zniknięcie stłumienia wątroby. Każdemu prawie zranieniu żołądka towarzyszy zazwyczaj zapad mniej lub więcej wyraźny i groźny, ale wcale nie charakterystyczny, jak nie mniej i dość często obniżenie ciepłoty. Zdaniem niektórych autorów spadek ciepłoty, towarzyszący prawie wszystkim ranom przewodu pokarmowego, a zwłaszcza postrzałowym jest tem znaczniejszym, im bliżej część zraniona leży żołądka. W razie skaleczenia którego z większych naczyń żołądka można wreszcie obserwowad objawy groźnej niedokrwistości.

Przebieg dalszy ran żołądkowych bywa rozmaity, jak wogóle przy wszelkich ranach przewodu pokarmowego. Nie ulega wątpliwości, że niektóre przypadki, zwłaszcza te, w których żołądek

<sup>1)</sup> Die Verletzung des Magens durch stumpfe Gewalt. Archiv. f. kl. Chirurgie 53, str. 383.

<sup>2)</sup> O ranach postrzałowych żołądka. Przegl. chir. t. II.

w chwili zranienia był próżny, rana niewielka, a kierunek jej w ścianach żołądka nieco ukośny, mogą się wygoić bez wszelkiego zabiegu chirurgicznego tylko przy zastosowaniu leczenia wyczekującego. Jako ciekawy przykład może tu posłużyć przypadek opisany przez Smitha <sup>1)</sup>, dotyczący 18 letniego mężczyzny, który otrzymał strzał z pistoletu. Kula weszła na 2 cale poniżej i na lewo od wyrostka mieczykowatego, a zgłębnik miał prowadzić wprost do żołądka. Leczenie ograniczało się do wstrzykiwań morfiny. Po 48 godzinach kula odeszła ze stolecem, a po tygodniu pacjent był zupełnie zdrow. Przypadki jednak podobne należą do rzadszych, a częściej daleko przychodzi do zapalenia ropnego otrzewny i do zakażenia gnilnego całego ustroju. Nieposiadamy wprawdzie pod tym względem dokładnych dat statystycznych <sup>2)</sup>, ale dość wspomnieć tylko, że na 79 ran postrzałowych żołądka z wojny amerykańskiej wyzdrowiało zaledwie 19 chorych — leczonych przeważnie konserwatywnie <sup>3)</sup>. A nie należy też zapominać i o tem, że uratowanie chorego z raną żołądka drogą wyczekiwania na razie od śmierci nie równa się jeszcze wcale zupełnemu wyleczeniu, gdyż chorzy tacy niejednokrotnie później jeszcze giną z ograniczonego ropienia otrzewny, ropni podprzeponowych itp. Wogóle leczenie wyczekujące zranień przewodu pokarmowego nie odpowiada zasadom dzisiejszej chirurgii, która tylko w rychłej laparotomii i zamknięciu sztucznego otworu w ścianach jelita widzi jedynie pewny ratunek dla chorego. Co do czasu i sposobu wykonania operacyi — musimy to samo powiedzieć co o laparotomii przy samoistnem pęknięciu wrzodów żołądka i dlatego na tamtem miejscu sprawę dokładnie omówimy. Tu chciałbym tylko wspomnieć, że jakiś odważny chirurg, którego nazwisko poszło w zapomnienie, już w roku 1522 w Ratusbonie z powodu rany klutej jamy brzusznej, wykonał laparotomię i zespoił ranę żołądka kilkoma szwami. Chory ów wyzdrowiał.

2. Ciała obce połknięte niejednokrotnie wymagają operacyjnego usunięcia z żołądka. Dostają się one tam już to cał-

<sup>1)</sup> Jahresbericht Virchova, Hirscha 1892, II. str. 370.

<sup>2)</sup> Nader sumienna statystyka Gabszewicza (Gaz. lek. 1892 Nr. 15 i 16) dotyczy ran postrzałowych brzucha wogóle, a nie samego tylko żołądka.

<sup>3)</sup> Deutsche Chirurgie Lief. 54 str. 106.

kiem przypadkowo jak np. sztuczne zęby, albo wśród nieudałych sztuczek kuglarskich, lub wreszcie bywają połknięte wprost w celach samobójczych. Dolegliwości przez nie spowodowane bywają nader rozmaite. Wiadomą mianowicie jest rzeczą, że niejednokrotnie ciała takie nawet większych rozmiarów (p. str. 237) i o ostrych brzegach przechodzą przez cały przewód pokarmowy, nie wywołując najmniejszych dolegliwości. W innych zaś razach wywołują one groźne objawy, przebijając ściany przewodu pokarmowego, i powodując następowo mniej lub więcej rozległe ropienia. W pośrodku stoją te przypadki, w których ciało połknięte latami spokojnie leży w żołądku nie wywołując żadnych dolegliwości, albo też odbywa wędrówki i po długim czasie z odległego jakiegoś organu bywa usunięte. Statystykę podobnie rzadkich przypadków znajdujemy zestawioną w pracy Hashimota <sup>1)</sup>. Do najciekawszych należy jego własny, w którym japońska szczoteczka do zębów przez 15 lat spoczywała w żołądku mimo, że powstała była przetoka żołądkowa ropiejąca. Bardeleben wyjął u 11-letniego chłopca z okolicy kiszki ślepej stalowe szydełko, które tenże był połknął przed 10-ciu laty. Le Tellier obserwował przypadek, w którym widelec połknięty przed pięciu laty wydostał się na zewnątrz w okolicy krętarza. Największą ilość przedmiotów połknięta bezsprzecznie chora operowana przez Frickera <sup>2)</sup>, u której wydobyto przez gastrostomię 37 najrozmaitszych przedmiotów, połkniętych w celu samobójczym. Od ciał obcych połkniętych jako takie należy odróżnić te, które połknięte w rozczywie następowo dopiero po strąceniu z takowego osadziły się w żołądku jako ciała twarde, albo te, które skleiwszy się z połykanymi latami drobnymi kawałeczków utworzyły z czasem duże konkrementa. Do pierwszej kategorii należą te rzadkie przypadki, opisane przez Friedländera <sup>3)</sup> i Manassego <sup>4)</sup>, w których pacjenci stolarze, nałogowi pijacy, latami spijali politurę, z której szelak osadzał się w żołądku w formie pokąźnego guza (p. str. 146). Do drugiej grupy zaliczyć na-

<sup>1)</sup> Extraction einer vor 15 Jahren verschluckten Zahnbürste aus dem Magen. Arch. f. kl. Chirurgie 38. str. 169.

<sup>2)</sup> Ein seltener Fall von Fremdkörpern im Magen. Heilung. Deutsche med. Wochenschr. 1897 Nr. 4.

<sup>3)</sup> Berl. klin. Wochenschr. 1891 Nr. 1.

<sup>4)</sup> Ueber einen Magenstein. Berl. klin. Wochenschr. 1891 Nr. 33.

leży tak zwane Pilo czyli Tricho-Bezoary i Fitobezoary. Pierwsze stanowią guzy powstałe z połykanych latami drobnych kawałków włosów, najczęściej obgryzanych własnych końców tychże (p. str. 146), albo jak w przypadku Af. Schultén'a <sup>1)</sup> z włosów krowich, które pacjentka zajęta ich przedzeniem widocznie przez nieostrożność palcami do ust sobie wprowadzała. Podobne przypadki opisał pierwszy Schönborn <sup>2)</sup>, a później Thornton <sup>3)</sup>, John-Berg i Stelzner <sup>4)</sup>, a oprócz tego skonstatowano 9 razy podobny guz w żołądku na stole sekcyjnym. Bez porównania rzadsze są tak zwane Phytobezoary, w których guz składa się z włókien roślinnych. U zwierząt wydzarżają się one częściej np. u koni, natomiast u człowieka mamy jak dotąd jeden wypadek opisany przez Schreibera <sup>5)</sup>. Dotyczył on 30-letniej Litwinki, która od szeregu lat spożywała znaczne ilości czarnych korzonków (*Scorzonera hispanica*), smażonych w maśle. Badanie wykazało u niej guz ruchomy w żołądku, który usunął Eiselsberg drogą operacyjną. Badanie guza ważącego około  $\frac{1}{4}$  kilograma wykazało, że składał się z licznych komórek i gęstego splotu włókien roślinnych.

Wobec niepewności co do dalszego zachowania się połkniętego ciała obcego należy w każdym przypadku, w którym wywiady i badanie wykazują w żołądku obecność ciała obcego, o którym według jego własności fizycznych przypuszczać możemy, że nie zdoła bez szwanku przejść przez przewód pokarmowy (p. str. 237), lub jeżeli nawet mimo podobnej możności obecność tego ciała w żołądku sprawia choremu dolegliwości, przystąpić do wyjęcia takowego zapomocą otwarcia żołądka. Operacya ta jest bardzo dawną, bo już w roku 1635 Daniel Schwabe w Królewcu wydobył drogą operacyjną z pomysłnym skutkiem z żołądka nóż połknięty. Podobne operacye wykonywali w XVII i XVIII stuleciu Floryan Mathis, Wesener, Hübner, Frizac i inni. Według

<sup>1)</sup> Centralblatt f. Chirurgie 1896 str. 68.

<sup>2)</sup> Eine durch Gastrotomie entfernte Haargeschwulst aus dem Magen eines jungen Mädchens. Arch. f. d. Chirur. t. 29.

<sup>3)</sup> Lancet. 1886 Nr. 2.

<sup>4)</sup> Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie 1896.

<sup>5)</sup> Ueber einen Phytobezoar einer Frau u. dessen Diagnose. Mittheilungen a. d. Grenzgebieten 1896, str. 729.

statystyki Credego <sup>1)</sup> wykonano do roku 1886 gastrotomią celem wydobycia ciał obcych z żołądka 26 razy, a mianowicie 22 razy z wynikiem pomyślnym. Wprawdzie statystyka ta, odnosząca się w znacznej części do czasów przedantyseptycznych, zawiera także takie przypadki, w których dopiero ropień powstały po przebiegu ściany żołądka stanowił wskazanie do operacji, niemniej jednakże znakomite wyniki są dowodem, że i w czasach przedantyseptycznych uznawano operację tę w odpowiednich przypadkach za uzasadnioną i zbawienną. O wiele bardziej musi ona nią być dziś, przy wydoskonalonej naszej technice operacyjnej.

3. Przetoki żołądkowe wtedy tylko wymagają operacyjnego zamknięcia, jeżeli dochodzą znaczniejszych rozmiarów. Jednym z pierwszych, który z pomyślnym skutkiem wykonał operację, był Billroth <sup>2)</sup>. Po nieudanych licznych próbach zamknięcia przetoki u młodej dziewczyny odpreparował on ścianę żołądka od brzegów przetoki i zespoił ją szwem, pokrywając następnie ubytek w powłokach brzusznych płatem osobnym.

4. Pierwotna trwała rozstrzeń żołądka (p. str. 203) i zmiany jego położenia wskutek opadnięcia rzadko tylko stanowią wskazanie do zabiegu operacyjnego. Wprawdzie Rydygier <sup>3)</sup> słusznie bardzo radzi, by w każdym przypadku uporczywej rozstrzeni, opierającej się wszelkiej terapii wewnętrznej jamę brzuszną otworzyć, ale w pierwszym rzędzie dla przekonania się o jej przyczynie, a głównie o obecności, lub braku raka odźwiernika. Rozstrzeń jednak pierwotna, wywołana atonią organu, rzadko tylko dochodzi takich rozmiarów, że opiera się wszelkiemu lekowaniu wewnętrznemu, a wymaga zabiegu krwawego. Według zdania Rosenheima <sup>3)</sup>, które w zupełności podzielać wypada, rozstrzyga w takich razach o konieczności operacji jedynie tylko stopień upośledzenia odżywiania, wynikły z niedostatecznego wydalania treści żołądkowej do jelit. Podobnie zupełnie zapatruje się na potrzebę operacji wobec roz-

<sup>1)</sup> Gastrotomie wegen Fremdkörper. Arch. f. kl. Chirurgie 33 str. 574.

<sup>2)</sup> Wiener med. Wochenschr. 1877 Nr. 38.

<sup>3)</sup> Ueber die chirurgische Behandlung d. Magenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1895 Nr. 1—3.

strzeni Grundzach <sup>1)</sup>. W razie konieczności zabiegu operacyjnego mamy do wyboru dwie operacje, albo tak zwaną *Gastroplicatio* podaną przez Birchera <sup>2)</sup> i Brandta <sup>3)</sup> (Tricomi <sup>4)</sup> proponuje dla niej nazwę *Gastrostenoplastyki*, albo *gastroenterostomią*. Pierwsza z nich polega na ułożeniu ścian żołądka zapomocą licznych szwów obejmujących błonę śluzową i mięsną w fałdy w ten sposób, by żołądek nabrał znów prawidłowych rozmiarów, a względnie by dno stało w równym poziomie z odźwiernikiem. Operacja technicznie jest bardzo łatwa, a Caselli <sup>5)</sup> na podstawie doświadczeń na zwierzętach dochodzi do przekonania, że zapomocą niej można osiągnąć nie tylko zmniejszenie pojemności żołądka, ale i zwiększyć jędrność warstwy mięśniowej. Gdyby to przypuszczenie się ziściło, to odpadłby najcięższy zarzut przeciw operacji tej podnoszony, a mianowicie, że mimo zmniejszenia rozmiarów żołądka nie usuwa ona głównej istoty cierpienia t. j. nie podnosi sprawności mechanicznej żołądka <sup>6)</sup>. Przypadki, podobne jak opisany przez Borelius <sup>7)</sup>, gdzie mimo chwilowego polepszenia po operacji Birchera później wypadało koniecznie wykonać gastroenterostomię, zdają się potwierdzać słuszność tego zarzutu. Zresztą poszczególne przypadki tu rozstrzygać nie mogą, decydować może jedynie obfitsza statystyka, której dotąd nie posiadamy. Bircher <sup>8)</sup> sam wykonał tę operację 10 razy (6 kobiet, 4 mężczyzn) w 4 przypadkach, jednak rozstrzeń była powikłaną z wrzodem i bodaj czy nie jego następstwem; dwa przypadki zakończyły się bardzo rychło śmiercią (jeden zupełnie niezależnie od operacji), we wszystkich innych dolegliwości podmiotowe trwale ustąpiły. Bądź co bądź jednak dotychczas jeszcze operacja ta nie zdołała sobie wywalczyć zupeł-

<sup>1)</sup> O wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii. *Medycyna* 1893, Nr. 48 i 49.

<sup>2)</sup> Operative Behandlung der Magenerweiterung. *Correspondenzbl. f. Schweizer Arzte* 1891, Nr. 23.

<sup>3)</sup> Ueber *Gastroplicatio*. *Centralblatt f. Chirurgie* 1894, str. 361.

<sup>4)</sup> Hildebrand *Jahresbericht*. 1895, str. 701.

<sup>5)</sup> Hildebrand *Jahresbericht* 1895, str. 701.

<sup>6)</sup> Ullmann *Klin. Bemerkungen zur chirurg. Therapie der sogenannten Magenerweiterung*. *Centrbl. f. Chir.* 1895, str. 958.

<sup>7)</sup> Hildebrand. *Jahresbericht* 1895, str. 717.

<sup>8)</sup> Neue Beiträge zur operativen Behandlung der Magenerweiterung, *Correspondenzblatt für Schweizer Arzte* 1894, Nr. 18.

nego i bezwarunkowego uznania i dlatego w razie konieczności operacyi z powodu pierwotnej trwałej rozstrzeni pewniej wykonać gastroenterostomią, o której wiemy, że przywraca prawidłowe odżywienie chorego. Haberkant <sup>1)</sup> w pięknej swej pracy zdołał zestawić z całej literatury tylko 4 przypadki gastroenterostomii z powodu trwałej rozstrzeni żołądka, a mianowicie: przypadek Selenkowa, który zakończył się śmiercią, i 3 przypadki pomysłnie operowane przez Rentona, Kleefa i Jeannela. Doliczyć tu też wypada przypadek Boreliusza, o którym powyżej wspomnieliśmy.

5. Wobec rozstrzeni następowej (p. str. 230), wywołanej zmianami w odźwierniku, a dotyczącymi albo samej ściany odźwiernika, albo narządów sąsiednich uciskających na odźwiernik, o ile się ta rozstrzeń z jednej strony nie da wyleczyć, przez usunięcie przyczyny ją wywołującej, a z drugiej strony sama przez się podkopuje organizm, wskazaną może być jedynie gastroenterostomia.

6. Nieliczne również bardzo są te przypadki, w których starano się drogą operacyjną poprawić zmianę położenia żołądka (p. str. 249, 263). Taylor <sup>2)</sup> radzi w przypadkach opadnięcia żołądka przyszyć takowy do powłok brzusznych i usunąć tem samem towarzyszące dość często opadnięciu kątowate zagięcie odźwiernika. Duret <sup>3)</sup> zapomocą przyszycia żołądka osiągnął w jednym przypadku znaczne opadnięcia żołądka, połączonego ze znacznymi dolegliwościami podmiotowemi, znakomitą poprawę. Jeżeli się jednak z drugiej strony uwzględni, że, jak jeszcze poniżej o tem wspomnimy, niejednokrotnie właśnie znów zrosty żołądka powodują nieprzyjemne przypadłości, trudno z góry bez rozleglejszego doświadczenia nabrać stanowczego zdania o wartości tej operacyi.

7. Operacyjne leczenie wrzodów żołądka (p. str. 113), dopiero w ostatnich latach weszło na tapet ogólnej dyskusyi lekarskiej, a to dzięki głównie pracom ogłoszonym z klinik Bill-

<sup>1)</sup> Ueber die bis jetzt erzielten unmittelbaren und weiteren Erfolge der verschiedenen Operationen am Magen. Arch. f. kl. Chirurgie 51, str. 484.

<sup>2)</sup> Jahresbericht Virchow Hirsch 1891 II, 459.

<sup>3)</sup> De la gastropexie. (Revue de chir. 1896 Mr. 6).

rotha, Czernego i Mikulicza. Według statystyki Mikulicza <sup>1)</sup>, który wogóle przedmiot ten dotychczas najdokładniej z chirurgów operował, operowano dotąd z powodu wrzodu żołądka i powodowanych przez takowy zwężeń i zrostów 238 razy (w liczbę tę są także wliczone zwężenia odźwiernika po oparzeniu środkami żrącymi); 186 razy osiągnięto wynik pomyślny, 52 chorych zmarło (21·8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Statystyczne to zestawienie pouczyło jednak zarazem, że procent śmiertelności przy operacjach wykonywanych z powodu wrzodu żołądka do roku 1886 wynosił 43·3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, od roku 1887 do 1890 zmniejszył się do 32<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, od roku 1891—1894 wynosił tylko 19<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a od roku 1895 do początku 1897 spadł do 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Dodać tu jeszcze należy, że z ostatnich 20 chorych, operowanych z powodu tego cierpienia przez Mikulicza, ani jeden nie umarł. Wskazanie do operacji stanowić może albo wrzód sam, albo też jego następstwa, a mianowicie: zwężenia, krwotoki, przedziurawienia żołądka, zrosty i uchyłki. Z pomiędzy tych następstw, pierwsze, t. j. zwężenie, zwłaszcza odźwiernika, w znacznej bardzo części wiąże się z istniejącym jeszcze wrzodem, czyto, że po przed blizną znajduje się jeszcze część wrzodu niezagojona, czy też, że wrzód odruchowo wywołuje skurez odźwiernika, jak to twierdzi Doyen <sup>2)</sup>, albo też zgrubienie mięśnia okrężnego odźwiernika, jakto obserwował Mikulicz. Statystyka Doyena wykazuje 21 przypadków wrzodów żołądka, operowanych z pomyślnym skutkiem z powodu *spasmus pylori*. Wrzód żołądka bez wszelkich komplikacyj rzadko bardzo bywa przedmiotem operacji, choćby już dla tego samego, że co najmniej w 85<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przypadków goi się on samoistnie, a przy należytem lekowaniu wewnętrznem wyniki osiągnięte bywają jeszcze korzystniejsze, jak to wykazał głównie Leube <sup>3)</sup>. Pozostałyby tedy dla chirurga jedynie te nieliczne przypadki niepowikłane, które opierają się uporeczywie leczeniu wewnętrznemu, lub które sprawiają znaczne bardzo do-

<sup>1)</sup> Die chirurg. Behandlung d. chron. Magengeschwürs. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie T. II.

<sup>2)</sup> Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXIV Kongress. Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1895 Nr. 27, str. 79.

<sup>3)</sup> Die chirurg. Behandlung des Magengeschwürs. Arch. f. kl. Chir. 55 t.

legliwości, nie dające się usunąć. Leczenie przypadków operowanych z tego wskazania nie dochodzi dwóch tuzinów. Najwięcej rozgłosu nabrał przypadek opisany przez Cahna <sup>1)</sup>, w którym Lütcke wykonał gastroenterostomię z powodu wrzodu żołądka, powodującego od szeregu lat silne bardzo bóle bez najmniejszych objawów zwężenia. Wynik był bardzo korzystny. Mikulicz wyleczył również 4 przypadki długotrwałego wrzodu bez zwężenia (w jednym wypadku choroba trwała przez 9 lat) zapomocą pyloroplastyki.

Zadaniem każdej operacji wykonanej przy wrzodzie żołądka zarówno niepowikłanym jak i kombinującym się ze zwężeniem, musi polegać na tem, by umożliwić rychłe i łatwe przedostanie się treści pokarmowej z żołądka do dwunastnicy, a tem samem usunąć ciągle drażnienie dna wrzodu przez zastoinową i rozkładającą się treść pokarmową. Zadanie to jest ważniejsze aniżeli usunięcie samego wrzodu. Dowodem tego są n. p. 2 przypadki Mikulicza, w których mimo, że wrzodu znajdującego się zdala od odźwiernika na małej krzywiznie wcale nietknięto, a ograniczono się jedynie tylko do pyloroplastyki (odźwiernik był nieco zacieknięty przez skurez mięśnia) nastąpiło zupełne wyleczenie.

Głównie 3 operacye znajdują zastosowanie przy wrzodzie żołądka, a mianowicie: resekcya czy to całkowita, czyli okrężna, czy też częściowa, dotycząca tylko kawałka ściany żołądka, gastroenterostomia i pyloroplastyka Heineke-Mikulicza. Inne jak n. p. forsowne rozszerzanie zwężenia palcem według Lorety samo przez się, albo jak w przypadku opisanym przez Podresa <sup>2)</sup>, połączone z wyskrobaniem dna wrzodu jako mniej pewne — rzadziej też bywają uwzględniane, zwłaszcza, że nie są one również wolne od niebezpieczeństwa, gdyż śmiertelność n. p. po operacji Lorety według statystyki Haberkanta wynosi 29%. Według statystyki Mikulicza wykonano z powodu wrzodu i zwężenia;

<sup>1)</sup> Gastroenterostomie wegen schmerzhaften Magengeschwürs ohne Stenosenerscheinungen Berl. kl. Wochenschrift 1895, Nr. 28.

<sup>2)</sup> Hildebrand, Jahresbericht 1895, pag. 710.

	Przed rokiem 1891	Od roku 1891
Resekcyj	28	18
Gastroenterostomij	23	68
Pyloroplastyk	21	76

Zapatrywania na wartość tych poszczególnych operacyj są do pewnego stopnia podzielone i w znacznej jeszcze części zależą od indywidualności i predylekcyi poszczególnych operatorów. Na ocenę każdej z nich wpływa w pewnym względzie ciężkość zabiegu jako takiego, czyli stopień śmiertelności, a dalej wynik funkcjonalny żołądka i jego trwałość. Co do śmiertelności, to jest ona przy resekcyi z powodu wrzodu największą, wynosi bowiem 27·8%, po gastroenterostomii wynosi 16·2%, a po pyloroplastyce dochodzi zaledwie 13·2%, co zresztą w zupełności odpowiada stopniowi ciężkości zabiegu przy każdej z tych operacyj. Wobec tego nie też dziwnego, że n. p. Mikulicz w pierwszym rzędzie radzi wykonać pyloroplastykę wszędzie tam, gdzie ona wogóle jest wykonalną. Inni, jak n. p. Hacker, Lauenstein dają pierwszeństwo gastroenterostomii przed pyloroplastyką. Resekcyja wobec wysokiej odsetki śmiertelności i trudnej techniki, słusznie bardzo stosunkowo najmniej bywa wykonywaną. Wogóle winna ona znaleźć zastosowanie jedynie tam, gdzie technicznie nader proste stosunki a więc głównie brak wszelkich zrostów do niej wyjątkowo zachęcają. Jako najważniejsze wskazanie do resekcyi wobec wrzodu, a jak niektórzy chcą, prawie jedyne, musimy przytoczyć te przypadki, w których rozpoznanie jest niepewne i waha się między wrzodem a rakiem. Jeżeli jednakże nie zachodzą podobne warunki, to wahać się jedynie można między pyloroplastyką a gastroenterostomią, dając zdaniem naszym pierwszeństwo pierwszej, a tylko w razie niewykonalności decydując się na ostatnią. Mianowicie w tych przypadkach, w których istnieją silne zrosty pomiędzy odźwiernikiem a sąsiednimi narządami, jak niemniej jeżeli ściana odźwiernika jest mocno naciekła, pyloroplastyka staje

się niemożliwą, jak się o tem przekonali między innymi Löbker<sup>1)</sup> i Czerny<sup>2)</sup>.

Za względu na wyniki funkcyonalne żołądka, a mianowicie zachowanie się jego mechanizmu i chemizmu po operacyach tych posiadamy tylko skąpe daty, nie dające do tego możności ocenienia z tego stanowiska wartości poszczególnych operacyj. Tyle jednak wynika z obserwacyi Jaworskiego<sup>3)</sup>, Dunina<sup>4)</sup>, Mintza<sup>5)</sup>, Mikulicza, Kaenschego<sup>6)</sup>, Rosenheima<sup>7)</sup>, Siegela<sup>8)</sup> i innych, że mechanizm i chemizm trawienia żołądkowego po tych operacyach usuwających w pierwszej linii stagnacyę treści pokarmowej, wraca zupełnie do stanu prawidłowego, albo przynajmniej niedaleko od niego (p. str. 237).

Co do czasu trwania poprawy, czyli inaczej mówiąc, co do kwestyi recydywy liczby znane są nader szczupłe. Mikulicz zestawil wszystkie znane pod tym względem w literaturze przypadki i doszedł do następujących rezultatów: Z 13 resekeyj 10 było całkiem wyleczonych, a 3 razy rozwinęła się recydywa, względnie ciężka jakaś komplikacya. Na 19 gastroenterostomij zanotowano 17 trwałych wyleczeń, w jednym przypadku śmierć nastąpiła po 2 miesiącach wśród przypadków żołądkowych, a raz rozstrzeń dalej pozostała niezmiennona i dopiero zapomocą pofatdowania ścian żołądka zdołano ją usunąć. Na 20 przypadków pyloroplastyki osiągnięto 17 razy trwałą wynik korzystny, 3 razy objawy zwężenia odźwiernika wróciły (2 wyleczone przez następową gastroenterostomię).

<sup>1)</sup> Verhandl. des XXI deutsch. Chirurgenkongresses I. 60.

<sup>2)</sup> Ueber die an der Heidelberger chir. Klinik ausgeführten Operationen am Magen und Darm. Beitr. z klin. Chirurgie IX.

<sup>3)</sup> Wr. klin. Wochenschrift 1889, Nr. 5 i 17.

<sup>4)</sup> O wynikach gastroenterostomii dokonywanej z pow. bliznowego zwężenia odźwiernika. Gaz lek. 1893 Nr. 15 i 16.

<sup>5)</sup> O czynności żołądka po interwencyi chirurgicznej w chorobach żołądka. Przegl. chirurg. T. II.

<sup>6)</sup> Untersuchungen über d. functionelle Resultat von Operationen am Magen. D. med. Wochenschr. 1892, Nr. 40.

<sup>7)</sup> Ueber das Verhalten der Magenfunction nach Resection des carcinomatösen Pylorus. D. med. Wochenschr. Nr. 49. 1892 i Ueber die chir. Behandlung der Magenkrankheiten. D. med. Wochenschr. 1895, Nr. 1—3.

<sup>8)</sup> Ueber die functionellen Erfolge nach Operationen am Magen. Mittheilungen a. d. Grenzgebieten 1896 str. 323.

Z pomiędzy następstw i powikłań wrzodu żołądka, wymagających interwencji chirurgicznej najczęstszymi są z wężenia bliżnowate. O ile takowe dotyczą odźwiernika, możemy do nich odnieść prawie to wszystko, co wspominaliśmy o leczeniu chirurgicznym samego wrzodu, z którym się nader często wklają. Zwężenia żołądka po wrzodzie zdala od dwunastnicy sprowadzają zmianę kształtu organu, nadającą mu formę klepsydrowatą (p. str. 244), wskutek czego jama żołądka składa się z 2 części komunikujących ze sobą zapomocą części przewężonej. Jeżeli zwężenie to dochodzi znaczniejszego stopnia, wymaga ono również operacyjnego usunięcia, jak to dobitnie i jasno wykazał Wölfler<sup>1)</sup>, a mianowicie albo operacji plastycznej podobnej do pyloroplastyki, albo założenie anastomozy pomiędzy obydwoma połowami żołądka. Nadmienić tu wreszcie jeszcze wypada, że trafiają się, choć bardzo rzadko, wielokrotnie zwężenia żołądka, jak o tem wspomina zwłaszcza Hacker<sup>2)</sup> opisując przypadek, gdzie jedno zwężenie nadawało żołądkowi kształt klepsydrowaty, drugie znajdowało się w samym odźwierniku.

Krwotoki z wrzodów żołądkowych (p. str. 164) wymagające operacji bywają dwojakie, ale ostre, gwałtowne z większej jakiejś tętnicy, albo drobniejsze, ale często bardzo się powtarzające i sprowadzające chroniczną niedokrewność życiu chorego zagrażającą. Wobec pierwszej kategorii rozstrzyga oczywiście doświadczenie lekarza o chwili, kiedy wypada zasięgnąć porady chirurga, gdyż wiadomo, że dość często nawet bardzo gwałtowne krwotoki żołądka same ustają przy odpowiednim zachowaniu się chorego. Z licznych operacyj z tego wskazania wykonanych 2 tylko były uwieńczone pomyślnym skutkiem, a mianowicie operacja Rouxa i Mikulicza, gdzie zdołano broczące naczynie podwiązać. Wszystkie inne przypadki zakończyły się niepomyślnie, gdyż albo nie udało się tętnicy broczącej chwycić, albo też nie można było wogóle wśród operacji wrzodu broczącego odnaleźć, jak n. p. w przypadku Eiselsberga<sup>3)</sup>, Hirscha<sup>4)</sup> i innych, albo

<sup>1)</sup> Ueber die Gastro-Anastomose beim Sanduhrmagen. Beitr. z. kl. Chir. XIII.

<sup>2)</sup> L. c.

<sup>3)</sup> Arch. f. kl. Chir. T. 39, str. 834.

<sup>4)</sup> Zur Kasnistik u. Therapie der lebensgefährlichen Magenblutungen. Berl. kl. Wochenschr. 1896, p. 847.

wreszcie zatamowano krwotok u jednego źródła, a przeoczono drugie, jak np. w przypadku Schuchardta <sup>1)</sup>. Tu wspomnieć też wypada, że jeden z przypadków, w którym Billroth z powodu bliznowatego zwięzienia wykonał resekcją odźwiernika, w 5 lat po operacji dostał gwałtownego krwotoku z nowego małego wrzodziku, któremu mimo operacji uległ (Salzer).

Wobec przewlekłych krwotoków często się powtarzających interwencya chirurgiczna bywa łatwiejszą i nieco skuteczniejszą. Krwotoki z tylnej ściany żołądka, a względnie z naczyń trzustki Küster <sup>2)</sup> z pomyslnym skutkiem zatamował przez przypalenie termokauterem; w razie krwotoku z przedniej ściany, najlepiej wykonać częściową resekcją tejże.

Jeżeli przy krwotokach żołądkowych kwestya potrzeby i skuteczności zabiegu operacyjnego może być chwilowo choćby jeszcze przedmiotem dyskusyi odmiennych od siebie zapatrywań, to nie możemy żadną miarą twierdzić tego o przedziurawieniu wrzodu do jamy otrzewnowej. Tu wyleczenie samoistne bywa nader wyjątkowem tylko, czego dowodem, że Pariser <sup>3)</sup> w nader skrzętnej swej pracy zdołał zestawić z całej literatury zaledwie 15 przypadków samoistnego wyleczenia perforacyi; we wszystkich tych przypadkach żołądek w chwili przebicia był próżny, podczas gdy wszystkie inne przypadki pozostawione same sobie, kończyły się śmiercią. Wobec tak smutnego rokowania jedyny ratunek może polegać w operacyi. Laparotomię z tego wskazania według statystyki Mikulicza wykonano 103 razy i osiągnięto 33 razy wynik pomyslny (procent śmiertelności 67·96<sup>0/0</sup>). Najczęściej perforacya znajduje się na przedniej ścianie żołądka, pamiętać jednak należy, że częstokroć żołądek pęka równocześnie w kilku miejscach. Gdy się miejsce pęknięte przy laparatomii znajdzie, należy je albo tylko zeszyć, albo gdyby to z powodu nacieku zapalnego otoczenia perforacyi było niemożliwem, starać się część schorzała ściany wyresekować. W razie gdyby i resekcya okazała się niewykonalną, można próbować wszycia miejsca perforacyi w ranę

<sup>1)</sup> Verhandl. d. deutschen Gesellschaft für Chir. 1896, str. 1254.

<sup>2)</sup> Zur operativen Behandlung des Magengeschwürs, Arch. f. kl. Chirurg. T. 48.

<sup>3)</sup> Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventr. Deutsche med. Wochenschr. 1895, str. 28 i 29.

laparatomijną, albo poradzić sobie idąc za radą Brauna <sup>1)</sup> w ten sposób, że się otwór w żołądku zamyka przez naszyicie nań kawałka sieci. Jako ostateczny, choć bardzo niepewny sposób, może służyć próba zamknięcia otworu workiem Mikulicza z gazy jodformowej. Co do czasu wykonania operacyi należy przystąpić do niej jak najspieszniej po skonstatowaniu pęknięcia. Statystyka Barlinga <sup>2)</sup> wykazuje bowiem, że w 9 przypadkach, które po laparatomii wyzdrowiały, wykonano takową w 3—10 godzin po pęknięciu, w 15 zaś, które zakończyły się niepomyślnie, przystąpiono do operacyi dopiero przeciętnie po 27 godzinach.

Jako dalsze następstwa wrzodu żołądka wymagające niekiedy interwencyi operacyjnej, wymienić należy zrosty żołądka. O ile one dotyczą ściany tylnej i zrostów tegoż z trzustką, nie wymagają one same przez się i nie nadają się do operacyi. Ważniejsze są zrosty po stronie przedniej, gdyż mogą spowodować bóle kardialgiczne i utrudniać mechanizm trawienia. Należy tu odróżnić dwojakie zrosty: wiotkie, postronkowate, jako pozostałość po przebytej perigastritis i twarde guzowate, powstałe wskutek przeżarcia się wrzodu przez całą grubość ściany, a następowe zajęcie powłok brzusznych. W takich razach mogą one nie tylko powodować znaczne bóle, ale dość często być przyczyną pomyłek rozpoznawczych, gdyż wobec guza mogą uchodzić za nowotwór. Pierwsza kategoria, o ile sprawia znaczne dolegliwości dające się rozpoznać jako następstwo tychże zrostów, wymaga złuznienia czyli przecięcia tychże, *gastrolysis*. Operacya technicznie dość prosta, a cała trudność leży w rozpoznaniu. Korzystne przypadki wyleczone w ten sposób, ogłosili Rosenheim, Hahn, Robson, Terrier, Lauenstein, Landerer, Riedel i inni <sup>3)</sup>. Druga grupa sprawia zazwyczaj daleko silniejsze dolegliwości, wymagające energicznego działania. Operacya polega na oddzieleniu żołądka od powłok brzusznych i resekcyi schorzałej części żołądka. W literaturze znanych jest 8 przypadków w ten sposób z pomyślnym

<sup>1)</sup> Ueber den Verschluss eines perforirten Magengeschwürs durch Netz. Centralbl. f. Chir. 1897, str. 739.

<sup>2)</sup> Centralbl. f. Chir. 1895, str. 1048.

<sup>3)</sup> Patz Hofmeister: Zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Beiträge z. kl. Chirurgie XV, str. 355.

skutkiem operowanych (Billroth, Hofmeister, Mikulicz, Brønner <sup>1)</sup>, Drobnik <sup>2)</sup>, Krogius <sup>3)</sup>).

Jako wreszcie bardzo rzadkie następstwo po wrzodzie żołądka wspomnieć należy o uchyłkach (*diverticulum*) ściany żołądka. Przypadek podobny opisał rodak nasz Kolaczek <sup>4)</sup>. Dotyczył on kobiety 45 lat liczącej, u której wykonano operację z powodu gwałtownych bólów żołądkowych i guza bolesnego, wychodzącego najprawdopodobniej z okolicy wpustu. Operacja wykazała uchyłek wielkości jaja kurzego, wychodzący z przedniej ściany żołądka w okolicy małej krzywizny mniej więcej na 3 palce poniżej wpustu. Uchyłek resekowano, a ścianę żołądka zaszyto.

8. Rak żołądka (p. str. 135) w dość znacznej ilości przypadków staje się przedmiotem interwencji chirurgicznej, jużto celem wycięcia go radykalnego, albo przynajmniej celem usunięcia spowodowanej przezeń przeszkody mechanicznej dla przedostania się pokarmów żołądka do niższych części przewodu pokarmowego. W pierwszym rzędzie chodzi tu o raki usadowione na odźwierniku, które według Resenheima obejmują 60% wszystkich raków żołądka (p. str. 135). Zupełne usunięcie nowotworu ma na celu resekcya odźwiernika. Pierwotnie tu i ówdzie do operacji tej przywiązywano przesadne nadzieje, które niestety się nie ziściły i ziścić nie mogły. Pokazało się bowiem, że z całego szeregu raków żołądka wogóle tylko mały procent do operacji się nadaje. Wprawdzie statystyka Gussenbauera i Winiwartera oparta na blisko 60-cioletnim materiale sekcyjnym szpitala wiedeńskiego podaje, że w 41.1% raków żołądka nie było jeszcze żadnych przerzutów, a z tych w 37.7% i zrostów brakło, ale zato inne statystyki dochodzą do daleko gorszych wyników. A mianowicie Ledderhose na podstawie materiału sekcyjnego zakładu pa-

<sup>1)</sup> Zur Magenresection bei Ulcus ventricul. Wiener kl. Wochenschr. 1889 Nr. 48.

<sup>2)</sup> O operacyjnem leczeniu owrzodzeń żołądka i ich skutkach. Nowiny Lek. 1897, Nr. 6.

<sup>3)</sup> Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwürs. Centralbl. f. Chirurgie 1896, str. 538.

<sup>4)</sup> Ein d. ein Magengeschwür hervorgerufenes Magendivertikel, das eine Neubildung vergetäuscht hat. Mittheilungen aus d. Grenzgebieten 1896, str. 163.

tologicznego w Strassburgu twierdzi, że tylko 10% wszystkich raków żołądka nadaje się do resekcji, a Streit na podstawie materiału berneńskiego podaje w tym względzie 25·9%. Według statystyki Krokiewicza<sup>1)</sup> przypadki wolne od przerzutów również są bardzo rzadkie. Zrosty żołądka z organami otaczającymi, oczywiście pomijając poszczególne zrosty zupełnie luźne, stanowią i stanowić muszą wprost przeciwwskazanie do resekcji, gdyż z jednej strony przedłużają one samą operację, o ile ona wogóle w takich razach jeszcze technicznie jest możliwą, co dla chorych zazwyczaj i tak mocno osłabionych z pewnością nie jest obojętnem, z drugiej strony dają prawie absolutną gwarancję rychłej recydywy. Ale jeszcze inny wzgląd wpływa na upośledzenie ostatecznych wyników po tej operacji przy raku, a mianowicie szczegół, na który zwrócił uwagę Czerny i rodak nasz Hempel, że granica nowotworu przy raku żołądka nie da się zazwyczaj dokładnie nawet wśród operacji oznaczyć, gdyż nawet w pozornie zupełnie zdrowej ścianie można znaleźć daleko sięgające ogniska rakowe. Statystyka w zupełności stwierdza niezbyt pomyślne wyniki operacyjne przy tem cierpieniu. Haberkant zestawił 207 przypadków resekcji żołądka z powodu raka i przekonał się, że 114 razy (55%) nastąpiła śmierć z powodu zabiegu samego. Wprawdzie śmiertelność ta w ciągu ostatnich lat malała wskutek odpowiedniego doboru przypadków, a mianowicie w okresie od r. 1881 do roku 1887 wynosiła 65·5%, od roku 1888—1894 już tylko 42·8%, a statystyki poszczególnych klinik, obejmujące przypadki operowane przez jednego i tego samego operatora, dają w miarę doskonalącej się techniki jeszcze lepsze wyniki chwilowe. Nadmienię jeszcze wypadka, że wogóle śmiertelność u mężczyzn po tej operacji jest większa niż u kobiet. Ale nie o chwilowe wyniki tu chodzi, dowodzą one wprawdzie biegłości operatora w wyborze przypadków i w technice, ale nie mogą decydować o wartości operacji. Pod tym względem niestety przypadki cieszące się trwałem zdrowiem należą do białych kruków, n. p. przypadek operowany przez Hahna, w którym po 3½ latach jeszcze nie było recydywy, Koehera wolny od recydywy jeszcze po latach 7, Wöflera wolny od recydywy 5½ lat,

<sup>1)</sup> Przypadki zejścia śmiertel. z powodu raka na podstawie materiału w prosektryum szpit. we Lwowie w r. 1894—1896. Now. lek. 1897, Nr. 11.

Billrotha  $2\frac{1}{2}$  i  $1\frac{1}{2}$  roku, Rydygiera  $2\frac{1}{2}$  roku i t. p. Kolosalna większość wyleczonych po operacyi dostawała i to nawet dość rychło recydywy. Mikulicz<sup>1)</sup> oblicza przeciętną długość życia po udanej resekcyi żołądka z powodu raka na  $16\frac{1}{4}$  miesiąca, Dreydorff<sup>2)</sup> na 11 miesięcy i 4 dni. Jeżeli zważymy, że Krönlein<sup>3)</sup> obliczył, że u chorych nadających się z powodu raka żołądka do operacyi, ale nie operowanych, śmierć przeciętnie następuje po 209 dniach, musimy w każdym razie przyznać, że resekcya żołądka z powodu raka życie nieco przedłuża. Spodziewać się jednak należy, że w miarę jak chorzy we wcześniejszym okresie choroby będą się poddawać operacyi i wyniki ze względu na trwałość wyleczenia staną się lepsze. Słuszne też wobec tego jest żądanie Czernego, by do resekcyi wybierać te przypadki, w których wogóle jeszcze guza czuć nie można. Warunkiem koniecznym do uczynienia zadość temu wymaganiu jest więc rozpoznanie bardzo wczesne raka. Niestety medycyna wewnętrzna nieomylnych wskazówek w tym względzie nie posiada (p. str. 150). Mianowicie brak kwasu solnego w treści żołądkowej jest bardzo ważnym czynnikiem nawołującym do zastanowienia się nad ewentualnością raka, ale nie jest objawem patognomicznym, gdyż wydarza się jeszcze w innych chorobach żołądka. To też w początkach dość często raczej domyślać się można złośliwego nowotworu, aniżeli go rozpoznawać. Ze względu na dobro chorego żądaćby należało, ażeby wszystkie przypadki o raka podejrzane odsyłać do chirurga, celem wykonania cięcia próbnego (Matlakowski). Laparatomia zwłaszcza z malutkiem cięciem i w znieczuleniu miejscowym jest zabiegiem zupełnie prostym, nie połączonym dla chorego z żadnym niebezpieczeństwem. Ewentualnie w razie potrzeby można jeszcze naciąć i ścianę żołądka i palcem obnacać i wewnętrzną ścianę odźwiernika. W ten sposób możemy niejako uchwycić nowotwór w początkach jego rozwoju i wykonać resekcję, jeżeli przypadek się ku temu jeszcze nadaje. Nadmienić tu jeszcze wypada, że jeżeli operację zaczęto przy znieczuleniu miejscowym, to wobec raka można ją dość często bez

<sup>1)</sup> Bericht über 103 Operationen am Magen. Arch. f. kl. Chirurgie. t. 51.

<sup>2)</sup> Kasuistischer Beitrag zur Magen Chirurgie. Beiträge z. klin. Chirurgie XI.

<sup>3)</sup> Chirurg. Erfahrungen über d. Magencarcinom. Beiträge z. klin. Chir. XV.

narkozy i dokończyć, gdyż żołądki dotknięte sprawą nowotworową zazwyczaj są bardzo mało tkliwe, podczas gdy znów dotknięte wrzodem w przeważnej liczbie przypadków bywają bardzo czułe i bolesne.

W tych przypadkach, w których rak żołądka czyto dla wzrostów, czy też dla zbyt wielkich rozmiarów, albo wreszcie dla ogólnego charłactwa do resekcji się nie nadaje, wykonywamy gastroenterostomię, o ile wogóle istnieje trudność w przedostaniu się pokarmów z żołądka do jelit. Jeżeli zaś zwężenia w odźwierniku nie ma, najlepiej zaniechać wszelkiego dalszego zabiegu. Śmiertelność po gastroenterostomii przy raku według zestawienia Zellerera od roku 1881 do 1885 wynosiła 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, od roku 1886 zaś do 1892 tylko 38 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Według Haberkanta przeciętnie wynosi ona 47·5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Ale i tu nadmienić należy, że statystyki poszczególnych klinik są znacznie lepsze, Lütcke n. p. podaje 12·5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Przyczyny w każdym razie wysokiej śmiertelności szukać znów głównie należy w nędznym stanie, w którym chorzy do operacji przychodzą, a wywołanym nie należytem odżywieniem wskutek zwężenia odźwiernika. Ze względu na dalszy wynik po operacji, w pierwszym rzędzie zaznaczyć należy, że chorzy zazwyczaj podmiotowo znaczną bardzo czują ulgę zwłaszcza, że uporeczywe bardzo wymioty w przypadkach udanych ustają zupełnie, znikają też bardzo często bóle wywołane ciąglem drażnieniem nowotworu przez przemieskające się przez zwężenie pokarmy.

Mechanizm i chemizm trawienia żołądkowego zarówno po resekcji jak i po gastroenterostomii wykonanej z powodu raka, były przedmiotem bardzo cennych prac; wspomnę tu tylko o pracach Jaworskiego, Obalińskiego <sup>1)</sup>, Rydygiera <sup>2)</sup>, Imredy'ego <sup>3)</sup>, Rosenheima, Mintza, Kaenschego, Siegela, Zawadzkiego, Solmana <sup>4)</sup>.

<sup>1)</sup> J a w o r s k i i O b a l i ń s k i: Przypadek resekcji odźwiernika rakowato-zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu. Now. Lek. 1889, str. 167.

<sup>2)</sup> J a w o r s k i i R y d y g i e r: Przypadek gastroenterostomii zbadaniem zachowania się czynności jelit i żołądka po wyzdrowieniu. Przegl. lek. 1889, str. 103.

<sup>3)</sup> Ueber die Function d. Magens nach Pylorusresection. Wiener. med. Presse 1894, 13.

<sup>4)</sup> Z a w a d z k i i S o l m a n: Przyczynek do lecz. chirurg. chorób żołądka. Kron. Lek. 1893, Nr. 4.

Trojanowa <sup>1)</sup> i innych. Pomijając małe różnice, większość dochodzi do rezultatu, że mechanizm trawienia przy raku po operacyi znacznie bardzo się poprawia i nawet staje się czasami prawidłowym. Daleko wybitniejszą bywa poprawa po resekcyi aniżeli po gastroenterostomii. Natomiast chemizm nie doznaje zmian; w każdym razie jednak odżywienie chorych po operacyi się poprawia. Że poprawa ta po gastroenterostomii wobec nieusunięcia choroby śmiertelnej musi być tylko przemijającą, rozumie się samo przez się. Ze względu na czas jej trwania, a względnie na długość życia po gastroenterostomii wogóle nie brakło głosów twierdzących, że gastroenterostomia utrzymuje chorych równie długo przy życiu jak i daleko od niej cięższa resekcya (Weir). Tak jednakże nie jest. Dreydorff <sup>2)</sup> obliczył, że śmierć po gastroenterostomii z powodu raka następuje przeciętnie po 7 miesiącach; w przypadkach Mikulicza przeciętnie śmierć następowała po 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miesiącach. Najdłużej po gastroenterostomii z powodu raka żył pacjent Hahn, miał bowiem po 7 latach być jeszcze zdrowym. Przypadek ten jest jednakże nader wątpliwy i zdaje się być omyłką rozpoznawczą. Z 58 gastroenterostomii zestawionych przez Haberkanta, 12 chorych żyło dłużej jak rok, ale ani jeden nad 2 lata. Wynika więc z tego, że resekcya z powodu raka znacznie życie przedłuża niż gastroenterostomia, co jest zresztą zupełnie łatwym do zrozumienia.

Inne operacye paliatywne wykonywane przy raku odźwiernika z wyjątkiem jednej jejunostomii nadającej się w tych przypadkach, w których gastroenterostomia jest wprawdzie wskazaną, ale ze względów technicznych niewykonalną, mają wyłącznie znaczenie tylko historyczne James Russel <sup>3)</sup> i Hahn po założeniu przotoki żołądkowej przeprowadzili zgłębnik do dwunastnicy i w ten sposób chorogo odżywiali. W innych przypadkach starał się Hahn, Helferich i Schede palcem wpuklającym przednią ścianę żołądka rozszerzyć zwężenie nowotworowe. Mollière starał się operacyą Lorety usunąć zwężenie. Ceccarelli proponował nacięcie nowotworu od wewnątrz, a więc coś w rodzaju pylorotomii

<sup>1)</sup> Hildebrand: Jahresbericht 1895, str. 699.

<sup>2)</sup> L. c.

<sup>3)</sup> Brit. med. Jour. 1884, p. 375.

wewnętrznej, a wreszcie Bernay<sup>1)</sup> chciał wprost wyskrobać masy nowotworowe łyżeczką.

9. Inne nowotwory, a mianowicie mięsaki, torbiele rozmaite i t. p. bywają bardzo rzadkie. O ile bywają dobrotliwe, sprawiają przeważnie dolegliwości będące w stosunku z ich własnościami fizycznymi i usadowieniem, o ile są zaś natury złośliwej, nie różnią się od raków.

10. Do spraw chorobowych odbywających się po za ścianami żołądka, a wymagających interwencji chirurgicznej, głównie z powodu zwężenia odźwiernika należą rozmaite zmiany w wątrobie i woreczku żółciowym. Tuffier i Marchais<sup>2)</sup> zdołali z literatury zestawić 19 podobnych przypadków, w których zwężenie odźwiernika albo początku dwunastnicy wywoływał pęcherzyk żółciowy kamieniami przepelniony, albo duży kamień uwięziony w przewodzie żółciowym wspólnym, albo też wreszcie zrosty łącznotkankowe, powstałe po zapaleniach dróg żółciowych. Raz tylko jeden przyczyną zwężenia był duży ropień w wątrobie.

C. Obecnie wypada nam jeszcze pokrótce wspomnieć o stronie technicznej każdej z tych operacyj, o których powyżej wspominaliśmy. Ze względu na to, iż piszemy do podręcznika przeznaczonego głównie dla internistów, ograniczymy się w tej części tylko do jak najogólniejszego i najkrótszego szkicu.

1. Gastrostomia jestto operacja, mająca na celu założenie przetoki żołądkowej. Pierwszym, który już w r. 1837 zalecał tę operację choć tylko na podstawie teoretycznego rozumowania i doświadczenia zebranego na przypadkach, w których po zranieniach powstała przetoka żołądkowa, był norwegijski lekarz wojskowy Egeberg. Na zwierzętach wykonali tę operację w celach fizyologicznych Bassow i Blandlot w r. 1842 i 1843. Na człowieku wykonał ją po raz pierwszy w r. 1849 Sedillot. Nieza-

<sup>1)</sup> P. Haberkant l. c. str. 494 i Zagórski: Przyczynek do sprawy chir. lecz. nowotw. zwęż. odźwier. Medycyna 1898 Nr. 11 i 12.

<sup>2)</sup> Des retrécissemens du pylore d'origine hépatique. Revue de Chir. 1897, Nr. 2.

leżnie od niego i prawdopodobnie nie znając wcale prac swych poprzedników wykonał tę operacyę Fenger. Odtąd operacya choć zwolna wywalczyła sobie stanowisko w chirurgii. Przez długie lata technika jej pozostała prawie taką, jak ją podał Fenger: cięcie równoległe do łuku żebrowego, przyszycie ścian żołądka do powłok brzusznych, a wreszcie otwarcie żołądka albo zaraz, albo po upływie dni kilku. Przykrą stroną tej operacyi stanowiła niemożność należytego zamknięcia przetoki żołądkowej; treść żołądka sączyła się stale na zewnątrz, wywołując tu uporeczywe wypryski, dolegające w wysokim stopniu chorym. Liczne, po części bardzo pomysłowe obturatory, mianowicie Langenbecka, Kapellera, Eschera, Schönborna nie zdołały złęgo usunąć. Dopiero w najnowszych czasach pojawiły się liczne próby operacyjne mające na celu zapobiedz wydostaniu się treści żołądkowej na zewnątrz,<sup>1</sup> a to najczęściej przez nadanie przetoce ukłósnego kierunku, przez jej okręcenie koło osi, lub stworzenie sztucznego zwieracza. Tu należą sposób, Hackera <sup>1)</sup>, Schnitzlera <sup>2)</sup>, Fischera <sup>3)</sup>, Ullmanna <sup>4)</sup>, Helferricha <sup>5)</sup>, Witzela <sup>6)</sup>, Hahna <sup>7)</sup>, Franka <sup>8)</sup>, Kadera <sup>9)</sup>, Nicolaysena <sup>10)</sup>, Szabanajewa <sup>11)</sup>, Girarda <sup>12)</sup>, Marwedela <sup>13)</sup> i wielu innych. Rezultat po operacyach tych odpowiada zazwyczaj wymogom, gdyż przetoki najczęściej funkcjonują należycie, nie pozwalając na wylewanie się treści żołądkowej na zewnątrz.

<sup>1)</sup> Ueber die Verwendung des Muscul. rect. abdom. zum Verschluss der künstlichen Magenfistel. Wien. med. Wochenschr. 1886 Nr. 31, 32.

<sup>2)</sup> Zur Technik der Gastrostomie. Wr. Kl Rundschau 1896 Nr. 30.

<sup>3)</sup> Mittheilungen über Magenfistelbildung. Archiv. f. klin. Chirurgie Nr. 50,

<sup>4)</sup> Zur Technik der Gastrostomie. Wien. med. Wochenschr. 1894 Nr. 39.

<sup>5)</sup> Albrecht über die Torsion d. vorgezogenen Magenstückes bei der Gastrostomie als Hülfsmittel zur Erzielung eines besseren Verschlusses. Inaug. Diss. 1895.

<sup>6)</sup> Zur Technik der Magenfistelanlegung. Centralbl. f. Chirurgie 1891.

<sup>7)</sup> Eine neue Methode d. Gastrostomie. Centralbl. f. Chir. 1890 str. 193.

<sup>8)</sup> Eine neue Methode der Gastrostomie bei Carcinoma oesophagi. Wiener kl. Wochenschr. 1893 Nr. 13,

<sup>9)</sup> Zur Technik der Gastrostomie. Centralbl. f. Chirurgie 1896 str. 665.

<sup>10)</sup> Zur Technik der Gastrostomie. Centralbl. f. Chirurgie. 1894 str. 83.

<sup>11)</sup> Centralbl. f. Chirurgie. 1893 str. 862.

<sup>12)</sup> Correspondenzbl. f. schweizer Arzte 1888.

<sup>13)</sup> Zur Technik der Gastrostomie. Beiträge z. klin. Chirurgie XVII.

2. Resekcja odźwiernika. Pierwszy wykonał operację tę na psach Merrem. Później powtórzyli ją Gussenbauer, Winiwarter, Kaiser. Na człowieku wykonał ją poraz pierwszy w roku 1879 Péan, a w roku następnym Rydygier. Pierwszym wynikiem pomyślnym poszczycił się Billroth w roku 1881. Zasługą też jego i jego szkoły jest udoskonalenie techniki tej operacji tak, że z małymi wyjątkami dziś operacja powszechnie bywa wykonywana według zasad przez szkołę Billrotha głoszonych. Po otwarciu jamy brzusznej dziś przeważnie cięciem podłużnym pierwszy akt operacji stanowi odosobnienie należyte odźwiernika. Ponieważ jak wyżej wspomnieliśmy, zrosty zwłaszcza mocniejsze winny stanowić przeciwwskazanie do operacji, rozchodzi się tu przeważnie tylko o przecięcie sieci małej i wielkiej, z których zwłaszcza dużą należy przecinać możliwie blisko żołądka, by niespowodować obumarcia poprzeczniczy. Dalszy akt operacji stanowi wycięcie części schorzałej i zeszytce pozostałej części żołądka z dwunastnicą. Podczas tego należy baczyć, by treść przewodu pokarmowego nie wydostała się do jamy brzusznej. Zapobiega się temu przez podłożenie kompresów wyjąłowanych po pod części mające uleż reszekcyi i przez zamknięcie światła żołądka i dwunastnicy, czyto zapomocą palców asystentów, czy też zapomocą osobnych uciskadeł (Gussenbauer, Rydygier, Wehr i t. p.). Celem zeszytania nierównych światła żołądka i jelita, większość chirurgów zmniejsza światło żołądka przez założenie szwów tak zwanych okluzyjnych, zamykających żołądek sam w sobie do tyła, aż od krzywizny dużej pozostanie światło odpowiadające dwunastnicy. Zeszytanie następuje teraz jak przy zwykłej reszekcyi jelita. Kocher postępuje nieco odmiennie. Zamyka on żołądek w zupełności, a dwunastnicę wszywa w świeżą ranę, założoną w tylnej ścianie żołądka. W przypadkach wreszcie, w których z powodu zbyt rozległej reszekcyi zeszytanie żołądka z dwunastnicą staje się niemożliwym, radził Billroth zamknąć zarówno światło żołądka jak i dwunastnicy, a dla treści pokarmowej utworzyć nową drogę przez gastroenterostomię.

Celem rozstrzygnięcia pytania, jak wielki kawał wogóle z żołądka wyresekować można, wykonano liczne doświadczenia, z których głównie znane są doświadczenia Czernego, Kaisera, Pachona

i Carvalla, Monariego <sup>1)</sup>, które wykazały, że psy nawet po wycięciu całego żołądka zdołały długi czas żyć, względnie dobrze się mieć. Na człowieku resekcji prawie całego żołądka z powodu raka próbowali Eiselsberg <sup>2)</sup> i O'Connor, niestety z wynikiem niepomyślnym, a Langenbuch <sup>3)</sup> i Schlatter <sup>4)</sup> z pomyślnym wynikiem. Ten ostatni przyszył pętlę jelita cienkiego do przełyku, a więc wykonał *oesophagoenterostomia*. Nacisk wielki należy położyć na leczenie następowe, a mianowicie na sposób odżywiania chorego. Im dłużej zdołamy żołądkowi zapewnić absolutny spokój przez wyłączne żywienie chorego lawatywami, tem większa gwarancya silnego zrośnięcia się linii szwów. W ramach tej zasady jednak są pewne wahania zdań według indywidualnego zapatrywania chirurgów o tyle, że niektórzy już w drugim dniu pozwalają łykać w małych ilościach mleko, podczas gdy znów inni radziby aż do tygodnia przedłużyć post absolutny.

3. *Gastroenterostomia* wykonana po raz pierwszy na człowieku przez Wöflera stwarza prostą komunikację pomiędzy żołądkiem a początkiem jelita czczego. Wöfler zalecał tak zwaną *gastroenterostomia anterior antecolica* t. j. przeprowadzał pętlę jelita cienkiego poprzeczną przed okrężnicą poprzeczną i przyszywał ją do przedniej ściany żołądka. Ze względu na możliwe uciśnięcie poprzecznicę przez kreskę wyciągniętej ku górze pętli jelita cienkiego wytworzyły się metody starające się o przybliżenie jelita czczego do żołądka poza poprzecznicą *gastroenterostomiae retro-colicae*, z których głównie znaną jest metoda Hackera jako *retrocolica posterior* i Billroth-Brennera jako *retrocolica anterior*. Według Hackera należy poprzecznicę wraz z siecią unieść ku górze, a jelito cienkie wprost przyszyć do tylnej ściany żołądka, według zaś metody Billroth-Brennera wyprowadza się pętlę jelita przez otwór mały zrobiony w mesocolon i przymocowuje do przedniej ściany żołądka powyżej wielkiej krzywizny. Która z tych

<sup>1)</sup> Experimentelle Untersuchungen über die Abtragung des Magens und des Dünndarms beim Hunde. Beiträge z. kl. Chirurgie XVI.

<sup>2)</sup> Ueber die Magenresectionen in Prof. Billroth's Klinik von März 1885 bis October 1889. Arch. für Kl. Chir. 39 str. 735.

<sup>3)</sup> Ueber zwei totale Magenresectionen beim Menschen. Deutsche med. Wochenschr. 1894 p. 968.

<sup>4)</sup> Correspondenzblatt fr. Schw. Aerzte 1897 Nr. 23.

metod jest najlepsza, trudno powiedzieć, zwłaszcza, że za każdą z nich pewne względy przemawiają. Zależy tu znów bardzo wiele od indywidualnego zapatrywania operatora. Technicznie najprostszą jest operacja według Wölflera i dlatego ona głównie swą prostotą winna się zalecać. Kierunek przystosowania jelita do żołądka winien być taki, by ruchy robaczkowe obydwu narządów odbywały się w zgodnym kierunku. Wyjątek stanowi jedynie metoda Kochera, który celem uniknięcia możliwości przedostania się treści żołądka do pętli dowodzącej, a względnie żółci do żołądka, przyszywa jelito w kierunku prostopadłym do osi żołądka, tworząc jeszcze z jego ściany rodzaj klapy. Ważną bardzo jest rzeczą, by pętla przszyta do żołądka nie była zbyt daleką od początku jelita czczego, gdyż przyszycie zbyt niskiej pętli może spowodować śmierć przez znaczne zmniejszenie powierzchni chłonnej, jak tego dowodzą znane w literaturze przypadki (Lauenstein, Kraske, Obaliński). Najprzykrzejszym powikłaniem mogącym wystąpić po tej operacji jest wytworzenie się tak zwanego błędnego koła w krążeniu treści pokarmowej, a polegającego na tem, że treść z żołądka przechodzi do doprowadzającej pętli jelita, a z tamąd znów pomieszana z żółcią doń wraca, dając powód do uporeczywych wymiotów, prowadzących wreszcie całkowite wyniszczenie i śmierć. W przypadkach podobnych znajdujemy przy sekcyi obie pętle przszytego jelita ułożone obok siebie prawie równolegle, a oddzielone od siebie ostrogą podobnie jak przy rzyci nieprawidłowej. Niedopuszczenie do wytworzenia się podobnej ostrogi ma na celu cały szereg modyfikacyi przyszycia jelita do żołądka, proponowanych przez najrozmaitszych autorów. Mikulicz jednakże nie uważa wytworzenia się ostrogi jako powód owego koła błędnego, ale za jego następstwo; przyczyny zaś głównej dopatruje się w osłabieniu siły mechanicznej żołądka i jelita. Jeżeli ściany żołądka i jelita doprowadzającego są zbyt atoniczne, to braknie im siły celem przepchania treści do jelita odprowadzającego, a natomiast ulegają one coraz silniejszemu rozdęciu wskutek gromadzącej się treści. W miarę zaś coraz większego napełniania doprowadzającego jelita treścią, następuje coraz mocniejsze zaciśnięcie pętli odprowadzającej. Wobec tego radzi Mikulicz we wszystkich przypadkach gastroenterostomii, wykonywanych wobec znacznego niedowładu żołądka wykonać równocześnie enteroanastomozę między jelitem doprowadza-

jącym a odprowadzającym, jak to zresztą Braun <sup>1)</sup> i Jaboulay <sup>2)</sup> radzą dla wszystkich gastroenterostomij bez wyjątku. Eiselsberg <sup>3)</sup> radził celem zapobieżenia dalszemu drażnieniu nowotworu żołądka przez pokarmy łączyć gastroenterostomią z wykluczeniem odźwiernika w ten sposób, że się żołądek odcina od nowotworu i zaszywa osobno część przed nowotworem położoną, a osobno część bliżej dwunastnicy położoną wraz z nowotworem, łącząc pierwszą za pomocą gastroenterostomii z jelitem. Dodać tu wreszcie wypada, że samo przyszywanie jelita do żołądka starano się ułatwić za pomocą płytek z kości, brukwi i t. p., a w ostatnich czasach z bardzo pomyslnym skutkiem przez zastosowanie guzika Murphye'go.

4. Operacya Lorety polega na rozszerzeniu odźwiernika za pomocą paleców albo dylatorów wprowadzonych przez ranę zrobioną w przedniej ścianie żołądka, zasadą zaś pyloroplastyki Heineke - Mikulicza jest przecięcie miejsca zwężonego w kierunku osi żołądka, a następowe zespojenie rany w kierunku prostopadłym.

5. Wspomnieć tu ostatecznie jeszcze wypada, że nie brakło i prób na trupach i zwierzętach celem uczynienia dostępnym dla operacyi także i w pustu żołądka. Wymienić tu wypada prace Levyego <sup>4)</sup>, Bozzi'ego <sup>5)</sup>, Kendal-Franka <sup>6)</sup> i innych. Operacye te jednak nie przekroczyły jeszcze dotąd swego pierwszego okresu rozwoju i są jeszcze przedmiotem prób i doświadczeń, nie znajdując zastosowania przy łożu chorego.

<sup>1)</sup> Ueber Gastro-Enterostomie und gleichzeitig ausgeführte Entero-Anastomose. Archiv. f. kl. Chirurgie 45 str. 361.

<sup>2)</sup> Centralbl. f. Chir. 1892 str. 893.

<sup>3)</sup> Ueber Anschaltung inoperabler Pylorus Stricturen nebst Bemerkungen über die Jejunostomie. Arch. f. kl. Chirurgie 50, str. 919.

<sup>4)</sup> Ueber die Resection der Cardia. Centralbl. f. Chirurgie. 1894. str. 721.

<sup>5)</sup> Die Plastik der Cardia bei Narbenstricturen. Beiträge zur klin. Chirurgie XVIII.

<sup>6)</sup> Deutsche med. Wochenschrift 1895. Vereinsbeilage str. 18.

## ROZDZIAŁ DRUGI.

### Nerwice żołądka. Neuroses gastricae.

#### XXXVI. Uwagi anatomiczne, fizyologiczne i patologiczne.

Żołądek jest narządem posiadającym własne komórki zwojowe, tak, że oddzielony w zupełności od związku z ośrodków nerwowych, może wykonać samoistnie wszystkie czynności (ruchy, wydalanie, wydzielanie, chłonięcie). Pomimo tej samodzielności wywierają ośrodki nerwowe umieszczone w mózgu, rdzeniu przedłużonym i pacierzowym, bardzo ważny wpływ na czynność żołądka, bądź przyspieszając ją, bądź hamując, bądź regulując. Anatomiczne stosunki unerwienia żołądka wykazują bowiem, że do tego narządu dostają się pośrednio lub bezpośrednio włókna nerwowe, tak od głównego narządu nerwowego (mózgu, rdzenia przedłużonego, rdzenia pacierzowego), jakoteż od ważniejszych splotów nerwu współczulnego brzuszego.

Bezpośrednie unerwienie żołądka pochodzi: a) Od komórek zwojowych (*ganglia*) w ścianach żołądka umieszczonych; — b) od końcowych włókien obydwu nerwów błędnych (*nervi vagi*); — c) od splotów (*plexus*) biorących swój początek od nerwu współczulnego (*nervus sympathicus*).

1. Największe nagromadzenie komórek zwojowych znajduje się w części odźwiernikowej żołądka i to w krzywiznie małej pod nazwą *plexus myentericus Auerbachii*, podczas gdy w błonie podśluzowej stanowią one *plexus submucosus Meissneri*. Obydwa te

sploty łączą się z włóknami nerwowymi pochodzącymi od nerwów błędnych i od splotów nerwu współczulnego.

2. Dziesiąta para nerwów mózgowych (nerwy błędne), przebiega w swej dolnej części wzdłuż przełyku: Lewy nerw słabszy, występuje na stronę przednią tegoż, rozgałęzia się wzdłuż krzywizny małej i wpustu, tworząc poniżej przedniej części tegoż *plexus gastricus anterior*, i sięga swojemi zakończeniami aż do odźwiernika. Nerw prawy jest grubszy, biegnie po stronie tylnej przełyku, zaopatruje po części tylną ścianę żołądka, tworząc na niej *plexus gastricus posterior*, przeważną zaś ilość swych gałązek oddaje do trzewiów brzusznych: jelit, wątroby, trzustki a nawet do śledziony. Gałązki końcowe obydwu nerwów błędnych łączą się z włóknami nerwu współczulnego. W dolnej części przełyku oddzielają się od nerwu błędnego wachlarzykowato naokoło wpustu, ku dołowi osobno przebiegające włókna nerwowe wykryte i nazwane przez Openchowskiego *Nn. dilatatores cardiae*.

3. Zaopatrzenie żołądka ze strony nerwu współczulnego pochodzi od *plexus coeliacus* także *solaris* zwany, do którego od części piersiowej nerwu współczulnego dochodzą włókna z obydwu nerwów trzewiowych (*Nn. splanchnici*). Od powyższego splotu za pośrednictwem *plexus hepaticus*, mającego swe rozgałęzienie w wątrobie, trzustce i dwunastnicy, przechodzi na krzywiznę małą *plexus coronarius ventriculi superior*, a na krzywiznę wielką *plexus coronarius ventriculi inferior*. Obydwa sploty pochodzące od nerwu współczulnego pozostają w połączeniu ze splotami nerwów błędnych i komórkami zwojowymi żołądka.

Zboczenia chorobowe żołądka, o których w pierwszym rozdziale mowa była, mają za podstawę dostrzegalne zmiany anatomiczne w ścianach samego żołądka. Z uwagi jednak, że w żołądku zbiegają się włókna nerwowe, pochodzące od różnych części układu nerwowego, należy się spodziewać, że skutki zmian chorobowych we wielu obszarach nerwowych nie pozostaną miejscowymi, ale przeniosą się drogą odruchową na rozgałęzienia nerwowe zaopatrujące także i żołądek. Stosunki anatomiczne wykazują bowiem, że nerwy dochodzące do żołądka służą równocześnie do zaopatrywania innych narządów, a powtóre, że łączą się zapomocą włókien z innymi nerwami. I tak nerwy błędne, rozpoczynające się swem jądrem na dnie komórki czwartej (*lamina cinerea fossae rhom-*

*boideae*) są nerwami czuciowymi i ruchowymi dla błony śluzowej i mięśni połyku i przełyku przez rozgałęzienia *Nn. plaryngei superiores et inferiores* jakoteż *plexus oesophageus*, dla krtani przez rozgałęzienie *nervus laryngeus superior* i *nervus recurrens*, hamującymi ruchy serca przez rozgałęzienia *rami cardiaci* i *plexus cardiacus*. Działanie nerwu błędnego prócz wpływu na żołądek rozszerza się jeszcze także na ruchy dwunastnicy, a niektórzy badacze dostrzegali po drażnieniu tego nerwu nawet skurcze jelita grubego i macicy. Po przecięciu zaś nerwów błędnych dostrzegano wpływ i to ujemny na następujące czynności jeszcze innych narządów, jak na ruchy oddechowe, wydzielanie soku trzustkowego, moczu i cukru w wątrobie. Nerwy błędne zostają znów w połączeniu z jedenastą parą nerwów mózgowych (*n. accessorius Willisii*) zaopatrujących mięśnie: mostkosutko-obojezykowy i kapturowy, jakoteż z dwunastą parą (*n. hypoglossus*) prowadzącą włókna ruchowe do mięśni językowych, a ostatecznie z dziewiątą parą (*n. glossopharyngeus*), mieszczącą w sobie włókna smakowe, a rozgałęziającą się przeważnie w łuku podniebiennym i na dnie języka. Liczne również połączenia odchodzą od nerwów błędnych do różnych miejsc nerwu współczulnego do *ganglion cervicale supremum*, *plexus pharyngeus*, *pl. cardiacus*, *pl. coeliacus*, *pl. hepaticus*). — Nerw znów współczulny zaopatrując wszystkie trzewia brzuszne licznymi splotami, zostaje zapomocą licznych gałązek w tych trzewiach przebiegających w połączeniu ze wszystkimi nerwami pierśiowymi i lędźwiowymi, biorącymi swój początek w rdzeniu pancerzowym. Sieć przeto nerwowa żołądka pozostaje bądź w bezpośrednim, bądź w pośrednim związku z przeważną częścią rozgałęzień nerwowych.

Już w stanie fizyologicznym dostrzegamy stosownie do stanu żołądka pewne zmiany występujące w odległych narządach: Podczas gdy przy próżnym i nieczynnym żołądku czynność wątroby i trzustki zmniejsza się lub ustaje, liczba i napięcie tętna, jakoteż ciepłota ciała się obniża, to po wypełnieniu tegoż pokarmami zaczyna się żółć i sok trzustkowy drogą odruchową obficie wydzielać, czynność serca wzmacniać się, ciepłota ciała podwyższać. To też sprawa trawienia, w stanach patologicznych żołądka może wywrzeć wpływ na odleglejsze narządy ustroju i wywołać zaburzenia w ich czynności. Wiadomo bowiem, że długotrwałe zbo-

czenia w czynności żołądka, polegające na tle zmian anatomicznych, wywołują najrozmaitsze przedmiotowe i podmiotowe uciążliwe objawy chorobowe, niedowład jelit, ból głowy, bicie serca, rozsiane przeczulice, przygnębienie umysłowe i t. p. Objawy te zwane popolicie „nerwowymi“, rozwijają się powoli i bywają podtrzymywane przez zmiany chorobowe żołądka. Nie są one przeto właściwymi nerwicami, ale objawami następowymi choroby żołądka, którą też jako taką leczyć należy. Natężenie tych objawów nerwowych nie tylko zależy od rozległości i czasu trwania cierpienia żołądka, ale w większej mierze od indywidualności, a właściwie od wrażliwości ośrodkowego układu nerwowego. Zmiany chorobowe żołądka, które u wieśniaka naszego jeszcze żadnych dolegliwości ani miejscowych, ani odległych nie sprawiają, osoby z warstwy społeczeństwa inteligentnej (zwłaszcza wrażliwe kobiety) odczuwają już w wysokim stopniu. Zachodzi tu niajakie podobieństwo z narządem płciowym. Niekiedy mała tylko zmiana anatomiczna, a najczęściej czynnościowa w narządzie płciowym mężczyzny, jest w stanie wywołać rozsiane zboczenia czynnościowe w innych narządach i w sferze psychicznej.

Może jednak mieć się rzecz zupełnie odwrotnie. Podrażnienie obwodowych nerwów stojących bądź pośrednio, bądź bezpośrednio w związku z nerwami zaopatrującymi żołądek, sprawia zboczenie w żołądku zupełnie prawidłowym. Zjawiska w tym kierunku są niekiedy arcyciekawe. Leczyłem np. 30-letniego mężczyznę, uskarżającego się na rozdymanie żołądka i odbijania, u którego przez ucisk na środkowe kręgi piersiowe można było wywołać kilkorazowe nieprzyjemne odbijania, przyczem tętno co do liczby uderzeń stawało się co chwila zmiennem. Przez jednego z kolegów byłem wezwany do chorej, u której nieznaczne pociśnięcie nie tylko każdego kręgu szyjnego i piersiowego, ale jakiegokolwiek punktu klatki piersiowej wywoływało stale odbijania, a po kilkorazowym wywarceniu ucisku czkawkę lub wymioty. Na tej samej podstawie zmiany anatomiczne w odległych narządach np. kamyki żółciowe lub nerkowe, przeciskając się przez przewody, mogą wywołać zaburzenia w czynności żołądka. Skoro przyczyna pobudzająca do odruchów sama zniknie lub przez leczenie usunięta zostanie, znikają zwykle i przypadłości żołądka. Mamy więc w tych przypadkach do czynienia z ner-

wicami zwrotnymi czyli odruchowymi, których przypadłości mogą być cięższe, niż przyczyny je wywołujące, jak to pouczają nas niepowściągalne wymioty ciężarnych (*hyperemesis gravidarum*). Nie u każdej jednak osoby wywołuje ta sama przyczyna odruchową nerwicę żołądka; ma to miejsce tylko u pewnych chorych, u których istnieje usposobienie neuropatyczne, a względnie nieprawidłowy stan ośrodkowego układu nerwowego.

Nerwice żołądka mogą być jeszcze wywołane przez zmiany anatomiczne np. nowotwory, ucisk, wynaczynienia i t. p. w ośrodkach nerwowych, kierujących czynnościami żołądka, albo przez zmiany w nerwach zaopatrujących żołądek jak w nerwach błędnych i w splotach nerwu współczulnego. Są to więc właściwe nerwice żołądkowe, które według siedziby przyczyny można podzielić na obwodowe i ośrodkowe (centralne).

### XXXVII. Podział nerwic.

Czy w nerwach żołądkowych mogą wystąpić zmiany anatomiczne tego rodzaju jak je napotykamy w *neuritis degenerativa* nerwów obwodowych, dotąd niewiadomo. Możliwość pojawienia się tego cierpienia i to na tle samozatrucia zaprzeczyć nie można.

Nerwice żołądka uwiadcniają się pewnymi nieprawidłowymi objawami w zakresie czucia, ruchu, wydzielania i krążenia. Dlatego podział nerwic według złożeń symptomatycznych na nerwice czuciowe, ruchowe, wydzielnicze i naczynioruchowe da się w praktyce łatwiej skutecznie, przyczem jednak ze względu na leczenie trzeba się starać, każdą nerwicę bliżej określić, czy ona jest samoistną, czyli też przyrody odruchowej. Rzadko kiedy napotykamy przypadki złożeń jednej czynności żołądka, najczęściej składają się dwa lub więcej na sprawę chorobową, czyli mamy do czynienia z nerwicą żołądka złożoną. Oprócz tego zdarza się jeszcze często, że obok zaburzeń w czynności żołądka istniejących na tle nerwowem, pojawiają się one jeszcze w innych narządach, jak kolka jelitowa, bicie serca nerwowe, przeczulice kończyn i t. p., a w tych przypadkach przedstawia się cierpienie jako nerwica rozsziana (*gastroneurosis vaga*). Wreszcie istnieją choroby innych narządów, gdzie sprawa chorobowa pod

względem klinicznym występuje przeważnie pod objawami zбоcezeń w czynności żołądka, czyli są to nerwice żołądka symptomatyczne.

W niniejszej pracy będziemy omawiać nerwice żołądka według podziału symptomatycznego, zaleconego przez Osera, biorąc o ile to jest możliwym, wzgląd na ich pochodzenie.

#### 1. Nerwice pojedyncze.

A. Nerwice czuciowe	}	samoistne	{	ośrodkowe
				obwodowe
		odruhowe		

Przeculice żołądka, nerwoból żołądka, zmiany w uczuciu głodu i łaknienia.

#### B. Nerwice ruchowe z tym samym podziałem:

Kurcz częściowy lub całkowity żołądka, niepokój robaczkowy, odbijanie, zwracanie, przeżuwanie, wymioty, niedomykalność wpu-  
stu i odźwiernika, znużenie mechaniczne żołądka, porażenie żo-  
łądka.

#### C. Nerwice wydzielnicze z tym samym podziałem:

Okresowy sokotok żołądkowy, zanik siły wydzielniczej.

2. Złożone nerwice zaliczono do tej pojedynczej nerwicy, która stanowi albo pierwotny, albo najwybitniejszy objaw w zaburzeniu czynności żołądka.

#### 3. Nerwice żołądka rozsiane:

Nerwice żołądka histeryczne i neurasteniczne.

#### 4. Nerwice żołądka symptomatyczne:

Napady żołądkowe tabetyczne, niestrawność zimnicza, dnawa, blednicza, płciowa, makowcowa i tytoniowa. Nie we wszystkich jednak wyliczonych zбоcezeniach żołądkowych jest tło nerwowe jeszcze pewne.

### XXXVIII. O rozpoznawaniu nerwic żołądka.

Orzeczenie, czy zбоczenie w czynności żołądka polega na tle nerwowem, czyli też na organicznej zmianie w żołądku, nie zawsze jest łatwe, a w niektórych powikłanych przypadkach wprost niemożliwe. Dotąd praktyka lekarska przy rozpoznawaniu nerwic żołądka uwzględnia następujące szczegóły różniczkowe.

1. Istnienie momentu etyologicznego, mogącego wywołać nerwicę; np. uraz psychiczny, przepracowanie umysłowe, obecność zbroczenia w położeniu macicy, nowotworów w jamie nosowej lub połyku, kolki żółciowej lub nerkowej i t. p. Wnioskowanie tego rodzaju jest jednak niepewne, gdyż z ustąpieniem powyższych zbroczeń nie ustępują w każdym przypadku przypadłości żołądkowe, a u większej liczby chorych nie oddziałują one wcale odruchowo na żołądek. Stąd też wniosek, że zbroczenia w czynności żołądka, nawet przy istnieniu wrzekomego momentu etyologicznego, mogą tak dobrze polegać na zmianach organicznych, jak i na odruchach (Oser). Panecki np. widział na 15 chorych dotkniętych tyłozgięciem macicy z równoczesnymi przypadłościami żołądkowymi, u 8-miu ustąpienie takowych po wyleczeniu tyłozgięcia, u 7-miu zaś pomimo wyleczenia zbroczenia ginekologicznego przypadłości żołądkowe się nie poprawiły, gdyż były one samoistne.

2. Niezależność objawów żołądkowych od przyjmowania pokarmów, jakoteż od jakości ich. Czy cho-remu zalecimy dyetę ścisłą, czy zwykłą, a nawet jeżeli chory narażi się na przejedzenie, to przypadłości żołądkowe trwają stale bez względu na żywienie. Niepojawianie się zaburzeń czynnościowych po przyjęciu pokarmów znanych jako trudno strawne, a pojawianie się ich po strawnych (mleku, jajach), albo nawet w żołądku czezym, bywa uważane jako jedna z pewnych oznak nerwicy żołądka. Badając chorych wobec tych objawów, znalazłem nawet w stanie czezym u wielu chorych jako przyczynę dolegliwości na pozór od pokarmów niezależnych, albo resztki miazgi pokarmowej, albo płyn mętnawy, przedstawiający wybitne własności wydzieliny nieżytku kwaśnego. Tu przeto w nieregularnych odstępach zbierała się mniejsza lub większa ilość ostrej treści żołądkowej, drażniąc chorobowo zmienione ściany żołądka. Ustanie dolegliwości po wprowadzeniu pokarmów uważanem bywa jako oznaka zbroczenia czynności żołądka na tle nerwowem, i objaw ten ma być patognostyczny dla odróżnienia wrzodu od nerwicy. Należy jednak pamiętać, że przy nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego i nieżycie kwaśnym pewne pokarmy wprowadzone do żołądka przez rozcieńczenie i utajenie kw. solnego zmniejszają dolegliwości podmiotowe, chociaż z drugiej strony istnieją niewątpliwe

i to częste przypadki nerwic u kobiet, gdzie wprowadzenie cięższej płynnego pokarmu (rosółu, kleiku, mleka) spowoduje gwałtowne przypadłości żołądkowe. Niezależność zatem objawów żołądkowych od pokarmów nie zawsze może rozstrzygać napewno o ich przyrodzie nerwowej.

Przypuszczamy jeszcze według Leubego obecność nerwicy wtenczas, jeżeli kilkutygodniowe zastosowanie ścisłej diety przypadłości nie zmniejsza, jak to bywa przy zmianach organicznych żołądka, ale przeciwnie często je powiększa. Wnioskowanie to w razie nieobecności wrzodu, a przy pominięciu badania wewnętrznego, jak to zwykle bywa, może się okazać mylnem, gdyż szablonowo zastosowana dieta może się okazać w mylnie rozpoznanym przypadku nieodpowiednią, dlatego może wywołać przypadłości żołądkowe. Innych bowiem pokarmów wymaga nieżył kwaśny, a innych śluzowy lub zanikowy; w przypadku zaś rozpoczynającego się raka żołądkowego, zastosowanie ścisłej diety musi tylko pogorszyć ogólny stan chorobowy przyspieszając charłactwo. Stąd należy dyetetyczny moment rozpoznawczy w ten sposób sformułować, że ustąpienie przypadłości żołądka po leczeniu dyetetycznym przemawia za cierpieniem organicznym, a wyklucza tylko do pewnego stopnia nerwicę. Doświadczenie bowiem poucza, iż niektóre nerwice żołądka same przez się po jakimś czasie ustępują bez względu na dietę. Trwanie zaś przypadłości żołądkowych pomimo dyetetycznego żywienia nie przemawia jeszcze za nerwicą, gdyż ciężki sokotok i nieżył zanikowy przebiegają przez długi czas z dolegliwościami żołądkowymi, pomimo stosowania racjonalnej diety.

3. Pojawianie się przypadłości żołądkowych okresowe lub w napadach może przemawiać za ich przyrodą nerwową, lecz równocześnie należy pamiętać, że i większe gromadzenie się miazgi pokarmowej lub soku żołądkowego w przypadkach obniżenia sprawności mechanicznej żołądka odbywa się w pewnych odstępach czasu, a doszedłszy do pewnej ilości, której żołądek tak szybko wydalić nie może, sprawia przypadłości żołądkowe, trwające jakoby napady przez kilka godzin, aż do częściowego wydalenia treści żołądka. Z doświadczenia mego wiem jeszcze, że u chorych pozornie wyleczonych z nieżytów, zwłaszcza śluzowego (p. uwaga, na str. 119, 120) zdarzają się często okresowe nawroty

lub nagłe nasilenia tego stanu chorobowego, i że lekarze nie badając chorego przez zondowanie, uważają ten stan jako nerwicę żołądka.

4. Jeżeli zboczenie w czynności żołądka możemy wywołać sztucznie drogą odruchową, np. przez ucisk na jajniki, kręgosłup i t. p., albo jeżeli one występują po wzruszeniach psychicznych, przed miesiączkowaniem, po spółkowaniu i t. p., wówczas prawdopodobnie mamy do czynienia z nerwicą żołądka. Rozpoznanie samej nerwicy nie jest tu zawsze stanowczem, gdyż znana jest rzeczą, że i organiczne zmiany żołądka, sprawiające małe tylko dolegliwości, pod wpływem wyżej przytoczonych czynników pogarszają się.

5. Wyśledzenie *punktów lub obszarów bolesnych* niektórzy autorowie (Burkart, Rosenthal) uważają jako swoistą oznakę nerwicy żołądka. Już w stanie prawidłowym okazuje się dołek podsercowy, w którym mieści się część odźwiernikowa żołądka przy ucisku tkliwszym od innych okolic jamy brzusznej. W nerwicach czuciowych bywa jednak to miejsce, odpowiednio większemu nagromadzeniu splotów i zwojów nerwowych, badzo często przy ucisku w wysokim stopniu bolesne. Nadmienić jednak wypada, że to samo zdarza się we wrzodzie odźwiernika i w zwężeniu żołądka (p. str. 251). Burkart wymienia jako punkty bolesne w jamie brzusznej miejsca odpowiadające *plexus aorticus abdominalis*, *plexus coeliacus* i *plexus hypogastricus superior*, który to ostatni znajduje się na rozwidleniu aorty brzusznej, a jego punkt uciskowy leży w linii środkowej nieco niżej pępka. Właściwe punkty i obszary bolesne napotyka się wzdłuż kręgow pierśiowych, albo wzdłuż nerwów międzyżebrowych bądź jednostronnie, bądź obustronnie. Trzeba jednak przekonać się zawsze, czy ta bolesność uciskowa w tych miejscach nie pochodzi od gościca mięśniowego. Głębokie ruchy oddechowe, szybkie zmiany w położeniu klatki piersiowej, a szczególnie przesuwanie włókien mięsnych między palcami, mogą sprawić bóle i przemawiać za przyrodą gościcową cierpienia. Lecz należy pamiętać, że taka sama bolesność nerwów może być objawem ich zajęcia chorobowego w postaci chorobowej *neuritis degenerativa simplex* albo *multiplex*. Czy takiemu zajęciu nerwów obwodowych towarzyszą przypadłości żołądkowe, dotąd nie wiemy. Z drugiej zaś strony jest bardzo rozpowszechnione przypuszczenie, że

neuritis simplex i multiplex polega na samozatruciu z przewodu pokarmowego (p. str. 272). W większej części przypadków nerwicy żołądka niema punktów bolesnych. Zdarzają się zaś często w przebiegu neurastenii i histeryi, a ponieważ te choroby zmian organicznych w żołądku nie wykluczają, to pomimo istnienia punktów bolesnych mogą przebiegać równocześnie organiczne zmiany żołądka np. wrzód.

6. Jeden jeszcze szczegół stosowany przez Leubego byłby dla wykazania obecności nerwicy żołądka bardzo ważny, t. j. ustalenie przypadłości (bólów) żołądka po *przyłożeniu anody prądu galwanicznego* na dołek podsercowy — gdyby w każdym przypadku stale się pojawiał. W celu rozróżnienia wrzodu od nerwicy wykazanie tego sposobu rozpoznawczego odbywa się według Leubego w ten sposób, że podaje się choremu taki pokarm, po którego przyjęciu zwykły występować ból w żołądku. Naówczas w przypadku nerwicy za przyłożeniem anody na dołek podsercowy ból po jakimś czasie ustaje, gdy tymczasem we wrzodzie żołądka pozostaje bez zmiany.

7. Znaczna część lekarzy kieruje się obecnie tem, że jeżeli dostrzeżę *zbożenia w sferze nerwowej* w postaci więcej rozsiaanej, jak przeczulicę skóry przy dotyku lub przy zastosowaniu prądu galwanicznego, ból lub zawrót głowy, nadezłość wzroku lub słuchu, przygnębienie lub podrażnienie psychiczne i t. p., — wówczas przyjmuje, że równocześnie istniejące przypadłości żołądkowe są przyrody nerwowej i to w następstwie cierpienia nerwowego. Nic nie jest wygodniejszym ale zarazem i więcej złudnem, jak tego rodzaju rozpoznanie. O tem miałem sposobność przekonania się codziennie, gdy skontrolowałem takie wnioszkowanie przez badanie wewnętrzne żołądka. Leczyłem 28-letniego miernie odżywionego mężczyznę, pracującego umysłowo. Od pół roku począł nadmiernie nauce się oddawać i **jak** twierdzi, od tego czasu pojawiły się przypadłości żołądkowe: gniewienie, wydymanie w okolicy żołądka, bicie serca, dławienie w przełyku, zawrót głowy i niemożność **pracowania umysłowo**. Przypadłości te pojawiały się szczególnie rano naczczo i kończyły się przed obiadem odbijaniem czezemi i odchodzeniem wiatrów; łaknienie i stolce prawidłowe. Przy badaniu w 5 godzin po obiedzie pluskanie w żołądku sięgające do pępka, mierna tkliwość dotykowa kręgów pier-

siowych, zresztą stosunki prawidłowe. Rozpoznałem nerwicę czuciowo-ruchową na tle rozpoczynającej się niemocy nerwowej (neurasteni). Lecz gdy nazajutrz rano na życzenie chorego przedsięwziętem badanie wewnętrzne żołądka czczego, znalazłem ku memu zdziwieniu przeszło pół litra miazgi pokarmowej cuchnącej. Rozpoznanie przeto nerwicy poprawiłem na *ectasia essentialis gravis subs. dyspepsia flatulenta in individuo debili*. Ośmiorazowe przepłukanie żołądka rozczynek boraksu, dyeta sucha mięsna, a ostatecznie użycie tinctura nucis vomicae c. ac. hydrochlorico usunęły dolegliwości żołądkowe i nerwowe. Dość często spostrzegalnym jest fakt, że na tle organicznych zmian w żołądku wytwarzają się zбочenia w sferze nerwowej, zmysłowej i psychicznej. Lecz lekarz zwykle zbyt łatwo załatwia się z przypadłościami żołądka: jeżeli u pacjenta przypuszcza na podstawie objawów neurastenię lub histeryę, uważa i dolegliwości żołądkowe jako objaw częsciowy tych chorób, nieuwzględniając okoliczności, że istnieją przypadki, w których te ogólne nerwice zjawiają się obok choroby żołądka, która przyczynia się niemało do ich powstawania i podtrzymywania. Zdarzają się wreszcie przypadki ukrytego zбочenia żołądkowego, gdzie wytwory nieprawidłowego trawienia dostając się do ogólnego obiegu sprawiają *samozastrucie* (autointoxicatio) układu nerwowego (p. str. 267). I te bez badania wewnętrznego na podstawie górujących przypadłości nerwowych uchodzą jako czysta nerwica żołądka, albo neurastenia.

8. Przy *badaniu wewnętrznem*, zauważano we wielu przypadkach nerwicy żołądka zmienność wyników co do chemizmu i mechanizmu u tej samej osoby. Raz znajdujemy prawidłowe wydzielanie HCl, przy następnem badaniu okazuje się kwasota zbyt mała, albo też niema wolnego HCl. Różnice w kwasocie wynoszące dziesięć a nawet piętnaście przy wysokich stopniach kwasoty nie mają jednak znaczenia, gdyż leżą w granicach błędów doświadczalnych. Tak samo wydobywamy często w jednym i tym samym przypadku nerwicy żołądka przy tej samej próbie raz większą ilość treści żołądkowej, drugi raz mniejszą, a czasem nawet wcale nie daje się wyciągnąć. Z otrzymanych ilości treści żołądkowej można robić wnioski tylko z wielką ostrożnością, gdyż ilość treści wydobytej nie jest każdego dnia jednakowa nawet przy tym sa-

mym sposobie wydobywania. Najpewniejsze wyniki otrzymuje się jeszcze przy zastosowaniu przyrządów aspiracyjnych (p. str. 15).

9. Określając cierpienie jako nerwicę żołądka, musimy przeto równocześnie rozstrzygnąć, czyli mamy: *a)* czystą nerwicę żołądka, *b)* czy zmianę organiczną w żołądku, a następnie zboczenia w sferze nerwowej; *c)* chorobę żołądka organiczną, i zboczenia nerwowe niezależnie od siebie przebiegające. Wprawdzie tego rodzaju przypadki dotychczas szczegółowo opisane nie zostały, lecz nie przemawia przeciw przypuszczeniu, że chory na wymioty nerwowe lub nerwoból żołądka może nabyć wrzód okrągły, sprawę nieżytową i t. p. albo odwrotnie. *d)* Należy jeszcze uwzględnić tę okoliczność, że histerya i neurastenia rozpoczynają się od zajęcia tylko jednego narządu, którym może być właśnie żołądek, a później dopiero przechodzą na inne, na którą to okoliczność słusznie zwraca uwagę Riegel. Tak np. u kobiet może być pierwszym objawem histeryi zajęcie krtani, objawiające się bezgłosem.

Rozstrzygnięcie tych powikłań chorobowych jest zwykle trudne i tylko na podstawie wewnętrznego badania żołądka możliwe, a lekarz nigdy zaniechać go niepowinien, jeżeli chce się ustrzedz pomyłki. Żywo stoi mnie w pamięci szereg w tym kierunku popełnionych pomyłek. Miałem np. w praktyce prywatnej 49-letnią Izraelitkę z Tarnowa miernie odżywną w okresie ustania miesiączkowania. Odbijanie, czkawka napadowa, zły smak w ustach, brak łaknienia, uczucie dławienia w połyku, nudności, przechodne bóle w kończynach i grzbiecie niepokoiły w wysokim stopniu chorą, a ujemny wynik badania fizykalnego nie dawał podstawy do przyjęcia zmian organicznych w żołądku. Zrobiłem tak pewne rozpoznanie climacterium subs. dyspepsia hysterica, że chorej, która się domagała, aby jej z żołądka „wyciągnąć, to co nudzi“ powiedziałem że tego niepotrzeba, gdyż po krótkim pobycie w Karlsbadzie pojedzie do Franzensbadu i tam dozna polepszenia, tutaj niech pije tylko małe ilości wody mineralnej. Gdy jednak objawy, według mego rozpoznania maciennicze, nie ustępowały, uległem żądaniu chorej: naczczo wykonałem wewnętrzne badanie żołądka, które wykazało obecność przeszło pół litra płynu zielonkawo żółtego, mętawego z małą ilością strzępów mięsa; przesącz niebieskawy o kwasocie 70, a oddziaływanie silne na wolny kw. solny. Tak więc miałem przed sobą wybitny nieżyt kwaśny

z rozstrzenią trwałą lżejszego stopnia. — Innego rodzaju pomyłka zdarzyła się mnie przed kilku laty u 50-letniego miernie odżywionego mężczyzny stanu duchownego. Uskarżał on się na odbijania, wobec wzmożonego łaknienia na rozdymanie w okolicy żołądka, zaparcie stolca, senszacye w rozmaitych częściach ciała. Żołądek czczy wykazał nieznaczne pluskanie a płuca mierną rozedmę. Rozpoznałem co do żołądka: catarrhus acid. subs. ectasia et statu nervoso i zaleciłem pilne picie wody mineralnej ze stopniowaniem dawek i dyetę mięsną, oprócz tego codziennie miesięcznie brzucha. W pierwszym tygodniu przypadłości były mniejsze, lecz w drugim pojawiły się znów, a gdy z dnia na dzień się wzmaczały, nakłoniłem pacjenta do poddania się zondowaniu. Ku memu zdumieniu zdołałem z żołądka czczego wyciągnąć około 150 cm.<sup>3</sup> miazgi mięsnej zupełnie niestrawionej i cuchnącej oddziaływania alkalicznego. Rozpoznanie musiało być zmienione na rozstrzeń ciężką z nieżytem śluzowym, a leczenie karlsbadzkie zaprzestane. Badanie wewnętrzne żołądka jest, jak to się z doświadczenia lekarskiego okazuje, najpewniejszym środkiem od odróżnienia, czy pod objawami, tak zwanymi nerwowymi, nie kryje się zmiana organiczna żołądka, nadto może ono posłużyć do odróżnienia niektórych nerwic między sobą jak np. czuciowych od wydzielniczych. Dlatego nie rozpoznaję stanowczo nerwicy żołądka, jeżeli nie byłem w możności wykonać zondowania żołądka.

10. Nerwice żołądka *wikłają* się często z nerwicami jelitowymi, które z tego samego tła etyologicznego pochodzić mogą. I tak w ostatnich czasach A. Peyer zwrócił uwagę na to, że zboczeniem w narządzie płciowym towarzyszą często także nerwice jelitowe bądź to czuciowe w postaci nerwobólu jelitowego, bądź ruchowe lub wydzielnicze, objawiające się w postaci napadowej biegunki bez zmian anatomicznych w jelitach. Jako przyczyny etyologiczne tych przypadłości jelitowych podaje Peyer: samogwałt, nadużycia w spółkowaniu, nienaturalne spółkowanie zwłaszcza przerywane, nasioniotek, zapalenie przewlekłe części krokowej cewki moczowej i t. p. Po usunięciu powyższych zboczeń płciowych zniknęły według tego autora i przypadłości jelitowe.

Nerwice jelitowe czuciowe można łatwo pomylić z nerwicami żołądkowymi. Nerwice jelitowe różnią się jednak tem od nerwicy żołądka, że bóle i rozmaite senszacye pojawiają się w nerwi-

cach jelitowych najczęściej w okolicy pępka lub poniżej, i przechodzą z miejsca na miejsce po całej jamie brzusznej, że w kiszce stolcowej bywa często uczucie palenia, pieczenia lub świądu (pruritus), a otwór stolcowy okazuje się zwykle stale wilgotny lub sączy się ciecz tworząca plamy na bieliznie, chociaż ani owrzodzeń ani guzów krwawnicowych w odbycie niema. Napady nerwobólki jelitowej kończą się najczęściej nagłymi wypróżnieniami płynnymi lub obfitem odhodzeniem wiatrów. Wogóle wypróżnienia mają tu takie znaczenie, jak wymioty w nerwicach żołądka.

Istnieją jeszcze wypadki, w których tak nerwice żołądka jak i jelit równocześnie się pojawiają.

11. Zanim się stanowczo orzeknie, że w danym przypadku dolegliwości żołądkowe są przyrody nerwowej, należy jeszcze zastanowić się czy one nie są następstwem zwiśnięcia trzewiów (p. str. 247) lub też objawami samozatrucia (p. str. 266). Rozstrzygnięcie w tym kierunku jest w danym przypadku przy obecnym stanie wiedzy często niemożliwe. Stąd pochodzi zamęt i dowolność w rozpoznaniu tych nieuchwytnych stanów chorobowych żołądka.

### XXXIX. Etiologia, przebieg i leczenie nerwic żołądka w ogólności.

W powyższych ustępach wyjaśniono pochodzenie nerwic żołądka w ogólności. Szczegółowe przyczyny będą podane jeszcze przy pojedynczych nerwicach. Tu należy tylko ogólnikowo podnieść, że do wystąpienia nerwic potrzebne jest pewne usposobienie neuropatyczne, które może być wrodzone i pochodzić od rodziców, dotkniętych chorobami układu nerwowego, albo nabyte przez czynniki obniżające energię ośrodkowego narządu nerwowego, jakoto przez przygnębienie psychiczne, nadmierną pracę umysłową, nadużycia płciowe, choroby ustrojowe połączone z upośledzeniem w odżywieniu (niedokrwistość, blednica). Nerwice pojawiają się najczęściej między 17-tym a 50-tym rokiem życia; największą zaś ilość przypadków nerwic żołądka dostarczają kobiety, a to w okresie lat trwania regularności. Najliczniej między nimi są reprezentowane Izraelitki we wieku po nad 20 lat, które tak często podlegają nerwicom żołądka, jak ich mężowie nadmiernemu wydzielaniu soku żołądkowego. Następnie podlega ludność wielkomijska, a w szczególności świat handlowy i literacki nerwicom

żołądka. Lecz i lud wiejski nie jest od nich wolny. Ostatecznie zdaje się, że i indywidualność odgrywa ważną rolę, jak to się objawia w wrażliwości (idyosynkrazyi) żołądkowej. Napotykamy bowiem nierzadko osoby, które po wrażeniach lub wrzuszeniach psychicznych doznają stałe przypadłości żołądkowych lub jelitowych, bólu, wymiotów albo biegunki, podczas gdy u innych te same przyczyny nie wywierają żadnych następstw.

Nerwice żołądka są częstymi zboczeniami, jednak częstość ich bywa przeceniana, jeżeli przez niektórych autorów na 70% (Pacanowski) a nawet na 90% (Rosenthal) wszystkich przypadków żołądkowych bywa podawana. Żołądek zatem byłby narządem **naj**więcej ze wszystkich ulegającym zboczeniom nerwowym, niemającym wcale analogii z innymi narządami, co tem więcej zadziwia, że jelita rozmiarami o wiele większe, spełniające pokrewną **czyn**ność i prawie z tych samych źródeł swoje unerwienie czerpiące, **tak** wysokiej chorobliwości nerwowej nie posiadają. Ani względy anatomiczne, ani fizyologiczne nie przemawiają za tem, aby tak nerwice samoistne jak i odruchowe miały występować częściej w żołądku, niż w innych trzewiach brzusznych. Natomiast z uwagi, że żaden narząd ustroju nie doznaje bez przerwy tyle najróżnorodniejszych urazowych szkodliwości jak żołądek z powodu właściwej mu czynności, należy przeto przypuścić, że zmiana chorobowa tkwi w przeważnej części przypadków w samych ścianach narządu, a przy usposobieniu neuropatycznem może ona stanowić moment przyczynowy wywołujący rozsiane zboczenia w sferze nerwowej drogą odruchową. Wysoki odsetek nerwic żołądka w statystyce chorób żołądka pochodzi jedynie z niedokładności lub zaniedbania badania wewnętrznego żołądka w przypadkach, w których lekarz podejrzywa nerwicę żołądka. Na podstawie znacznej liczby przypadków wewnątrznie badanych znalazłem około 30% zboczeń w czynności żołądka polegających na tle nerwowem.

Przebieg nerwic zależy od przyczyn wywołujących je. Niekiedy znikają one same przez się, aby po niejakiem czasie znów się pojawić. W innych razach trwają uporczywie całemi latami. Dlatego **rokowanie** co do wyzdrowienia bywa niepewne, a co do życia, tylko w rzadkich przypadkach okazuje się niekorzystnem, kiedy pokarmów do żołądka wprowadzić niemożna, albo żołądek ich nie przyjmuje.

Leczenie polega na usunięciu przyczyn wywołujących nerwicę, co jednak tylko w małej części przypadków da się uskutecznić. Czasem wystarczy wpływ psychiczny (sugestia), aby nerwica jakoby pod działaniem różdżki czarodziejskiej ustąpiła. Najczęściej musi chory przechodzić przez cały szereg tak racjonalnych jak i empirycznych środków, nim dozna polepszenia. Najracjonalniejszym postępowaniem w leczeniu nerwicy żołądka okazuje się działanie skrzepiające na układ nerwowy i na odżywienie, a równocześnie symptomatycznie i miejscowo na sam narząd. W ogólności bywają polecane: Wypoczynek od pracy umysłowej, zmiana klimatu, zabiegi wodolecznicze, kąpiele morskie, kąpiele żelaziste, elektryczność a wewnątrznie: wody arsenikowo-żelaziste (Levico, Srebrenica) łyżeczkami i rozmaite nervina, jak to szczegółowo omówionem będzie przy pojedynczych nerwicach.

#### A. Nerwice żołądka czuciowe.

##### *Gastroneuroses sensitivae.*

W stanie prawidłowym, nie odczuwa się ani ucisku mechanicznego pokarmów na ściany żołądka, ani ciepłoty, ani też jakości ich chemicznej; również nie przychodzą do świadomości ruchy żołądka, ani obecność trawiącego kwasu żołądkowego. Nawet oderwanie kawałków błony śluzowej zgłębnikiem, lub dostanie się gorącego kęsa do żołądka nie sprawia uczucia bólu. Wprowadzenie większej ilości zimnego lub gorącego płynu do żołądka, sprawia pewne obniżenie (około 3° C.), lub podwyższenie ciepłoty powłok brzusznych (Schlikoff) i przez nie ma powstawać uczucie ciepła lub zimna w żołądku (E. H. Weber). Niektórzy autorowie przypuszczają jednak, że istnieje uczucie żołądkowe, lecz ono zostało przez ciągłe działanie bodźców na żołądek we wysokim stopniu przytępione. Nie da się też zaprzeczyć istnienia pewnego, chociaż bardzo słabego uczucia w żołądku. Wprowadzenie ostrych cieczy (wysokoku, olejków i t. p.) sprawia uczucie ciepła, gryzienia, palenia lub bólu; przepełnienie płynnymi pokarmami sprawia uczucie pełności, wydęcie powietrzem uczucie prężenia i t. d. W stanach patologicznych może jednak ten narząd przybrać wysoki stopień nadczułości, tak że staje się źródłem najprzykrzejszych podmiotowych

dolegliwości, a to nawet w takich przypadkach, w których ani zmian organicznych w narządzie ani wywołującej przyczyny wyznać niemożna. Czucia te dochodzą do świadomości szlakiem włókien czuciowych nerwów błędnych, a mogą być nadto wywołane przez podrażnienie włókien nerwu współczulnego.

Objawy czuciowe ze strony żołądka są ze wszystkich objawów żołądkowych najczęstszymi; są one właśnie tymi objawami, które chorego zmuszają do szukania pomocy lekarskiej. Występują one nie tylko samoistnie jako nerwice żołądka, lecz towarzyszą jeszcze częściej zmianom organicznym.

### XL. Przeczulice żołądkowe.

#### *Hyperaesthesiae et paraesthesiae gastricae.*

Pod tą nazwą rozumiemy *sensacjy* najrozmaitszego rodzaju umiejscowione przeważnie w samym żołądku, a występujące nie tylko podczas trawienia, ale także i w żołądku próżnym. Pojawiają się bądź jako samoistne zboczenia nerwowe, bądź też w przebiegu wielu innych chorób jak n. p. niedokrwistości, blednicy, histeryi, neurastenii i t. d. Lecz czy one w danym przypadku pochodzą od zboczeń w ośrodkach nerwowych, czy też w samych nerwach żołądkowych lub ich zakończeniach, nie da się stanowczo rozstrzygnąć. Ze względu na to, że przy zaburzeniach w ośrodkach nerwowych (przekrwieniach, nowotworach, uszkodzeniach mózgu i t. p.) pojawiają się zboczenia czuciowe w żołądku, należy wnioskować, że nerwice czuciowe mogą pochodzić także z przyczyn ośrodkowych. Lecz możliwem jest także, że w bardzo wielu przypadkach przyczyną tych różnorodnych sensacjy może być obecność zwiśnięcia trzewiów. Czy jednak zboczenia w położeniu żołądka muszą stale wywołać przeczulice żołądkowe, musi być uważane obecnie jeszcze za rzecz nierozstrzygniętą (p. 256).

Przeczulicom żołądka mogą towarzyszyć rozmaitego rodzaju nerwobole jak: połowiczy ból głowy, nerwobole międzyżebrowe lub grzbietowółdźwiowe. O istnieniu sensacjy jako następstwa chorób żołądka zwłaszcza w przypadkach zwiększenia kwasoty treści żołądkowej była mowa już poprzednio.

1. **Nudności** (*nausea*) pojawiają się rzadziej naczozo, częściej po użyciu pokarmów, przyczem często powstaje smak słonawy. Towarzyszy im zwykle brak łaknienia. Ponieważ nudności poprzedzają niejednokrotnie wymioty, należałoby ten objaw uważać jako wywołany następowo nieprawidłowymi ruchami żołądka. Niektórzy autorowie uważają też nudności jako objaw podrażnienia ośrodkowego, lecz mniejszego stopnia, niż to potrzeba do wywołania wymiotów. Jeżeli nudnościom towarzyszy zawrót głowy i osłabienie, można je uważać jako oznakę niedokrwistości mózgu. Nudności mogą być także objawem odruchowym we wielu chorobach, często np. w chorobach połyku (zwłaszcza pharyngitis subacuta), jeżeli one przebiegają, z większym wydzielaniem śluzu. Po usunięciu choroby połyku znikają i nudności. Jako objaw symptomatyczny organicznego cierpienia żołądka pojawiają się nudności wśród nieżyty śluzowego szczególnie u pijaków, jakoteż w rozstrzeni w razie nagromadzenia się większej ilości treści żołądkowej. Ostatecznie bywają nudności także objawem samozatrucia (p. ust. XXXIV).

Nudności są cechującym objawem pewnego rodzaju *niestrawności płciowej u kobiet*, chociaż nie ma żadnych zmian anatomicznych w narządzie płciowym. Tę postać nerwowości opisałem pod nazwą *Dyspepsia sexualis artificialis* (Przegl. Lek. 1896 Nr. 1). Powstaje ona u kobiet wskutek dłuższego praktykowania na nich coitus interruptus. Tego rodzaju przypadków obserwowałem sześć; wszystkie one dotyczyły się młodych, dobrze odżywionych, dorodnych mężatek, które od kilku lat nie rodziły, a na nich praktykowany był coitus interruptus. Przypadłości niestrawności były następujące:

Nudności i kłębowanie w żołądku aż do gardła, czezość i odbijanie się czeze rano, czasowy brak łaknienia zwłaszcza do śniadnia, gniecienie po jedzeniu; slinienie i zbieranie się na wymioty, zawrót głowy. U niektórych pojawiało się dławienie i ściąganie w gardle i zaparcie stolca. Odległych przypadłości, jak to w hysterii bywa, nie było. Najgorzej czują się chore rano, skarżąc się na niesmak, nudności, kłębowanie w przełyku, brak łaknienia do śniadania i odbijanie się czeze. Badanie wewnętrzne żołądka nie wykazywało nieprawidłowości.

Wszystkie powyższe objawy wskazują na nerwicę ruchową żołądka, a mianowicie na zaburzenie w ruchu robaczkowym żołądka i przetyku, oraz na nieprawidłowe zamykanie i otwieranie się wpustu i odźwiernika. Wywołane są one drogą odruchu przez niezaspokojenie, do najwyższego stopnia podnieconego narządu płciowego.

Zupełnie te same objawy niestrawności napotkałem u kobiet młodych, których mężowie o tyle byli płciowo osłabieni, że przychodziło tylko do coitus praecipitatus.

I na starszych kobietach bywa praktykowany coitus interruptus. W tych przypadkach zauważyłem przypadłości żołądkowe poważniejszego stopnia, a mianowicie u trzech obserwowanych kobiet pojawiały się obok nudności, zwracania i wymioty prawie po każdym jedzeniu, czkawka i zły smak w ustach a odżywienie było mierne.

Symptomatyczne leczenie nudności nerwowych polega na wypiciu zimnej wody, soków owocowych, limonady, małych ilości napojów wysokokowych (wina, wódek aromatycznych), kilku kropel kw. solnego, postawieniu gorzyczników na dołek podsercowy i t. p. Przy nudnościach nerwowych chorzy zwykle nie znośzą lekkostrawnych pokarmów, mleka, jaj, a natomiast dobrze się czują po użyciu niestrawnych potraw jak kapusty, ogórków, sałaty i t. p.

2. Uczucie pełności i rozdymania w żołądku (*flatulentia nervosa*) zdarza się często po wprowadzeniu pokarmów do żołądka, jednak może występować i w żołądku zupełnie czczym i dochodzić do tego stopnia, że chorzy starają sobie sprawić ulgę przez rozpinanie sukien. Lecz nietylko to, ale i zondowanie, jakoteż przepłukiwanie tych sensacyj nie usuwa. W wielu przypadkach uczuciu pełności towarzyszy brak łaknienia. Ponieważ wobec uczucia rozdymania występują niejednokrotnie odbijania, które sprawiają ulgę, dlatego możnaby uważać to uczucie jako następstwo nerwicy ruchowej (*spasmus pylori et cardiae*). W niektórych przypadkach równocześnie występujące kurezowe ziewanie przemawia za ich przyczyną ośrodkową. Jako objaw symptomatyczny zdarza się uczucie pełności i rozdymania w histeryi wskutek połykania powietrza.

W celu przekonania się, czy uczucie rozdymania żołądka jest nerwowe, czyli też polega na fermentacyi miazgi żołądkowej, należy wykonać próbę na fermentacyę gazową, jak to podano na str. 57.

Jeżeli uczucie pełności i rozdymania polega na tle nerwowem, staramy się je tymi samymi środkami przytłumić, co i nudności. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że po użyciu dobrej wody sodowej, wolnej od powietrza, uczucie rozdymania wcale się nie powiększa. W pierwszych tylko chwilach występują częste odbijania, poczem chorzy doznają znacznej ulgi. Podobnie wprowadzenie i innych silnie pobudzających ciał, jak małej ilości musztardy, filiżanki kawy, kieliszka wina lub wódki, zawierającej goryczkę lub olejek lotny, zmniejsza te przykre uczucia.

Zdarza się jeszcze, że chorzy uczucie pełności i rozdymania mające swój początek w jelitach, lokalizują w żołądku, a wtenczas można w jelitach wykazać bębnicę lub nagromadzenie kału. Występuje to najczęściej wskutek dłuższego zatrzymania stolca. Przez użycie środków przeczyszczających, przez zimne nacierania połączone z mięsieniem brzucha, przez spożycie kilku jagód jałowcowych lub nasion kminku na koniec noża, lub silnej zupy kminkowej, albo po podaniu lawatywy z naparu kminku, można te uczucia całkowicie lub częściowo uśmierzyć.

3. Uczucie gniecienia i tłoczenia w żołądku zauważyłem jako samoistny objaw szczególnie u dziewcząt i kobiet około 20 roku życia, jakoteż w czasie ustawiania miesiączkowania. Uczucie to występuje także naczeto, a powiększa się po spożyciu pokarmów. Osoby doznające tego cierpienia są najczęściej niedokrwiste lub blednicze, mało jadają z obawy wywołania przypadłości żołądkowych, a podczas miesiączkowania doznają nawet bólów w żołądku.

Leczenie miejscowe tego objawu nerwowego jest zwykle bezskuteczne. Silnie ściągnięta opaska, krople z *aqua lauro-cerasi c. codeino v. morphio*, jakoteż inne środki, które przeciw nerwobólom żołądkowym stosowane bywają (p. ustęp następny), działają niekiedy łagodząco. Oprócz tego należy na chorych wpływać, aby pomimo uczucia gniecienia, jedli w dostatecznej ilości. Pod wpływem stosownego żywienia, zabiegów wodoleczniczych, kąpiei żelazistych, a niekiedy i galwanizowania żołądka objawy

gniecenia znikają. Ostatnimi czasy ogłosił Rosenheim dobre wyniki z leczenia przeżulic i wymiotów u błedniczych i niedokrwistych kobiet następującem lekowaniem: *Argenti nitrici* 0.2, *aq. dest.* 100—200.0 S. 3 razy dziennie po pół łyżki w kieliszku wody na pół godziny przed jedzeniem zażyć; przytem spokój i leżenie w łóżku, dyeta płynna, przeważnie mleko z wodą wapienną, okład ciepły na brzuch; po ustąpieniu bólów i wymiotów podawanie przez dłuższy czas *ac. arsenicosum* (1 mg.) *c. ferri*, — najstosowniej w pigułkach, do czego u nas mogą posłużyć pigułki ocukrzane, wyrabiane według polecenia Towarzystwa Lek. Krak. przez aptekarza Mańkowskiego w Sieniawie. Także Devoto i Luigi opisują, że bóle podczas trawienia nie pojawiają się, jeżeli się poda *argentum nitricum* po 1 cg. (kilka kropel roztworu 1:20 *aq. d.*) na pewien czas przed jedzeniem.

Często bywa gniecenie żołądkowe początkowym objawem histeryi, niekiedy gruźlicy płuc, a jako częsta przypadłość pojawia się ono w niezycie tak kwaśnym, jak i śluzowym; leczenie należy skierować przeciw głównemu cierpieniu.

4. Uczucie czczości i ssania (cewienia) w żołądku występuje jako samoistny objaw szczególnie u mężczyzn w wieku średnim naczęto lub po użyciu zimnej wody lub kwasów. W wielu przypadkach towarzyszy mu uczucie omdlewania i głodu. W niektórych przypadkach tego rodzaju badanych wewnątrznie, znalazłem zwiększone wydzielanie soku żołądkowego miernego stopnia.

Widziałem dość często osoby uskarżające się na pojawienie się uczucia ssania i mdlenia w dołku podsercowym, pojawiające się przed obiadem, jeżeli nie jedzono drugiego śniadania. Uczucie to zniknęło dopiero podczas jedzenia obiadu. Można też ten objaw nazwać przeżulicą przedtrawienną (*hyperaesthesia ventriculi praedigestiva*). Inne znów osoby podają, że czują owo uczucie ssania (cewienia) i ściągania po kilka godzin po zjedzeniu pokarmów. Spożycie ponowne pokarmów usuwa dolegliwości. Jest to więc przeżulica potrawienna (*hyperaesthesia postdigestiva*). W obydwu powyższych przypadkach zauważałem pojawienie się uczucia ssania niezależnie od wydzielania HCl. Napotyka się ten objaw nawet u osób z upośledzonym wydzielaniem HCl. Boas opisuje podobne objawy pod nazwą *schmerzhaftes Magenleere* (*Gastralgokenese*).

Podanie ciepłych pokarmów lub napojów (kawy, herbaty, ziółek aromatycznych), makowca, kokainy lub bromu, sprawia tu ulgę.

5. Uczucie chłodu lub gorąca w okolicy żołądka, pojawia się jako przeczulica samoistna przeważnie u mężczyzn. Zwykle rozszerza się po za okolice żołądka, ku dołowi lub ku lewej stronie. Badanie wewnętrzne tego rodzaju chorych nie wykazało nigdy zmniejszenia, raczej małe zwiększenie wydzielania soku żołądkowego. W wielu przypadkach wydawało mi się, że to uczucie pochodzi równocześnie ze strony jelit, jednak zdaje się, że to zboczenie czuciowe jest tylko częściowym objawem ogólnej nerwicy. Chorzy bowiem doznający powyższych uczuć uskarżają się na podobne uczucie w kończynach.

Symptomatycznie stosowałem w tej przeczulicy ze zmiennem powodzeniem, opaski wysychające, okłady gorące na okolicę żołądka, nacierania brzucha zimną wodą, ciepłe kąpiele, pędzlowanie nastojem jodowym albo gorczyczniki na dołek podsercowy, a ostatecznie polecałem małe ilości napojów wysokowych (koniak, winna polewkę).

6. Uczucie palenia w żołądku jako samoistna przeczulica nie bywa częstym objawem. Częściej pojawia się ono w następstwie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. Musi to być uczucie bardzo przykre, skoro chorzy porównują je z paleniem jakby od ognia. Zazwyczaj rozszerza się ono na całą jamę brzuszną i zdaje się, że przeważnie jelita biorą w nim udział, a przyczyna leży prawdopodobnie w nerwie współczulnym. Dla uśmierzania tego uczucia piją chorzy chętnie wodę lub napary z ziół aromatycznych lub gorzkich.

7. Zgaga (*pyrosis nervosa*) jest rzadko objawem samoistnym, łączy się zwykle z uczuciem palenia w żołądku, które rozszerzając się ku górze, sprawia to charakterystyczne uczucie, które pojawić się może nawet przy zupełnie prawidłowym chemizmie trawienia. Najczęściej jednak występuje zgaga jako objaw następny w nadmiernym wydzielaniu soku żołądkowego (*pyrosis hydrochlorica*) np. podczas wrzodu okrągłego. Rzadziej i mniej dolegliwie pojawia się zgaga przy nagromadzeniu kwasów organicznych w treści żołądkowej. Zgaga wskutek fermentacji kwaśnej w żołądku występuje później po zjedzeniu pokarmów, niż w nadmiernym wydzielaniu. Zwykle towarzyszy zgadze fermentacyjnej

bębniaca żołądka. Kwasy żołądkowe dostając się do przełyku, sprawiają uczucie zgagi, którą użyciem rozczyńców lub wód alkalicznych przytłumić można; zgagi zaś nerwowej alkalia nie usuwają (Reichmann). Łagodząco jednak działa na nią picie ciepłego mleka lub kleiku. Ewald zaleca dla przytłumienia zgagi 3—5% -wy rozczyń chloralu, podając takowy po łyżce co 2 godziny.

8. Uczucie gryzienia, wiercenia, lub zranienia w żołądku napotykałem przeważnie u osób z nieżytem kwaśnym i wrzodem żołądka. Jako nerwica pojawia się to uczucie w błednicy i utrudnia odżywianie i leczenie choroby żelazem. Jednak i tu przychodzi trudno rozstrzygnąć, czy pod wymienionemi sensacyami wrzekomo nerwowemi, nie ukrywa się wrzód okrągły, lub nadmierne wydzielanie kwasu. Sensacye powyższe zwane przez Francuzów „picotement“ łączą się bardzo często z następną przeczulicą.

9. Uczucie ciała obcego w żołądku. Jestto zboczenie czuciowe dość częste u naszych wieśniaków, którzy nawet czują i opisują ruchy urojonych ciał obcych (robaków, węzów, jaszczurek) znajdujących się wrzekomo w żołądku. Jest to cierpienie dotkliwe, trapiące chorego dzień i noc, a trwające całemi latami. Pewna inteligentna dama radziła mnie się twierdząc, że od 15 lat czuje połkniętą kość z kureczęcia, jakoby się jej do żołądka wbiła; pokazywała nawet miejsce uwięźnięcia, które bynajmniej nie było przy ucisku tkliwe. Wcale rozsądny 50-letni wieśniak nim przyszedł do mnie, leczył się już przez 18 lat z tego powodu, że „gad w żołądku kręci, wierci się i gryzie pyskiem“. Badanie wewnętrzne tego rodzaju chorych wydawało albo wynik ujemny, albo nadmierne wydzielanie kw. solnego, a wtenczas przepłukiwanie żołądka usuwało na pewien czas te sensacye, niekiedy jednak pozostawało ono bez skutku. Zabiegi psychiczne, jak pozorne wyciągnięcie robaka z żołądka, nie miało dodatnich wyników.

W celu leczenia przeczulic żołądka bywają podawane najrozmaitsze środki kojace, te same jakie się stosuje dla usunięcia nerwobólu żołądka (p. ustęp XLI). Pomimo wielkiej ilości leków, wyniki terapeutyczne są niepewne. Wogóle należy przy leczeniu przeczulic żołądka starać się rozstrzygnąć, czy przeczulica żołądka jest tylko częściowym objawem innej choroby

ustroju, czyli też samoistną. W pierwszym przypadku należy leczyć ogólną chorobę jak neurastenię lub histeryę, według wskazówek umieszczonych w dalszych ustępach. Jeżeli przeczulica żołądka towarzyszy blednicy lub niedokrwistości, to poleca Rosenheim położyć chorą do łóżka i polceić dyetę, jak we wrzodzie okrągłym. Równocześnie używa chora naczeco, przed obiadem i przed wieczera, po łyżce roztworu *argentum nitricum* (0.2 na 100 *aq. d.*) w pół szklance wody. Po zniesieniu wrażliwości żołądka, zaczyna się ostrożnie stosować przetwory żelaziste.

Leczenie samoistnych przeczulic żołądka jest miejscowe i wymaga często wielokrotnej zmiany leków, nim się na skuteczne postępowanie lecznicze natrafi. W lżejszych wypadkach łagodzą dolegliwości ziółka aromatycznie (mięta, melisa) albo krople miętowe. Czasem skutkuje picie ogrzanych (około 4°) wód alkalicznych mineralnych (Ems, Vichy, Karlsbad), rano naczeco po 1—2 szklanek. W ciężkich zaś przypadkach sprawiają ulgę tylko silnie kojące środki (kokaina, kodeina, morfina) podane poniżej dla nerwobóla żołądka (p. ust. XLI). Przez niektórych autorów zachwalane bywają natryski żołądkowe (p. str. 18). Malbranc stosował w tym celu wodę ciepłą, ja dawniej wodę przesyconą kw. węglowym; obecnie zaś przepłukuję żołądek w danym przypadku ciepłym roztworem fizyologicznym. Rosenheim poleca do natrysku żołądkowego roztwór z *argentum nitricum* (1:1000), inni jeszcze *aqua chloroformiata*. We wszystkich zaś sposobach natryskiwania żołądka, należy w końcu roztwór użyty z niego dokładnie wyciągnąć. Ostatecznie można próbować galwanizowanie żołądka, kładąc anodę na dołek podsercowy, a katodę na kręgosłup.

UWAGA: Fürbringer opisał osobną postać czuciowej nerwicy żołądka, którą tymczasowo nazwał „osłabienie żołądka“. Chorzy nie cierpią na ogólne przypadłości neurasteniczne; wydzielenie soku i sprawność mechaniczna prawidłowa, a łaknienie wysmienite. Lecz po spożyciu pewnych pokarmów lub napojów dostają chorzy przypadłości żołądkowych w postaci bólu miernego stopnia, który opisują, jako gryzienie, uczucie zranienia w połączeniu z uczuciem tłoczenia. Napad bólu przechodzi stosunkowo szybko, nim jeszcze trawienie się kończy, a chorzy mają się znów dobrze, aż

spożyją jaki pokarm, do którego mają wrażliwość (idyosynkrazję) żołądkową. Takimi pokarmami bywają najczęściej następujące, które autor wylicza według stopnia szkodliwości, poczynając od najszkodliwszego: cukry, tłuszcze, skrobia, a zatem tłuste ciężkie i słodkie leguminy, a często i kawa. Woda i rzadkie polewki nie sprawiają dolegliwości, a nawet przerywają napad bólu.

Lekowanie apteczne nie prowadzi do celu. Najlepiej działa zmiana klimatu i ułożenie diety zastosowanej do wrażliwości osobistej chorego.

### XXI. Nerwoból żołądkowy.

*Gastralgia nervosa. Cardialgia, Gastrodynia.*

Nerwoból żołądka nazywają chorzy zwyczajnie „kurczami żołądkowymi”. Pochodzenie nerwobólów żołądka może być rozmaite. Albo są to skurcze bolesne odźwiernika lub wpustu polegające na podrażnieniu nerwów błędnych, albo jest to wyższego stopnia przeczulica błony śluzowej żołądka, mając swą przyczynę w nerwie sympatycznym. Jakiego rodzaju nerwoból w danym przypadku mamy przed sobą, trudno rozstrzygnąć.

1. Właściwy nerwoból żołądka pojawia się **n a p a d o w o** i bywa znacznego nasilenia. Między napadami są chorzy wolni od dolegliwości, gdyż błona śluzowa żołądka nie przedstawia w tym międzyczasie przeczulicy, tak że spożycie nawet trudno strawnych pokarmów nie sprawia żadnych dolegliwości. Napad nerwobólu „kurcz żołądka” opisuje Rosenthal w następujący sposób: Po wystąpieniu uczucia pełności i prężenia w dołku podsercowym wobec obfitego ślinienia, rozpoczyna się wzmaganie dolegliwości, polegających albo tylko na miernem wypuklaniu się i bolesności żołądka, albo na gwałtownych napadach bólów, w których wybladły chory wśród bólów wije się i stęka. W tych rzadszych typowych postaciach przychodzi w całym pasie do uczucia silnego zesznurowania, które rozpromieniać się może aż do pęcherza i odbytnicy. Chorzy, doznając wiercących bólów przedstawiają obraz najwyższej obawy i najgwałtowniejszego zapadu. Skóra pokryta zimnym i lepkiem potem, ręce blade lub sine, tętno drobne i napięte. Na dołku podsercowym można wykazać podczas napadu

przezulicę skóry, okolica żołądka wyrównana lub zapadnięta w wysokim stopniu przy dotyku bolesna, jednak głęboki ucisk na dołek podsercowy sprawia ulgę. Chorzy sami przyciskają brzuch do twardych i ciepłych przedmiotów np. do ciepłego pieca, co im ulgę sprawia. Lecz bywają przypadki, w których ucisk potęguje nerwoból żołądkowy. Aorta brzuszna gwałtownie tętni, a dolna część kręgosłupa i odpowiednie przestwory międzyżebrowe okazują punkty bolesne. Po ukończeniu napadu, który trwa albo tylko krótko, albo kilka godzin, następuje sen. W wielu przypadkach napad kończy się oddaniem jasnego moczu lub wymiotami.

2. a) W kilku przypadkach napadowych bólów żołądka, które przedstawiały się pozornie jako nerwoból, znalazłem w żołądku znaczne nagromadzenie treści silnie kwaśnej, albo wrzód odźwiernika z następującą rozstrzenią. Tego rodzaju pozorne nerwobóle żołądka pojawiają się jeszcze z innych przyczyn miejscowych, jak z powodu nadżerek lub blizn po takowych zwłaszcza w części odźwiernikowej, wskutek przyczepin żołądka do innych narządów (*perigastritis plastica*, p. str. 92) i t. p.

UWAGA. Szczególnego rodzaju kurcze żołądka dotąd nieopisane dostrzegam u chorych z brakiem wydzielenia kw. solnego. Stąd można je oznaczyć jako *cardialgia digestiva anachlorhydrica*. Chorzy ci, prawdopodobnie cierpiący na zanik błony śluzowej (p. str. 126) przez długi czas nie doznają żadnych dolegliwości żołądkowych, potem następuje okres napadów kurczów, które wywołują najczęściej potrawy lub napoje kwaśne a szczególnie napoje wysokokowe. Naczczo zaś lub po spożyciu łatwo strawnych pokarmów mają się chorzy dobrze. Kilka kropel soku cytrynowego, kw. solnego, wina lub wódki, łyżka sosu pieprznego spowodują po kilku minutach bóle kurczowe. Napad występuje z wolna i stopniowo po stronie lewej, następnie w okolicy odźwiernikowej i woreczka żółciowego, poczem obejmuje cały brzuch, to nasilając to zwalniając, a ostatecznie uczuwa go chory nawet w okolicy podłopatkowej i lędźwiowej. Chory poci się podczas napadu i stara się ból złagodzić przez chodzenie, przyciskanie lub okładanie brzucha ciepłymi przedmiotami. Napad trwa nawet u tego samego chorego rozmaicie długo, raz tylko kilkanaście minut, drugi raz kilka godzin. Napad przerywa się natychmiast po wywołaniu wymiotów, bądź to przez włożenie palca do gardzieli bądź przez wprowadzenie sondy. Łagodnieje lecz nie ustaje napad po wypiciu ciepłego naparu mięty, herbaty lub wody alkalicznej. Kurcze opisane bywają przeto wywołane przez podrażnienie błony śluzowej anatomicznie zmienionej przez pewne pokarmy. Napady powtarzają się raz lub kilka razy dziennie przez kilka dni lub tygodni, poczem następuje dłuższy lub krótszy okres, w którym chory jest wolny od dolegliwości żołądkowych. Opisane wyżej kurcze nie są właściwym nerwobólem żołądka, chociaż podobnie przebiegają, lecz tylko pozornym, gdyż mają swoją przyczynę w zmianach anatomicznych (zaniku) błony śluzowej.

Różnią się one od również pozornych nerwobólów pojawiających się w przebiegu nadmiernego wydzielenia jako *cardialgia hyperchlorhydrica* tem, że po spożyciu pokarmów podczas napadu kurcz się zwiększa, podczas gdy kurcze w przebiegu nadmiernego wydzielenia łagodnieją po wprowadzeniu pokarmów kwasochłonnych jak np. jaj, mleka, cielęciny.

Tę samą podstawę co i *cardialgia digestiva*, ma prawdopodobnie *cardialgia medicamentosa*, która się pojawia po użyciu pewnych leków jak: *drastica*, *copaiva*, *therebintina*, *digitalis*, przetwory chinowe, rtęciowe, jodowe, kw. solny (Talma) i t. p. Dotąd tłumaczono pojawienie się kurczów żołądka po lekach, swoistą wrażliwością (*idiosyncrasis*) błony śluzowej żołądka, która tymczasem jak należy przypuścić, jest anatomicznie zmieniona.

Z miejscowych przyczyn spostrzegano wielokrotnie, że obca ciała (pestki, ziarna i t. p.) ujęte we fałdy, zakładziny lub uchylki ścian żołądka, w takowych miesiącami przebywając, wywoływały napadowe bóle, same lub połączone z krwotokami.

b) Samoistny nerwoból żołądka zwany przez chorych kurczami żołądka napotyka się od czasu bliższego poznania anatomicznych zmian żołądka coraz rzadziej jako właściwą nerwicę. Najczęściej kryje się za kurczem żołądka bądź choroba żołądka, bądź zmiana w otaczających go narządach, lub też inna choroba ogólnej przyrody. Właściwy nerwoból żołądka może się pojawić po silnych wzruszeniach psychicznych, wskutek nadmiernej pracy umysłowej np. u młodzieży szkolnej; wskutek ogólnego osłabienia ustroju w niedokrwistości lub błędnicy, szczególnie u dziewcząt uczęszczających do szkoły, jako też po nadużyciach płciowych. W innych znów przypadkach pojawiają się nerwobole żołądka wskutek zakażenia lub zatrucia krwi jak, dnawego (*dialthesis uratica*), zimniczego, tytoniowego, makowcowego, ołowiowego i t. p. o czem jeszcze poniżej będzie mowa. Oprócz momentu przyczynowego potrzebne jest do pojawienia nerwobólu żołądkowego pewne usposobienie neuropatyczne.

Rosenthal uważa jako siedzibę przyczyny nerwobólu żołądka podrażnienie włókien czuciowych w jądrze nerwu błędnego.

c) W pewnej liczbie przypadków musi nerwoból żołądka być uważany jako nerwica odruchowa, występująca wobec zбоcezeń w różnych narządach. Mianowicie mogą się przyczynić do powstania nerwobólu żołądkowego nieprawidłowe miesiączkowanie, przewlekłe sprawy popołogowe, zapalne okołomaciczne, zmiany w położeniu macicy a nawet sprawy zanikowe w częściach rodnych, gdyż wtenczas ulegają zmianie anatomicznej także zwoje

nerwowe tych narządów jak n. p. ganglion cervicale uteri, przez co mogą drogą włókien nerwu współczulnego i nerwów rdzeniowych powstać zбочenia odruchowe; następnie zwiśnięcia trzewiów brzusznych, zwłaszcza samego żołądka i nerek (p. str. 257), a u mężczyzn może wywołać gastralgię, nasieniotok, zapalenie krokowej części cewki moczowej (Peyer. p. ust. LIV) Jako przyczyny, wywołujące nerwobóle żołądka, dostrzegano jeszcze przeciskające się kamienie żółciowe, lub nerkowe zmiany pozapalne otrzewny, zrosty jelitowe, przepukliny pępkowe, guzy kałowe, glisty, tasiemce, obrzęki wątroby i śledziony. Zdarzają się także przypadki miażdżycy, a nawet wad zastawkowych serca, w których pojawiają się napadowe nerwobóle żołądka. Fliess znów opisał przypadki nerwobólów żołądkowego, które powstawały, analogicznie jak asthma bronchiale, przez drażnienie trzeciej części środkowej muszli nosowej lewej. Jeżeli się to miejsce, jak Fliess twierdzi, usunie (wypali) lub znieczuli zapomocą 20 procentowego roztworu kokainy, znikają i nerwobole żołądkowe. Trzeba jednak wiedzieć, że z jednej strony wiele osób cierpi na te zбочenia niedoznając żadnych nerwobólów żołądka (a zatem potrzebne jest do powstania takowych szczególnie usposobienie nerwowe); z drugiej strony znów usunięcie tych zбочeń niezawsze pociąga za sobą ustanie nerwobólu żołądka, t. j. że między temi zбочeniami nie zawsze zachodzi związek przyczynowy (p. str. 311).

c) Często pojawia się nerwoból w następstwie zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. Przedewszystkiem jest on objawem częściowym histeryi, neurastenii, następnie uwiadu rdzenia pacierzowego i sclerosis insularis disseminata; zdarza się on także wobec nowotworów mózgu, nerwu błędnego i współczulnego, a niekiedy w chorobie Basedowa.

3. Rozpoznanie nerwobólu żołądkowego należy nazwać bardzo trudnem i nigdy też nie trzeba spuszczać się na podanie chorego, że cierpi na „kurczę żołądkowe“. Lekarz może tylko wtedy na pewne rozpoznać nerwoból żołądka, jeżeli wykluczy wszystkie inne pokrewne bóle. A chodzi tu o wykluczenie bólów wywołanych zmianami anatomicznymi w samym żołądku albo w otaczających narządach (we woreczku żółciowym, wątrobie, trzustce, jelitach, otrzewnej, nerkach mięśniach międzyżebrowych lub brzusznych). Należy przeto dla odróżnienia ner-

w o b ó l u żołądka mieć na uwadze następujące zmiany chorobowe.

a) *Cardialgia hyperchlorhydrica i cardialgia anachlorhydrica* opisane wyżej (p. str. 330). Znajdujemy w tych wypadkach albo nadmiar albo niedomogę wydzielniczą, zбочenia opisane już na str. 75, 80, 126.

b) W r z ó d o k r ą g ł y (p. str. 95) bywa częstą przyczyną pomyłki z nerwobólem żołądka u osób niedokrwistych i bledniczych. Z a n e r w o b ó l e m przemawiają następujące objawy:

z) Zmniejszenie dolegliwości przy silnym ucisku na żołądek podczas na padu, a brak bólesci przy ucisku lub wstrząsaniu palcem dołka podsercowego po przybytem napadzie; w przypadkach zaś wrzodu okrągłego ból przy wstrząsaniu palcem stale się utrzymuje. Właściwe zachowanie się algzymetru Boasa (p. str. 97) — β) Brak wymiotów. — γ) Brak bólów po zjedzeniu niestrawnych pokarmów. — δ) Brak zmian wydzielniczych w żołądku. — ε) Równoczesne istnienie innych objawów nerwowych n. p. historycznych, a szczególnie punktów i obszarów bolesnych. Jednak obecność tych oznak nie pozwala na wykluczenie z wszelką pewnością wrzodu okrągłego, gdyż i we wrzodzie i to w  $\frac{1}{3}$  przypadków, zdarza się często, że istnieje uciskowy punkt bolesny na grzbiecie na wysokości 10 — 12 kręgu piersiowego; leży on zwykle po lewej stronie trzonu kręgów (p. str. 96, 251). Boas uważa ten objaw za cechujący dla wrzodu okrągłego; — ζ) Zniknięcie chwilowe bólu przy położeniu anody prądu galwanicznego na dołek podsercowy, co jednak nie w każdym przypadku nerwobólu następuje. A. Pick zauważył, że także silny prąd faradyczny (jeden biegun na miejsce bolesne, drugi na lewą okolice pachwinową) zmniejsza bolesność w przypadku nerwobólu, a nie zmniejsza we wrzodzie okrągłym. — η) Nie wzmaganie się a nawet zmniejszenie bólów przy ruchach (Leube) jakoteż niezależność ich od położenia ciała. — θ) Niezależność bólów od jakości przyjmowanych pokarmów. — ι) Trwanie napadów pomimo stosowania leczenia głodowego Leube'go przeciw wrzodowi (p. str. 105) — κ) Trwanie bólów pomimo stósowania *argentum nitricum* z rozczynu 0.2: 120 aq. trzy razy dziennie po łyżec. Ten środek według Boasa ma działać swoiście przeciw bólom od wrzodu okrągłego, a jest bezskuteczny wobec nerwobólów. — Nietylko sam wrzód, ale i następstwa jego, blizny i zaciągnięcia błony śluzowej, przylutowanie ścian żołądka do oto-

czenia, sprawiają podczas trawienia bóle mające w zupełności cechę napadu nerwobólu żołądka (p. str. 100) i to tem więcej łądzący, że czynność żołądka może się okazać prawidłową. Nawet małe nadżerki błony śluzowej mogą sprawiać napadowe bóle żołądka, jak to w jednym co do rozpoznania z początku niejasnym przypadku Mikulicza miało miejsce, a który dopiero po zapędzłowaniu azotanem srebrnym nadżerki dostrzeżonej wziernikiem we wpuście, został uleczoney.

Znane są również rzadkie przypadki r a k a ż o łą d k a, które przebiegały pod objawami kureczów żołądka.

Czasem przyjmują bóle pojawiające się w niedowładzie lub rozstrzeni żołądka cechę nerwobólu. Zdarza się to, jeżeli te zбочenia są połączone z nadmiernem wydzielaniem kwasu żołądkowego.

W innych znów rzadkich przypadkach znaleziono jako przyczynę pozornych nerwobólów żołądka, przyczepiny tegoż (*perigastritis partialis*) do otaczających narządów (Hahn). Po zniesieniu tych przyczepin drogą operacyjną napady bólów ustąpiły.

c) Następnie mamy do odróżnienia nerwoból żołądka od napadów k a m i e y ż ó ł c i o w e j (*cholelithiasis* p. str. 105), co niekiedy bywa tem trudniejszym, że te napady sprawiają odruchowe nerwobóle żołądka, a Reichman przypuszcza, że większa część rozpoznawanych nerwobólów żołądka u kobiet jest albo ukrytą kamicią żółciową, albo następstwem tejże, co z mego doświadczenia tylko potwierdzić mogę. Należy też u chorych uskarżających się na długo istniejące „kurecze żołądkowe“ pamiętać o możliwości ukrytej kamiey żółciowej.

d) Dalej od napadów k o l k i w ą t r o b o w e j (*colica hepatica, neuralgia hepatica*), przy której ból odnosi się do wątroby, która przy dotyku zwłaszcza części tylnej bywa bolesną, lecz nie powiększoną, żółtaczkę zaś niema, napady mogą się pojawiać okresowo, chorzy okazują często rozmaite objawy histeryi lub neurastenii, leczenie zaś karlsbadzkie pozostaje bez wpływu na przebieg choroby.

e) W nader rzadkich przypadkach k a m i e y t r z u s t k o w e j (*sialolithiasis*) zauważono, że napady w takowej okazują albo cechę nerwobólów żołądka, albo bólów towarzyszących wrzodowi okrągłemu.

f) W niektórych przypadkach możliwa jest zamiana nerwobólu żołądka z napadami kamicy nerkowej (*nephrolithiasis*), której mogą towarzyszyć wymioty. Tu należy uważać na rozprzestrzenianie się bólów ku dołowi i ku łążwiom, jakoteż na zachowanie się moczu, który może wykazywać obecność krwi, piasku lub kamieni moczowych.

g) Od napadów kolki jelitowej czyli morzyska (*enteralgia*), przy którym bóle miejsce zmieniają, trzymając się jednak w ogóle okolicy pępka, jelita zaś bywają zwykle wydęte gazami, których odejście sprawia ulgę i równocześnie istnieją inne cechy nerwicy jelitowej (p. str. 317).

Morzysko jelitowe może być łatwo zamienione z nerwobólem żołądkowym w przypadkach *colica mucosa* i *enteritis membranacea*. Jeżeli *colica mucosa* ma siedzibę w poprzecznicy, przeoczenie wrzodu okrągłego jest bardzo łatwe. Ja miałem przypadek typowej kolki śluzowej u kobiety 40-letniej. Zaparcie stolca, bóle napadowe z odchodzeniem znacznej ilości taśm śluzu i wybitne objawy histeryi nie pozostawiały wątpliwości co do rozpoznania. Chora ta umarła jednak z powodu wymiotów krwawych, tak że bóle napadowe, na jaki się chora przez dłuższy czas skarżyła, należało odnieść do wrzodu okrągłego.

h) Od ograniczonych bólów w początkach zapalenia otrzewny; bóle potęgują się stale przy ucisku powłok brzusznych i nie pojawiają się w napadach.

i) Ostatecznie należy jeszcze pamiętać, że napotyka się chorych, którzy bóle reumatyczne mięśni prostych lub skłonnych (*cardialgia myopathica Rosenbach*) a nawet nerwobóle międzyżebrowe podają jako nerwoból (kurcz) żołądka, zwłaszcza jeżeli punkty bolesne leżą w dołku podsercowym. Aby tu ustrzedz się przed zamianą z gastralgią lub nawet wrzodem okrągłym, należy skórę ująć we fałd i takową bez ugniatania ścian brzusznych uciskać między palcami. W przypadkach wątpliwych nerwobólu żołądka, a nerwobólu międzyżebrowego poleca Leube elektryzowanie nerwu międzyżebrowego, co w razie uśmierzzenia bólu przemawia za nerwobólem międzyżebrowym. Bóle zaś w mięśniach brzusznych znamionują się i tem, że przy prostowaniu się, wstawianiu lub zwracaniu tułowia na prawo i lewo, na-

tężenie ich znacznie się zwiększa. Na nerwobóle żołądłowe ruchy tego rodzaju działają albo łagodząco, albo wcale ich nie zmieniają.

**UWAGA:** Neuralgia intercostalis gastrica. Należy jeszcze pamiętać, że niektórzy autorowie (Chautemesse et Le Noir, jakoteż Fleiner) zwracają uwagę, że zdarzają się przypadki nerwobólu międzyżebrowego zwłaszcza po stronie lewej, które biorą swój początek w zmianach anatomicznych żołądka, jak np. w rozstrzeni tegoż; dlatego te nerwobóle noszą nazwę *neuralgia intercostalis gastrica*. W przypadkach tego rodzaju większe wypełnienie żołądka pokarmami, np. po obiedzie lub po wieczery sprawia silne bóle międzyżebrowe, które w miarę tego ustępują, jak się żołądek opróżnia. Równocześnie dają się podczas napadu wysledzić punkty bolesne (*puncta dolorifica*), a jak Fleiner powiada, na 8-mym i 9-tym nerwie międzyżebrowym lewym najczęściej w pobliżu linii sutkowej. Mimowolnie nasuwa się tu podejrzenie, że ma się do czynienia z *neuritis intercostalis* na tle samozatrucia ze żołądka (p. str. 272).

4. Leczenie nerwobólu żołądka odbywa się w dwojakim kierunku, najprzód należy napad bólu usmierzyć, a potem przeprowadzić leczenie przyczynowe. Dla uspokojenia napadu nerwobólu stosujemy rozmaite środki stosownie do natężenia bólu.

W celu usmierzenia lekkich nerwobólów żołądka używamy łagodniejszych środków. Podajemy do picia ciepłe napary herbaty, mięty, rumianku lub innych ziółek aromatycznych, a z właściwych leków podajemy *Aether sulfuricus*, *Spiritus Hoffmanni* i *Spiritus Menthae piperitae*; *Spiritus aromaticus*, *Aqua chloroformiata* i t. p. po 15 kropel na cukrze co kwadrans używać. Na okolicę żołądka kładziemy gorzyczniki, gorące okłady (kataplazmy z mąki lnianej lub kaszy), albo wygodniej cynowe rurki Leitera, przez które przebiega prąd ciepłej wody. Dobrze także działa obłożenie brzucha gorącymi okładami z mięty, rumianku lub z innych ziół aromatycznych (*species aromaticae*). Czasem da się napad usmierzyć działaniem prądu galwanicznego przez 5 — 10 minut: anoda na miejsce bolesne, katoda na kręgosłup.

Usmierzenie ciężkiego napadu nerwobólu żołądka wymaga znaczniejszych ilości narkotyków jak morfiny, kodeiny, kokainy, belladony, chloralu i t. p. Najenergiczniej działają kombinacje tych leków. Często usmierza się nerwoból dopiero po podskórnem zastrzyknięciu morfiny lub kodeiny.

Różnolite środki i mieszaniny używane dla uśmierzania napadu nerwobólu zestawiam razem na tem miejscu: *Morphii muriatici* 0,05, *Cocaini muriatici* 0,1, *Codeini muriatici* 0,1, *Aquae chloroformiatae* 35,0, *MDS.* Trzy łyżeczki kawowe w przeciągu trzech godzin użyć. Albo *Tinct. belladonnae* 3,0, *Morphii muriat.* 0,1, *Cocaini muriat.* 0,2, *Aquae laurocerasi* 15,0 *MDS.* Trzy razy po 10 kropel w przeciągu trzech godzin napadu użyć. Lub też mieszanina uśmierzająca niezawierająca morfiny: *Chlorali hydrati* 3,0, *Cocaini muriatici* 0,1, *Spiritus menthae pip.* 10,0, *Aq. dest.* 90, *Syr. Diacodion* 25,0, *MDS.* Co godzinę po łyżce użyć. Skuteczniejsze jest jednak stosowanie chloralu w ławatywach 5:100 aq. z dodatkiem 1 — 2 łożetek ubitych. Stosować jeszcze można *Chloralosis* w proszku po 0,3 trzy razy dziennie; — *Excalginum* w proszku po 0,2 — 0,3 co dwie godziny; *Aqua chloroformiata c. aqua melissae aa. S.* Po łyżce używać; — *Solanini* 0,05 p. d., a po 0,1 — 0,15 dziennie po jedzeniu (Desnos). — Woodbury poleca znów *Papoid* Finklera (przetwór otrzymany z *Papaya carica*) w roztworze alkalicznym w dawce 1 — 2 grains. Ze wszystkich przetworów najwięcej kojącym nerwoból żołądka jest morfina, którą przepisują w następującej mieszance: *Morphii mur.* 0,25, *trae. laudani* 5,0, *trae. belladonnae* 5,0; według tego czy żołądek jest czczy, czy wypełniony pokarmami podaje się po 10 — 20 kropli we winie. Niedogodnością, jednak przetworów makowca jest to, że pozostawiają po sobie przez kilka dni trwający brak łaknienia i zaparcie stolca. Zalecane bywa jeszcze *estr. cannabis indicae* w dawce po 0,01 trzy lub cztery razy dziennie w postaci proszka. Używając tego środka przez dłuższy czas, należy być ostrożnym, aby nie wywołać objawów haszyszizmu, co się rozpoczyna objawiać sennością i zwiidywaniami. — W uporzeczonych przypadkach trzeba się uciekać w celu uśmierzania bólów do wstrzykiwań podskórnych, biorąc ćwierć strzykawki. Pravaza z mieszaniny: *Morphii muriat.* 0,1, *Atropini sulfurici* 0,01, *Aq. dest* 5,0, albo całą strzykawkę z roztworu *Codeini phosphor.* 0,3, *Aq. dest* 10,0. — W przypadkach omdlewania podaje się wodę kolońską lub amoniak do wachania.

Niektóre przypadki nerwobólu żołądka ustępują pod wpływem natrysków żołądkowych z kw. węglowego, wprowadzonego ze syfonu z wodą sodową przez zondę (p. str. 181) albo nawet ze zwykłej wody letniej (Malbranc). Bianchi i de Tulio widzieli dobre skutki w nerwobólu po przepłukiwaniach wodą chloroformową (0,5 chloroformu na 1 litr wody). Einhorn zaś radzi wpylania wody chloroformowej zapomocą rozpylacza przez zondę żołądkową. Rosenheim poleca natryski żołądkowe z *argentum nitricum* (1:1000 aq. d.), o czem była już mowa na str. 84.

Jeżeli nerwobóle żołądka powstają po spożyciu pokarmu lub napoju, albo w żołądku pokarmami wypełnionym, to najlepszym środkiem uśmierzającym napad jest wypróżnienie żołądka zapomocą wymiotów lub sondy. Ten sposób przerwania napadu nerwobólu można polecić do wykonania samemu choremu, dając mu

długą sondę i pouczając o jej użyciu. Pamiętać jednak należy, że samo płukanie może prowadzić do nadużycia szkodliwego dla chorego (p. str. 239). Skuteczność samopłukania wskazuje w danym przypadku na to, że mamy do czynienia z bólem mającym swoje źródło w samym żołądku.

Trwałe wyleczenie nerwobólu żołądka staramy się osiągnąć przez usunięcie wywołujących przyczyn, jakie wymieniono powyżej (str. 331). Leczymy więc chore narządy (macicę, wątrobę, kiszki, nerki), od których, jak przypuszczamy, pochodzą nerwobóle odruchowe. Młodzież szkolną usuwamy podczas leczenia na pewien czas od nauki szkolnej. Przeciw niedokrwistości i blednicy stosujemy łagodne zabiegi hidryatyczne, pobyt w górskim powietrzu i przetwory lub wody żelaziste. Przeciw niedokrwistości z powodu nadmiernego miesiączkowania (dysmenorrhoe) podajemy u dziewcząt *extractum fluidum hydrastis canadensis*, albo *extr. fluidum viburni prunifolii*, po 20 — 25 kropel dwa razy dziennie; u kobiet zaś zaleca się tamponowanie macicy.

Jeżeli przyczyna nerwobólu nie daje się wykazać, albo tenże pomimo zastosowania leczenia przyczynowego nie ustępuje, to stosujemy przez dłuższy czas w sposób systematyczny jeden z następujących trzech czynników leczniczych, które również w przeważnej części innych nerwie żołądka ze skutkiem bywają używane.

a) **Terapia bromowa** polega na podawaniu *natrium bromatum*, dwa lub trzy razy dziennie po 2,0 soli bromowej z 0,5 *natrium bicarbonicum*, albo korzystniej w postaci wody bromowej silniejszej (1 — 2 szklanek w ciągu dnia), która to woda wyrabiana w fabryce wód mineralnych sztucznych Rzący i Chmurskiego w Krakowie zawiera według przepisu Tow. Lek. Krak. w jednym litrze wody przesyconej kw. węglowym 12,5 gm. połączeń bromowych. Kw. węglowy sprawia nie tylko to, że woda jest przyjemniejszą do użycia, ale że i wessanie odbywa się szybciej bez drażnienia żołądka. W przypadkach ze skłonnością do biegunki stosuje się *calcaria bromata* w tych samych dawkach co i bromek sodowy. Leczenie bromowe musi być prowadzone całymi tygodniami lub miesiącami według tego, czy nerwoból od krótszego lub dłuższego czasu występuje. Znaczną dawką (3,0) bromku sodowego można i sam napad uśmierzyć. Według G. Sée ze wszystkich przetworów bromowych najlepiej znoszą chery *strontium bromatum*.

{SrBr<sub>2</sub>) 0,5 — 2,0 p. d. Jeżeli chorzy nie znoszą większych dawek bromków z powodu pojawiania się trądzika (acne), zawrotu głowy lub zaburzenia w oddawaniu moczu, wówczas rozpoczyna się leczenie od mniejszych dawek i postępuje do większych, robiąc nadto przestanki kilkudniowe. Podczas podawania przetworów bromowych usuwamy z pokarmów kwasy.

b) Stosuje się prąd galwaniczny (stały) kładąc anodę na miejsce bolesne żołądka, a katodę w linii pachowej lewej lub na kręgosłupie (Leube), albo dając trzymać ją choremu do ręki (Vizioli). Przeprowadzenie prądu trwa przez 5 — 10 minut. Erb poleca galwanizowanie (p. str. 197) nerwu współczulnego i błędnego w części szyjnej. Beard wykonywa tak zwaną centralną galwanizację w ten sposób, że katodę w postaci większej płytki kładzie na dołek podsercowy, a anodą opatrzoną wielką gąbką, pociera czoło idąc z jednej strony ku drugiej, potem okolice między obydwojma uszama przez 1 — 2 minut, następnie nerwy współczulne i błędne na szyi a ostatecznie kręgosłup od góry do dołu przez 3 — 6 minut. Ziemssen używa obecnie przy wszystkich nerwicach żołądka według potrzeby galwanizowania w celu uspokojenia, a faradyzowania w celu podniecania i wykonuje je w ten sposób, że jedną elektrodę (anodę) o powierzchni 600 □ cm. przykładą na podżebrze lewe na przestrzeni od odźwiernika do dna żołądka, a w odległości 1 — 2 cm. od niej drugą elektrodę (katodę) o powierzchni 500 □ cm. począwszy od dna żołądka ku kręgosłupowi odpowiednio położeniu żołądka. Przy tak wielkich elektrodach prąd użyty musi być tak silny (50 M. A.), żeby przy zmianie tegoż wywołał silne skurcze mięśni brzusznych (p. str. 197) Einhorn z Nowego Jorku wykonuje endogalwanizację w ten sposób, że każe połykać jedną elektrodę (anodę) na nitce metalowej umieszczonej, podczas gdy druga leży na okolicy żołądka, lub na kręgosłupie. Na podstawie doświadczeń wykonanych na ludziach przychodzi Goldschmidt do wniosku, że w przypadkach nerwowych bólów żołądka działa skutecznie wewnętrznie galwanizowanie żołądka (anoda w żołądku), a przy nerwowych zmianach czynnościowych endofaradyzowanie żołądka.

Należy tu jeszcze wspomnieć o ogólnem faradyzowaniu według metody Bearda i Rockwella, która z korzyścią może być stosowana nie tylko w nerwicach żołądka, lecz i w przypad-

kach histeryi i neurastenii. Chory kładzie nogi na dużą elektrodę (katodę), podczas gdy lekarz pociera anodą (zapomoćą zwilżoną gąbki) rozmaite okolice ciała przez 10—20 minut, stosując natężenie prądu do indywidualności chorego. Według autorów, podających tę metodę, ogólna faradyzacja poprawia łaknienie, sen, trawienie, stolec, usuwa depresję umysłową i pokrzepia chorego fizycznie i psychicznie.

Założenie suchego stosu galwanicznego (płyta srebrna na okolicę żołądka położona i połączona z cynkową, umieszczoną na kręgach lędźwiowych) miało mieć w dwóch przypadkach przez Rosenthala obserwowanych skutek kojący. — W celu uśmierzenia punktów bolesnych Rosenbach przykłada na nie anodę; według Rosenthala może i pędzlowanie faradyczne bolesnego kręgosłupa i przestworów międzyżebrowych, jakoteż dołka podsercowego wydać dobry wynik.

c) Leczenie hidryatyczne bywa najodpowiedniejsze w zakładach ku temu urządzonych, gdyż tu może ono być nie tylko systematycznie przeprowadzone, ale równocześnie działają korzystnie czynniki klimatyczne, dyetetyczne i psychiczne. Jeżeli stosunki pacyenta nie pozwalają na pobyt w zakładzie, ograniczamy się na zalecaniu niektórych zabiegów wodoleczniczych <sup>1)</sup> w domu, stosując się do pory roku i sposobu życia chorego. W nerwobólach żołądka ma leczenie hidryatyczne wywierać wpływ uspokajający i przyczyniać się do skrzepienia układu nerwowego ośrodkowego. W zastosowaniu należy przedewszystkiem z obniżeniem ciepłoty wody i trwaniem zabiegu postępować łagodnie i stopniowo, szczególnie u osób niedokrwistych i źle odżywionych, którzy nieraz nawet łagodnego leczenia wodą nie znoszą. Leczenie domowe rozpoczyna się rano nacieraniem na sucho grubym płótnem poszczególnych części ciała, potem zaraz gąbką lub płatem umaczanym we wystającej wodzie pokojowej, a ostatecznie wyciera się energicznie powierzchnię ciała suchym płótnem aż do wystąpienia zaczerwienienia skóry, poczem następuje przechadzka na wolnym powietrzu trwająca przynajmniej pół godziny. U chorych, tkliwych na zimną wodę trzeba rozpoczynać nacierania rozcieńczonym wyskokiem. — Po zastosowaniu nacierania przez kilkanaście dni, przystępuje się do obwijania chorego w koce, trwających przez

<sup>1)</sup> Szczegółowe pouczenie znajdzie Szan. Czytelnik w dziełach, Hydroterapia St. Smoleński. Wydanie II. Kraków 1889. Zasady wodolecznictwa. Dr. Edmund Kowalski. Lwów 1895.

pół godziny, a to w ten sposób, że zanurza się prześcieradło w wodzie wystającej o  $20^{\circ}$  C., kładzie je na koc lub koldrę, zawija chorego, i okrywa go jeszcze pierzyną. Po rozwinięciu zlewa się chorego wystającą wodą i wyciera do suchości. Ciepłotę wody służącej tak do zanurzania prześcieradeł, jako też do następowych zlewań zniża się z dnia na dzień. Zamiast zlewań, stosuje się także przez 5—10 minut trwającą półkąpiel sięgającą tylko do pępka o ciepłocie około  $25^{\circ}$  C., przyczem zlewa się siedzącego we wannie chorego i naciera gołemi rękami; ostatecznie wyciera na sucho i poleca przechadzkę.

Niekiedy działa uśmierzająco okład wilgotny na brzuch; urządza go się w ten sposób, że na okolicę żołądka kładzie się poskładany, w zimnej wodzie umaczany, a potem dobrze wyżęty ręcznik, na ręcznik płótno kauczukowe, a na to znów prześcieradło poskładane lub szeroką opaskę, którą się obwija tułów, tak szczelnie, aby zimne powietrze do mokrego ręcznika nie dochodziło. Nie przykrywając zaś okładu wilgotnego płótnem kauczukowem, lecz suchą opaską otrzyma się okład Priessnitza wysychający, który służy do pobudzenia trzewiów brzusznych np. w niedowładzie żołądka.

W celu leczenia nerwobólów jakoteż i innych nerwie żołądka np. wymiotów nerwowych (p. ustęp XLVIII) zwłaszcza u osób niedokrwiśtych poleca Winternitz następujący zabieg wodoleczniczy. Chory zamierzając jeść, kładzie się wprzód na sofę lub łóżko. Tułów chorego obwija się w zimne mokre lecz dobrze wykręcone prześcieradło, poczem na okolicę żołądka umieszcza się ślimacznicę z długiej rurki kauczukowej lub cynowej, przez którą przepuszcza się z naczynia wyżej ustawionego wodę o  $+40^{\circ}$  R., odpływającą dolnym końcem rurki do naczynia na ziemi ustawionego. Okład mokry wraz z krążkiem rurki nakrywa się szczelnie suchem prześcieradłem, które obwija się naokoło tułowia. Zabieg ten okazał się także skuteczny w przypadkach uporeczywych wymiotów nerwowych, gdy go stosowano bez przerwy na pół godziny przed, podczas i przez pół godziny po każdorazowem jedzeniu. O skuteczności zabiegu Winternitza wyraża się korzystnie w ostatnich czasach Strauss.

Wreszcie można próbować zadziałania termicznego na kręgosłup, przykładając nań rurki Leitera, z krążącą chłodną wodą

(+ 20° R.), podobnie jak to polecał Chapman przykładanie worków kauczukowych napełnionych wodą o stosownej ciepłocie. Jeżeli rurki zimne nie odnoszą skutku, należy próbować przeprowadzać przez nie ciepłą wodę (30°—40° C), które to postępowanie i przy innych nerwicach może być stosowane. — Kąpiele borowinowe łagodzą niekiedy także nerwobóle żołądkowe. — Wszystkie zabiegi wodolecznicze należy przez dłuższy czas (kilka tygodni) stosować bez przerwy.

W przypadkach, gdy ucisk na okolicę żołądka uśmierza bóle, jak to sami chorzy podają, należy próbować mięsienia jamy brzusznej.

Jeżeli nie jesteśmy pewni tła nerwowego gastralгии, to stosujemy ze skutkiem ciepłe wody mineralne w domu lub przy źródle, jak wodę Karlsbadzką, Vichy, Szczawnicką itp.

Dyeta w nerwobólach żołądka (p. Część III).

## XLII. Zmiany w uczuciu głodu i łaknienia.

Uczucie głodu mogą wywołać rozmaite przyczyny. W jednych przypadkach ma ono swój początek w żołądku, w innych wywołuje je zmiana w składzie krwi t. j. zubożenie krwi co do jej składników, a w innych jeszcze mogą podniety działające na ośrodkowy układ nerwowy sprawić uczucie głodu. Tak np. widzimy, że chorzy, którzy wskutek zaciśnięcia odźwiernika wzbraniali się jeść, doznają silnego uczucia głodu po wykonaniu gastroenterostomii t. j. gdy czynność żołądka zbliża się do stanu prawidłowego. Z drugiej zaś strony poucza doświadczenie na zwierzętach (pies Czernego), że po wycięciu żołądka uczucie głodu nie bywa zniesione, gdyż zwierzęta spożywają pokarmy pomimo pozbawienia żołądka tak chciwie jak przedtem. Przypuszcza się przeto, że krew zmieniona przez głodzenie pobudza ośrodek głodu mający leżeć w rdzeniu przedłużonym do wywołania uczucia głodu. W innych znów przypadkach, jak uczy codzienne doświadczenie, pomimo prawidłowej czynności żołądka i niezmiennego składu krwi powstaje zahamowanie uczucia głodu tylko wskutek urazów psychicznych (przestrawu, smutku, obrzydzenia). Zahamowanie ośrodka głodowego może dochodzić tu do tego stopnia, że chorzy umierają przez zagłodzenie się.

Dążność zaś skierowana do pewnych ciał w celu zaspokojenia uczucia głodu nazywa się łaknieniem (apetytem), które dopiero przez doświadczenie przy pomocy zmysłów smaku, powonienia i uczucia nabywany. Łaknienie jest to podniecenie słabsze, niż uczucie głodu i bierze prawdopodobnie swój początek także w ośrodku głodowym, lecz podnieta takowego odbywa się tu pośrednio drogą podrażnienia ośrodków powonienia i smaku. W stanie prawidłowym obydwie uczucia idą ze sobą w ten sposób w parze, że łaknienie bywa objawem głodu, inaczej ma się rzecz w stanach patologicznych. Chory ma ogólne uczucie głodu, lecz zboczenia w powonieniu, smaku lub uczuciu albo zmieniona czynność żołądka lub jelit nadają odmienny kierunek łaknieniu. Chory np. aczkolwiek czuje głód ogólny, już po pierwszych kęsach wprowadzonych do żołądka utracą łaknienie wskutek miejscowego zboczenia; łaknienie może być przeto zmienione pod wpływem zmian miejscowych w przewodzie pokarmowym niezależnie od ogólnego uczucia głodu. W innych znów przypadkach uczuwa chory po spożyciu dostatecznych ilości pokarmów sytość, a czuje jeszcze silny pociąg do spożycia pewnych potraw lub napojów, jak to często się zdarza w rozstrzeni, pomimo zalegania kilku litrów miazgi pokarmowej w żołądku.

#### 1. Podniecenie uczucia głodu i łaknienia.

a) Wilezy głód. Wilezy apetyt. *Hyperorexia*. *Cynorexia*. *Bulimia*.

To zboczenie bywa albo tylko przejściowym objawem, albo też i przewlekłym. Tylko w mniejszości przypadków pojawia się ono samoistnie. Najczęściej jest to objaw częściowy wielu innych chorób (p. niżej). Wilezy głód objawia się natarczywą potrzebą częstego spożywania większej lub mniejszej pokarmów. Chorzy budzą się nawet w nocy z uczuciem głodu i spożywają w tym celu przygotowane jadlo. W razie niemożności zaspokojenia głodu uczuwają ból i zawrót głowy, ogólne omdlenie i osłabienie i w tym stanie chwytają za pierwszy lepszy pokarm, jaki im wpadnie w ręce. W przypadkach głodu wilezego przezemnie obserwowanych dostrzegałem najczęściej trwałe wydzielanie soku żołądkowego znaczniejszego stopnia, a dość często rozstrzeń, a jeżeli ta przebiegała z trwałem wydzielaniem soku żołądkowego, to nawet pomimo obecności znacznej ilości pokarmów w żołądku doznawali chorzy

ciągłego uczucia głodu, tak, że uważałbym za uzasadnione twierdzenie, że uczucie głodu może być wywołane przez podrażnienie nerwów błędnych. Rosenthal, który przytacza przypadki wilczego głodu po wstrząśnieniach mózgowych, po zatorach naczyń mózgowych, w chorobie Gravesa, szuka przyczyny tego cierpienia w podrażnieniu pewnych części jądra nerwu błędnego.

b) Potrzebę zaś spożywania znacznej ilości pokarmów w celu zaspokojenia podnieconego łaknienia nazywamy *żarłocznością* (*polyphagia*). Percy opowiada przypadek, że 17-letni chłopiec nazwiskiem Tarare, ważący 100 funtów, zjadał dziennie równy sobie ciężar mięsa, że był w stanie zjeść obiad dla 17 osób przeznaczony, a nawet posądzano go, że pożarł czteroletnie dziecko. Nekroskopja, którą Percy na Tararze wykonał, okazała żołądek ogromnie rozszerzony, a na jego błonie śluzowej rozsiane owrzodzenia.

c) Jeżeli do zaspokojenia uczucia głodu, który nawet nie bywa wzmożony, nie wystarcza zwykła ilość pokarmów, lecz ogromne ilości tychże pokarmów bywają naraz spożywane, a pomimo to uczucie nasycenia nie następuje, wówczas ten objaw chorobowy nazywa się *bezsytem* (*acoria*). Chorzy miarkują ilość pokarmów spożywanych nie uczuciem nasycenia, lecz wzrokiem.

Podczas gdy wielu autorów uważa za przyczynę bezsytu znieczulenie rozgałęzień nerwów błędnych, utrzymuje Rosenthal, że znieczulenie nastąpiło w jądrze nerwów błędnych; jestto przeto nerwica depresyjna.

W przypadku żarłoczności opisanym przez A. Puławskiego pojawiło się zбочenie po pęknięciu kości skalistej wskutek spadnięcia. Mechanizm trawienia okazał się znacznie przyspieszony (*hyperkinesis, supermotilitas ventriculi*). Usiłowania lecznicze były nadaremne. Leo opisuje 6 przypadków żarłoczności, w których wypróżnienie żołądka z pokarmów również bardzo szybko następowało, zaś nadmierne wydzielanie nie było stałym objawem. Wszystkie przypadki były jednak tylko częściowym objawem innych chorób. Nadmienić jeszcze wypada, że Noorden i Grabe w przypadkach chorób umysłowych znaleźli przyspieszenie sprawności mechanicznej żołądka, czem się tłumaczyć może zwiększone łaknienie, pojawiające się często u tego rodzaju chorych. Przy

dłużym trwaniu żarłoczności może się wytworzyć rozstrzeń żołądka.

Nadmierne zwiększenie łaknienia jest przeważnie objawem towarzyszącym innym chorobom, jak histeryi, neurastenii, chorobie Basedowa, chorobom umysłowym, padaczce, cukrzycy, kile, tasiemcowi, w czasie ozdrowienia po ciężkich chorobach i t. p. Przypominamy wreszcie, iż ono towarzyszy często chorobom żołądka, przebiegającym z nadmiernem wydzielaniem kw. żołądkowego (nieżyłowi kwaśnemu, wrzodowi okrągłemu).

W przypadkach sądowolekarskich należy stwierdzoną obecność wilczego głodu lub żarłoczności uważać jako okoliczność łagodzącą dla dotyczącego obwinionego.

W celu leczenia wilczego głodu i żarłoczności używane bywają ze skutkiem środki narkotyczne w większych dawkach; makowiec po 0·04 na dawkę; *pulv. Doveri* po 0·1 kilka razy dziennie; morfina po 0·01, kodeina po 0·02, kilka razy dziennie; kokaina po 0·05, dwa razy dziennie; bromek sodowy w dawkach 5 gm. naraz; *chininum hydrobromatum* po 0·3, trzy razy dziennie. Rosenthal poleca podskórne wstrzykiwania *extr. opii*; płyn w tym celu przygotowuje się według następującego przepisu: *extracti opii* 0,2, *glycerini et aq. d. aa.* 2,5, *filtra, DS.* Pół strzykawki naraz wstrzyknąć. Albo według tego samego autora po ćwierć do pół strzykawki w trójnasób rozcieńczonego i sączonego rozczynu arsenikalnego Fowlera wstrzykiwać; lecz i zażywania rozczynu Fowlera można próbować. Jeżeli przypuszczamy przyczynę miejscową w samym żołądku, to leczenie Karlsbadzkie oddaje dobre usługi. — Z leczenia ogólnego zasługuje na polecenie pobyt na świeżem powietrzu, metodyczne leczenie hidryatyczne i kąpiele morskie, a przedewszystkiem uwzględnienie głównego cierpienia. — W celu chwilowego zaspokojenia nadmiernego uczucia głodu stosowano z dobrym skutkiem większe ilości ciężkiego piwa, mocnego wina, mocnej kawy czarnej.

#### 1. Obniżenie uczucia głodu i łaknienia.

Brak łaknienia. *Anorexia nervosa.*

Łaknienie ustaje, jeżeli uczucie głodu zostaje w jakikolwiek sposób przytłumione przez zahamowanie ośrodka głodowego. Zda-

rza się to często wskutek pognebnienia umysłowego, przestraszu, trwogi, nadmiernej pracy umysłowej, n. p. w przypadkach przeciążenia nauką młodzieży szkolnej, wskutek niektórych chorób umysłowych i t. d. Zboczenie to może wystąpić pozornie jako samoistne, a być pierwszym zwiastunem histeryi zwłaszcza u młodych dziewcząt. Potęguje się ono niekiedy do tego stopnia, że chorzy zaledwie kilka łyżek mleka dziennie zjadają, a na wszelkie próby i groźby zmierzające do nakłonienia ich do jedzenia są głuchymi. Chorzy tacy wzbudzają z wejrzenia podejrzenie na nowotwór lub suchoty płucne, co wykluczyć należy przez dokładne zbadanie płuc i płwocin. Brak łaknienia może doprowadzić do zejścia śmiertelnego przez zagłodzenie się (Charcot, Rosenthal). Jako objaw następowy, mający tło nerwowe, zdarza się brak łaknienia często w przebiegu histeryi, neurastenii, blednicy i po nadużywaniu niektórych alkaloidów, jak makowca, morfiny, kokainy, tytoniu. W przebiegu chorób zakaźnych z gorączką zwłaszcza w gruźlicy płuc przechodzi brak łaknienia w ja d ł o w s t r e t (*aversio*). Ja d ł o w s t r e t może niekiedy pojawiać się tylko pozornie w chorobach przebiegających z osłabieniem i wyniszczeniem ustroju jak: w uwiąznię starczym, w ciężkiej niedokrwistości, po obfitych krwotokach i t. p.; tu sprawia żucie pokarmów stałych omdlenie lub niezdolność uczucie znużenia, przez co chorzy przyjmowania pokarmów się wzbraniają; natomiast pokarmy płynne, niewymagając wysiłku mięśniowego chorzy chętniej przyjmują.

Z drugiej strony przyczyna braku łaknienia może być obwodowa. Chory czuje nawet głód, szuka, by go czem zaspokoić, a skoro weźmie kęs do ust, to mu albo „rośnie w ustach“, albo „przełknąć go nie może“, albo dostawszy się wreszcie do żołądka „siedzi jak kamień“. Pokarmy doprowadzone nie sprawiają bowiem w przebiegu przewodu pokarmowego, w którym unerwienie jest zmienione, prawidłowego podrażnienia, ale natomiast uczucia nieprzyjemne, a nawet bolesne, stąd i na samo wyobrażenie o pokarmie powstaje zahamowanie ośrodka nerwowego dla głodu, z którym i łaknienie na pewien czas ustaje. W ten sposób towarzyszy brak łaknienia przeczulicom i nerwobólom żołądka, wymiotom nerwowym i t. d. Zmiany organiczne, jak niezyt śluzowy i rak żołądka wywołują również brak łaknienia, bądź z powodu

zaburzeń w prawidłowym przebiegu trawienia, bądź z powodu doznawania dolegliwości po spożyciu pokarmów.

Często niema brak łaknienia nie wspólnego, ani ze żołądkiem ani z unerwieniem, lecz istnieje niezbyt jamy ustnej, połyku i przełyku, przyczem język bywa silnie mułem obłożony. W takich przypadkach usunięcie powyższych spraw chorobowych przywraca łaknienie. We wielu chorobach ostrych i przewlekłych bywa brak łaknienia objawem towarzyszącym tym chorobom, jak to widzimy w chorobach gorączkowych, zakaźnych, w chorobie Brighta i t. d. Wszystkie te przypadki braku łaknienia nie należą do działu nerwie żołądka.

Należy jeszcze odróżnić od właściwego braku łaknienia o b a w ę chorych przed przyjmowaniem pokarmów w przypuszczeniu, że one im sprawią dolegliwości lub zaszkodzą. Jeżeli ta obawa jest tak przesadna, że dochodzi do wzbraniania się przed przyjmowaniem wszelkich pokarmów, to jest to objaw psychozy zwanej *psychopathia gastrica* (Sollier).

Ostatecznie może przyczyna braku łaknienia leżeć poza ustrojem chorego. Jeżeli dzieci żywi się od samego początku małemi tylko ilościami pokarmów, to i w późniejszym wieku ani ustrój, ani żołądek nie odczuwają potrzeby przyjmowania większych ilości pokarmów. Mianowicie dziewczęta odzwyczajają się u nas od spożywania większych ilości pokarmów, przeważnie z tego powodu, że zaciśnięte w staniki lub gorsety doznają po spożyciu większych ilości pokarmów lub napojów dolegliwości żołądkowych (p. str. 249), a prowadząc życie sedenteryjne nabawiają się nawykowego zaparcia stolca, które także przyczynia się do obniżenia łaknienia. Lecz i u dorosłych może się wytworzyć sztucznie brak łaknienia z powodu nieodpowiedniego żywienia, jak przez stosowanie pokarmów tak zwanych „strawnych i pożywnych“, a narządy trawienia do czynności mało pobudzających, przez podawanie potraw nie zawierających ciał przysmakowych (bez przypraw), przy dłuższem używaniu kuchni jednostajnej z małym wyborem potraw. Żołądek bowiem ze wszystkich narządów hołduje najwięcej zasadzie: *Varietas delectat*.

L e c z e n i e zmniejszonego łaknienia bywa według przyczyny różne. Jest ono równocześnie ogólne, pobudzające układ nerwowy, i miejscowe skierowane do żołądka. Nim się jednak przystąpi do

zastosowania środków leczniczych, należy próbować wpływać na chorego psychicznie, równocześnie kuchnię zmienić i o ile możliwości ją urozmaicić, uwzględniając i zachcianki smakowe chorego. Jeżeli to nie prowadzi do celu, a odżywienie jeszcze nie jest złe, to należy choremu przepisać 1—3-dniowy post, wyznaczając do spożycia bardzo małą ilość takich pokarmów, które chory najchętniej spożywa. Po takim głodzeniu łaknienie się zwykle polepsza tak, że chory większą ilość pokarmów spożywa, niż przedtem. To stanowi wskazówkę, aby choremu jeszcze co kilkanaście dni wyznaczyć post 1—2 dniowy. O upadek odżywienia w razie następującego polepszenia łaknienia niema się czego obawiać, gdyż doświadczenia Zuntz — Seeland'a pouczyły, że zwierzęta, które co kilkanaście dni głodzono nietylko nie pozostały w odżywieniu za temi które nie pościły, ale prześcignęły nawet systematycznie jedzące nieco na ciężarze.

Symptomatycznie przy „złym smaku“ poleca się częste płukanie ust aromatycznymi mieszaninami, *aq. cinnamomi*, *aq. melissae*, *aq. menthae piperitae* lub *aq. rosarum* z dodatkiem kilku kropel octu czerwonego; obok tego czyszczenie zębów zapomocą magnezyi z dodatkiem *pulv. rhizomatis iridis florentinae* lub *calami*, lub 1—2 kropel olejków zawartych w powyżej wyliczonych wodach aromatycznych. Po pilnej toalecie zaniehdanej jamy ustnej dostrzegął Kaczorowski, jak znikwały przypadłości dyspeptyczne.

Energiczniej zaciera się „niesmak“ przez pędzlowanie jamy ustnej przed jedzeniem zapomocą rozczynów mentolu lub kokainy albo nastoju *Gymnema sylvestre* (Shore).

Miejscowo stosujemy środki działające pobudzająco na czynność żołądka: Picie naczcho i przed jedzeniem zimnej wody zwyczajnej lub sodowej, kawy ze sokiem cytrynowym, używanie limonad, winogron lub jagód kwaskowatych, zup kwaśnych, chudego mleka kwaśnego lub kefiru, użycie kw. solnego lub wody sodowej kwaśnej. W niektórych przypadkach podnieca łaknienie następująca mieszanina używana naczcho i przed jedzeniem: Do szklanki wlewa się 4 krople kw. solnego, łyżeczkę wyskoku lub mocnego wina, na koniec noża soli kuchennej, ostatecznie pół szklanki zimnej wody sodowej i szybko wypija przez rurkę. Czasem można osiągnąć chwilowe zwiększenie łaknienia po-

lecając wypić  $\frac{1}{2}$  - 1 szklanki słabej szczyawy alkalicznej (Vichy, Giesshübler, Krondorfer, Selters i t. p.) na 1-2 kwadransy przed jedzeniem.

Pospolicie uchodzą jako środki pobudzające łaknienie, nastoje i napary rozmaitych goryczek roślinnych (p. str. 118). Z aptecznych przetworów gorzkich za najskuteczniejsze uchodzą: *extr. fluidum condurango* i *extr. fluid. colombo*, z dodatkiem kw. solnego lub też same, podając je po łyżeczce przed jedzeniem kilka razy na dzień. Penzoldt zaleca podawanie *orexinum basicum sublimé pulv.* w opłatku po 0.3-0.5 przez 5 dni przy drugim śniadaniu. Autor ten widział z tego rodzaju stosowania na 31 chorych wynik dodatni u 23, a między tymi w 2 przypadkach pojawienie się wilczego głodu. Najlepsze wyniki okazały się w braku łaknienia wskutek niedokrwistości, blednicy, histeryi i neurastenii. Holm widział na 28 przypadków podawania *orexinum basicum* w ilości po 0.25 raz lub dwa razy dziennie, 21 przypadków mniejszego lub większego polepszenia nerwowego braku łaknienia, podczas gdy w przypadkach, w których przyczyną braku łaknienia była zmiana anatomiczna żołądka, wynik był mniej pomyślny.

Jeżeli przyczyną braku łaknienia jest przeczulica żołądka, dobrze skutkuje *natrium* i *strontium bromatum* po 0.5-1.0 na dawkę, jakoteż inne środki podane w celu leczenia przeczulicy żołądka (p. str. 327).

Jeżeli podstawą jest niedokrwistość, wskazane są szczyawy żelaziste przy źródle użyte; w konieczności można stosować przetwory (*ferr. hydrogenio reductum*, *ferr. albuminatum*, *ferr. lacticum*), a jeszcze korzystniej sztuczną wodę żelazistą słabszą i mocniejszą zawierającą 0,266 i 0,532 p. m. pirofosforanu sody i żelaza (wyrobu Rzący i Chmurskiego w Krakowie), poleconą przez Tow. Lek. Krak. Korzystnie, gdyż równocześnie odżywczo, działa także użycie piwa żelazistego słabszego fabrykacyi J. Kwiatkowskiego w Serecie. Casati radzi stosować w przypadkach niedokrwistości *oleum phosphoratum* w kapsułkach, po 1 mg. fosforu na dawkę, rozpoczynając od dwóch kapsułek, a dochodząc do pięciu dziennie.

Ja zauważyłem, że przepłukanie żołądka zimną wodą, albo wodą sodową, podnieca łaknienie. Fleiner zaś zaleca przepłukiwania naparami cmieliu lub ligni Quassiae lub rozcynem

jednej łyżeczki extr. fluidi Condurango na jeden litr wody. Zdaje się, że skutek z tego zabiegu jest lepszy, niż po zwykłym użyciu goryczki.

Ziemssen zauważył, że galwanizowanie żołądka pół godziny przed obiadem łaknienie podnosi i chorych orzeźwia (p. str. 197). Podobnie i wewnętrzne galwanizowanie żołądka może wydać dodatni wynik. W braku łaknienia na tle histerycznem działa według Rosenthala dobrze ogólna faradyzacja, wykonana w ten sposób, że umieszcza się szeroką elektrodę między stopy znajdujące się w letniej kąpieli nożnej, podczas gdy drugą elektrodę zwilżoną ujmuje lekarz ręką lewą, prawą dłoń zaś prowadzi kolejno wzdłuż pleców, brzucha i t. d. przez 5 — 10 minut (p. str. 339).

W przypadkach samoistnego braku łaknienia niepowikłanego z histeryą lub neurastenią korzystnie wpływają: zmiana otoczenia, miejsca, klimatu; powietrze górskie (Zakopane, Szmeks, Davos, Arosa, Tarasp, Samaden, St. Moritz i t. d.), powietrze morskie (Helgoland, Norderney); ruch i ćwiczenia gimnastyczne zabieg i wodolecznicze, jak natrysk zimny (15° C) na okolicę żołądka. U chorych źle odżywionych a mało jedzących tylko dla próby polecamy natryski i ruch ciała, gdyż przez forsowne i systematyczne używanie tych czynników mogłoby odżywianie jeszcze więcej podupaść a wrażliwość nerwowa wzmogłaby się jeszcze. U takich chorych należy owszem położyć ciepłe (38° C.) rurki Leitera na kręgosłup.

Chorym, którzy się przed przyjmowaniem pokarmów wzbraniają, przepisujemy takowe w postaci leków aptecznych, jak wino ze syropem zabarwionym i wodą aromatyczną; proszek mięsny w proszku, pigułkach, pastylkach i t. d. Jeżeli zaś u chorego mało jedzącego waga ciała się zmniejsza, wychudnienie się wzmacnia, a skóra staje się suchą, chłodną i siną, to wypada żywić chorego nawet przemocą z pomocą zony (*gavage*). Do tego sposobu żywienia należy w ogóle dążyć nawet we wszystkich chorobach, w których wskazany jest pewien sposób odżywiania, a który ze względu na brak łaknienia lub przykry smak, a wreszcie z powodu oporu ze strony chorego nie może być przeprowadzony. Tym tylko sposobem może się lekarz uwolnić od rzeczywistych lub urojonych uprzedzeń i kaprysów chorego, zarazem ułatwiając so-

bie przeprowadzenie wskazanej diety. Najczęściej wlewa się przez sondę mieszaninę ze śmietany słodkiej, jaj i proszku mięsnego, lub peptonu, i to z początku tylko w małych ilościach, potem stopniowo coraz więcej, gdyż żołądek w ciężkich przypadkach braku łaknienia bywa skurczony, a nadto odzwyczajony od ucisku i podrażnienia miazgą pokarmową; stąd większa ilość pokarmów nagle do żołądka wprowadzona, może choitym łatwo sprawić dolegliwości podmiotowe i od tego rodzaju żywienia jeszcze więcej odstraszyć.

Przypadki wychudnienia wskutek nerwowego braku łaknienia nadają się do leczenia metodą Weir-Mitchella polecaną przez Playfair'a i Burkarta w ciężkich przypadkach histeryi i neurastenii. Chorą oddala się z domu, aby usunąć pobłażliwe i zbyt uczuciowe otoczenie, a poddać ją wyłącznemu wpływowi lekarza. Najstosowniej umieszcza się ją w osobnym zakładzie, dodając jej odpowiednią dozorczynią, która ma posiadać zaufanie chorej, a wykonywać polecenia lekarza. Chora przebywa leczenie pierwsze trzy tygodnie w łóżku, aby zużycie materii było jak najmniejsze, dostaje za pokarm tylko mleko słodkie najstosowniej podwójne lub potrójne (p. w Części trzeciej) przygotowane podług smaku chorego, po kilka łyżek co dwie godziny tak, że wypija z początku pół litra dziennie z kilkoma sucharkami angielskimi. W razie nieznoszenia mleka dodaje się doń nieco herbaty, kawy, koniaku, sody, wody wapiennej i t. p. Z dnia na dzień powiększa się powoli dawkę pokarmu, podając stopniowo obok mleka jeszcze inne łatwo strawne potrawy ośm razy dziennie. i w ten sposób przechodzi się do diety mieszanej zawierającej bułkę z masłem, ziemniaki, drób, pieczeń wołową, jarzyny, kompot, leguminę. Obok tego rozpoczyna się po trzech dniach leczenia mięsienie ogólne, które ma na celu zastąpienie braku ruchu. Mięsienie odbywa się dwa razy dziennie i trwa stopniowo od 15 minut do 1½ godziny. Mięsienie wspiera się faradyzacją mięśniową wykonywaną 1—2 razy dziennie. Po trzech tygodniach pozwala się chorej wstawać, lecz tylko miernej przechadzki używać. W szóstym tygodniu, skraca się czas mięsienia, zaprzestając już faradyzowania. Równocześnie dieta bywa coraz więcej urozmaicaną, tak żeby w dziewiątym tygodniu, kiedy leczenie ma się ukończyć, dieta była już zwyczajną. Jeżeli jednak po trzech tygodniach tego dla chorych i lekarza uciążliwego leczenia niema

poprawy, dalsze prowadzenie leczenia pożądanego skutku zwykle już nie przynosi. W przypadkach stosownie dobranych, u chorych powodujących się poleceniami lekarza, wyniki leczenia, według spostrzeżeń niektórych autorów bywają korzystne.

U wielu chorych z brakiem łaknienia dostrzegalem, że nie odosobnienie, ale przyjemna towarzyska podróż, wesoło przy stole biesiadujące towarzystwo odciągające chorego od zwracania uwagi na czynność jedzenia, albo obecność lekarza budzącego zaufanie przy stole, wpływały bardzo korzystnie na spożycie obfitego obiadu, przed którym chory dawniej sam sobie pozostawiony, wzbraniał się wszelkimi siłami. Widziałem też, że oporni w domu chorzy, zwłaszcza dzieci, dopiero po umieszczeniu w zakładzie leczniczym (sanatorium) pod naciskiem lekarza zakładowego nauczyli się dostatecznie i regularnie jadać, a widząc dobre skutki jedzenia na chorych towarzyszach, starali się ich w jedzeniu nawet prześcignąć.

UWAGA. W niektórych przypadkach bywa zboczenie w smaku (*parageusis*) przyczyną braku łaknienia. Ja widziałem przypadki zboczeń w narządzie krążenia (np. zwapnienie ujścia aorty z równoczesnymi zawrotami głowy), w których chorzy wzbraniałi się przed jedzeniem uskarżając się na palenie i zły smak na języku i ustach. Przypuszczam, że przyczyną tegoż były zmiany w tętniczkach odżywiających *nervus glossopharyngeus*. Herzfeld zwraca w ostatnich czasach na to uwagę, że zdarzają się przypadki zmian smaku w chorobach narządów otaczających jamę ustną jak: ozaena, tonsillitis i pharyngitis chronica, otitis interna, próchnienie zębów i t. p. Na te sprawy chorobowe należy i w danym przypadku zwrócić uwagę i je szczegółowo leczyć, symptomatycznie zaś stosować płukania aromatyczne jamy ustnej.

### 3. Spaczenie uczucia łaknienia.

*Parorexia nervosa. Malacia. Pica. Allotriophagia.*

Malacia jest to szczególny pociąg do spożywania niezwykłych pokarmów zwłaszcza ostrych jak korzeni, musztardy, octu, sałaty, korniszonów, owoców zielonych i t. p.

Pica zaś jest to niepoohamowana chęć do spożywania ciał nie będących wcale pokarmami np. do wapna, kredy, węgla, włosów,

gąbek, ziarn kawy lub zboża, kaszy surowej i t. p. Zdarza się to w chorobach umysłowych, wobec czerwiów w jelitach albo u kołbet podczas błednicy, histeryi lub ciąży. Spaczonemu uczuciu łaknienia towarzyszy równocześnie albo żarłoczność albo brak łaknienia. Niektórzy dopiero po zjedzeniu zwykłych potraw nawet w większej ilości, spożywają jeszcze z chciwością powyższe ciała zwłaszcza w chorobach umysłowych, w ciąży; inni znów wzbraniają się przed jedzeniem pokarmów właściwych, a napełniają żołądek bez wywołania najmniejszych dolegliwości najniestrawniejszemi rzeczami. Spaczenie uczucia łaknienia ustępuje po wywołującej je przyczynie np. po ustąpieniu błednicy, po ukończeniu ciąży. Pomimo to muszą być chorzy pod dozorem, aby nie zjadali szkodliwych ciał, któreby mogły w przewodzie pokarmowym stale pozostać (włosy, gąbka, i t. p.) i dać powód do powstawania kamieni jelitowych lub żołądkowych (Kooyker p. str. 146, 283).

Allo triophagia jest znów mania połykania nadzwyczajnych lub obrzydliwych rzeczy, jak n. p. igieł, szpilek, ziemi, a nawet własnego kału i t. p.

Tu należy jeszcze wspomnieć o zwyczaju (*onychophagia*) niektórych osób zwłaszcza dzieci, gryzienia kości, kauczuku, paznogi, nici, papieru, ołówków i t. p. Osoby hołdujące tym nagannym nawyczkom, nie cierpią właściwie na żadną chorobę, lecz narażają się na łatwe wprowadzenie mikrobów chorobotwórczych do swego ustroju.

Leczenie jest częściowo przyczynowe, działając przeciw chorobie wywołującej to zбочenie, częściowo lecząc według poprzedzających ustępów zwiększone lub zinniejszone łaknienie, a ostatecznie psychiczne.

## B. Nerwice żołądka ruchowe.

### *Gastroneuroses motoriae.*

Żołądek wykonywa typowe ruchy robaczkowe nawet po wyjęciu go z jamy brzusznej (Schütz, Hofmeister), gdyż mięści w swych ścianach system komórek zwojowych. Najsilniejsze ruchy powstają w części odźwiernikowej, gdzie się też największa liczba

tych komórek mięśni. Przecięcie nerwów błędnych sprawia tężowy skurez wpustu i takież sam skurez dolnych części przetyku, tak, że pokarmy podczas przechodzenia do żołądka zatrzymują się powyżej wpustu, ruchy zaś zwyczajne żołądka prawie zupełnie ustają. Przez drażnienie zaś nerwów błędnych ruchy żołądka wzmacniają się i stają się regularniejszymi (Regnard i Loye). Dno i część odźwiernikowa wykonują dla siebie oddzielnie ruchy robaczkowe, które odchodzą i dochodzą tylko do zesnurowania oddzielającego obydwu odcinki żołądka. Stąd przychodzi już obecnie w dyagnostyce klinicznej do rozróżnienia zboczeń ruchowych części odźwiernikowej, które zdają się być dla patologii ważniejszymi od zboczeń ruchowych dna. W stanie napełnienia żołądka ruchy robaczkowe tegoż są częstsze i wydatniejsze niż w stanie czczym, a wpust i odźwiernik są zawarte. W stanach patologicznych, polegających na zmianach w unerwieniu, może być czynność ruchowa żołądka w całości lub częściowo podnieconą, albo przeciwnie osłabioną lub wreszcie nieprawidłowo zmienioną. O tem wnioskować możemy z wyników dotychczasowych doświadczeń wykonanych na zwierzętach. Valentin, Schiff i Golz wywoływali ruchy żołądka przez drażnienie *pl. solaris*, Hlasko przez drażnienie wzgórków czworaczych, a Golz widział nawet odruchowe ruchy żołądka po drażnieniu skóry i jelit. Zastanowienie ruchów wymiotnych żołądka dostrzegali Greve i Rosen po przecięciu rdzenia, aż do 6-go kręgu piersiowego. Uwzględniając wreszcie, że dla wpustu i odźwiernika, dna, części wpustowej, a nawet odźwiernikowej z wielu miejsc ośrodków nerwowych, jak o tem niżej mowa będzie, mogą być wywołane ruchy zupełnie niezależnie od siebie, aczkolwiek przy prawidłowych warunkach musi istnieć zależność i zbornosć tych ruchów dla wykonania czynności ruchowej, łatwo pojąć, jaka rozmaitosć zaburzeń w czynności ruchowej żołądka może się wydarzyć i jak liczne przyczyny mogą je spowodować.

Ruchy prawidłowe żołądka w czasie trawienia opisuje N. Cybulski w następujący sposób: W stanie normalnym w miarę wprowadzania pokarmów, żołądek się rozszerza przeważnie w okolicy dużej krzywizny; błona śluzowa, która na wewnętrznej powierzchni u głodnego zwierzęcia tworzy bardzo liczne fałdy, wygładza się coraz bardziej, wyciąga a sam żołądek zmienia położenie, zbliżając swą krzywiznę dużą do przedniej ściany brzucha. Ruchy, które

w tym czasie można spostrzegać w żołądku, są bardzo wolne i słabe, wystarczają one jednak do tego, aby całej tej masie, napelniającej żołądek, nadać pewien określony kierunek, skutkiem którego miazga pokarmowa naprzód posuwa się po dolnej przedniej powierzchni żołądka t. j. po dużej krzywiznie, aż do zwieracza; stąd wraca znów do wpustu, przeważnie środkiem żołądka. Skutkiem tego każda część pokarmu zostaje w bezpośredniem zetknięciu z błoną śluzową żołądka przez pewien dość znaczny czas, a następnie przesiąknięta wydzielina wchodzi ku środkowi. W ten sposób w żołądku powstaje jakby ciągłe wywracanie pokarmów, które rozpoczyna się w okolicy zwieracza, i ciągłe mieszanie się części pokarmów zajmujących środek żołądka z tymi, które się znajdują na obwodzie. Żołądek odbywa jeszcze ruchy bierne, które mu udziela przepona wskutek oddechania. — W y d a l a n i e pokarmów ze żołądka do dwunastnicy, nie odbywa się naraz, tylko częściowo. Czynność tę ułatwia część odźwiernikowa w ten sposób, że kurcząc się, przeciska w niej znajdującą się miazgę pokarmową przez odźwiernik. Przy tem przepychaniu treści żołądkowej odbywa się równocześnie sortowanie takowej tego rodzaju, że przy pierwszych kurczach części odźwiernikowej przechodzi przez odźwiernik płyn, przy następnych gąszcz, a w końcu dopiero kawałki, które też, jak doświadczenie poucza, najdłużej w żołądku zalegają.

W celu mierzenia ruchów żołądka podał Einhorn z Nowego Jorku osobny przyrząd zwany gastrografem. Składa on się z metalowej kuli opatrzonej na powierzchni w sprychy i z drugiej wolnej platynowej kuleczki, poruszającej się między sprychami. Obydwie kule umieszczone są w trzeciej próżnej kuli, którą chory może przełknąć. Całość jest połączona zapomocą dwóch drutów z dwoma stosami elektrycznymi i z przyrządem piszącym. Wprowadziwszy przyrząd przez połknięcie do żołądka, i połączywszy go ze stosami, zostaje prąd elektryczny przerwany za każdym poruszeniem przyrządu w żołądku, co się uwidocznia na przyrządzie piszącym. W ten sposób otrzymane „gastrogramy“ wykazują według Einhorna w stanie prawidłowym 4—41 ruchów na minutę, w stanach zaś chorobowych mniej albo więcej.

Hemmeter z Baltimore wprowadza do żołądka dla uwidocznienia jego ruchów balonik umocowany na sondzie i wydyma



go. Potem łączy sondę z manometrem wodnym i kimografionem Ludwiga. Wtedy najlżejsze kurczenie się żołądka uciska balonik i powietrze w nim, co sztyfeik umocowany na przyrządzie graficznie uwidocznia. Ja stosowałem przed 15-tu laty również manometr wodny do badania ruchów żołądka, jednak wyniki badania były tak chwiejne i wieloznaczne, że uważałem za niestosowne coś pod tym względem ogłaszać.

### XLIII. Skurcz żołądka częściowy i całkowity.

(*Spasmus ventriculi partialis et totalis*).

#### 1. Skurcz wpustu. *Cardiospasmus*.

Za możliwością istnienia chorobowego skurczu wpustu z przyczyn ośrodkowych przemawiają te okoliczności, że Openchowski wykazał istnienie *Nn. constrictores cardiae*, zaś Knauff i Hlasko dostrzegali kurczowe zwieranie się wpustu, które mogło być wywołane w doświadczeniach pierwszego przez drażnienie dolnej części rdzenia pacierzowego, a wzgórków czworaczych w doświadczeniach drugiego. Według ostatnich zaś doświadczeń Guyona stoi czynność wpustu pod wpływem dwóch nerwów. Nerwy błędne sprawiają rozwieranie, a nerw sympatyczny zawieranie się wpustu.

Skurcz wpustu może być albo n a p a d o w y albo p r z e w l e k ł y. Napadowy skurcz wpustu pojawia się po wywiązaniu się gazów w żołądku lub po połykaniu takowych np. u histeryczek. Zaciśnięcie wpustu może powstać także przez działanie silnie kwaśnej miazgi żołądkowej, a Fleiner zwraca uwagę na tę okoliczność, że u niektórych osób część wpustowa żołądka przedstawia rodzaj uchyłku (*antrum cardiacum*). Do tegoż może ze żołądka dostać się treść kwaśna, a przez pewien czas zatrzymując się w uchyłku, wywołać objaw bolesnego skurczu żołądka. Bolesny skurcz wpustu może przedstawić wszystkie objawy właściwe dla nerwobólu żołądka (p. str. 329). W niektórych przypadkach napadowy skurcz wpustu prowadzi do bębnie x ż o ł ą d k a (*pneumatosis gastrica*) i sprawia dolegliwości ze strony czynności serea (palpitatio cordis), lub duszność (asthma dyspepticum, p. str. 212, 268). Jeżeli wystąpią wymioty, odbijania, lub obfite stolce z odej-

ściem gazów, ustępują i dolegliwości podmiotowe. Skurcz wpustu wikła się często z równoczesnym skurczem przełyku, co się szczególnie dzieje w histeryi, neurastenii i w przebiegu tęcza.

Przewlekły skurcz wpustu zdarza się albo z powodu przeczulicy plexus cardiacus, albo też wskutek nadżerek lub wrzodu okrągłego na błonie śluzowej.

Najważniejszym objawem rozpoznawczym skurczu wpustu jest utrudnienie w połykaniu (*dysphagia*). Chorzy czują, że kęsa nawet woda się zatrzymują nie przechodząc do żołądka, przyczem często pojawiają się bóle (*dysphagia dolorosa*), które chorzy lokalizują najczęściej w grzbiecie między łopatkami. W celu przeknięcia czynią chorzy nacięcia, połykając powietrze i usiłując je wtłoczyć silnymi ruchami połykowymi do żołądka. W takich przypadkach wprowadzona sonda zatrzymuje się we wpuście, lecz już przy niernym nacisku przechodzi do żołądka sprawiając zwykle bóle, które trwają jeszcze przez jakiś czas po wyjęciu sondy. Wobec długoletniego trwania skurczu wpustu mogą się wytworzyć uchyłki, a odżywienie znacznie podupaść. W takich przypadkach, widząc pierwszy raz chorego ma się wielkie podejrzenie na raka wpustu (p. str. 155). Dla odróżnienia tych stanów należy pamiętać, że wobec nerwowego skurczu wpustu trudność połykania jest zmienna, raz mniejsza, drugi raz większa; w raku wpustu jest połykanie w równej mierze upośledzone. Jednak miałem przypadek niekrwawiącego raka wpustu, w którym chory przez kilka dni dość dobrze połykał, potem przez 1—2 dni z wielką trudnością, poczem nastąpiło znów dość dobre połykanie. Zdaje się, że w przypadkach podobnych istnieje uchyłek nad zwężeniem rakowem, który napełniwszy się, nie dozwala tak długo na przechodzenie pokarmów przez zwężenie aż się opóźni. Wprowadzenie grubszej sondy przełykowej wykrywa najlepiej zwężenie organiczne wpustu, gdyż sonda pomimo większego nacisku na zwężeniu stale się zatrzymuje.

Leeczenie. Napad skurczu bolesnego wpustu da się bezpośrednio usunąć przez podskórne wstrzyknięcie mieszaniny morfiny 1 cgr. z atropiną ( $1/2$  mg.). Jeżeli skurcz żołądka wywołał dolegliwą bębnicę, należy wprowadzić sondę żołądkową dla wypuszczenia gazów ze żołądka.

Leczenie przyczynowe skurezu wpustu jest różne. W przypadku czystej nerwicy wprowadza się do wpustu sztywną sondę z anodą a na mostek kładzie katodę i galwanizuje przez kwadrans. Jeżeli przyczyną skurezu jest przeczulica wpustu, można przy pomocy wziernika przełykowego (p. str. 162) znieczulić błonę śluzową pięcioprocentowym roztworem kokainy, lub mentolu, a wrazie istnienia owrzodzeń we wpuscie zapędzłować je 5-procentowym roztworem z *argentum nitricum*. Bouveret zaś poleca w takich przypadkach zażywanie 3 razy dziennie roztworu z arg. nitricum (1:1000 aq. d.) biorąc do użycia łyżkę takowego na jedną szklankę wody. W przypadkach nadmiernej kwasności miazgi żołądkowej lub obecności spraw fermentacyjnych gazowych, należy leczyć te zboczenia jak wyżej już podano (str. 78, 83, 91, 219). Także i ogólne leczenie, jak zabiegi hidriatyczne może być wskazane w przypadkach czysto nerwowych.

W przypadku skurezu wpustu opisanym przez Boasa chory ucywał w 3—4 godzin po jedzeniu kurczowych bólów rozpromieniających się do klatki piersiowej do grzbietu, po zapiciu wodą one ustawały. Przy badaniach sondą można było wyciągnąć około pół litra miazgi pokarmowej niezmięnionej, zmiennego oddziaływania, lecz sonda nie dochodziła do żołądka, gdyż natrafiła na przeszkodę w odległości 35 cm. od zębów. Polecono choremu zondowanie grubą sondą (cienka nie przechodziła) przed obiadem, pokarmy stałe i małe dawki *ammonium bromatum*. Stan się znacznie polepszył.

## 2. Skurecz odźwiernika. *Spasmus pylori*.

Odźwiernik jest wprawdzie zwykle zamknięty i tylko od czasu do czasu dla przepuszczenia miazgi pokarmowej otwiera się. O ile samoistny kurecz nerwowy odźwiernika istnieje, nie da się dokładnie powiedzieć. Za możliwością jego istnienia jako samoistnej nerwicy przyrody ośrodkowej, przemawiają doświadczenia fizyologiczne, że zawarcie odźwiernika można wywołać przez drażnienie nerwu błędnego (Oser, Dobbert), albo dolnej części rdzenia (Dobbert), lub też niektórych miejsc w mózgu (sulcus cruciatus, corpus quadrigeminum, A. Frantzen).

Nerwowy skurecz odźwiernika przypuszczają (Lebert, Jolly) w histeryi i neurastenii. Sprawia on, że gazy bądź to wytworzone z treści żołądkowej, bądź jako połknięte powietrze, z żołądka do jelit przedostać się nie mogą i sprawiają bębnicę żołądka (*pneuma-*

*tosis gastrica, tympanites ventriculi*), co tylko wtenczas jest możliwym, jeśli równocześnie istnieje skurez wpuści. Bębniczy żołądka w histeryi i neurastenii towarzyszy najczęściej i bębnicza jelit. Bębnicza żołądka występuje nawet w żołądku czczym; sprawia ona często bardzo dokuczliwe dolegliwości, przez ucisk żołądka na przeponę, płuca, serce, szczególnie wobec wad sercowych (*dyspepsia cardiaca*), a chorzy uskarżają się na prężenie i tętnienie w dołku podsercowym, bicia serca, utrudnienie oddechu (*asthma dyspepticum*), zawroty głowy, które to objawy po ustąpieniu odbijają się zmniejszają (p. str. 212, 263). *Pneumatosis gastrica* odznacza się przedmiotowo tem, że dołek podsercowy jest wzdęty, a obszar wypukowy bębinkowy żołądka, szczególnie na przestrzeni półksiężycowej znacznie zwiększony.

Wskutek miejscowego podrażnienia odźwiernika jak przez zetknięcie się z ostrą miazgą pokarmową albo sokiem żołądkowym, gdy istnieje wrzód lub nadżerki w odźwierniku, może zaciśnięcie tegoż trwać dłuższy czas. Stąd skurez odźwiernika ma powstawać przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego (Kussmaul, Riegel, Pfungen, Durand-Fardel), jako też we wrzodzie odźwiernika lub części odźwiernikowej i prowadzić nawet do rozstrzeni, która po ustaniu kurczu może zniknąć, jak to opisał Sanctuary w r. 1883 w jednym przypadku, który za życia przedstawiał wszystkie objawy zwężenia odźwiernika, nekroskopia zaś wykazała odźwiernik drożny, a tylko w części odźwiernikowej rozległy wrzód okrągły. Ciekawy przypadek skurczu odźwiernika podany przez Bentejaca przytacza Bouveret w swem znakomitem dziele „*Traité des maladies de l'estomac*“. Mężczyzna 59-letni wypił szklankę nafty. Po tym wypadku wystąpiły wymioty trwające przez 8 miesięcy i rozstrzeń żołądka poniżej pępka. Z powodu podejrzenia na zwężenie odźwiernika wykonano laparotomię, która jednak wykazała, że odźwiernik był zdrów i drożny.

W jednych przypadkach skurez odźwiernika przebiega łagodnie. Chorzy czują w kilka godzin po jedzeniu bolesne wzdęcie, które także przedmiotowo stwierdzić można, przytem okolica odźwiernikowa bywa bolesna przy dotyku. Należy przeto przypuścić, że w tym okresie trawienia, kiedy odźwiernik powinien się rozszerzać dla przepuszczenia miazgi pokarmowej, on się zaciska. W cięższych zaś przypadkach skurez odźwiernika sprawia napad

nerwobólu (kurczu) żołądka, opisany już na str. 329. Jest to więc właściwie nerwica czuciowa.

Leczenie bolesnego skurczu odźwiernika, który nawiasowo mówiąc w praktyce trudnym jest do rozpoznania, jest właściwie leczeniem nerwobólu (kurczu) żołądka omówionem szczegółowo na str. 336

Leczenie samego napadu skurczu odźwiernika odbywa się środkami kojącymi: okłady gorące, przyszozydło na okolicę odźwiernikową, ciepły napar z inieży lub melisy, albo szklankę ciepłej wody Vichy lub szczawnickiej Józefiny z dodatkiem jednego grama dwuwęglanu sodowego lub magnezyi białej. Alkalia bowiem zobojętniając kw. żołądkowy rozluźniają zaciśnięcie podrażnionego odźwiernika. Jeżeli chory się zgadza, to najszybszą ulgę sprawia przepłukanie żołądka ciepłą wodą alkaliczną (Vichy, szczawnicką, rozczytnem jednoprocetowym dwuwęglanu sodowego). W uporzędkowanym przypadku wypadnie podać narkotyk (morfinę, atropinę) wewnątrznie lub podskórnice, jak to opisano w nerwobólu żołądka (p. st. 337). Jeżeli jest pod ręką prąd stały, to przedewszystkiem tego środka należy próbować, przykładając anodę na część odźwiernikową katodę na mostek lub kręgi lędźwiowe. W przypadkach czysto nerwowych usmierza galwanizowanie napad, zawodzi zaś przy nadmiernej kwasocie miazgi żołądkowej. Fleiner poleca w czasie napadu ławatywy z 200 aq.+10 kropel tra laudani.

Leczenie niebolesnej bębniicy żołądka na podstawie przypuszczalnego skurczu odźwiernika bywa rozmaite. Symptomatycznie można sprawić ulgę przez wypuszczenie gazów zapomocą sondy albo przez mięsienie okolicy żołądka, lub przez wypicie wody lodowej, gdyż Rossbach dostrzegał u zwierząt, że po wprowadzeniu większej ilości wody do żołądka, odźwiernik szybko się otwierał, a woda przechodziła do dwunastnicy. Stąd tłumaczy się zjawisko, że wiele osób po wypiciu szklanki wody dostają wypróżnień albo nawet nagłej biegunki. Jeżeli przypuszczamy tło nerwowe bębniicy, to stosujemy w celu wyleczenia choroby galwanizowanie, zabiegi hidryatyczne, leczenie bromowe. Znane są przypadki bolesnego zaciśnięcia odźwiernika i bębniicy żołądka u kobiet histerycznych, w których zagrożenie operacją, albo wykonanie sugestyjnej operacji usunęło dolegliwości.

Jeżeli przyczyna jest organiczna, t. j. fermentacyjna i niedo-

wład mechaniczny żołądka (dyspepsia flatulenta), wówczas postępujemy według sposobów leczniczych podanych na str. 219, 224. Ponieważ przewlekły kurecz odźwiernika może sprawić rozstrzeń żołądka, przeto nie należy w przypadkach rozpoznania zwężenia odźwiernika spieszyć się ze zabiegiem operacyjnym, lecz jak to słusznie Bouveret zauważył, wprzód zostosować leczenie przeciw wrzodowi okrągłemu i obserwować, czy przypadłości się nie poprawia. Wiemy bowiem obecnie, że nietylko wrzód w odźwierniku, lecz i w części odźwiernikowej żołądka usadnione a nawet sam stan zapalny błony śluzowej odźwiernika (*pyloritis subaucta*), towarzyszący często nieżyłowi kwaśnemu żołądka, mogą wywołać rozstrzeń żołądka (p. str. 231, 236, 238).

### 3. Skurecz żołądka. *Gastrospasmus*.

Biorąc analogię z pokrewnych żołądkowi jelit, skurecz całego narządu jest możliwy, jednak trudno da się przedmiotowo stwierdzić. Chorzy pod nazwą „kureczu żołądka“ rozumieją zwykle uczucie bólu połączone ze zesnurowaniem w dółku podsercowym tak, że „kurecz żołądka“ jest właściwie albo tym samym objawem co opisana już gastralgia, albo może to być nawet całkowite lub częściowe kureczenie się żołądka, któremu towarzyszy stale uczucie bólu. To też i leczenie „kureczów żołądka“ jest to samo co i nerwobólu żołądka (p. str. 336).

## Zboczenia wywołane nieprawidłowymi ruchami żołądka.

Mechanizm tych zboczeń jest zwykle bardzo zawity, zwłaszcza, że i przełyk bierze w takowych bezpośredni udział.

### XLIV. Niepokój robaczkowy żołądka.

*Tormina ventriculi*. (Kussmaul).

Należy rozróżnić dokładnie niepokój robaczkowy żołądka bez zmian anatomicznych narządu a zatem nerwowy, i niepokój

wywołany zmianami anatomicznymi, jak cieśnią odźwiernika. Samoistny niepokój robaczkowy żołądka zdarza się rzadko. Wywołać go może przeczulica błony śluzowej żołądka w obec nadmiernej kwaśnej treści żołądkowej, urazy psychiczne, podrażnienie płciowe lub ogólna nerwowość.

Niepokój robaczkowy żołądka objawia się w ten sposób, że w okolicy żołądka bywają widoczne falowania, postępujące od strony lewej ku prawej, lub przeciwnie, przyczem chory doznaje nieprzyjemnego lub bolesnego uczucia. Schütz i Glax dostrzegali obok robaczkowych ruchów postępowych, także okresowe przesnurowywanie się żołądka, odpowiadające granicy między częścią odźwiernikową a dnem żołądka. Przytym słyszy się już z daleka przelewania w żołądku zazwyczaj rozszerzonym, jak to było w przypadku nerwowego niepokoju żołądka opisanego przez Bouvereta, który dotyczył chorą na uwiad rdzenia pacierzowego. Należy jednak co do rozpoznania tego objawu chorobowego mieć się na ostrożności, gdyż objaw ten wywołać również mogą ruchy pętl jelit cienkich pokrywających niekiedy żołądek (Leube). Z drugiej strony jest możliwem, że niepokój robaczkowy żołądka może się udzielić także jelitom, i sprawić nie tylko ruchy przeciwrobaczkowe jelit, lecz także odbijanie cuchnącymi gazami, a nawet, jak twierdzi Fleischer, spowodować wymioty kałowe. P o d m i o t o w o sprawia niepokój robaczkowy żołądka nudności i rwanie na wymioty. W lżejszych przypadkach doznają chorzy tylko nieprzyjemnego uczucia falowania w okolicy żołądka, podczas gdy przedmiotowo ruchów dostrzedz niemożna. To uczucie bywa niekiedy tak przykre, że sprawia bezsenność. Niepokój robaczkowy żołądka może istnieć nierozpoznany u osób, u których z powodu grubszej podściółki tłuszczowej ruchy żołądka ujawnić się nie mogą. Wtedy oskarżają się chorzy tylko na dolegliwości podmiotowe, których przyczyny odgadnąć nie można. Pomimo wzmnożonego ruchu robaczkowego żołądka istnieje zwykle zaparcie stolca.

Pojawianie się niepokoju robaczkowego żołądka w połączeniu z wymiotami wskazuje na cieśń odźwiernika (p. str. 230). W takich przypadkach dają się wywołać ruchy robaczkowe żołądka przez nagłe wstrząśnienia powłok okolicy żołądka palcem lub przez dotknięcie jej szklanką napelnioną zimną wodą.

W celu leczenia i usmierzania nerwowego niepokoju ro-

baczkowego żołądka zalecane były rozmaite środki ze zmiennym wynikiem. Ciepłe okłady lub kataplazmy, galwanizowanie (anoda na żołądku, katoda na mostku, p. str. 196), przepłukiwania żołądka ciepłym roztworem fizyologicznym, natryski szkockie (p. str. 197) na okolicę żołądka a z leków *natrium bromatum* po 1—2 gm. na dawkę, *extractum belladonnae* po 0·02—0·03 na dawkę. Bardzo wskazane jest tu leczenie ogólne, uspokajające cały układ nerwowy, jak pobyt nad morzem i łagodne zabiegi hidryatyczne (p. str. 340).

Leczenie niepokoju robaczkowego na tle anatomicznem jest też samo z leczeniem cieśni odźwiernika (p. str. 238).

## XLV. Odbijanie nerwowe.

### *Eructatio nervosa.*

#### α. Odbijanie przełykowe. *Eructatio oesophagea.*

Przełyk u człowieka w stanie spoczynku przedstawia według spostrzeżeń Cybulskiego i Mikulicza rurę pozostającą w swej części piersiowej aż do wpustu stale otwartą, wypełnioną wewnątrz powietrzem, które dostaje się tam wskutek ruchów połykowych. Wielu też osób może przez stosowne ruchy połykowe nie tylko przełyk, ale i żołądek napełnić powietrzem. Po takim napełnieniu występują odruchy w postaci odbijań, lub czkawki (*singultus*). Objaw połykania powietrza i następowego wzdęcia żołądka zauważono także u zwierząt np. u koni.

Przeważną część odbijań niemających ani woni ani smaku, tak zwanych pustych, a powstających wobec żołądka czegoś i zupełnie skurezonego, zawdzięcza swój początek pobudliwości odruchowej połyku i przełyku, wskutek czego powietrze stamtąd zostaje nagle wydalone, a nowa ilość aspirowana. Bouveret nazywa też ten stan *aërophagia hysterica* i tłumaczy go tem, że odbijający cierpi na drgawki połyku (*clonus pharyngis*), przyczem przy każdym rozkurczu wpada powietrze do przełyku, a przez skurecz zostaje nagle wyparte. Stąd przy odbijaniach przełykowych można słyszeć *d w a s z m e r y*, z których jeden powstaje przy aspiracji, a drugi przy wydalaniu powietrza z przełyku (Rejchman). Powie-

trze, które dostało się do przełyku, niezawsze dostaje się przez wpust aż do żołądka, lecz bywa wydalone z przełyku przez odbijanie, nim się jeszcze głębiej dostać może. Przełykowe odbijania zdarzają się bądź to samotnie, bądź w przebiegu histeryi i neura-stenii; dowodzą one wielkiej pobudliwości odruchowej, gdyż mogą być nawet od obwodu wywołane. Dwa przypadki tego rodzaju, podobnych pod pewnym względem do opisanych przez Piotra Franka jakoteż Rudolphi'ego zauważyłem między moimi pacyentami (p. str. 308). W niektórych przypadkach bywa odbijanie przełykowe nabyte przez naśladownictwo.

#### b. Odbijanie żołądkowe. *Eructatio gastrica.*

Jeżeli żołądek jest wypełniony gazami, to powstają albo objawy bębnioty żołądka (*tympanites ventriculi*), jeżeli z niego gazy wydostać się nie mogą, albo odbijania. Połknięcie powietrza samego lub z pokarmami (Kretschy) stanowi najczęstszą przyczynę nerwowego odbijania żołądkowego. Do pojawienia się jego, potrzeba ruchu przeciwbaczkowego nie tylko żołądka, ale i przełyku, który kurcząc się otwiera wpust, przez co gazy z żołądka się wydostają. Wielu autorów (Stiller, Rosenthal, Pacauowski, Glax) przyjmują za przyczynę odbijań zwiększenie ruchów żołądka, a osłabienie wpustu (p. str. 380). Jednak na podstawie doświadczeń Frantzena, który przez drażnienie sulcus cruciatus był w stanie wywoływać otwieranie się wpustu, a równocześnie zamykanie się odźwiernika, można przypuścić, że w większej części przypadków odbijań nerwowych, szczególnież czezych, następuje pod wpływem działania ośrodków nerwowych za pośrednictwem n. dilatator cardiae, rozluźnienie wpustu (p. poniżej) przy równoczesnem zaciśnięciu kurczowem odźwiernika. Jeżeli jeszcze istnieją wzmożone ruchy przeciwbaczkowe, a w żołądku znajduje się treść kwaśna, jak to ma miejsce nawet w żołądku czezym w przypadkach sokotoku żołądkowego, to powstaje uczucie zgagi (Reichmann, p. str. 76).

Jeżeli odbijanie pojawia się tak wobec próżnego żołądka jak i po jedzeniu, a jest puste lub wzbudza tylko czysty smak spożytych potraw, wówczas jest ono przyrody nerwowej. Jeżeli żołądek podczas odbijania jest wydęty, a odbijaniu towarzyszy tylko jednorażowy szmer, to mamy do czynienia z odbijaniem

żołądkowem. Dla przekonania się o przyrodzie odbijania podajemy 0·1—0·2 wątroby siarczanej lub kroplę olejku inietowego w kapsułkach do połknięcia, to woń kw. siarkowodowego, a względnie mięty towarzysząca odbijaniu przemawia za przyrodą żołądkową takowego. Odbijania, które posiadają woń różną od spożytych pokarmów lub smak zbyt kwaśny albo niewłaściwy użytym pokarmom, niemożna uważać za nerwowe, gdyż one zawierają gazy, które wytworzyły się z fermentującej miazgi pokarmowej, albo dostały się z jelit do żołądka. Dla przekonania się, czy odbijania pochodzą od powietrza połkniętego, czyli też wytworzyły się w żołądku przez fermentację, należy wyciągnąć miazgę pokarmową i wykonać próbę na fermentację gazową (p. str. 57). Odbijania naczeczko bez woni bywają najczęściej przyrody nerwowej. U 21-letniego żołnierza, który skarżył się na odbijanie, wzdęcie i ciśnienie w żołądku, tak przy badaniu żołądka czeczego jakoteż po użyciu pokarmów wydobywałem treść, która nie przedstawiała ani fermentacyi ani żadnych drobnoustrojów fermentacyjnych, ale znaczną kwasotę pochodzącą tylko od wolnego kw. solnego, a pomimo to wydawała silną woń kw. siarkowodowego, który tylko z jelit do żołądka mógł się dostać (p. str. 210). — Odbijanie jest dla chorego objawem nieprzyjemnym, jednak w przypadkach bębniicy żołądka pożądanym, tak, że sami chorzy siłą się na nie. Uporczywe odbijanie może uczynić chorego niemożliwym w towarzystwie, a w nocy pozbawić go snu. Tak przełykowe jak i żołądkowe odbijania bywają w przeważnej części przypadkiem częściowym objawem histeryi lub neurastenii, albo następstwem wzruszeń psychicznych.

Leczenie odbijań jest częściowo psychiczne; poleca się choremu, aby się powstrzymywał tak od połykania powietrza, jakoteż przytłumiał połykowe ruchy zwrotne. Skutecznem to bywa przy odbijaniu nabytem przez naśladownictwo. Symptomatycznie używa się zimnej wody, lodu, nawet wody sodowej, która zamiast kw. węglowego zawierała w znacznej części powietrze atmosferyczne, występowanie dokuczliwej bębniicy żołądka z utrudnieniem odbijania. W przypuszczeniu, że przyczyną odbijań może być nadmierna kwasność treści żołądkowej, podaje się środki alkaliczne, a mianowicie: *magnesia usta*, *aqua calcis*, a niektórzy przepisują *carbo ligni depuratus* 1,0 w proszku lub zwęglone sucharki, opie-

rając się na chłonnych własnościach węgla (p. str. 225). W celu trwałego usunięcia odbijań nerwowych bywają stosowane z rozmaitym skutkiem: Przetwory zawierające atropinę i brom, osobno lub razem podawane we wodach aromatycznych, jakoteż galwanizowanie. Glax poleca wilgotne opaski i natryski na okolicę żołądka jakoteż faradyzowanie mięśni brzusznych, następnie leczenie wodą i pobyt w górskim powietrzu.

Symptomatycznie uśmierzają odbijania małe dawki *tra aromatica*, kminkówki, anyżówki, kalmusówki i t. p.

## XLVI. Zwracanie pokarmów.

### *Regurgitatio nervosa* (Poensgen). *Vomitus oesophageus*.

Po spożyciu pokarmów, szczególniej płynów, bywa częśc tych że bez poprzednich nudności zwracaną do jamy ustnej i na zewnątrz wydaloną, a pacyenci podają, że wymiotują. Jeżeli zwracanie zaczyna się zaraz po spożyciu pokarmów, wtedy smak ich przy zwracaniu jest niezmieniony, jeżeli później, to jest kwaśny. Im dłużej cierpienie trwa, tem łatwiej odbywa się zwracanie. Z początku cierpienia mogą chorzy zwracanie przewyciężyć siłą woli, przy dłuższem zaś trwaniu może przyjść do rzeczywistych wymiotów nerwowych (Bouveret). Chorzy zwracający nie mają zwykle żadnych dolegliwości i zazwyczaj nie chudną znacznie, jak to bywa we właściwych wymiotach, gdyż przewaźna część pokarmów w żołądku się zatrzymuje. Zdaje się, że częścione zwracanie pokarmów polega na tym samym mechanizmie co i odbijania żołądkowe, t. j. na przeciwobaczkowych ruchach przełyku i rozluźnieniu wpustu. Zwracanie napotykałem bardzo często u nlezameżnych izraelitek. Towarzyszącym często objawem bywa czkawka (*singultus*). Innych objawów podmiotowych lub przedmiotowych zazwyczaj nie dostrzegałem. Zwracanie pokarmów napotykaemy także w organicznych zmianach przełyku, a mianowicie w zaciśnięciach i uchyłkach tegoż p. str. 157).

Leczenie jest to samo, co i odbijań żołądka. U jednych pomagają krople z *tra. belladonnae* i kokainy, lub pędzlowanie polyku 5—10% -ym rozczyntem kokainy lub mentolu przed jedzeniem,

u innych psychiczny wpływ przez zondowanie, karmienie przez zondę i przepłukiwanie, do czego trzeba użyć grubszych zond, u innych jeszcze mocno ogrzane napoje np. herbata, małe dawki komaku lub silnego wina, u niektórych wreszcie galwanizowanie żołądka, albo nerwu współczulnego i błędnego w części szyjnej. Z galwanizowania żołądka (p. str. 339) otrzymał Goldbaum ostatnimi czasy dobre wyniki. W uporeczywych przypadkach ustępowały zwracania po przebyciu leczenia w zdrojach żelazistych (Krynicy, Żegiestowie, Franzensbadzie). Jeżeli pobyt w zdrojach żelazistych nie jest możliwy, to należy próbować przetworów żelazistych, jak wody sztucznej żelazistej z fabryki Rzący i Chmurskiego w Krakowie po dwie szklanki dziennie, *ferrum albuminatum Drees* po 3 łyżki dziennie, albo trzy razy dziennie po jednej łyżeczce kawowej z mieszaniny: *liquor ferri sesquichlorati* 3,0 i wody zwyczajnej pół szklanki z dodatkiem jednego białka jaja kurzego dobrze ubitego. Jak w ogólności we wszystkich nerwicach żołądka, można użyć i tu przetworów arsenu np. w mieszaninie następującej: *Ac. Arsenicosi* 0,03, *chinini muriat.* 3,0, *M. f. p.* Nr. XII. *DS.* trzy proszki dziennie w godzinę po jedzeniu użyć. Czasem wywiera pożądany skutek wpływ moralny chorego, polecając choremu jeść w towarzystwie osób, na których opinii mu wiele zależy.

Czka wkę staramy się uśmierzyć galwanizowaniem nerwów przeponowych w części szyjnej i przeponowej. Leloir zaś poleca kilkuminutowe przyciskanie lewego nerwu przeponowego do obojczyka i mostka w miejscu leżącym między obydwojma przyczepami mięśnia mostko-sutko-obojczykowego. Brown znów używa dla uśmierzenia czkawki i u nas oddawna, lecz z wątpliwym skutkiem stosowanych przepłukiwań żołądka, a Stiller podaje *pilocarpinum mur.* 0 1:10 *aq. S.* 3—4 razy dziennie po 10 kropli użyć. Ja miałem w kilku przypadkach czkawki nerwowej dobry wynik z mieszaniny kokainy i mentolu: *Cocaini muriatici* 0 1, *mentholi* 0 5, *solve in spir. vini* 5 0; *adde syrupi rubi Idaei* 40 0; *MDS.* Co pół godziny po łyżeczce kawowej używać aż do skutku. W innych przypadkach mogłem uśmierzyć czkawkę stosując się do polecenia, które podali Viaud i Lepine a polegającego na tem, że choremu każe się wysunąć język o ile to można na zewnątrz jamy ustnej i przytrzymać przez 1—2 minut.

## XLVII. Przeżuwanie.

*Ruminatio. Merycismus.*

Dotyczące osoby zwykle mają bardzo dobre łaknienie, jedzą wiele i szybko, lecz w kilkanaście minut lub po kilku godzinach pokarmy podchodzą do jamy ustnej i zostają z lepszym jeszcze smakiem, niż za pierwszym razem powtórnie przeżuwane. Wobec tego objawu należy przypuścić, że żołądek i przełyk wykonują tu ruchy przeciwbieżne, przyczem wpust się rozluźnia. W przypadkach ogłoszonych przez Alta, Sieversa, Leva'y zauważano nadmierną kwaśność podczas trawienia; w przypadkach jednak, które opisali Boas, Chr. Jürgensen, Freyhan, kwasota treści żołądkowej była obniżona albo okazał się nawet brak kw. solnego, w przypadku Einhorna chemizm trawienia był prawidłowy, w przypadku Brunnera, który dotyczył 23-letniego studenta, siła trawienia była różna. Chemizm więc trawienia nie stoi w żadnym przyczynowym związku z przeżuwaniem. Przeważna też część autorów upatruje przyczynę przeżuwania w zбочeniu w unerwieniu, a mianowicie w porażeniu wpustu (Dumur) przez co, jak sądzi G. Singer bywa ułatwiona aspiracya treści żołądkowej do przełyku. Przeżuwanie zdarzające się w przypadkach uchyłków przełyku niema tła nerwowego.

Przeżuwanie u ludzi nie jest częstym zjawiskiem. Buschuef zdołał zebrać z literatury 133 przypadków, między tymi 32 idiotów. Rozpoczyna się ono w wieku dziecięcym, może być dziedziczne a czasem nabyte przez naśladownictwo (Rossier), i trwa całe życie bez szkody dla ustroju. Osoby takie mają się przytem dobrze i żyją do późnej starości. Pacjent, którego ja miałem sposobność obserwowania liczył lat 27, wyglądał bardzo dobrze i zaczął przeżuwać w dzieciństwie bez wiadomego mu powodu. W innych przypadkach podają autorowie, że osobniki przeżuwający są obarezeni neurastenią, histeryą, hipochondryą, padaczką albo płasawicą.

Leczenie przeżuwania nie wykazuje dotąd świetnych wyników. Siłą woli są chorzy w stanie odżuwania powstrzymać, np. jeżeli jedzą w towarzystwie, które ma na nich wpływ

moralny, czują się jednak po takim stłumieniu zwykle nie dobrze. Bouveret poleca osobom przeżuwanym nie przeżuwać podchodzących pokarmów, lecz je napowrót przelykać. Przypadek zbadany dokładniej przez Alta wykazywał rozstrzeń (na 2 $\frac{1}{2}$  palca poniżej pępka) i nadmierną kwaśność podczas trawienia pochodzącą od kw. solnego (3,45 p. m. HCl). Wyleczenie zostało osiągnięte przez kilkukrotne przepłukanie żołądka, podawanie soli karlsbadzkiej naczczo, a sody po jedzeniu w czasie, kiedy uczucie głodu występowało; równocześnie faradyzowano kilkakrotnie, wprowadzając katodę do przelyku. Zasługuje na uwagę w tym przypadku ta okoliczność, że nadmierna kwaśność podczas trawienia pojawiała się wtenczas, kiedy chory wstrzymywał się od przeżuwania, zaś nie było jej, jeżeli dozwolono obiad przeżuwać, t. j. miazgę pokarmową ze znaczną ilością śliny zmieszać. W przypadku Boasa podawanie HCl i wody Kissingen-Rakoczy usunęło zboczenie. W innych znów połykanie kawałków lodu miało mieć dobry skutek. — Jeżeli w rodzinie znajduje się osoba przeżuwająca, to należy ją odosobnić, aby inno nie przyswoiły sobie tego zboczenia przez naśladownictwo.

### XLVIII. Wymioty żołądkowe nerwowe.

#### *Vomitus nervosus.*

Każde wymioty są wynikiem czynności narządu nerwowego, są przeto nerwowe. We właściwym zaś znaczeniu słowa uważamy te wymioty za nerwowe, które nie stoją w związku ze zmianami anatomicznymi żołądka, albo jeszcze w inny sposób się wyrażając, w których żołądek jest wolny od zmian anatomicznych. O tego rodzaju wymiotach jest tu właśnie mowa.

1. Wymioty są czynnością bardzo złożoną, polegającą na zbornem działaniu kilku mechanicznych czynników ułatwiających dostanie się pokarmów z żołądka przez jamę ustną na zewnątrz. Ruchy przeciwbaczkowe samego żołądka nie są w stanie same przez się uskuteczyć aktu wymiotnego, potrzeba jeszcze zamknięcia odźwiernika i wstecznych kurezowych ruchów przelyku, przyczem wpust się otwiera. Schiff dostrzegł jeszcze przed wystąpieniem

wymiotów podczas nudności, wyraźne rozwieranie się wpustu, równoczesne rozszerzanie się części wpustowej i dna żołądka, podczas gdy część odźwiernikowa i odźwiernik się zaciskały, tak, że żołądek podczas wymiotów przybierał postać gruszki, której szypułkę tworzył odźwiernik. Nadto ruchy wymiotne rozpoczynały się ruchami przeciwbaczkowymi jelit i dwunastnicy, które jeżeli były równoczesne z chwilą rozwierania się odźwiernika, wprowadzały żółć do żołądka. Równocześnie podczas wymiotów obniża się przepona i wraz z mięśniami brzuszными, jako tłocznią brzuszną uciska na trzewia, a względnie na żołądek; następnie zostaje krtań przez głośnię zaciśniętą, a przez nagłośnię nakrytą, podniebienie zaś miękkie zamyka jamę połykowo-nośową, przyczem dno języka się obniża, a tułów ku przodowi pochyła, co wszystko razem w wysokim stopniu ułatwia wyrzucenie treści żołądkowej na zewnątrz. Jednak i działanie poszczególnych czynników, jak samej tłoczni brzusznej może przy rozwarciu się samego wpustu przeprowadzić wymioty do skutku (Tantini). Czynnością wymiotną kieruje ośrodek wymiotny, znajdujący się u zwierząt według doświadczeń fizyologicznych Openchowskiego we wzgórkach czworaczych, gdyż po zniszczeniu ich wymioty nie pojawiają się. Według innych autorów, umiejscowienie ośrodka wymiotnego znajduje się w rdzeniu przedłużonym, a według Rosenthala w tylnej części jądra nerwu błędnego, skąd podrażnienie dla wywołania ruchów zbornych przenosi się na jądra nerwu dodatkowego Willisa, zostającego w połączeniu zapomocą włókien nerwowych z nerwem przeponowym. Zmiany przebiegające w powyższych okolicach ośrodków nerwowych są w stanie według tego, czy trafiają włókna ruchowe czy też czuciowe, czyli też obydwaj razem, wywołać wymioty albo nerwoból żołądka, lub też obydwaj objawy razem. Zdarza się też bardzo często, że wymioty poprzedza nerwoból żołądka. Przypuszczając powyższy sposób pochodzenia wymiotów nerwowych musimy je nazwać mózgowymi, a względnie rdzeniowymi, a jako takie napotykamy je najczęściej jako objaw częściowy chorób, które w tych ośrodkach nerwowych są siedzibę mają (*commotio, apoplexia embolia, abscessus, neoplasmu cerebri; hydrocephalus, meningitis, sclerosis disseminata, tabes, myelitis* i t. p.), dlatego o tych wymiotach w osobnych ustępach mowa będzie.

Wymioty ośrodkowe mogą pochodzić wskutek zbożeń albo w mózgu, albo w rdzeniu przedłużonym lub pacierzowym.

2. a. Jako samoistne wymioty ośrodkowe można uważać te, które występują u młodzieży szkolnej, przeciążonej pracą umysłową, albo w przebiegu niedokrwistości lub blednicy, przyczem mogą się pojawiać równocześnie napady nerwobólu żołądka, ostatecznie te wymioty, które występują wskutek wzruszeń umysłowych, przestachu i t. d. Leczenie tego rodzaju wymiotów dotyczy właściwie choroby ogólnej lub usunięcia momentu przyczynowego i podane zostało w ustępie o nerwobólu żołądka (p. str. 336).

b) Do ośrodkowych zaliczyć jeszcze należy wymioty występujące po zatruciach ostrych lub przewlekłych nikotyną, przetworami makowca, winianem antymonailowo-potasowym, na które to okoliczności lekarz przy tak częstem nadużywaniu tych środków uwagę zwrócić powinien (p. ust. poniżej).

c) W przebiegu histeryi i neurastenii przedstawiają wymioty w połączeniu z innymi nieprawidłowościami gastrycznymi swoisty objaw tych chorób. Są one według twierdzenia wielu autorów objawem odruchowym, podczas gdy Rosenthal uważa je jako ośrodkowe. O tych wymiotach będzie mowa w innym ustępie.

d) Napadowe wymioty Leyden'a.

Leyden opisuje przebieg napadu w następujący sposób: Choroba rozpoczyna się bez żadnego wyraźnego powodu gwałtownymi wymiotami, bólami w dołku podsercowym, bólem głowy, światłowstrętem, a nawet majaczeniem. Wymioty bywają obfite, gęste, cisawe, a przy końcu zawierają żółć i ślady krwi. Brzuch wciągnięty, lecz powłoki brzuszne są miękkie, gdyż tylko jelita bywają kurczowo ściągnięte, a to do tego stopnia, że zastosowanie środka przeczyszczającego albo lawatywy nie odnoszą żadnego skutku. Po ukończeniu napadu brzuch się znów wypukla. Bóle rwące w kończynach dolnych również się pojawiają. Napady mogą trwać przez kilka dni i powtarzać się w dłuższych okresach. Leyden uważa tę chorobę jako nerwicę nerwu błędnego lub splotu trzewiowego (*pl. coeliacus*). Rosenthal tłumaczy ją jako podrażnienie opuszkowych jąder nerwu błędnego. Pacanowski zauważał słusznie, że opisane napady mogą być te same, jakie zdarzają się

w uwiadzie rdzenia pacierzowego (*crises gastriques*). Kwasota wymiocin bywa różną: Reichmann spostrzegął, że była nadmierną, Boas zaś znalazł ją prawidłową, albo nawet zmniejszoną.

Wymioty towarzyszą często rozmaitym chorobom, jak zakaźnym, zatruciom krwi, mocznicy (*uraemia*) i t. p. Często się zdarza, że pierwszym objawem, jaki zmusza chorego zapadającego na chorobę gorączkową, wzywać pomocy lekarskiej, a o czem zawsze pamiętać należy, są wymioty połączone z niestrawnością (*dyspepsia febrilis* p. str. 274). O tego rodzaju wymiotach, jako stanowiących tylko częściowy objaw pewnej choroby, tu mowy niema.

3. W przeważnej liczbie przypadków wymioty, jeżeli nie polegają na zmianach organicznych żołądka (wrzodzie, raku, nieżyście, p. str. 64, 98, 138), są o b j a w e m o d r u c h o w y m. Musimy tu jednak rozróżnić, czy mamy do czynienia z wymiotami przełykowymi czy żołądkowymi. Pierwsze polegają li tylko na zwrotnych kurczach połyku i przełyku, które jeżeli są znacznego nasilenia, mogą wprawić cały mechanizm wymiotny w czynność, przez co i treść żołądkowa zostaje wyrzuconą.

Jako o z n a k i w y m i o t ó w p r z e ł y k o w y c h, które można uważać za wyższy stopień zwracania nerwowego (p. str. 366), należy uważać następujące: a) Występują one wśród lub niedługo po użyciu pokarmów. — b) U tego samego chorego bywa raz tylko mała część pokarmów wymiotowaną (zwracaną) drugi raz cała ilość, niewywołując w żadnym przypadku jakiegokolwiek bólu. Leczyłem n. p. chorą niedokrwistą w okresie ustawiania miesiączkowania, która twierdziła, że przed 9 laty po stracie córki dostała wymiotów, które w odstępach kilkumiesięcznych jeszcze się powtarzały, zawierając całą ilość pokarmów spożytych. Co kilka dni zaś zwracała chora prawie bez żadnych dolegliwości 2—3 łyżki płynu białawego mętawego, niezawierającego pokarmów, którego pochodzenia na podstawie badania mikroskopowego i chemicznego nie można było odnieść do żołądka. — c) Chorzy przy połykaniu doznają uczucia dławienia, a kęś przechodzi przez przełyk z pewnym rodzajem uczucia ściskania. — d) Skutki leczenia potwierdzają charakter wymiotów przełykowych. W niektórych przypadkach ustają wymioty przełykowe, jakby odjęte różdżką czarodziejską, po jednorazowym, w innych przypadkach po kilka-

krotnem dopiero zondowaniu o ile możności najgrubszą sondą. Przyczyną tego nagłego zwrotu jest bądź działanie psychiczne, bądź też wywołane przytępienie wrażliwości ścian przełyku. Niejednokrotnie ustępują wymioty, jeżeli się karmi chorych zapomocą sondy wsuniętej tylko do górnej części przełyku. W innych znów przypadkach mogą chorzy jeść bez wymiotowania po zapędzłowaniu dna języka i polyku zapomocą 5—10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-go rozezynu kokainy lub mentolu, u chorych znów zbyt wrażliwych trzeba pędzlowanie kokainą połączyć z karmieniem przez sondę.

Właściwe wymioty żołądkowe odruchowe przedstawiają raz mniej, drugi raz więcej wybitne właściwości, mogące je odróżnić od przełykowych: *a*) Występują one nie natychmiast po jedzeniu ale później. — *b*) Są zazwyczaj obfite, gdyż cała ilość spożytego pokarmu zostaje wyrzuconą. — *c*) W większej części przypadków poprzedzają wymioty zboczenia czuciowe, najczęściej nerwobóle żołądkowe, które bardzo często długi czas samoistnie trwają, nim pojawi się okres wymiotów nerwowych; jestto więc nerwica złożona czuciowo ruchowo, a czasem i więcej powikłana, bo wydzielnico-czuciowo-ruchowa. Wymioty jako czysta nerwica ruchowa przebiegają bez bólów. — *d*) Leczenie stosowane przeciw wymiotom polykowym tu nie odnosi skutku, natomiast działają w niektórych przypadkach skutecznie przepłukiwania żołądka ciepłym rozezynem fizyologicznym, albo letnim 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ym rozezynem sody, lub wodą chloroformową (1,5:1000 aq.); lecz jeżeli po 3—4 razowych przepłukiwaniach poprawy niema, dalsze płukania są bezskuteczne.

4. Przyczyny wywołujące wymioty odruchowe bywają najrozmaitsze, najczęściej są one zupełnie te same, co i nerwobólów (p. str. 330). Oprócz tam wymienionych mogą jeszcze następujące okoliczności spowodować wymioty:

*z*) Nerwice żołądka tak czuciowe, jak i wydzielnice (prze-czulica, nerwoból, nagromadzenie kw. żołądkowego i t. d.) mogą dać popęd szlakiem nerwów błędnych do zadrażnienia ośrodka wymiotnego i spowodować obfite wymioty (p. ust. XLI, 1, 2, 3), jeżeli żołądek przez wprowadzenie pokarmów bywa pobudzony do czynności. Podobnie mogą nerwice przełyku i polyku stać się przyczyną wymiotów. Wymioty odruchowe napotyka się często u starszych dziewcząt lub kobiet, bądź to jako samoistne zboczenie chorobowe,

bądź jako początkowe objawy histeryi, albo już wspólnie z innymi objawami histerycznymi. W praktyce nie łatwo przychodzi rozróżnić, czy ma się do czynienia z wymiotami samoistnymi, czy histerycznymi. Tym ostatnim towarzyszy często od czasu do czasu występująca e z k a w k a (*singultus*).

β) Wielokrotnie pojawiają się wymioty jako o b j a w o d r u c h o w y zбоceń w odległych narządach wskutek zadrażnienia rozgałęzień nerwu współczulnego i mogą lekarza wprowadzić w błąd rozpoznawczy. Mianowicie zdarzają się wymioty zwrotne w przebiegu uporczywego zaparcia stolca z powodu nagromadzenia kału w jelitach, przy obecności tasiemca lub glist, w podrażnieniu otrzewny wskutek zapalenia (*peritonitis*, *appendicitis*), lub z powodu sprawy nowotworowej w takowej, podczas przerywania się kamyków żółciowych i nerkowych przez przewody, co w pierwszej chwili w wysokim stopniu utrudnia rozpoznanie właściwej choroby. Choroby innych trzewiów, jak wątroby, trzustki, nerek np. nerki ruchomej **s**prowadzają wymioty o wiele rzadziej. — Heryng i Reichmann zwrócili uwagę na wymioty odruchowe, zdarzające się u osób dotkniętych chorobami połyku jak: we *pharyngitis sicca*, *pharyngitis granulosa*, *tonsillitis caseosa*, *hypertrophia uvulae*, jako też przy nagromadzeniach śluzu na ścianach połyku n. p. w gruźlicy płuc U tego rodzaju chorych cierpiących wrzekomo na żołądek, niczego patologicznego w nim nie znajdujemy, natomiast po usiłowanych odkrząkiwaniach, płukaniach gardła i t. p. pojawiają się wymioty, które nie ustępują wobec lekowania żołądkowego, a dadzą się natomiast usunąć jedynie wyleczeniem zmian chorobowych w połyku. Dostrzegano jeszcze wymioty jako odruch pochodzący od zбоceń w jamie nosowej (przerost i nowotwory błony śluzowej), wskutek zadrażnienia przewodu usznego zewnętrz nego, od zmian krtani, szczególnie w tylnej jej ścianie, przy obecności ciał obcych w krtani, wskutek kaszlu wywołanego w krztuścu, w zapaleniu tchawicy, w zapaleniu zrazikowem płuc u dzieci. Dostrzegano znów przeciwnie, że w niektórych rzadkich przypadkach wywoływały zmiany w żołądku zwrotne zбоczenie w narządzie oddechowym, objawiając się jako k a s z e l ż o łą d k o w y (Bull). W celu leczenia wymiotów wywołanych zmianami w jamach nosowych okazało się według B. Fränkla skutecznem

pędzłowanie tychże rozczyntem kokainy (p. jeszcze na str. 352 o kauteryzacji muszli).

γ) Podobnie jak nerwobóle żołądka mogą i wymioty wystąpić odruchowo wskutek zmian w częściach rodnych kobiecych, co się zdarza już podczas miesiączkowania, częściej zaś w przypadkach *oophoritis*, *parametritis chronica atrophicans*, *endometritis*, *ante et retroflexio uteri*, *descensus et prolapsus uteri*, w polipach i nowotworach macicy, a nawet przy zwykłych nadżerkach części pochwowej (Heitzmann). Jednak i niezależnie od tych zbroczeń mogą przebiegać wymioty nerwowe, gdyż zdarza się bardzo często, że pomimo ustąpienia zmian chorobowych w częściach rodnych wymioty nie ustępują, czyli, że podstawy dla nich szukać należy gdzieindziej (p. str. 311).

Ważnego znaczenia są wymioty u ciężarnych (*vomitus gravidarum perniciosus*), które bywają niekiedy tak uporczywe, że mogą doprowadzić do zupełnego zagłodzenia, a niektórzy autorowie podają nawet 40% śmiertelności z tego powodu. Wymioty pojawiają się albo zaraz z początku, albo w późniejszych miesiącach ciąży, nigdy zaś przy końcu. Od nieznacznych przypadłości gastrycznych począwszy przychodzi do wymiotów, i to z biegiem czasu coraz częstszych i gwałtowniejszych, tak, że ostatecznie niczem powstrzymać się one nie dadzą (*hyperemesis gravidarum*), a wprowadzenie pokarmów staje się niemożliwym. Kaltenbach jakoteż Muret uważają wymioty u ciężarnych jako histeryczne, które się dopiero pod wpływem ciąży ujawniły i polecają leczyć takowe jak histeryczne (p. niżej).

Przypomnic tu należy, że prawie każdemu zastąpieniu u kobiet towarzyszą nudności a często i wymioty.

Nietylko ciąża, ale i zwykła miesiączka sprawia u niektórych kobiet wymioty, które mogą być nawet krwawe. Ten rodzaj wymiotów uważali już starzy lekarze jako zastępcze krwawienie miesięczne. Są to jednak przypadki niezmiernie rzadkie.

*Dyspepsia sexualis* u kobiet p. str. 322.

UWAGA: *Vomitus dolorosus perniciosus*. Zbiegiem czasu obserwowałem kilka przypadków wymiotów u mężczyzn, które pojawiały się okresowo co kilka dni lub tygodni równocześnie z bardzo silnymi bólami i trwały przez 1—3 dni zupełnie niezależnie od przyjmowania pokarmów. Tak wymioty jako i bóle, nie

można było niczem innem usmierzyć jak tylko przez podskórne wstrzyknięcie morfiny. Po wstrzyknięciu następowała tylko kilkogodzinna przerwa, poczem napad bólów i wymiotów trwał dalej. Jeden z takich przypadków obserwowałem dokładnie u 40-letniego mężczyzny w klinice krakowskiej prof. E. Korczyńskiego. Z wywiadów zanotować należy, że chory przebył kiłę, której śladów obecnie nie wykazuje. Przedmiotowo chory nie wykazuje żadnych zbroceń. Objawów uwiadu rdzenia pacierzowego niema, czynność żołądka okazuje się w granicach prawidłowych, przeważa jednak mierny stopień wzmożonej kwasoty treści żołądkowej. Od dwóch lat cierpi chory w przerwach 1—4 tygodniowych na napady wymiotów połączonych z gwałtownymi bólami, a trwającymi przez dwa dni lub dłużej. Napad rozpoczyna się od bólów wychodzących od kregosłupa przez stronę lewą klatki piersiowej ku przodowi, a największe natężenie okazuje w dołku podsercowym. Równocześnie pojawiają się co chwila targające wymioty cieczy zielonkawatej, słabo kwaśnej, niezawierającej pokarmów. Pomimo wymiotów bóle wcale się nie usmiarzają. Stosowanie wszystkich możliwych leków uspokajających, napadu nie usuwa, tylko wstrzyknięcie morfiny przerywa go na kilka godzin. Dłuższe stosowanie wcierań szarej maści, jakoteż zażywania jodku potasowego nie wpływa na pojawianie się napadów, owszem stają się one coraz gwałtowniejsze, tak, że chory błaga, aby mu jakikolwiek zabieg operacyjny zrobić, gdyż nie wytrzyma z bólów. Badanie w czasie wolnym od napadu wykazuje jedynie tkliwość dotykową od 10—12-tego kręgu piersiowego, w czasie zaś napadu te kręgi jakoteż ich wyrostki poprzeczne przy ucisku ogromnie bolesne. Algczymeter Boasa wykazuje bolesność już przy ucisku do 2—3-ciej podziałki. Bolesność dotykową kręgów piersiowych podczas napadu obejmuje jeszcze krąg 7-my, 8-my i 9-ty, jakoteż pierwszy lędźwiowy. Równocześnie ogromnie bolesne przedstawiają się odpowiednie nerwy międzyżebrowe po stronie lewej. Największą bolesność dotykową wykazują puncta vertebralia, lateralia i sternalia wymienionych nerwów międzyżebrowych. Napady wymiotów bolesnych wycieńczyły chorego we wysokim stopniu. Ostatecznie chory umarł na czerwonkę. Nekroskopia oprócz swoistych zmian w jelicie grubym nie wykazała w żadnym narządzie jakiegokolwiek zbroceń. Żołądek, mózg, rdzeń przedłużony i rdzeń pacierzowy ukazały się makroskopowo niezmienione. Mikroskopowego badania nie przedsiębrano. W tego rodzaju prawdopodobnie nieuleczalnych przypadkach należy przypuścić pewne zmiany w radix posterior (sensitiva) nerwów rdzeniowych.

5. Cechy odróżniające wymioty nerwowe od organicznych (p. str. 98).

Ponieważ i zmiany anatomiczne żołądka sprawiają wymioty, to aby się upewnić o przyrodzie nerwowej wymiotów, a wykluczyć anatomiczne tło miejscowe, należy uwzględnić następujące okoliczności, przemawiające za tłem nerwowym wymiotów:

- a) Wielka łatwość wymiotowania.
- b) Niezależność wymiotów od jakości i ilości pokarmów.

c) Pojawianie się wymiotów po użyciu tylko pewnego rodzaju pokarmów, podczas gdy spożycie innych i to najniestrawniejszych nie sprawia wymiotów; a nawet zdarza się czasem, że z mieszanej miazgi pokarmowej bywają wymiotowane tylko te pokarmy, na które żołądek bywa zwykle wrażliwy, dogadzające zaś potrawy pozostają w żołądku (*vomitus electivus*).

d) Chorzy nie trapią się zwykle wiele swoim stanem zdrowia i nie ulegają tak łatwo charłactwu jak w przypadkach wymiotów organicznych. Nie zawsze to jednak tak bywa. Bouveret słusznie też rozróżnia w przypadkach wymiotów nerwowych, *vomitus levis* i *vomitus gravis*. W pierwszym przypadku najczęściej się pojawiającym odżywienie chorych rzeczywiście nie podupada, w drugim zaś o wiele rzadziej napotykanym, chorzy wymiotują całkowitą ilość pokarmów i chudną tak, że mogą zginąć nawet ze głodzenia.

e) Zmiany w usposobieniu psychicznem wywierają ogromny wpływ na pojawianie się wymiotów, zmniejszają lub zwiększają ich częstotliwość.

f) Istnieją równocześnie jeszcze inne przypadłości nerwowe.

g) We wymiocinach brak woni i nieprawidłowego wejrzania, któreby wskazywały na obecność spraw fermentacyjnych w żołądku.

h) Najpewniej rozstrzyga przyrodę wymiotów badanie wewnętrzne żołądka, gdyż niewykazanie żadnego zбочenia w żołądku jest właściwą cechą wymiotów nerwowych.

6. Leczenie wymiotów nerwowych nie może się wogóle poszczycić świetnymi wynikami. W jednych przypadkach udaje się ono łatwo, w innych nie można dojść do celu. Mając przed sobą przypadek wymiotów nerwowych, należy w pierwszym rzędzie starać się uspokoić najprzód sam napad wymiotów, następnie śledzić za przyczynami wywołującymi wymioty i usiłować te przyczyny usunąć. Nie mogąc dojść na tej drodze do usunięcia wymiotów, należy starać się przeprowadzić metodyczne leczenie takowych, w sposób poniżej podany. Pamiętać jednak przytem należy, że im dłuższy czas wymioty już trwają, tem trudniejsze bywa ich wyleczenie.

a) Symptomatycznie usmierza się wymioty norwowe w podobny sposób jak nerwobóle żołądka (p. str. 336). Wystarcza

niekiedy położyć chorego do łóżka, aby spokojnie poleżał, i dać do połknięcia po kawałku lodu samego z kroplami uspokajającymi (p. niżej). Do środków aptecznych, których się tu używa, należą leki uspokajające i znieczulające (kokaina, chloroform, mentol, cannabis india i morfina podskórnie użyta), o czym szczegółowo była mowa w ustępie o leczeniu nerwobólu żołądka (p. str. 337). Dobre usługi oddaje mnie następująca mieszanka: *Spir. aromatici* 10·0, *cocaini muriatici* 0·25 *mentholi* 0·25; *MDS.* Po 15 kropel co kwadrans używać we winie aż do skutku.

Jeszcze ogromna ilość środków przeciwwymiotnych bywa zachwalana, jak z przytoczonego poniżej spisu się okazuje:

*Codeinum muriaticum* po 0·02 w czopkach dwa razy dziennie; — *Pilocarpinum* po 2 mg. podskórnie dwa razy dziennie, jeżeli wymiotom towarzyszy czkawka (Rosenthal). Ewald zaś przypuszcza, że byłoby stosownem zamiast wymienionych wstrzykiwać użyć  $\frac{8}{10}$  mg. *physostigminum* podskórnie jako środka porażającego ośrodki nerwowe; — *Morphium muriaticum* lub *extractum opii* podskórnie (p. str. 337). Zalecają jeszcze następujące środki jako powstrzymujące wymioty: *Argentum nitricum* przez kilka dni (p. str. 84, 112); — *Chloratum hydratum* po 1·0 na dawkę w roztworze 3—6‰-ym. — *Tra. Belladonnae* po 10—15 kropel albo *chloroformum* po 5 kropel na kawałku lodu; *Chininum hydrobromatum* po 0·25 p. d. — *Nitroglycerinum* (Talma) po  $\frac{1}{4}$  mg. na dawkę, co zapisuje się najstosowniej według polecenia Towarzystwa Lek. Krak. jako *trochisci glonoini* apt. Mutniańskiego w Warszawie lub w kapsułkach „Hygea“ apt. Zahradnika w Jeziernie, — *Tra nucis vomicae* (?) po dwie krople 5—6 razy dziennie; *Coffeinum valerianicum* lub *coffeinum natosalicyclicum* po 0·2 trzy razy dziennie; — *Caerium oxydulatum ozalicum* po 0·2 trzy razy dziennie; — *Aether sulfuricus, aether aceticus, spiritus aethereus, spiritus aetheris nitrosi* każdego osobno lub zmieszane razem po 10—15 kropli na dawkę; *Trae. jodi, chloroformii* aa. S. rano i wieczór po 5—10 kropli we wodzie użyć (Huchard). Menche zaleca jako bardzo skuteczną mieszankę przeciw wszelkim przypadłościom żołądkowym i przeciw bieguncie: *Solutio resorcini resubl. Merck* 2·0 ad 180, aq. *trae amarac* 5·0 v. *trae laudani simpl.* 2·0. *Syr. simpl.* 20. *M. D. ad vitrum nigrum, S.* Co godzinę po łyżce użyć. Dla dzieci zaś: *Solutio resorcini resubl. Merck* 0·3—0·5 ad 80·0 aq. d., *trae thebaeicae* 0·5 v. *trae amarac* 1·0. *Syr. Simpl.* 20·0, *M. D. ad vitrum nigrum, S.* Co 2 godziny po łyżeczce użyć. — *Strontium bromatum* w dawce 1·0 (w opłatku) trzy razy dziennie według Coronedi'ego, — a kumys według polecenia Sharp'a mają także dobrze działać.

Winternitz zaleca bardzo obwijania mokre i ślimacznicę kauczukową na żołądek (p. str. 341). Podobnie próbować można przyrząd chłodzący Chapmana lub rurki Leitera na kręgosłup (p. str. 342). Wreszcie przykładane bywają rozmaite plastry na żołądek jak np. *emplastrum fuscum camphoratum*.

b) Leczenie przyczynowe wymiotów nerwowych jest w pierwszym rzędzie skierowane do zajętych narządów.

To też dla odszukania przyczyny należy zbadać dokładnie wszystkie narządy, zwłaszcza układ nerwowy, ze względu na historię i neurastenię. Znalezione zбочenie należy leczyć, a jeżeli usunięcie tej domniemanej przyczyny nie usuwa wymiotów, przystępuje się do następnego sposobu leczenia.

c) W celu metodycznego leczenia wymiotów nerwowych stosuje się zabiegi podane już wyżej jako to: zabiegi wodolecznicze (p. str. 340), galwanizowanie żołądka według Ziemssena, jakoteż galwanizowanie nerwu współczulnego i błędnego w części szyjnej (p. str. 339). Według innych autorów ma dobrze działać wewnętrzne galwanizowanie żołądka, z czego Goldbaum w kilku przez niego ogłoszonych przypadkach otrzymał dobre wyniki. Stąd w danym przypadku i tego zabiegu nie należy zaniechać. Następnie zasługuje na uwagę dłuższe stosowanie przetworów bromowych (p. str. 338), zondowanie jak przy zwracaniu (p. str. 367), wzmocnienie układu nerwowego przez wypoczynek w górskim powietrzu, w kąpielach morskich lub żelazistych. Czasem działa korzystnie już sama podróż lub zmiana miejsca.

Dostrzegalem jeszcze, iż kilkakrotnie ustępowały wymioty nerwowe u Izraelitek po stosowaniu mocno gorącej wody karlsbadzkiej w małych dawkach wprost ze źródła zaczerpniętej, a nigdy nie zdarzyło mi się jeszcze widzieć przypadku, w którymby tego rodzaju chore wodę przy źródle wymiotowały. — Bouveret poleca żywić chorych wprowadzając małe tylko ilości pokarmów przez sondę kilka razy dziennie. W ciężkich przypadkach poleca Riegel odżywianie wyłącznie przez odbytnicę przez kilka dni. Przez ten czas uważałbym za stosowne wprowadzać do żołądka tylko wodę do picia w postaci wód aromatycznych (aqua foeniculi, aq. menthae piperitae, aq. cinamommii i t. p.).

Ostatnimi czasy polecano wielokrotnie przeciw wymiotom nerwowym suggestyę we śnie hipnotycznym, lecz ze zmiennym i nietrwałym skutkiem. Riegel uważa suggestyę jako ważny czynnik w leczeniu wymiotów nerwowych i wyraża zdanie, że wiele ze zechwalanych środków przeciwwymiotnych zawdzięcza swą skuteczność suggestyi.

d) We wymiotach u ciężarnych spostrzegano dodatni skutek po przetworach bromowych i makoweowych, a jako bardzo skuteczny środek zachwala w ostatnich czasach Gottschalk rozczyń

mentolu: *Mentholi* 1·0, *spir. vini* 20·0, *syr. sacchari* 30, D. S. Co godzinę po łyżce. — Rech i Frommel zaś *Orexinum basicum* po 0·3, trzy razy dziennie. — Fedorow poleca znów 4 razy dziennie po 20 kropel *extr. fluid. hydrastis canad.* — Czasem skutkuje kilka kropel rumu lub likieru (*Grande-Chartreuse*) na cukrze, palenie tytoniu (*Gros*), rozpylanie eteru na okolicę żołądka (*Jopkiewicz*), przepłukiwania żołądka, *emplastrum cantharidarum* wzdłuż lewego nerwu błędnego na brzegu mięśnia mostko-sutko-obojętkowego (*Kenny*), a wreszcie 1—2-razowe zapędzowanie części pochwowej jodem (*Routh*). — W 5 przypadkach uporeczywych wymiotów u ciężarnych ogłoszonych przez *Günther'a* ustąpiły wymioty w 4 dniach po użyciu prądu galwanicznego, zastosowanego w następujący sposób: Anodę przykładał *Günther* do części pochwowej i sąsiedniego skłębienia, katodę zaś o rozmiarach 10:20 cm. na okolicę od 8-go do 12-go kręgu lędźwiowego. Prąd utrzymywano jednostajnie, a natężenie jego mierzone zapomocą galwanometru *Edelmanna* wynosiło przy użyciu reostatu średnio 3, a nigdy więcej niż 5 *M. A.* Posiedzenie trwało 7—10 minut. Jeżeli wymienione zabiegi lecznicze nie odnoszą skutku, a grozi niebezpieczeństwo zagłodzenia, wówczas musi lekarz uciec się do rozszerzenia szyjki macicznej palcem według *Copemana*, a ostatecznie do wzniesienia sztucznego porodu. Jednak już wpływ psychiczny wywołany zapowiedzeniem lub przygotowaniem do wykonania rękoczynu, jak to widział *Jezykowski*, może korzystnie oddziaływać na wymioty. Wreszcie nie należy zapominać, że w niektórych przypadkach udaje się wyżywić chore na vomitus gravidarum aż do ukończenia ciąży przez wprowadzenie małych ilości pokarmów zapomocą sondy. W tym celu należy użyć mieszaniny z mleka, jaj, cukru, proszku mięsnego i koniaku.

#### XLIX. Nerwice polegające na osłabieniu ruchów żołądka.

##### 1. Niedomykalność wpustu *Incontinentia cardiae.*

Wpust jest u człowieka w stanie prawidłowym zawarty pod działaniem *Nn. constrictores cardiae*. *Cybulski* i *Mikulicz* przekonali się na człowieku (p. str. 363), że wpust ciał stałych wpraw-

dzie nie przepuszcza, lecz bardzo łatwo wodę i powietrze; natomiast potrzeba bardzo znacznego parcia wewnątrz żołądka, aby z niego gazy do przełyku dostać się mogły. Rozluźnienie wpustu (p. str. 356) należy przyjąć albo jako powstałe przez porażenie *Nn. constrictores cardiae*, albo przez podrażnienie gałązki nerwowej, zwanej *n. dilatator cardiae* (Openchowski). Aezkolwiek tych ewentualności niepodobna klinicyście rozstrzygnąć, to należy mieć na uwadze tę okoliczność, że według doświadczeń fizyologicznych Hłaski, Knauta i Frantzena, można wpływać od ośrodków nerwowych na otwarcie wpustu. Ci autorowie dostrzegali rozluźnienie wpustu przez podrażnienie miejsca łączącego *nucleus caudatus* z *nucleus lentiformis* (Hłasko), albo *sulcus cruciatus* (Frantzen), a nawet górnej części rdzenia (Knaut). Zajęcie chorobowe pewnych ośrodków może przeto spowodować niedomykalność wpustu, a w następstwie odbijania nerwowe, które tem łatwiej powstają, że n. p. podczas rozwierania się wpustu wskutek drażnienia *sulcus cruciatus*, dostrzegali Frantzen równocześnie zawieranie się odźwiernika. Openchowski nadmieniał jeszcze, że otwieranie się wpustu u zwierząt można wywołać przez drażnienie odległych narządów (nerek, pęcherza, macicy, nerwu kulszowego). Otwieranie się wpustu na dłuższy czas przed pojawieniem się wymiotów, t. j. w okresie nudności, dostrzegali Schiff i Frantzen. Prawdopodobnie należy też przypuścić, że trapiącemu uczuciu nudności towarzyszy stale niedomykalność wpustu, gdyż chorzy doznają przytem uczucia zbierania się na wymioty (p. str. 355).

## 2. Niedomykalność odźwiernika. *Incontinentia pylori*.

Odźwiernik przy napełnionym żołądku jest zamknięty i otwiera się tylko od czasu do czasu. W próżnym żołądku zaciśnięcie jest słabe, albo, jak niektórzy autorowie twierdzą, odźwiernik jest nawet otwarty (Pacanowski). W każdym razie zamknięcie odźwiernika w stanie prawidłowym musi być nieznaczne (p. str. 230) gdyż doświadczenia ze zondą dwunastnicową Kuhna (p. str. 186) wykazują, że odźwiernik nie stawia oporu zondzie przy przechodzeniu jej do dwunastnicy. Drażnienie nerwu błędnego wywołuje skurcz odźwiernika, a drażnienie nerwów trzewiowych (*Nn. splanchnici*) otwieranie się tegoż (Oser, Bechterew i Misławski). Na

rozluźnienie odźwiernika, niezależnie od innych części żołądka, można również wpłynąć z ośrodków nerwowych. Frantzen zauważył ten wpływ drażniąc miejsce połączenia *nucleus caudatus* z *nucleus lentiformis*, przyczem równocześnie i rozluźnienie wpustu miało miejsce, dalej przez drażnienie rdzenia przedłużonego, podczas gdy Dobbert jeszcze dawniej dostrzegał wpływ górnej części rdzenia pacierzowego na rozwieranie się odźwiernika. Możliwym jest przeto, że niedomykalność odźwiernika istnieć może jako samoistne zбочenie nerwowe, lecz jak słusznie zauważył Bouveret, niezmiernie rzadkie, a przytem bez większego znaczenia klinicznego.

O osłabieniu kureczliwości odźwiernika wspomina już Abercrombie (1843 r.), a Louis de Seré pierwszy go opisał. Według Ebsteina jest to tego rodzaju objaw, napotykaný przeważnie w listeryi, że gaz do żołądka wprowadzony lub wytworzony po użyciu proszka burzącego, w nim nie zatrzymuje się, lecz przechodzi zaraz do jelit wywołując bębnicę, co za każdorazowem wydymaniem powtarzać się winno, jeżeli ma być uczynione rozpoznanie niedomykalności odźwiernika (p. str. 6, 214). Ja zauważałem jednak, że niedomykalność odźwiernika dla gazów jest względną. Dostrzegałem bowiem kilkakrotnie, że kw. węglowy wprowadzony do żołądka przez dłuższy czas utrzymuje go w stanie napiętym, podczas gdy wprowadzone powietrze szybko opuszcza żołądek przechodząc do jelit. Zdaje się, że kw. węglowy pobudza odźwiernik do skurczu, powietrze zaś nie. Nadto wprowadzony kw. węglowy nie sprawia w żołądku większych dolegliwości, napętnienie zaś żołądka powietrzem jest połączone z bardzo dokuczliwymi przypadłościami podmiotowemi, na którą to różnicę jeszcze w r. 1883 zwróciłem uwagę. Ja nie uważam przechodzenia wprowadzonego gazu ze żołądka do jelit za oznakę rozpoznawczą niedomykalności odźwiernika. Każdy zwieracz, jeden po króćiej drugi po dłużej trwającej prężności gazów popada w znużenie i przepuszcza wreszcie gaz. Dla wykazania niedomykalności odźwiernika najstosowniej jest napełnić żołądek gazem po  $\frac{1}{2}$ —1 godziny po jedzeniu, gdyż w tym czasie odźwiernik powinien być zawarty. Wprowadzenie gazu do żołądka odbywa się zapomocą sondy i balonika tłoczącego; tym sposobem ma się w swym ręku stopień wypełnienia żołądka.

Na podstawie niedomykalności odźwiernika ma powstawać bębniaca ogólna u histerycznych przez to, że połknięte powietrze przechodzi u nich przez odźwiernik do jelit. Lecz może dźiać się przeciwnie, że gazy z jelit przechodzą do żołądka i sprawiają odbijania cuchnące, jak to w r. 1888 spostrzegałem w dwóch przypadkach odbijań cuchnących u młodych mężczyzn. W żołądku nawet czczym, zupełnie wolnym od pokarmów, można było po wlaniu wody przekroplonej wyciągnąć treść kwaśną od kw. solnego, woni silnej kw. siarkowodowego (p. str. 210). W ten sam sposób może i treść z jelit dostawać się do żołądka, jak to niezrządsko zdarza się, że u tej samej osoby wyciąga się trwałe treść żołądkową żółcią zabarwioną.

Jako następstwo niedomykalności odźwiernika wymieniają niektórzy autorowie (Ebstein), trwałą bębniącą jelitową i nagle dostawanie się pokarmów do jelit, przez co ma powstawać stan biegunkowy. Jednak bardzo trudno będzie orzec, czy w danym przypadku biegunka ma to źródło lub inne.

Jeżeli znaczniejsza ilość treści żółciowej przechodzi do żołądka, nazywa ją Boas s o k i e m d w u n a s t n i c o w y m, który zawiera w sobie sok trzustkowy (p. str. 54, 232) i ma własność zamiany skrobiu na maltozę, a tłuszczów na kwasy i glicerynę. To działanie chemiczne soku dwunastnicowego świadczy według Boasa o prawidłowej czynności trzustki. Czy jednak przechodzenie pokarmów i żółci z dwunastnicy do żołądka jest oznaką niedomykalności odźwiernika, trudno rozstrzygnąć. Według moich spostrzeżeń, na które jeszcze w r. 1882 zwracałem uwagę, żółć w żołądku tak często się napotyka, że temu zjawisku trudno nadać pewne znaczenie rozpoznawcze, a to tem więcej, że ten sam autor raz utrzymuje, że ono ma być cechujące dla cieśni dwunastnicy (p. str. 54), a drugi raz dla niedomykalności odźwiernika. Ja znów od r. 1883 utrzymuję, że przez wykazanie żółci w żołądku tylko ten jeden wniosek rozpoznawczy zrobić można, że nie istnieje cieśń odźwiernika znaczniejszego stopnia.

Według Boasa w przypadkach niedomykalności odźwiernika pokarmy opuszczają żołądek szybciej niż zwykle. Możliwem jest nawet, że u niektórych osób, u których tuż po zjedzeniu, biegunka się pojawia, istnieje niedomykalność odźwiernika, pozwalająca, że nieprzetrawione jeszcze pokarmy szybko ze żołądka prze-

chodzą do dwunastnicy. Objawy niedomykalności odźwiernika mogą pochodzić z osłabienia samego mięśnia, gdyż przy nagromadzeniu się gazu wywierającego ucisk na jakikolwiek zwieracz np. *sphincter ani*, tenże po krótszym lub dłuższym czasie utracą napięcie i staje się drożnym dla gazu.

Niedomykalność (*incontinentia pylori*) może istnieć na tle zmian organicznych w odźwierniku wskutek zniszczenia ścian przez zajęcie nowotworem lub bliznami po wrzodach, przez co włókna mięsne zniszczone zostają. Lecz ja badałem znów chorą we dwa miesiące po resekcji odźwiernika i części odźwiernikowej wykonanej przez Obalińskiego z powodu nowotworu rakowego (p. str. 240) i znalazłem przy wprowadzaniu gazu do żołądka, że tenże się w nim zatrzymywał i do jelit nie przechodził, pomimo, że nie było odźwiernika, co także w podobnym przypadku i Rosenheim zauważył. Niedomykalność odźwiernika jest przeto jak dotąd postacią chorobową dla praktycznego lekarza nieuchwytną.

Przypuszczalne leczenie niedomykalności odźwiernika będzie to samo co i niedowładu mechanicznego żołądka, mianowicie zabiegi wodolecznicze, faradyzowanie, wronie oko i t. p.

### 3. Niedowład żołądka.

#### *Atonia ventriculi. Akinesis ventriculi.*

Choroba ta bywa pospolicie uważana jako polegająca na tle nerwowem. Lecz etyologia niedowładu żołądka (niedokrwistość, złe odżywienie, wyniszczające choroby, mechaniczne rozciąganie żołądka nadmiarem płynów i t. p.) przemawia tylko za złem odżywieniem narządu, osłabieniem lub znużeniem błony mięsnej wskutek nadmiernej pracy, co ma analogię z osłabieniem mięśnia sercowego i rozszerzeniem ośrodkowem komór tego narządu, które to sprawy z unerwieniem nie do czynienia nie mają. Stąd umieściłem niedowład żołądka jako chorobę organiczną w ustępie XVII i tam opisałem jej objawy rozpoznanie i leczenie.

UWAGA. Przeciwstawienie do niedowładu żołądka jest wzmoczenie mechanizmu żołądka (*supermotilitas, hyperkinesis ventriculi*). Treść pokarmowa zostaje w krótkim stosunkowo czasie wydaloną ze żołądka. Objaw ten zauważono w chorobach nerwowych po uszkodzeniu mózgu. U dyabetyków zauważył Fleischer, że żołądek opróżnia się z obiadu próbnego po 3 godzinach, a ze śniadania próbnego po jednej godzinie. Riegel zauważył wzmoczone wydalenie ze żo-

żołądka w hyperaciditas digestiva, co się jednak nie zgadza ze zapatrywaniem tego autora, że nadmierna kwaśność treści żołądkowej sprawia przewlekły skurcz odźwiernika. Przyspieszenie sprawności mechanicznej żołądka nie wywołuje szczególnych objawów podmiotowych. W niektórych przypadkach zauważono wzmożone łaknienie, a nawet żarłoczność (p. str. 344).

#### 4. Bezwład żołądka. Ostra rozstrzeń żołądka.

##### *Paraplegia ventriculi. Ectasia ventriculi acuta.*

Bezwład czyli porażenie żołądka jest chorobą rzadką, polega na tle nerwowem i pociąga za sobą nagłą rozstrzeń żołądka. Przyczyną tej choroby bywa wstrząs (shok) fizyczny, jak spadnięcie lub urazy silne na grzbiet, lędźwie, albo na jamę brzuszną. Najczęstszą jednak przyczyną ostrej rozstrzeni żołądka jest laparatomia u kobiet histerycznych. Bouveret, który w swoim poważnem dziele „*Traité des maladies de l'estomac*“ tą kwestyą szczegółowo się zajmuje, uważa za przyczynę tego osobliwszego objawu patologicznego „*commotion des centres et des nerfs du sympathique abdominal*“.

Objawy ostrego bezwładu żołądka są następujące: W przeciągu kilku lub kilkunastu godzin cały brzuch, a szczególnie w dołku podsercowym wydyma się balonowato. Wzdęcie dotyczy przeważnie żołądka, a w mniejszej części i jelit. Wskutek tego powstają wszystkie objawy bardzo ciężkiej bębniczy brucha zwłaszcza w jego górnej części. W żołądku nagromadza się w krótkim czasie znaczna ilość płynów, ulegających rozkładowi. Chory z początku uczuwa nudności, potem rwanie do wymiotów, lecz tylko małą ilość treści cuchnącej jest w stanie wymiotować. Stolec i wiatry zatrzymane, a chory doznaje pełności i bolesnego uczucia prężenia w jamie brzusznej. Oddechy przyspieszone, tętno nitkowate, wydzielanie moczu się zmniejsza lub ustaje. Ciepłota w przypadkach niepomyślnych opada i pojawia się zapad, w którym chory może zginąć, w innych przypadkach przychodzi do zapalenia otrzewny; we większości jednak przypadków kończy się choroba po kilku lub kilkunastu dniach pomyślnie.

Rozpoznanie wobec powyżej przytoczonych objawów jest łatwe, jeżeli będziemy mieć na uwadze wywołujący moment etyologiczny. Nieuwzględniając zaś przyczyny, można bezwład

żołądka pomieniać łatwo z ostrą niedrożnością jelit lub ze zapaleniem otrzewny.

Liczba przypadków ostrej rozstrzeni żołądka, o ile dotąd zostały ogłoszone jest niewielka. Wobec częstotści zabiegów operacyjnych jakie obecnie na jamie brzusznej bywają wykonywane, należy się spodziewać, że przy baczniejszym zwracaniu uwagi na nie, w krótkim czasie się zwiększy. Opisane dotąd przypadki rozstrzeni ostrej przytaczam według szczegółowej rozprawy J. Grundzacha (Medycyna 1895 Nr. 9 i 10).

Do Erdmann'a przybył 18-letni, mały, źle odżywiony, nalaný chłopiec, skarżąc się na rozdęcie żołądka. Przed 5-ciu dniami, jak opowiedział, w mocno skurczonem położeniu ciała upadł na wznak z pewnej wysokości i wkrótce po upadnięciu zauważył rozdęcie okolicy żołądka. Powierzchnia guzowatości znajdowała się na jednym poziomie z klatką piersiową i sięgała do poprzecznej linii pępkowej, stąd zaś ku spojeniu łonowemu sprostregać się dawało znaczne zagłębienie. Skóra na guzowatości zdrowa; przy obmacywaniu wyczuwało się odporność poduszki gumowej, powietrzem wypełnionej. Żadnych szmerów przytem wywółać nie można było. Opukiwanie guza tego dawało jasny odgłos bębniasty, który na prawo od linii środkowej ciała wydawał się nieco stłumiony. Przy wysłuchiowaniu — niewyraźne kruczenie i podmuchy. Dotykanie ściany brzucha wywoływało umiarkowane bóle, które wywoływane bywały i przez przyjmowanie pokarmów; jest to powód, dla którego chory od chwili uderzenia zaprzestał przyjmowania pokarmów. Na pośladkach wynaczynienia z powodu uderzenia. Płuca i serce zdrowe. Suchy kaszel wywoływał bóle w dołku. Zastosowano morfinę i zimne okłady na dołek. Na trzeci dzień dopiero nastąpiło wypróżnienie. Tegoż dnia guz się znacznie zmniejszył i wszędzie dawał odgłos jawny, bębniasty. W 7 dni po przybyciu wypisano chorego, jako zdrowego zupełnie, gdy pod wpływem zimna wzdęcie zupełnie ustąpiło.

W przypadku Schultzego nastąpiło po nagłem bolesnem wzdęciu jamy brzusznej zejście śmiertelne dnia trzeciego. Nekroskopia wykazała ogromnie rozszerzony i wzdęty żołądek, zajmujący większą część jamy brzusznej wobec zupełnego braku zwiężenia odźwiernika.

Nadzwyczajnie interesujące spostrzeżenie podaje Hunter; podczas operacyi autor znalazł zdrowy żołądek; w 10 dni później, oznaki rozstrzeni były już bardzo wyraźne, a oględziny pośmiertne stwierdziły, że żołądek zajmował większą część jamy brzusznej.

Fürstner spostrzegał trzy przypadki tego rodzaju, wskutek uderzenia brzuchem lub w brzuch. Wszystkie dotyczyły młodych dziewcząt (u 2 skłonności neuropatyczne w lekkim stopniu). „W przypadkach tych na pierwszy plan występuje peryodyczne, bolesne, krócej lub dłużej trwające wzdęcie żołądka i rozstrzeń, połączone z wymiotowaniem mas śluzowych (czasem krwią zabarwionych) i napady drgawek ogólnych. Na drugim planie są: bóle głowy, zatrzymanie moczu, bezgłos, pleuralgia i przykurczenia. F. utrzymuje, że pierwsze objawy występują zawsze ze strony żołądka, inne są wtórne i sądzi, że źródłem powstawania objawów historycznych są właśnie owe napady wzdęcia żołądka. F. widział doskonałe wyniki faradyzacji okolicy żołądka. Po faradyzacji wszystkie objawy znikają“.

Grundzach opisuje w swojej szczegółowej rozprawie, wyżej wspomnianej następujący przypadek ostrej rozstrzeni żołądka. Chora dwudziestokilkoletnia męczatka operowana z powodu ciąży pozamacicznej, dostała w kilka godzin po laparotami, ciężkie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, polegające na bezruchu, bezwładzie żołądka i kiszki co trwało przez trzy dni. „Stanu tego dowodzą następujące dane: 1) nagle powstałe znaczne wzdęcie żołądka i kiszki; 2) przepełnienie żołądka płynem i gazem pomimo ciągłych zwracań, z czego widać, że z żołądka do kiszki nie się nie przedostawało i, jak się zdaje, nie się nie wchłaniało; 3) żołądek przedstawiał nieruchomy worek, który wypełniał się nadmiernie, wskutek czego działaniem tłoczni brzusznej wyrzucane były od czasu do czasu niewielkie ilości płynu; 4) w żołądku odbywała się żywa fermentacja drożdżowa wprowadzanego wina, z której po upływie 3-ech dni nie pozostało ani śladu. Ważny bardzo z punktu widzenia patologicznego, jest fakt, że w czasie bezwładności żołądka ani razu nie znaleziono kwasu solnego, który następnie po przejściu cierpienia zjawiał się w ostatnim zwróceniu żółciowym w dość znacznej ilości. Zdaje się, że fakt ten kliniczny przemawia za istnieniem jednoczesnego porażenia wydzielniczego. Istniało przeto porażenie wszystkich czynności żołądka: ruchowej, chłonniczej i wydzielniczej. Dane, co do przewodu kiszkiowego, przemawiają jedynie za istnieniem porażenia ruchowego; o innych czynnościach kiszki żadnych danych nie posiadam; ze względów łatwo zrozumiałych. Ogólny stan chorej, wskutek utraty znacznej ilości krwi i cierpienia żołądkowego, był ciągle bardzo poważny. Zastępuje na uwagę fakt, że z chwilą zwrócenia opisanej zawartości żółciowej, nastąpiła dość szybko poprawa miejscowa i ogólna“.

Przezemnie zaś przed dwoma laty obserwowany przypadek dotyczy 40-letniej kobiety, u której w 10 dni po laparotomii wykonanej z powodu fibroma uteri, pojawiła się nagle bębniaca i wy-

mioty, brak stolców przy ciepłocie 38,5 i równocześnie zapad. Badanie przedmiotowe wykazało: oczy zapadłe podbite, zarysy twarzy zaostrzone, oddechy silnie przyspieszone, nudności i rwanie na wymioty bez możności wymiotowania, brak stolców i wiatrów. Brzuch balonowato wzdęty, szczególnie silnie w dołku podsercowym. Dotyk jamy brzusznej miernie tylko bolesny, chora wykonywa obroty na boki bez dolegliwości. Odgłos wypukowy na jamie brzusznej niski bębnowy, a nad żołądkiem z podzwękiem metalicznym, sięga u dołu do pępka, ku górze zaś tak po lewej, jak i po prawej stronie do trzeciego przestworu międzyżebrowego, tak, że stłumienie wątroby i serca oznaczyć się nie daje. Taki sam wypuk okazuje się pod obydwoma łukami żebrowymi. Przysłuch nad żołądkiem wykazuje pękanie baniek z podzwękiem metalicznym. Wstrząsanie klatki piersiowej sprawia chębotanie z podzwękiem metalicznym, jak przy pyopneumothorax. Bardzo interesującym był objaw przysłuchowy przy picciu, dotąd jeszcze przez nikogo nie opisany. Za każdym połknięciem pojawiało się jedno lub kilka rzężeń metalicznych zupełnie takich, jak to znajdziemy czasem w dużych jamach, lub w odmie opłucnowej pod nazwą gutta cadens. Rzężenia te bardzo wyraźne przy osłuchiwaniu stetoskopem były także słyszalne i w odległości. Przy zastosowaniu przepłukiwań żołądka wodą lodową, wobec okładów lodowych na brzuch i ławaty z rozczyntu soli morszyńskiej ustaąpiły przypadłości w przeciągu trzech dni.

Leczenie rozstrzeni ostrej jest przypadkowe. Najracjonalnej jest zastosować sondę żołądkową w celu wypuszczenia gazów i przepłukania żołądka bądź wodą lodową, bądź też zimnymi rozczyntami przeciwgnilnymi n. p. wodą miętową lub rozczyntem (1 p. m.) kw. salicylowego; następnie worek lodowy na jamę brzuszną, faradyzowanie przewodu pokarmowego, wprowadzając jedną elektrodę do odbytu, drugą na powłoki brzusne. Do żołądka nie należy pokarmów wprowadzać, gdyż wszystkie czynności żołądka są zniesione. Pokarmy też do jelit nie przechodzą, lecz pozostając w żołądku rozkładają się i zwiększają bębnięć. Jeżeli chory żąda napoju, to najwyżej można zezwolić na połykanie małych ilości wody lodowej lub miętowej. Natomiast dla podtrzymania siły należy wprowadzać w ławatywach małe ilości wina, koniaku, eteru, a w razie wielkiego zapadu podskórne wstrzykiwanie eteru, albo hipodermoklizy z rozczyntu fizyologicznego soli kuchennej.

## C. Nerwice wydzielnicze.

### *Gastroneuroses secretoriae.*

Wydzielanie soku żołądkowego odbywa się pod wpływem podnieć. Dotknięcie prawidłowej błony śluzowej chorągiewką od pióra, wprowadzoną sondą, lub innym przedmiotem nie będącym pokarmem, sprawia wydzielanie soku żołądkowego, ale ograniczone tylko do miejsca dotknięcia. Wprowadzając zaś kawałek pokarmu n. p. białka do żołądka rozpoczyna się w krótkim czasie wydzielanie soku żołądkowego na całej przestrzeni błony śluzowej żołądka, począwszy od miejsca zetknięcia tak, że mała ilość wprowadzonego pokarmu może wytworzyć znaczne ilości soku żołądkowego. Pobudzenie całej błony śluzowej żołądka do wydzielania przez zadrażnienie miejscowe tłumaczy się w ten sposób, że następuje wessanie wytworów trawienia, wskutek czego powstaje podnieć do czynności wydzielniczej gruczołów. Schiff nazwał ciała, które mają wprzód „przygotować“ gruczoły trawienne do wydzielania peptotwórczymi (*peptogènes*), a za najlepiej w tym kierunku działające uznał dekstrynę i rosół. To nie całkiem uzasadnione zapatrywanie starał się Herzen poprzeć tem, że wprowadziwszy przez przetokę żołądkową u człowieka woreczki z białkiem, raz do próżnego żołądka, drugi raz dopiero po poprzednim wlaniu rosółu lub roztworu dekstryny, spostrzegał ubytek białka w ostatnim przypadku większy, niż w pierwszym.

Z wydzielaniem soku żołądkowego idzie w parze większy dopływ krwi do błony śluzowej, przez co ona się zaczerwienia, a fałdy jej zwłaszcza w części odzwrotnikowej, stają się napięte i wzniesione, tak, że mogą się nawet stać przeszkodą przedostawania treści z żołądka do jelit (*Pfungen*). Wydzielanie soku żołądkowego pozostaje pod wpływem nerwowym, a mianowicie wpływają nań nerwy błędne. W ostatnich czasach wykazali Parlow i Schumalowa na psach z podwiązany przelykiem, że takie zwierzę z przetoką przelykową ślepą i z przetoką żołądkową wydzielalo przez tę ostatnią bardzo silnie kw. żołądkowy, skoro zaczęło jeść, chociaż pokarmy do żołądka nie wchodziły. Gdy zaś przecięto nerwy błędne, wydzielanie soku żołądkowego ustało. Również i I. Schreyer mógł wywołać u zwierząt wydzielanie kw. żołądko-

wego, gdy drażnił odśrodkowy odcinek przeciętego nerwu błędnego lub trzewiowego (n. splanchnicus). Na człowieku istnieje tylko jedno doświadczenie, wykonane w 45 minut po ścięciu, które wykazało, że po zadrażnieniu odśrodkowego odcinka nerwu błędnego błona śluzowa pokrywa się kroplami soku żołądkowego (Regnard i Loye 1885 r.). Jednak wydzielanie soku żołądkowego odbywa się i niezależnie od wpływu nerwowego, gdyż po wydaleniu całego utkanka nerwowego ze żołądka wydzielanie soku nie ustaje. Inne znów doświadczenia wskazują niewątpliwie, że wydzielanie soku żołądkowego można wywołać drogą odruchową przez podrażnienie nerwów smaku lub powonienia, jakoteż przez czynność mózgu. Żucie pokarmów, woń pieczeni, widok cukrów, wyobrażenie smacznego obiadu u głodnych są w stanie nie tylko gruczoły ślinowe, ale i żołądkowe pobudzić do wydzielania. Z drugiej strony jest wielce prawdopodobnem, że wskutek pewnych wpływów psychicznych: smutku, silnych wrażeń umysłowych, obrzydzenia do potraw i t. d., narząd wydzielniczy w swej czynności zostaje czasowo powstrzymanym, podobnie jak to się dzieje i z mechanizmem; dotychczas jednak nie stwierdzono, czy to zboczenie, jako objaw chorobowy samoistny, może stać się przewlekłym.

### L. O nadmiernem wydzielaniu kwasu żołądkowego na tle nerwowem.

1. Nadmierne wydzielanie kwasu żołądkowego podczas trawienia (*hyperaciditas v. superaciditas digestiva*) napotkali Noorden jako też Grabe w kilkunastu przypadkach umysłowo-chorych. Leubuscher i Ziehen badając również na trawienie żołądkowe cały szereg umysłowo-chorych różnych kategorii dostrzegali wielką zmienność: u jednych podwyższenie, u drugich zmniejszenie wydzielania podczas trawienia, nie mogąc dopatrzeć się związku między siłą wydzielniczą, a zboczeniem psychicznem. Prawdopodobnie, może nadmierna kwaśność treści żołądkowej, podczas trawienia towarzyszyć pewnym chorobom mózgu lub rdzenia. Jest ono tu objawem następowym i zdarza się stosunkowo w niewielkiej ilości przypadków. W ostatnich czasach podaje Fleischer powstawanie nadmiernej kwaśności, jako objawu

odruchowego w kamicy żółciowej i nerkowej. Jednak zależność ta nie jest pewna, gdyż może to być tylko przypadkowe zejście się obydwu stauów chorobowych. Natomiast nadmierne wydzielanie, które napotykaemy tak często, jako samoistne przewlekłe zboczenie tłumaczy się lepiej, jako polegające na zmianach miejscowych w narządzie samym, a mianowicie jako wzmoczenie fizyologicznego przekrwienia podczas trawienia (*hyperaemia digestiva exacerbans*) i o tem zboczeniu jako organicznem była mowa w ustępie XIII-ym. Powody zniewalające do tego pojmowania przyrody nadmiernego wydzielania przytaczam poniżej.

2. Podczas gdy zboczenie zwane hyperaciditas digestiva dostrzegano w niektórych przypadkach chorób umysłowych, to jeszcze dotąd nie zauważono wobec istnienia takowych przewlekłego trwałego wydzielania soku żołądkowego (*hypersecretio continua v. gastorrhoea acida*). Pomimo to przypisują autorowie przypadkom trwałego wydzielania soku żołądkowego, jakie zwykle obserwujemy tło nerwowe. Ja zaś uważam je w przeciwieństwie do wielu autorów jako samoistne zboczenie organiczne umiejscowione w samym narządzie i dlatego umieściłem je w dziale chorób organicznych w osobnych ustępach XIV-ym i XV-ym jako sokotok żołądkowy i nieżyt kwaśny. Za tem przemawiają następujące bardzo ważne względy: a) Trwałe wydzielanie kwasu żołądkowego istnieje całemi latami. Przypuszczając jako przyczynę takowego zmiany chorobowe w układzie nerwowym, musiałyby one podobnie jak inne choroby układu nerwowego zajmować co raz dalsze obszary tkanki nerwowej i sprawić z biegiem czasu jeszcze inne zboczenia kliniczne, czego jednak dotąd nie spostrzegano. b) Trwałe wydzielanie kw. żołądkowego wydarza się najczęściej u mężczyzn nadużywających napojów wysokokowych lub spożywających drażniące pokarmy zwłaszcza naczco (zosnek, cebulę, śledzie i t. p.), a zatem z przyczyny działającej wyłącznie miejscowo. c) W treści częściej napotykaemy wytwory, wskazujące, że na błonie śluzowej toczy się sprawa anatomiczna: przybłonek wałeczkowy, jądra ciałek wypocinowych, wybitne oddziaływanie na pepton, — jednym słowem mamy w żołądku wypocinę żapalną, przez trawienie zmienioną. d) Badanie drobnowidowe błony śluzowej wykazało bardzo znaczną zmianę w narządzie gruczołowym, zwyrodnienie ziarniste komórek głównych, zmiany w tkance mię-

dzygruczołowej, a dobre utrzymanie komórek okładowych (E. Korczyński i Jaworski p. str. 25). Podobne wyniki badania anatomicznego w przypadkach nadmiernego wydzielania HCl otrzymali obecnie Paul Conheim jakoteż Hayem. e) W przypadkach przezemnie obserwowanych pozostawia trwałe wydzielane zmiany anatomiczne, przechodząc w niezbyt śluzowy (p. str. 81). W innych znów przypadkach istnieje równocześnie niedowład mechaniczny w różnym stopniu. f) Leczenie miejscowe tego zбочenia daje jeszcze najlepsze wyniki lecznicze.

Moje wyżej wymienione niedawno zupełnie odosobnione zaopatrywania na nadmierne wydzielanie HCl podziela obecnie już kilku poważnych autorów. Najprzód Schreiber odmówił (1893 r.) zбочeniu chorobowemu opisywanemu obecnie pod nazwą *hypersecretio continua* istnienia jako samoistnej choroby klinicznej, a uważa je jako zwykły objaw rozstrzeni, który bywa nawet wywołany sztucznie przez zabieg uważany obecnie jako konieczny do stwierdzenia nadmiernego trwałego wydzielania soku żołądkowego. Przytem dodaje Schreiber, że już pierwsze przypadki trwałego wydzielania ogłoszone przez Reichmanna uważał tylko jako kazuistyczny przyczynek do zwykłej rozstrzeni (dilatio ventriculi). Następnie Bouveret, Hayem i Hemmeter uważają nadmierne wydzielanie HCl jako pochodzące od zmian chorobowych w błonie śluzowej żołądka, a ten ostatni twierdzi, że tak zwany sokotok Reichmanna jest niczem innym, jak tylko częściowem zwężeniem odźwiernika. Nawet Riegel sprowadza obecnie większą część przypadków nadmiernego wydzielania HCl (*Hyperchlorhydria nervosa*) do zmian anatomicznych żołądka, u innych jednak przypuszcza możliwość tła nerwowego. Odróżnienie anatomicznego sokotoku od nerwowego opiera Riegel na następujących szczegółach: W nerwowym sokotoku można wykazać jako moment etyologiczny uraz psychiczny, przerwy (intermissio) w nadmiernem wydzielaniu i usposobienie neuropatyczne. Według mego doświadczenia możnaby przeważną część przypadków chorób żołądka przy uwzględnianiu tylko powyższych punktów rozpoznawczych nagiąć na rozpoznanie nerwicy żołądka.

### LI. Okresowy (napadowy) sokotok żołądkowy.

*Hypersecretio v. supersecretio periodica v. intermittens.*  
*Gastorrhoea acuta.*

Podczas gdy wzmożone wydzielanie soku żołądkowego, jako samoistne zбочenie przewlekłe, polegające na tle nerwowem zdaje

się być nieprawdopodobnem, to za czasowem wzmożeniem siły wydzielniczej powstającym przez pobudzenie nerwów, dochodzących do żołądka bądź przez bezpośrednie podrażnienie tychże, bądź drogą odruchową, przemawiają niektóre spostrzeżenia. Zboczenie to może pojawiać się albo samoistnie, albo jako objaw symptomatyczny innych chorób. Nagłe wydzielanie się i pozostanie kw. solnego w żołądku wywołuje zboczenie czuciowe tak, że nie badając wewnątrznie chorego przypuszcza się tylko nerwicę czuciową. Przy bliższem badaniu można przekonać się, że wiele przypadków żołądkowych okazujących zboczenie czuciowe, przebiega na tle nagromadzenia kwaśnego soku żołądkowego. Z kliniki Tahny zostały nawet ogłoszone przypadki wrażliwości (idyosynkrazyi) na HCl, w których po każdorazowem wprowadzeniu niewielkich dawek kw. solnego w celach leczniczych, chorzy doznawali znacznych przypadłości żołądkowych (p. str. 126); a w tego rodzaju przypadkach usmieirzają dolegliwości tak ulubione przez publiczność ciepłe napary rozmaitych „ziołek“. Przy nadmiernem nagromadzeniu się silnie kwaśnego soku żołądkowego o kwasocie dochodzącej nieraz do  $110=4$ , albo nawet  $165=6$  p. m. HCl (Blank) występuje nie tylko ból, ale silne zadrażnienie ścian żołądka i odruchowe wymioty podobnie, jak to się zdarza po wprowadzeniu ostrych trucizn do żołądka. Hirsch też dostrzegał, że wprowadzenie 1%go HCl do żołądka psa wywoływało wymioty. Wskutek tego zaliczyli niektórzy autorowie przypadki okresowego sokotoku żołądkowego według następowego objawu, jaki najwięcej w oczy wpada, do nerwic ruchowych jako wymioty nerwowe (p. str. 369). Najczęściej zaś bywają przypadki okresowego sokotoku żołądkowego nerwicą złożoną wydzielniczo-czuciowo-ruchową. Zdaje się, że nie jest to choroba częsta, gdyż n. p. E. G. Johnson i K. Behm na 106 przypadków przewlekłego sokotoku dostrzegali tylko 4 przypadki okresowego. Wobec trudności dokładnej obserwacji okresowego sokotoku żołądkowego na znaczniejszej ilości przypadków, zostało to zboczenie przez różnych autorów pod rozmaitemi nazwami opisane.

1. Ja obserwowałem przypadki, w których przeważały więcej napady wymiotów nerwowych, aniżeli sokotoku żołądkowego i opisałem je wyżej (p. str. 375) pod nazwą *vomitus dolorosus perniciosus*. Oprócz tego widziałem typowe przypadki napadowego soku żołądkowego, które jednak od wszystkich dotąd opisanych

różniły się tem, że im towarzyszyły wymioty krwawe. Dlatego umieściłem te przypadki jako krwotoki nerwowe w ustępie o krwotokach żołądkowych (p. str. 166). Przebieg choroby bywa tu tego rodzaju, że z początku pojawiają się napadowe bóle, które tłumaczy się jako kardyalgie, później towarzyszą tym bólom wymioty cieczy silnie kwaśniej zwykle zielonkawatej, ostatecznie pojawiają się wymioty mas czarnych, fusowatych, z objawami i następstwami wewnętrznego krwotoku. Wydzielenie kw. solnego podczas napadu jest tak podniesione, że nawet alkaliczność krwi nie jest w stanie zubożnąć treści żołądkowej. Stąd zdarza się często, że i fusowate wymiociny zawierają jeszcze wolny HCl. Przypuścić przeto należy, że krwotok żołądkowy powstał wskutek nadżerek błony śluzowej w części odźwiernikowej pod wpływem wygórowanej siły trawiennej zbyt kwaśnego soku żołądkowego. Część odźwiernikowa żołądka jako posiadająca błonę śluzową nie wydzielającą kwasu, a pozostająca z nim wskutek swej właściwej czynności fizjologicznej najdłużej w styczności ze wszystkich części żołądka, ulega najczęściej uszkodzeniu.

*Cardialgia perchlorhydrica* p. str. 331.

2. Ostry sokotok Rossbacha (*Gastrocynsis Rossbachi*, *Gastrozia* Lepine), pojawia się najczęściej między 30-ym a 40-ym rokiem życia u osób umysłowo pracujących, lub znajdujących się pod niepokojącymi wpływami psychicznymi. Przyczyna zбочenia jest przeto mózgową. Napad rozpoczyna się wśród pracy lub wzruszenia umysłowego uczuciem silnego bólu całej głowy, następnie paleniem w żołądku lub też odwrotnie. Palenie wzmagają się do tego stopnia, że w nocy spać nie dozwala. Po użyciu ciekłych pokarmów lub wody ciepłej, palenie zmniejsza się na chwilę, a wypicie takowej przed napadem zapobiedz może wybuchowi. Podczas napadu ból głowy się zwiększa, jak gdyby czaszka miała pęknąć, twarz blednieje i zapada się, poczem występują nudności i silne wymioty treści kwaśnej (p. str. 331). Po wypróżnieniu żołądka przez wymioty lub przepłukania żołądka ustaje ból głowy, chory usypia i budzi się zdrowym. Napady występują co kilka tygodni lub miesięcy i stają się rzadsze lub ustępują zupełnie po dłuższym wypoczynku od pracy umysłowej lub pobycie w miejscach klimatycznych. — Dziwną wyjątkowość wydaje się w opisie Rossbacha okolicz-

ność, że treść żołądkowa od kw. solnego silnie kwaśna, bo o kwasocie 3 p. m. czyli 110, zawiera jeszcze kw. organiczne a w szczególności kw. mlekowy. Wydaje mnie się przeto, że tego rodzaju przypadki są niedowładem względnym (atonią) z następowym nagromadzeniem się treści kwaśnej u osób niedokrwistych, prowadzących życie wymagające ciągłego siedzenia, jak to mnie się kilkakrotnie zdarzało dostrzegać u młodych Izraelitów, oddających się gorliwie nauce i praktykom religijnym.

Z mej strony muszę jeszcze zauważyć, że spotykałem kilkakrotnie wymioty kwaśne podobne do wyżej opisanych połączone z bólem głowy u kobiet z nerką zwiśniętą (p. str. 254, 257).

3. *Gastroxia juvenilis*, zdarza się według Rosenthala i Leydena u młodzieży szkolnej; u nas, szczególnie u dziewcząt, przygotowujących się do zawodu nauczycielskiego, które pod wpływem uciążliwej pracy umysłowej doznają podrażnienia ze strony mózgu. Dzieci cierpiące na to zboczenie są zwykle niedokrwiste, doznają bólu głowy i wymiotują treść od kw. solnego silnie kwaśną (p. str. 331). Dla wyleczenia należy pacjentów na dłuższy czas usunąć od zajęcia szkolnego, przeprowadzić bardzo łagodne leczenie hidryatyczne (poczynając od 28° C.) w miejscach klimatycznych, a nareszcie zastosować w stopniowany sposób szczawiy żelaziste i kąpiele (Krynica, Żegiestów, St. Moritz itd.)

4. Ból głowy żołądkowy (*haemicrania gastrica*). Jest to objaw dość często napotykanym szczególnie u kobiet; rozpoczyna się zwykle już rano mniejszym lub większym bólem głowy, trwającym przez kilka godzin a nawet do wieczora, przyczem coraz wybitniej występują nudności, uczucie rozdymania w dołku podsercowym, odbijania, potem palenie w żołądku, a ostatecznie wymioty mas od HCl silnie kwaśnych, mało lub wcale niezawierających pokarmów, natomiast żółciowo zabarwionych (p. str. 273). Po wypróżnieniu żołądka bóle głowy zupełnie ustępują. Dzieje się też odwrotnie, że zaczyna się napad od przypadłości gastrycznych (nudności) a do nich dołącza się ból głowy. Analogiczne zachowanie dostrzegał Pfunzen w jednym przypadku z przetoką żołądka, że za każdorazowym przepłukaniem żołądka wodą zakwaszoną kw. solnym pojawiło się zawieranie odźwiernika (p. str. 190), bolesność wpustu i silny tępy ból głowy, które to objawy zniknęły, gdy treść żołądkową sodą zobojętniono. Nie w każdym przypadku

bólu głowy przychodzi pomimo równoczesnego istnienia przypadłości gastrycznych aż do wymiotów; prawdopodobnie treść żołądkowa kwaśna zostaje wcześniej wydaloną do jelit, zanim wystąpią wymioty. Na pewną wzajemność między nerwobólem połowicznym głowy a wymiotami kwaśnymi zwrócił uwagę Legendre. Wobec nielicznych i niedostatecznych obserwacji przypadków sokotoku napadowego żołądka dalsze i dokładniejsze obserwacje są ze wszechmiar pożądane.

Dla zorientowania się w tych zawyłych w niniejszym ustępie opisanych objawach żołądkowych nerwowych porównaj jeszcze ustęp XLI o nerwobólu żołądka, jako też wzmiankę o *cardialgia hyperchlorhydrica* (p. str. 331).

Leczenie żołądkowego bólu głowy jest przede wszystkim przyczynowe, jak to w ustępie o wymiotach nerwowych przedstawiono (p. str. 377). Z ogólnego leczenia zasługuje na uwzględnienie, spokój i wypoczynek umysłowy i psychiczny. W celu zniesienia podwyższonej kwasoty zaleca Fleiner leczenie bismutowe (p. str. 109), do którego z własnego doświadczenia mam pewne zaufanie.

Symptomatycznie dla uśmierzenia napadu bywają zachwalone rozmaite środki podobne jak w nerwobólu żołądka (p. str. 336). Najwięcej na zaufanie zasługują wypróżnienie lub przepłukiwanie żołądka (samopłukanie, p. str. 239), alkalia (p. str. 79), środki aromatyczne, a ostatecznie narkotyka.

W szczególności podczas napadu zaleca się: wypicie szklanki ciepłej herbaty, gorących naparów ziółek aromatycznych (n. p. mięty), ciepłej wody alkalicznej (SzczaŹniewicka Józefina, Vichy-Célestin), albo pół łyżeczki *natrii bicarbonici*. Następnie stosowane bywają: *methylenblau puriss. Merck* 0.1—0.2, 3 razy dziennie przez kilka dni. *Antipyrini* 0.5, 3 razy dziennie. *Antifebrini* 0.25, 3 razy dziennie. *Phenacetini* 0.5—0.10. *Salipyrinum* lub *salophenum* po 0.5—1.0, 3 razy dziennie, *Solutio arsenicalis Fowleri* od 2—4 kropel, 2—3 razy dziennie. Niekiedy skutkuje *chininum muriat.* po 0.5 lub *chininum hydrobromatum* po 0.2, dwa razy dziennie; *coffeinum natriosalicilicum* po 0.1, 3 razy dziennie; *ichthyolum* po 0.3 (w pigułkach), 3 razy dziennie; *trochisci glonoini* po 1/2 mg. 3 razy dziennie (p. str. 378). Wesphtalen w przypuszczeniu, że bóle głowy pochodzą wskutek wessania toksynów wytworzonych wobec nieprawidłowego trawienia, zachwala po 20 kropel HCl na 1/2 szklanki wody zaraz po jedzeniu, nawet w przypadkach, w których dostateczna ilość kw. solnego się znajduje. Ja spodziewałbym się skutku raczej z podania alkaliów jak: *natrii bicarbonici*, *magnesi ae ustae*, *strontii bromati*—aa. S. Łyżeczkę w ciepłej wodzie szczaŹniewickiej użyć; — lub z używania mięszaniny L. Wolffa (p. str. 201). — Bóle głowy łagodzi nacieranie czoła mentolem w 10% roz-

cznie eterycznym lub eteryczno-wysokowym, a usuwa je chwilowo podanie *mi-gruenini Höchst* w dawce jednorazowej 1·1.

**Uwaga.** Na uwzględnienie zasługują doświadczenia kliniczne M. Piątkowskiego z wodą krynicką, która zawiera w swym składzie większe ilości dwuwęglanu wapniowego. Przy stosowaniu ciepłej wody ze Zdroju Głównego w przypadkach nadmiernego wydzielania HCl, kwasota żołądka znacznie się obniżała a przypadłości podmiotowe ustępowały. Praktyka lekarska poucza już od dawna, że wiele przypadków tak zwanych kardyalgij znakomicie się poprawia przy zastosowaniu leczenia krynickiego.

## LII. O nerwowym zaniku wydzielniczym.

*Anaciditas nervosa. Anachlorhydria nervosa. Achylia gastrica.*  
(Einhorn).

Brak soku żołądkowego napotkano w niewielu dotąd przypadkach, jako objaw nerwowy towarzyszący lub następujący, a mianowicie w histeryi i neurastenii (Ewald), w przewlekłym zatruciu morfinowym (Hitzig), w cukromoczu (diabetes mellitus, Rosenstein), w której to jednak chorobie wydzielanie HCl według poszukiwań innych autorów (Rosenheim, Honigmann) jest stosownie do przypadku zmienne. Litten opisał dwa przypadki zaniku wydzielniczego wrzekomo na tle nerwowem, który po kilku tygodniach ustąpił. Ja napotykałem też w ciągu lat przypadki zaniku wydzielniczego, lecz czy one polegały na tle nerwowem, nie mógłbym tego twierdzić. Że zanik wydzielniczy może powstać czasowo wskutek wrażeń psychicznych (strachu, smutku, znużenia umysłowego i t. p.), jest rzeczą możliwą. Znany n. p. jest objaw, że wydzielanie soku żołądkowego w czasie miesiączkowania znacznie słabnie albo nawet ustaje. Ja zaś zwróciłem uwagę w r. 1887, że przez częste płukania żołądkowe można sprowadzić czasowe zniknięcie HCl z treści żołądkowej. Jednak trwałe zanik wydzielniczy jako samoistne zбочenie chorobowe na tle nerwowem jest wielce nieprawdopodobne. Jest to coś podobnego, jak gdybyśmy mówili o trwałym zaniku wydzielniczym wątroby lub trzustki na tle nerwowem. Einhorn przytacza jednak przypadek zaniku wydzielniczego wrzekomo nerwowego trwającego przez 5 lat, poczem wydzielanie HCl znów się pojawiło. Natomiast Martius opisuje

przypadek zaniku wydzielniczego, w którym pomimo, że przypadłości nerwowe znikły, to wydzielanie HCl nie powróciło. Daleko więcej odpowiada rzeczywistości faktom moje tłumaczenie z r. 1889 że przewlekły zanik wydzielniczy polega na zmianach w narządzie gruczołowym żołądka, o czem już była mowa w ustępach o niezycie śluzowym i zanikowym (p. str. 119, 126). Obecnie i Hayem powiada, że przez niego obserwowane przypadki braku kw. solnego można uważać jako *gastritis toxica* lub *medicamentosa*, która da się wyleczyć i ustępuje po pewnym czasie, a wtedy imponuje jako nerwowy zanik wydzielniczy.

O objawach i o rozpoznaniu braku kw. solnego wskutek zaniku błony śluzowej żołądka była już mowa na str. 128. Obecnie podaje M. Rejchman (Gazeta Lek. 1898 Nr. 2), wspominawszy o przypadku zanikowego nieżytu żołądka opisanym jeszcze w r. 1888 przez Chełmońskiego, następujące trzy objawy towarzyszące zanikowemu nieżytemu żołądka jako cechujące go klinicznie. Przytaczam je tutaj według opisu samego autora.

Zwykle najpierw zjawia się uczucie bolesne w brzuchu, prawie jednocześnie powstają nudności, a w kilka minut potem chorey zwraca wodnisty płyn i na tem cały objaw się kończy. Niekiedy nudności poprzedzają na kilka minut zjawienie się nieprzyjemnego uczucia w brzuchu.

Zbiór ten objawów występuje napadami mniej lub więcej powtarzającymi. Rzadko zjawia się codziennie, daleko częściej co kilka dni, a rzadziej w dłuższych odstępach czasu. Najczęściej niepokoi chorych w nocy. Bezpośrednio po jedzeniu nigdy nie występuje, lecz zjawia się przed przyjęciem pokarmu, albo w kilka godzin po jedzeniu.

Co się tyczy szczególnych cech pojedynczych, składających się na ten zbiór objawów, to zauważyć należy, co następuje.

Nudności nie są nigdy zbyt wydatne, trwają dłużej, niż inne objawy; ustąpiwszy ze zwróceniem wodnisteo płynu, nie powtarzają się, aż dopiero przy następnym takimże samym napadzie.

Nieprzyjemne, bolesne uczucie w brzuchu ma szczególny charakter. Wszyscy prawie chorzy określają je w ten sposób, że doznają uczucia, „jakby się coś w brzuchu przekreśliło“. Wyjątkowo tylko uskarżają się „na ściskanie“. To nieprzyjemne uczucie umiejscawia się w górnej części brzucha, najczęściej tuż nad pępkiem, rzadziej w środku pomiędzy pępkiem i wyrostkiem moczynkowym, a najrzadziej w dołku podsercowym. Zajmuje ono małą stosunkowo przestrzeń.

Zwracania (*regurgitatio*) bywają jednorazowe, albo kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu się powtarzają. Najczęściej bywają one jednorazowe; chory odrazu zwraca cały płyn, poczem zaraz napad ustaje. Ilość zwróconego płynu bywa rozmaita. Najczęściej wynosi ona 50—60 cm. sześć., rzadko 100 cm. sześć. Smak płyn ten posiada, jak mówią chorzy, surowej, nieco słonawej wody. Zapachu szczególnego niema. Z wyglądu i z gęstości jest podobny do mętnej wody. Oddziaływa alkalicznie, a kwas octowy wywołuje w nim na zimno wyraźne zmętnienie. Nie zawiera on ani ptyaliny, ani pepsyny. Nie trawi skrobi, ani ciał białkowych.

Ja przypominam sobie wielu chorych, którzy płyn powyżej przez Reichmanna opisany zwracali. Niemieccy pacjenci uskarżali się mnie, że ich zanudzi i podchodzi im „Herzwasser“ zwykle smaku słonawego. Obserwuję od dłuższego czasu osobę, która z każdorazowem spożyciem owoców, kapusty lub innych kwaśnych potraw dostaje ową „Herzwasser“ a czasem równoczesne bóle powyżej pepka.

Nerwowy zanik wydzielniczy nie pociąga prawdopodobnie znaczniejszych objawów i dolegliwości żołądka; stąd i nie często się z nim lekarz spotyka. Aby odróżnić zresztą bardzo rzadkie przypadki czasowego zaniku wydzielniczego nerwowego od organicznego, należy wykonać próbę według Jaworskiego na obecność fermentów trawieńcowych wlewając do żołądka 200 do 400 c<sup>3</sup>  $\frac{1}{10}$  norm. HCl (p. str. 129, 54). Johnson, Boas, Klemperer przyjmują, że w nerwowym zaniku wydzielniczym znajduje się prawidłowa ilość pepsyny i zymogenu poduszczkowego, brak zaś takowych w zaniku gruczołowym, na co pierwszy w r. 1886 zwróciłem uwagę. Według Ewalda, próba zapomocą kw. solnego nie wystarcza, gdyż on przypuszcza, że fermenty nie wydzielają się i w nerwowym zaniku wydzielniczym. W przypadkach niezytu śluzowego lub ukrytego raka żołądka wykazuje próba wlewania kw. solnego do żołądka obecność fermentów trawieńcowych, lecz w ilości zmniejszonej (p. str. 149).

Aby się dowiedzieć o stopniu niedomogi lub zaniku wydzielniczego co do HCl, należy w treści żołądkowej otrzymanej po próbach trawienia oznaczyć istniejącą ilość utajonego kw. solnego (p. str. 50 d) albo jeszcze lepiej brakującą ilość HCl, potrzebną jeszcze do nasycenia treści żołądkowej (p. str. 50 c). Już przy próbie na sztuczne trawienie pepsynowe (p. str. 58) możemy ocenić ilość braku HCl, gdyż im więcej kropli HCl potrzeba do-

dać do przesącza użytego na trawienie, by otrzymać papierkami tropeolinowymi oddziaływanie na wolny HCl, tem większy jest stopień niedomogi wydzielniczej. Czy wogóle narząd gruczołowy wydziela jeszcze HCl, wykazują próby wyżej podane.

W celu leczenia nerwowego zaniku wydzielniczego należy próbować elektryzowania żołądka (p. str. 42). Gdyż między innymi, A. Jones i Rave mogli stwierdzić, że galwanizowanie żołądka, pobudza go we wielu (jednak nie we wszystkich) przypadkach do wydzielania soku żołądkowego. Stosować jeszcze można natrysków syfonowych (kąpeli gazowej, p. str. 15), przepłukiwań żołądka roztworem 1—2 p. m. HCl i podawania takowego kilka razy w ciągu dnia (p. str. 117), lub w postaci wody sodowej kwaśnej (p. str. 118). Lecz muszę zwrócić uwagę na ten szczegół, że bywają częste przypadki niedomogi wydzielniczej, w których chorzy doznają bólu po użyciu kw. solnego. Tłumaczono to dotąd szczególną wrażliwością żołądka do kw. solnego (Talma). Ja uważam w tych przypadkach jako przyczynę tych bólów podrażnienie już anatomicznie zmienionej błony śluzowej żołądka przez kwas solny, jak to wyjaśniłem na stronie 126.

Uwaga. Nie jest wcale wykluczona możliwość, że chory cierpiący na nerwicę żołądka może z biegiem czasu nabyć i choroby anatomicznej żołądka (wrzodu okrągłego, rozstrzeni i t. p.). Wtedy stosunki rozpoznawcze, a jeszcze więcej terapeutyczne stają się wielce skomplikowane. Ze tego rodzaju skomplikowane przypadki istnieją, pouczyło mnie dotychczasowe doświadczenie lekarskie. Ja przy podejrzeniu na równoczesny zbieg choroby nerwowej z anatomiczną stosuję leczenie skierowane równocześnie przeciw obydwu zbočeniom.

### Nerwice rozsiane. *Gastroneuroses vagae.*

Histerya i neurastenia biorą swój początek we wzmożonej pobudliwości ośrodków układu nerwowego, która może równocześnie objąć i ośrodki kierujące czynnościami żołądka. Ponieważ te ośrodki i ich szlaki prowadzące do żołądka, jak to z uwag fizjologicznych przytoczonych w ustępach o nerwicach ruchowych wynika, w licznych miejscach mózgu i rdzenia są umieszczone, toć

często zdarzać się musi, że przy wygórowanej pobudliwości pewnego obszaru układu nerwowego, powstanie nieprawidłowość w jednej lub kilku czynnościach żołądka. Według doświadczenia klinicznego jest też histerya i neurastenia obfitem źródłem pojawiania się rozmaitych zбоcezeń żołądkowych, tak, że w znacznej części przypadków tych chorób, stanowią one najwybitniejszą grupę przypadłości chorobowych, górujących nad zбоczeniami właściwymi tym chorobom. Stąd też bardzo wielu chorych cierpiących na przypadłości histeryczne lub neurasteniczne udają się do lekarza tylko z powodu dolegliwości żołądkowych. Rzeczą też jego jest, w każdym poszczególnym przypadku zwrócić uwagę, czy obok przypadków żołądkowych istnieją jeszcze inne objawy właściwe dla histeryi i neurastenii. Jeżeli znajdzie takowe, wówczas we wątpliwych przypadkach wypadnie wykluczyć cierpienie organiczne żołądka przez badanie wewnętrzne, mając równocześnie na względzie, że cierpienie organiczne żołądka może wywołać przypadłości przedstawiające się pozornie jako histeryczne lub neurasteniczne, i że w innych jeszcze przypadkach histerya i neurastenia mogą przebiegać obok zmian organicznych w żołądku np. obok wrzodu okrągłego (p. str. 92).

### LIII. Nerwice żołądka histeryczne.

#### *Gastroneuroses hystericae.*

Przypadłościom żołądkowym na tle histerycznym mogą towarzyszyć równocześnie rozmaite tej chorobie właściwe zбоczenia, jako to: ciśnienie na wierzchołku głowy (clavus hystericus), uczucie dławienia lub obcego ciała w przełyku (globus hystericus), przeczulice smaku, powonienia, wzroku, w skórce, zmiany w polu widzenia, niespodziewanie zmieniające się nerwobóle lub bóle stawowe, w innych znów przypadkach znieczulenia dotykowe i elektryczne w rozmaitych obszarach powłok brzusznych, porażenia histeryczne kończyn wobec utrzymanej kurczliwości elektrycznej mięśni a zniesionego uczucia, ostatecznie drgawki i napady histeryczne. Wobec egzaltowanego usposobienia i przedstawiania dolegliwości przez chorych w sposób przesadny, a zmienności powyż-

szych przypadłości bez jakiegokolwiek przyczyny, można przypuścić, że i przypadłości żołądkowe polegają na tem samem tle. Jeżeli zaś powyższe objawy przypadłościom żołądka nie towarzyszą, niema powodu uważać każdego objawu żołądkowego, pojawiającego się u kobiet, za historyczny, ale jako objaw samoistny organiczny lub nerwowy. — Musielibyśmy powtórzyć wszystkie ustępy przytoczone w dziale o nerwicach, gdybyśmy chcieli wyliczać wszystkie zбочenia żołądkowe, pojawiające się w przebiegu histeryi. Przytoczymy tylko te, z którymi się codziennie spotykamy. Zwykle nie przedstawia się nam jedno zaburzenie w czynności żołądka, ale cały szereg tychże, składających się na obraz choroby swoisty.

1. **Niestrawność historyczna** (*dyspepsia hysterica*) jest to najczęstszy zbiór przypadłości żołądkowych u historycznych, z którymi one do lekarza się udają. Ten obraz chorobowy składa się z następujących zбочen.

a) **Brak łaknienia** (*anorexia hysterica*), który pochodzi albo z powodu znieczulenia jamy ustnej, albo uciążliwości w wykonywaniu ruchów polykowych, przez co wyrabia się wstręt do spożywania pokarmów, gdyż ich obecność i żucie nietylko nie sprawia przyjemności, ale staje się wprost przykrem (p. str. 346). Trzeba jednak i o tem pamiętać, że osoby historyczne udają **brak łaknienia** i wzbraniają się przed jedzeniem, chcąc swój stan chorobowy przedstawić otoczeniu, jako bardzo groźny, ukradkiem zaś zjadają wszystko, co się pod rękę nawinie. Przekonałem się o tem u 16-letniej historyczki, dość dobrze odżywionej, która od dwóch lat, według opowiadania wielce strapionej matki, oprócz rosółu, wody i nieco wina, niczego więcej nie spożywała. Zondowanie na ten zabieg nieprzygotowanej pacjentki, która twierdziła stanowczo, że niczego jeszcze nie jadła, wykazało większą ilość miazgi pokarmowej składającej się z owoców. Następne badania wewnętrzne żołądka wykazały mechanizm i chemizm prawidłowy. Może jednak być, że przyczyną rzeczywistego braku łaknienia w niektórych przypadkach histeryi jest czasowy brak kw. solnego (*anachlorhydria nervosa*, p. str. 397).

b) **Przeczulice żołądka** (*hyperaesthesiae hystericae*) w rozmaitych postaciach, jak gniecenie, tłoczenie, nudności, rozdymanie itp.

c) Odbijanie połykowe czcze (*eructatio hysterica*), którym często towarzyszy czkawka (*singultus*), podchodzenie i zbieranie się płynu w jamie ustnej, bębniaca żołądka (*pneumatosis hysterica*), powstająca przez połykanie powietrza, które się może dostać i do jelit, wytwarzając ogólną bębniacę (*tympanites hysterica*). Objaw ten może jednak według obserwacyi niektórych autorów powstać i przez niższe kurczowe ustawienie się przepony. Ze względu na stosunki unerwienia żołądka, należy w bębniacy żołądka i następowem odbijaniu histerycznem przypuścić rozluźnienie wpustu, a skurcz odźwiernika (p. str. 358).

2. Nerwobóle żołądka (*cardialgia hysterica*), pojawiają się w przebiegu histeryi dość często, szczególnie u osób niedokrwiwych i źle odżywionych. Pojawianie się ich spostrzegałem w kilkudniowych lub kilkutygodniowych odstępach z trwaniem 2—3 trójdniowem a przerwami kilkogodzinnemi. W dniach napadu wykazywał żołądek pluskanie aż do pępka, i zawierał ciecz od kw. solnego silnie kwaśną. W dniach wolnych od nerwobólu objawów tych nie było. Chore uśmierzały nerwobóle ciepłą herbatą.

3. Wymioty histeryczne (*vomitus hystericus*) pojawiają się bardzo często w przebiegu histeryi, a u nas zdarzają się przeważnie u Izraelitek. Mają one albo charakter zwracania (*regurgitatio hysterica*), albo wymiotów właściwych (p. str. 369). W niektórych przypadkach poprzedza wymioty napad nerwobólu żołądka, częściej zaś odbywa się wymiotowanie bez żadnych dolegliwości i z ogromną łatwością, co dla wymiotów histerycznych jest cechujące. Nadto sprzeczność, jaka zachodzi między uporczywymi wymiotami a dobrem łaknieniem i dobrem wyglądem chorych, jest dla wymiotów nerwowego pochodzenia bardzo charakterystycznym (p. str. 376). Najczęściej wymiotują chore ciecze, a zatrzymują pokarmy stałe. Są jednak przypadki, w których chore wszystkie pokarmy wymiotują, tak, że w celu zapobieżenia zagłodzenia się, należy stosować ławaty wy odżywcze (p. Część III-cia). W niektórych przypadkach wymiotów histerycznych zauważono we wymiocinach znaczną ilość mocznika (Laykook, Charcot), wobec zatrzymania się moczu.

O ile zachodzi związek między przypadkami histerycznymi a zwiśnięciem trzewiów brzusznych, była mowa wyżej (p. str. 257).

Powyższe zboczenia żołądkowe napotymane w histeryi nie różnią się w swych objawach niczem od opisanych w poprzedzających ustępach; również i postępowanie lecznicze jest prawie to samo, jakie tam przytoczono (p. str. 377, 260). Oprócz tego należy stósować środki przeciwmaciennicze, jakie bywają podawane w podręcznikach klinicznych. Przypomnieć jeszcze wypada, że niedawno próbowano z pewnem powodzeniem w uporeczywych wymiotach i napadach histerycznych wyjęcia jajników (castratio).

W końcu należy pamiętać i o tej okoliczności, że chore na histeryę mogą nabyć z biegiem czasu choroby anatomicznej żołądka, a przez to cały obraz chorobowy staje się wielce skomplikowany. Ja przypominam sobie przypadki, które przez kilka lat uchodziły za histeryę z objawami dyspepsia hysterica, a dopiero później przyłączyły się objawy wrzodu okrągłego z wymiotami krwawymi; jeden taki przypadek długoletniej histeryi zakończył się nawet śmiercią z powodu wymiotów krwawych.

UWAGA. *Hysteria virilis. Hypochondria.* U mężczyzn rzadko zdarzają się przypadłości żołądkowe na tle histerycznym (*hysteria virilis*); natomiast częściej napotymane je w przebiegu *hipochondryi*. Chorzy *hipochondryczni* drobiazgowo i przesadnie opisują uczucia, jakich doznają w żołądku: pełność, czczość, ssanie, cewienie, gorąco lub zimno, gryzienie, uczucie ciała obcego, a nawet bólu; trapią się, że mają wrzód lub raka żołądka, uskarżają się bardzo często na brak łaknienia, podczas gdy przy bliższych wywiadach okazuje się, że nawet za wiele jedzą i piją, dlatego też są zwykle dobrze odżywieni. Jeżeli im się przepisze pewną lub ścisłą dyetę, to jej nigdy nie przestrzegają, ale zmieniają ją według swych zapatrywań. W podobnie nużący sposób przedstawiają oni wrzekome przypadłości ze strony innych narządów; krtani, płuc, serca i t. d. i nie zadawalniają się zwykle radą jednego lekarza. Są swym stanem zdrowia ciągle zajęci i zdradzają obawę lub niepokój o swą przyszłość, zbierają skrzętnie wiadomości z książek lekarskich i ciągle są zajęci leczeniem się, by się wymarzonej choroby pozbyć lub oczekiwanemu wybuchowi takowej zapobiedz. Obraz wrzekomych przypadłości chorobowych, jaki się przedstawił u tego samego chorego przy pierwszym badaniu lekarskiem, utrzymuje się jednostajnie przez całe lata, nie przedstawiając takiej różnorodności jak w histeryi. Nie we wszystkich przypadkach są skargi na przypadłości żołądkowe bez podstawy, chociaż wydaje się, że polegają na tle *hipochondrycznym*; owszem napotykałem często przy badaniu wewnętrznym zboczenie w czynności wydzielniczej lub mechanicznej, które leczyć należało.

Podobnie, jak leczenie chorych histerycznych, wymaga i leczenie chorych *hipochondrycznych*, będących częstokroć istnym *erux medicorum*, wiele cierpliwości i wyrozumiałości ze strony lekarza. Przedewszystkiem należy starać się odwrócić uwagę ich od miejsca wrzekomo chorego przez podanie odpowiedniego zajęcia umysłowego, przez pobyt wśród towarzystw weso-

łych, przez odbywania podróży, jakoteż przez zapełnienie dnia, wyznaczając szczegółowo na każdą godzinę zabieg leczniczy lub zajęcie odpowiednie. Według okoliczności i właściwości cierpienia poleca się: ćwiczenia gimnastyczne, mięsienie, zabiegi wodolecznicze, leczenie winogronowe, środki regulujące stolec, a w stosownej porze wysyła się ich do kąpiel morskich, do Karlsbadu, Marienbadu, Kissingen, Tarasp-Schuls; małokrwestych do kąpiel żelazistych (Krynica, Żegiestów, Cudowa, Bardyów, St. Moritz i t. d.). Bardzo korzystny wpływ na usposobienie hipochondryczne, jak to kilkakrotnie zauważyłem, wywiera pobyt w klimacie wysokogórskim.

#### LIV. Nerwice żołądka neurasteniczne.

##### *Gastroneuroses neurasthenicae. Neurasthenia gastrica.*

W chorobie tak różnopostaciowej co do objawów, jaką jest neurastenia, przedstawiają się przypadki przebiegające ze zбочeniami w czynnościach żołądka nader rozmaicie. Przeważnie zdarza się kilka objawów równocześnie, wykazujących zбочenie w sferze czuciowej, a biorących swój początek w niektórych przypadkach w podnieconej wrażliwości układu nerwowego czaszki, w innych kręgosłupa — *neurasthenia irritativa*, a w innych znów w ogólnem osłabieniu (wyczerpaniu, niemocy) układu nerwowego — *neurasthenia depressiva*. Za przyrodą neurasteniczną objawów żołądkowych przemawiają inne równoczesne zбочenia, jako to: podrażnienie lub pognębienie psychiczne, obawa uliczna (*agoraphobia*) rzadziej obawa przebywania w miejscu zamkniętem (w pokoju, *claustrophobia*), osłabienie pamięci, niemożność pracowania umysłowo, uczucie znużenia; szczególnie w kończynach dolnych, bezsenność, ciśnienie, ból i zawroty głowy, łatwe pojawianie się się krótkiego oddechu, duszności, bicia serca przy wykonywaniu ruchów, uczucie tętnienia w jamie brzusznej, uczucie bólu w kręgach piersiowych i lędźwiowych, przeczulica kręgosłupa, punkty i obszary bolesne (*puncta dolorifica*) w okolicy wyrostków poprzecznych i przestworów międzyżebrowych (p. str. 251, 96), dających się wykazać bądź dotykiem, bądź słabym prądem przerywanym albo przyłożeniem katody prądu stałego; pojawianie się nerwobólów (*neuralgia supraorbitalis, cervico-occipitalis, brachialis, cruralis*), osłabienie popędu płciowego, przeczulica wzdłuż przewodów nasiennych, jakoteż międzykrocza, wzmożenie odru-

chów kołanowych, zaparcie stolca, kuczowe zatrzymywanie się moczu, pojawianie się w nim większej ilości fosforanów ziemnych (*phosphaturia*), w innych znów przypadkach indykanu i szczawianu wapniowego w kryształach i t. d.

Najczęściej napotykanne zbożenia żołądkowe w przebiegu neurastenii można określić jako:

1. *Dyspepsia neurasthenica*, która przedstawia następujące objawy: a) Brak łaknienia (*anorexia neurasthenica*), przyczem wymienie wypada dość często pojawiającą się u chorych wrażliwość (idyosynkrazya) na pewne nawet strawne potrawy, po których spożyciu uskarżają się na dolegliwości podmiotowe (p. str. 345). — b) Uczucie pełności, nawet rzeczywista bębniaca żołądka (*pneumatosis gastrica*), gniecienie i ucisk w dołku podsercowym szczególnie po jedzeniu. Chorzy opowiadają, że czują nawet miejsce gdzie pokarmy leżą. — c) Nudności i niesmak, a w niektórych przypadkach równoczesny zawrót głowy pojawiający się po spożyciu pokarmów (*vertigo stomacalis*, *Magenschwindel*). Nadmienić wypada, że Gaube usiłuje udowodnić, jakoby przyczyną żołądkowego zawrotu głowy był trujący ptomain krystaliczny, który on otrzymał z kału i moczu ludzi ze „złem“ trawieniem, co jednak M. Katz uważa za nieudowodnione. Że jednak w pewnych przypadkach zachodzi związek przyczynowy z przebiegiem trawienia wskazują np. poszukiwania nad tężcem w rozstrzeni żołądka (p. str. 266). — d) Odbijania męczące, czeze bez smaku, albo sprawiające zgagę. — e) Ogromna zmienność objawów; chory przez jeden tydzień ma się źle i uskarża się na rozmaite dolegliwości, w następnym zaś tygodniu przy tych samych warunkach czuje się dobrze. — f) Chory przedstawia usposobienie neuropatyczne, dziedziczne lub nabyte. — g) Co się zaś dotyczy siły wydzielniczej w niestrawności neurastenicznej, to takowe według spostrzeżeń S. A. Pfannenstiela jest zmienną. W 10 badanych przypadkach okazało się wydzielanie HCl, 4 razy nadmierne, 5 razy prawidłowe, a raz zmniejszone. Najważniejszym momentem rozpoznawczym przy badaniu wewnętrznym jest to, że w jednym i tym samym przypadku kwasota treści żołądkowej ■ dnia na dzień ogromnie się zmienia, tak, że może leżeć w granicach wzmożonego wydzielania i niedomogi wydzielniczej.

Podobnie jak w histeryi, może i wśród niestrawności neurastenicznej pojawić się choroba anatomiczna żołądka (rozstrzeń, wrzód okrągły, niezbyt ostry zanikowy i t. p.) i cały obraz chorobowy niezmiernie komplikować. Na przeoczeniu tego równoczesnego zbiegu dwóch stanów chorobowych wychodzi chory bardzo źle, gdyż przez połowiczne leczenie choroba usunąć się nie daje. Ja przy podejrzeniu na komplikację nerwicy z równoczesną chorobą anatomiczną żołądka stosuję także równocześnie i leczenie przeciw jednej i drugiej.

2. Nerwobóle neurasteniczne żołądka (*gastralgia neurasthenica*), zdarzają się o wiele rzadziej niż w histeryi, trwają według Rosenthala przez kilka godzin i pojawiają się w odstępach kilkutygodniowych. Według Ewalda towarzyszy im często nerwoból jelit (*enteralgia* p. str. 217, 291).

3. Wymioty neurasteniczne (*vomitus neurasthenicus*) pojawiają się jeszcze rzadziej, niż nerwobóle neurasteniczne i zwykle bez szczególnych dolegliwości żołądkowych (p. str. 376).

4. Jeszcze należy podnieść obraz chorobowy, który Leube w swoim czasie nazwał ogólnikową nazwą niestrawnością nerwową (*dyspepsia nervosa*), a który niczem się nie różni od wyżej opisanego zбочenia *dyspepsia neurasthenica*. Leube przypuszcza istnienie niestrawności nerwowej, jeżeli żołądek pomimo przypadłości gastrycznych obiad próbny po 7-miu godzinach wydała. A Boas dodaje do tego drugi jeszcze objaw rozpoznawczy, że u tego rodzaju chorych przy badaniu treści żołądkowej na HCl, takowy u tego samego chorego w jednym dniu daje się wykazać, a w drugim go niema, wogóle co do wydzielania daje obraz zmienny. Ja jednak z doświadczenia muszę zrobić uwagę, że ten ostatni objaw rozpoznawczy nie jest rozstrzygający, gdyż napotyka się i w niedomodze wydzielniczej, a żołądek wogóle pod względem wydzielniczym ulega szerokim wahaniom.

W ostatnim opisie niestrawności nerwowej powiada Leube, że ta choroba jest przeważnie nerwicą czuciową, wskutek której występują podczas trawienia przypadłości czuciowe jako też zaparcie stolca, pomimo, że obiad próbny po 7 godzinach opuszcza żołądek, wydzielanie zaś może być prawidłowe, nadmierne lub obniżone. Że Leube kilka odrębnych nerwic żołądka w jedną postać zebrać usiłuje, jest widocznem. Uchodziło to tak długo, dopóki badania wewnętrzne żołądka były jeszcze skąpe, a metody

rozpoznawcze niepewne. Dziś ze względu na leczenie i rokowanie, nie możemy rozpoznawać ogólnikowo niestrawności nerwowej, ale wyróżniać należy pojedyncze stany chorobowe. Herzog też przekonał się w klinice Leydena na 14 przypadkach, które odpowiadały obrazowi chorobowemu niestrawności nerwowej Leubego, że ona mieści w sobie różne zboczenia od siebie przedmiotowo dające się oddzielić, albowiem w jednym okazała się niedomoga wydzielnicza, w innych nadmierne wydzielanie, a w innych znów niedowład mechaniczny.

W obecnej chwili istnieje dążność, aby przypadłości żołądkowe opisane w tym ustępie jako neurasteniczne, oprzeć na podstawie anatomicznej. Dogodną ku temu sposobność dało topograficzne zboczenie trzewiów brzusznych, opisane przez Glénarda pod nazwą enteroptozy (p. ust. XXXII str. 247). O ile zachodzi pewien związek między tem zboczeniem, a przypadłościami neurastenicznymi lub histerycznymi, muszą wykazać dopiero przyszłe poszukiwania. Ostatecznie nadmienić należy, że Paul Cohnheim badał histologicznie strzępy błony śluzowej żołądka oderwane w 6 przypadkach, które klinicznie przedstawiały obraz chorobowy dyspepsia nervosa Leube. Anatomicznie okazały te strzępy zmiany właściwe dla *gastritis parenchymatosa hyperpeptica*, jak to bywa przy hyperaciditas digestiva.

5. *Dyspepsia sexualis* u m ę ż c z y z n. Tą nazwą oznaczamy przypadki żołądkowe, które pojawiają się jako objaw odruchowy u mężczyzn wskutek chorób umiejscowionych w narządzie płciowym. Zboczenia żołądkowe tego rodzaju opisywali Lallemand, Tissot, Curschmann, a obecnie przedstawił je A. Peyer stósownie do dzisiejszych poglądów na nerwice żołądka. Według tego autora zdarzają się przypadki żołądkowe przy nadużyciach płciowych, przy samogwałcie jakoteż wskutek często wykonywanego coitus reservatus. A ze zmian anatomicznych płciowych towarzyszących zboczeniom w czynności żołądka, napotyka się najczęściej zapalenie części krokowej cewki moczowej, rzadziej zapalenie rzeżączkowe cewki moczowej. Chorzy cierpią najczęściej na przewlekły nasieniotok, pojawiający się albo jako częste zmary nocne, albo i dzienne występujące przy oddawaniu stolca lub moczu. Ja z mej strony muszę jednak podnieść, że częściej napotykałem przypadki zboczeń żołądkowych (gniecenie, pełność, brak łaknienia i t. p.), gdzie

chorzy dopiero po wyleczeniu choroby narządu płciowego olejkami santalowym, balsamem kopaiovym, jodem, rtęcią i t. p. uskarżali się na nie, — aniżeli takie, w których istniały równocześnie przypadki żołądkowe wobec niewyleczonych jeszcze zbroczeń w narządzie płciowym. Przy ogromnem rozpowszechnieniu chorób płciowych i żołądkowych zadziwiać nie powinno, że się je napotyka równocześnie u tej samej osoby zupełnie niezależnie od siebie.

Co do rozpoznawania i leczenia niestrawności płciowej, wyraża się Peyer w następujący sposób: Jeżeli mamy przed sobą przewlekłe zbroczenia żołądkowe np. „kurecze żołądka“, które najczęściej tylko naczęzo się pojawiają, a po spożyciu pokarmów znikają, łaknienie przytem dobre a nawet bardzo dobre, język nieobłożony lecz czysty i czerwony, trawienie prawidłowe, badanie fizyczne z wynikiem ujemnym, obok tego towarzyszą inne objawy nerwowe, np. irritatio spinalis, podrażnienie lub przygnębianie psychiczne, zaparcie stolca, wrażliwość pęcherza, — to z góry już będziemy przypuszczać obecność nerwowego zbroczenia żołądkowego. Jeżeli nadto wykażą wywiady długoletnie nadużycia płciowe, a w moczu znajdziemy właściwe nitki z cewki moczowej, szkliste wałeczki z jąder lub plemniki, to nasze przypuszczenie istnienia nerwicy płciowej żołądka zyska na pewności; zastosowawszy zaś miejscowe leczenie przeciw zbroczeniu płciowemu, przekonamy się z jego skuteczności o słuszności naszego rozpoznawania.

Obok miejscowego leczenia błony śluzowej cewki moczowej, do czego autor we wielu przypadkach używał psychroforu, i polecał zaprzestania nadużyć płciowych, stosowane było także leczenie ogólne, działające skrzepiające na układ nerwowy.

O równoczesnem pojawianiu się nerwic jelitowych z żołądkowymi z tych samych przyczyn, była mowa na str. 317.

*Dyspepsia sexualis* u kobiet (p. str. 322).

6. *Dyspepsia emotionis* (Rosenbach). Pod tą nazwą wyłączył Rosenbach z ogólnej postaci chorobowej zwanej neurasthenia gastrica osobny rodzaj niestrawności, nazywany przez niego według pochodzenia etyologicznego *Emotionsdyspepsie*. Według tego autora powstaje choroba po wstrząsie (shoku) psychicznym (przestrachu, zmartwieniu, smutku i t. p.). Ze szczegółowego opisu tej choroby podanego przez Rosenbacha zaznaczamy, że w niestrawności tej po-

jawiają się: ogólna nerwowość, bóle mięśniowe w plecach, raz obrzydzenie do jedzenia zwłaszcza mięsa, drugi raz nagle pojawiający się wileczy głód, raz zaparcie stolca, drugi raz nagła biegunka tuż po jedzeniu; oprócz tego uczucie wzdęcia, braku oddechu i ściskania w gardle. Treść żołądkowa przedstawia się pod względem chemicznym stosownie do przypadku rozmaicie. Zmiana w dyecie nie wpływa na dolegliwości.

W celu zapobiegnięcia wybuchowi niestrawności po doznaniem wzruszeniu psychicznem radzi Rosenbach napić się odrobinę k o n i a k u lub kilka kropel *trae laudani* albo *trae belladonnae*; potem wstrzymać się z przyjmowaniem pokarmów tak długo, aż przejdzie nieprzyjemne uczucie ogólne i żołądkowe, jakoteż ślinienie. W celu leczenia samej niestrawności radzi Rosenbach używać okładów ciepłych na żołądek, ciepłych napojów, *trae laudani* po 5 kropel, albo *trae belladonnae* po 8—10 kropel.

Leczenie miejscowe przypadłości neurastenicznych żołądka nie odnosi zwykle skutku. Powinno ono być skierowane przeciw neurastenii wogóle i działać na układ nerwowy. Tu należą czynniki lecznicze podane w ustępie XLI, str. 338; Terapia bromowa (*strontium bromatum* i *ammonium bromatum* we wodach aromatycznych; *aq. menthae piper.*, *aq. melissae*, *aq. cinnamommi*, *aq. aromatica*), elektryczność (faradyzowanie ogólne p. str. 339), tuczenie, zabiegi wodolecznicze, podróże morskie, zmiana klimatu. Należy jednak nadmienić, że wielu neurasteników jak i histeryczek, z a b i e g ó w w o d o l e c z n i e z y c h nie znoszą; zwłaszcza woda o niskiej ciepłocie działa tak niekorzystnie, że przez błędne stosowanie zabiegów wodoleczniczych podrażnienie nerwowe i przypadłości neurasteniczne lub histeryczne jeszcze wzmódcz się mogą. Jako prawidło dla praktyki należy uważać, że początkowa ciepłota wody powinna być tem wyższa, a trwanie zabiegu wodoleczniczego tem krótsze, im przypadłości neurasteniczne lub histeryczne bywają wybitniejsze. Po dłuższym dopiero czasie należy bardzo zwolna obniżać ciepłotę wody i przedłużać zabiegi wodolecznicze. Podobnie ma się rzecz z k l i m a t e m w y s o k o g ó r s k i m. U wielu chorych, którzy przedstawiali objawy histeryczne lub neurasteniczne we wyższym stopniu, nie widziałem polepszenia podczas pobytu na znacznych wysokościach, przeciwnie zdawało się, że wrażliwość układu nerwowego

pod wpływem podniecającego klimatu wysokogórskiego jeszcze się potęgowała. Przy usposobieniu zaś hipochondrycznym wywierał klimat wysokogórski wpływ korzystny. Bardzo korzystnie mają działać według Lindemanna, na niestrawność neurasteniczną kąpiele morskie w Helgoland.

Najważniejszem dla pomyślnego leczenia przypadłości neurastenicznych okazuje się usunięcie przyczyn wywołujących takowe, jakoto: zбочzeń w na:ządzie płciowym, nadmiernej pracy umysłowej, wpływów psychicznych, małokrwistości i t. p. Przeciw ostatniej skutkują: wody i przetwory żelaziste np. *ferrum sesquichloratum* (3—6 kropel dziennie w szklance wody białkowej), a Rosenthal poleca nawet podskórne wstrzykiwania po jednej strzykawce 5% roztworu *ferrum peptonisatum*, albo *oleinicum* (w roztworze sterylizowanej obojętnej oliwy), lub też *ferrum cutricum*. W tym samym celu bywa polecane ac. *arseniconum* po 1½ mg. na dawkę 3 razy dziennie, najtósowniej w pigułkach ocukrzonych wyrabianych przez apt. Mańkowskiego w Sieniawie i piwo żelaziste J. Kwiatkowskiego wyrabiane w Serecie. — Jeżeli przypuszczamy, że przyczyną może być zwiśnienie trzewiów brzusznych, to wskazane są podpaski (p. str. 260). — Jeżeli wykryjemy niedowład mechaniczny lub rozstrzeń żołądka, w tym kierunku należy leczenie skierować (p. ust. XXII, XXIII), gdyż te zбочzenia według mego doświadczenia bywają często przyczyną następowych przypadłości neurastenicznych.

Symptomatycznie, podajemy przeciw zaparciu stolca *extr. belladonnae* 0,01—0,04 p. d. w pigułkach 3 razy dziennie; przeciw bezsenności kąpiele ciepłe, *sulfonali* (w proszku) 10—20 p. d. na 3 godziny przed spaniem, lepiej *trionali* (w proszku) 10—20 p. d. w godzinę przed spaniem. — Przeciw brakowi łaknienia *orcizinum basicum* po 03 w opłatku (p. str. 349). — Ostatnimi czasy zachwalano jeszcze następowe środki przeciw przypadłościom neurastenicznym: A. Stoequart poleca: Rp *Ichthyoli puri v. natrii sulfichthylicis* 3·0—5·0, *pulv. et syr. rhei q. s. u. f. pil.* Nr. 30. DS. 3 razy dziennie po pigułce użyć. Babes i Constantin Paul widzieli bardzo dobre skutki wstrzykując neurastenikom podskórnie aseptycznie przyrządzoną masę mózgową z barana, a Brown-Séguard płyn jądrowy.

## Nerwice żołądka objawowe (symptomatyczne).

### *Gastroneuroses symptomaticeae s. larvantes.*

Do nich zaliczamy te zбочzenia nerwowe ze strony żołądka, pod których postacią rozpoczyna się lub przebiega choroba zupełnie innego rodzaju. Zdarza się to niekiedy w uwiadzie rdzenia pacierzowego, w zimnicy, błednicy, w dnie, w niektórych prze-

wlekłych zatruciach i t. p. Znajomość tych pozornych nerwie żołądka jest bardzo ważną pod względem rokowania i leczenia, gdyż należy leczyć głównie chorobę ukrytą, a nie objawy żołądkowe.

### LV. Napady żołądkowe tabetyczne.

*Crises gastriques* (Delamare, Charcot).

Pierwszym a nawet czasem jedynym objawem klinicznym zwyrodnienia sznurów tylnych rdzenia pacierzowego są, jak w ustępach o nerwicach ruchowych nadmieniono (p. str. 354), można na czynność żołądka wpłynąć, bywają w niektórych przypadkach przypadłości żołądkowe. Rozpoczynają się one niespodziewanie u chorych, na żołądek dotąd zdrowych, jako bóle w jamie brzusznej nieumiejscowione, jednak ciągnące się ku dołkowi podsercowemu, a niekiedy rozpromieniające się i do ud. Chorzy kładą się do łóżka, gdyż natężenie bólów jest bardzo znaczne, wśród tego pojawiają się wymioty pokarmów, a potem mas żółciowych, mogących zawierać ślady krwi świeżej. Brzuch przedstawia się wciągnięty, a stolce silne zaparte. Napady tego rodzaju powtarzają się kilka razy dziennie, a szczególnie po spożyciu jakiegokolwiek pokarmu, trwają nawet dni kilkanaście, a nie pozwalając na przyjmowanie pokarmów upośledzają odżywienie i wyczerpują siły chorego. Chorzy przedstawiają obraz ciężkiego zapadu. Leyden widział nawet wypadek zejścia śmiertelnego podczas napadu wskutek udaru sercowego (*syncope*). Chorzy nazywają te napady kureczami żołądka. W przypadkach wymiotów tabetycznych okazuje się wydzielanie kw. żołądkowego bardzo zmienne. Nawet u tego samego chorego w różnych okresach napadu bywa ono raz wzmożone, drugi raz obniżone, a w jednym przypadku spostrzegł Leube nawet brak HCl, co zadziwiać nie powinno, gdyż napady tabetyczne mogą się pojawić, bez względu na to, czy osoba dotycząca cierpiała już przedtem na brak lub nadmiar kw. solnego.

W przypadkach uwiędu rdzenia pacierzowego, przebiegających z przypadłościami gastrycznymi, a badanych pośmiertnie, znaleziono (Kahler, Demange, Oppenheim) zwyrodnienia w ośrod-

kowym układzie nerwowym, jak w rdzeniu przedłużonym, w jądrach nerwów błędnych i trójdzielnych.

Napadowe bóle żołądka dostrzegano jeszcze i w innych chorobach rdzenia, jak: w *myelitis subacuta* (Leyden, Oser) i w *sclerosis insularis multiplex*.

Rozpoznanie *crises gastriques* jest we większości przypadków wielce trudne, chociażby lekarz i tę ewentualność już w pierwszej chwili miał na myśli. Podobnie bowiem przedstawiają się: napadowe wymioty Leydena (p. str. 371), które z powodu podobieństwa do napadów tabetycznych nazywa ten sam autor nawet *essentionelle Crisen*, następnie *gastroxia Rossbachi* (p. str. 394), opisane przezemnie *vomitus dolorosus perniciosus* (p. str. 375) i *dyspepsia sexualis* u mężczyzn (p. str. 408). Odróżnienie tych napadów od siebie jest przy niedokładnej znajomości tych zbroczeń chorobowych najczęściej niemożliwe. Widząc zaś chorego po pierwszy raz, może lekarz napad żołądkowy tabetyczny pomieniać z ostrem zatruciem, z napadem kamicy żółciowej lub nerkowej, a nawet z ukrytym wrzodem okrągłym. Napady tabetyczne żołądkowe można odróżnić od bólów i wymiotów we wrzodzie okrągłym przez uwzględnienie następującymi okolicznościami: *a*) że niema dokładnego umiejscowienia bólów, jak to we wrzodzie bywa; — *b*) że bóle rozpromieniają się zwykle ku dołowi w okolicę pęcherza, ud, gdy we wrzodzie okrągłym dążą one najczęściej ku kręgosłupowi; — *c*) że niema w czasie wolnym od napadów bólów uciskowych w okolicy żołądka, jak to we wrzodzie okrągłym często się zdarza; — *d*) że wywiady i bliższe zbadanie chorego daje najczęściej już wskazówki możliwości istnienia uwiadu rdzenia pacierzowego. W tym celu należy zwrócić uwagę, czy nie istnieją już następujące objawy: mrowienie lub bóle przeszywające w kończynach dolnych, zdwojone widzenie, rozszerzenie lub trwałe zwężenie źrenic, zmniejszenie czucia dotykowego lub elektrycznego w kończynach dolnych, zniesienie odruchów kolanowych, niepewność w chodzeniu, a może już niezbornosć ruchów kończyn dolnych. Zdarza się jednak, że rozróżnienie napadów żołądkowych tabetycznych od wrzodu okrągłego nie bywa zawsze łatwe, jak to w następującym przypadku widziałem. Chory liczący 55 lat, bardzo dobrze odżywiony, z wybornem łaknieniem, nigdy nieuskarżający się na ja-

kiekolwiek dolegliwości żołądka, począł dostawać od półtora roku, co kilka miesięcy, nagle szarpających lecz niebolesnych wymiotów bez względu na spożywanie pokarmów, a trwających przez 1—2 dni. Badanie wykrywało: żrenice znacznie zwężone i nieruchome na działanie światła, chód ciężki, uczucie ściągania w pasie. Po wielokrotnych naradach lekarskich w Krakowie i Wiedniu uważano przypadłości żołądkowe jako *crises gastriques*. Lecz w jednym z następnych napadów wystąpiły wymioty krwawe z wyrzuceniem przeszło dwóch litrów krwi skrzepłej. Po trzech miesiącach pojawił się taki sam napad, przyczem chory wskutek bardzo obfitych wymiotów krwawych, nagle życie zakończył. Sekcyi nie robiono. Najprawdopodobniej rozwijały się w tym przypadku obok siebie choroba rdzenia i wrzód ukryty żołądka.

Leczenie napadów żołądkowych tabetycznych jest na razie symptomatyczne, mające na celu uśmierzanie dolegliwości dla chorego niezmiernie uciążliwych. Uśmierzanie napadu jest bardzo trudne. Postępuje się podobnie jak w napadzie nerwobólu żołądka (p. str. 336). Podaje się tam wyliczone nervina. Rosenthal zaleca worki kauczukowe wypełnione ciepłą wodą o 40° C. na kręgi szyjne i piersiowe, worki wypełnione ciepłym piaskiem na grzbiet i jamę brzuszną, przykładanie anody silnego prądu galwanicznego na dołek podsercowy albo silne pędzlowanie faradyczne tej okolicy. Polecane jeszcze bywają: wdychiwania chloroformu; *cerium oxalatum* po 0·05—0·15, 3—4 razy dziennie (Ostankow). Lecz te środki zwykle zawodzą, tak, że trzeba się uciekać do podskórnych wstrzykiwań morfiny lub antypiryny, tej ostatniej w dawce jednorazowej 0·25—0·5 *antipyrini* + 0·5 *aq. d.* W międzyczasie wolnym od napadu należy starać się o podtrzymanie odżywienia, zanim drugi jeszcze gwałtowniejszy napad za kilka tygodni się pojawi.

Jeżeli jesteśmy pewni, że napady żołądkowe mają przyczynę w zwyrodnieniu sznurów tylnych rdzenia pacierzowego, to próbujemy stosować leczenie przeciwkiłowe (rtęć lub jod), gdyż według statystyki Erba powyższa choroba rdzenia pojawia się najczęściej na tle przebytej kiły. Równocześnie z napadami żołądkowymi występujące, przeszywające bóle w kończynach dolnych staramy się uśmierzyc przez założenie opasek obciskających je, lub przygniatanie kolan

do powłok brzusznych (naciąganie nerwów kulszowych), a ostatecznie zapomocą wyżej wymienionych wstrzykiwań podskórnych.

## LVI. Przypadki żołądkowe zimnicze.

### *Gastroneuroses malaricae.*

W typowym przebiegu zimnicy zdarzają się często przypadłości gastryczne, lecz nie o te zboczenia tu się rozchodzi. Zakażenie zimnicze może się ukrywać (*intermittens larvata*), wyłącznie tylko pod objawami gastrycznymi tak, że charakterystycznych objawów zimnicy: powiększenia śledziony, napadów gorączkowych wcale niema. — Przypadłości żołądkowe zimnicze mogą przebiegać pod dwiema postaciami, jako:

a) **Niestrawność zimnicza** (*dyspepsia malarica*, Leube). Polega ona na objawach dyspeptycznych różnego rodzaju, które trwają stale, jednak od czasu do czasu się wzmagają. Chorzy tacy wyjeżdżają zwykle do Karlsbadu z rozpoznaniem nieżytu żołądkowego i tu, chociaż w całej okolicy nie istnieje zimnica, po kilku lub kilkunastu dniach leczenia karlsbadzkiego rozwijają się typowe napady zimnicze, wyjaśniające przyczynę objawów dyspeptycznych. Zmiana leczenia karlsbadzkiego na duże dawki chininy usuwa zwykle chorobę.

b) **Nerwoból żołądka zimniczy** (*gastralgia malarica*), pojawia się na tej samej podstawie, co i inne nerwobóle (*neuralgia supraorbitalis, brachialis, intercostalis* i t. d.), maskujące zakażenie zimnicze. Nerwoból żołądka zimniczy może przebiegać równocześnie z wymiotami, nerwobólem jelit, biegunką: nie pojawia się on jednak zawsze w regularnych odstępach.

**Rozpoznanie** przypadłości żołądkowych zimniczych opiera się przeważnie na tem, że osoby pochodzą z okolic malarycznych i że chinina usuwa objawy chorobowe, a rzadko kiedy typowość napadów kieruje rozpoznaniem. Staje się ono zupełnie pewnem przez wykazanie plasmodiów malarycznych we krwi, jak to spostrzegali E. Korczyński i Madejski w tego rodzaju przypadkach. Postacie amebów, jakie ci autorowie dotąd dostrzegali, były nieregularne, żołądek zaś okazywał najczęściej brak HCl,

oo także miało miejsce w jednym przypadku wybitnego charłactwa zimniczego, obserwowanym przez Buzdygana i Głuzińskiego.

c) W rzadkich lecz ciężkich przypadkach mogą się napady zimnicze objawiać pod postacią przepuszczających krwotoków żołądkowych (p. str. 164). Użycie chininy usuwa takowe.

Przypadki niestrawności zimniczej w porównaniu do częstości zakażenia zimniczego są rzadkie. Należy je uważać jako samozatrucie ustroju (p. str. 266) pewnymi istotami, wytwarzającymi się pod wpływem plasmodiów zimniczych. Przeważnie bywa zajęty układ nerwowy, a tak zwane nerwobóle zimnicze należy uważać jako *neuritis degenerativa toxica* (p. str. 272).

Leczenie niestrawności zimniczej polega na podawaniu przetworów chininy w większych dawkach, a jeżeli żołądek ich nie znosi, to w czopkach. Rosenthal zaleca podskórne wstrzykiwanie roztworu glicerynowo-wodnego z *chininum boricum* po 0,3—0,5. W razie bezskuteczności chininy należy próbować *liquor natrii arsenicosi* (Pearsoni) po 5 kropeł trzy razy dziennie, który to przetwór ma zastąpić *Solutio arsenicalis Fowleri* z obawy (!) przed użyciem potasu; a ostatecznie *Tinctura Eucalypti globuli* po łyżeczce od kawy kilka razy dziennie, jakoteż dłuższy pobyt w suchym klimacie wysokogórskim. O ile błękit metylenowy, który według obserwacji Guttmana i Ehrlicha okazał się skutecznym przeciw napadom zimniczym, i tu korzystnie działa, muszą dopiero pouczyć doświadczenia kliniczne. Prawdopodobnie należy się spodziewać korzystnego wyniku terapeutycznego, gdyż Pareński i Blatteis stosując błękit metylenowy Merck'a przeciw zimnicy w ilości 0,4—0,5 na dawkę, 2—3 razy dziennie, wspominają, że on działa także korzystnie przeciw malarycznym nerwobólom nadoczodołowym.

Zdarzają się jeszcze uporeczywe przypadki niestrawności i nerwobólu zimniczego, które żadnymi środkami usunąć niemożna. W takich przypadkach należałoby jeszcze próbować leczenia skierowanego przeciw samozatruciu ustroju (p. str. 273).

## I.VII. Przypadki żołądkowe blednicze.

### *Dyspepsia chlorotica.*

Przypadłości żołądkowe są bardzo ważnym objawem w przebiegu blednicy, tak, że one w pewnej części przypadków górują nad innymi. Oprócz braku łaknienia i gniecienia po jedzeniu zdarzają się w przebiegu blednicy przeczulice żołądka wysokiego stopnia, przybierające postać kardialgij (p. str. 329). To też niektórzy autorowie w sposób jednostronny uważają blednicę jakoteż niedokrwistość złośliwą, jako objaw samozatrucia ze żołądka (autointoxicatio gastrica, p. str. 266), i polecają tak w blednicy jak i w niedokrwistości przepłukiwania żołądka. Gluziński opisuje nawet osobny typ blednicy jako *chlorosis dyspeptica*. Przedmiotowo w żołądku stwierdza się wydzielanie soku żołądkowego, częściej zwiększone, aniżeli zmniejszone. Na zwiększenie wydzielania kwasu w stanach anemicznych i chlorotycznych zwróciłem uwagę jeszcze w r. 1884, podczas gdy wszyscy inni autorowie przypuszczali w owym czasie zmniejszenie wydzielania HCl u bledniczych i małokrwistych. Dopiero Grüne, Osswald, Riegel, Schätzell dostrzegli również zwiększenie wydzielania w blednicy. Ostatni autor zauważył w 30-tu przypadkach blednicy, 22 razy nadmierne wydzielanie. Równocześnie zdarzają się zmiany w położeniu żołądka, jak zwiśnięcie, pionowe ustawienie, a nawet rozstrzeń żołądka. To też najczęstszym objawem niestrawności żołądkowej bywa zmniejszenie sprawności mechanicznej żołądka (Buzdygan, Gluziński i Piek), tak, że w czezym żołądku znajdują się resztki pokarmów. Równocześnie cierpi i sprawność jelit, co się objawia zaparciem żywota. Że przy tego rodzaju stosunkach nadmierna kwaśność treści żołądkowej może sprawić wytworzenie się nadżerek lub wrzodu okrągłego, a podmiotowo bóle kardyalgiczne łatwo sobie wytłumaczyć. Lecz równocześnie należy mieć na względzie, że u bledniczych pojawia się często kolka jelitowa, którą łatwo można pominąć z powyżej wymienionymi bólami żołądkowymi. Nie mogą pominąć tego, aby nie wspomnieć, że Riegel w przeciwieństwie do wszystkich autorów uważa sprawność mechaniczną żołądka w blednicy za wzmożoną.

W celu leczenia niestrawności błedniczej stosujemy oprócz lekovania wskazanego dla błednicy, równocześnie i zabiegi lecznicze przeciw nadmiernej kwasocie, niedowładowi mechanicznemu żołądka (p. str. 188), zwiśnięciu i pionowemu ustawieniu żołądka (p. str. 260, 263). Bardzo dobre też wyniki widzieli wyżej wymienieni trzej autorowie po rannych przepłukiwaniach żołądka. Obok tego wskazane jest działanie na jelito zapomocą środków przeczyszczających: *rheum, cascara sagrada, extr. fluidum cort. frangulae, pulvis liquiritiae compositus*. Przetworów żelaza chorzy na niestrawność błedniczą zwykle źle znoszą, jeżeli istnieje w żołądku nadmierne wydzielanie HCl (Bazdygan). Natomiast u chorych z prawidłowym lub uposłedzonym wydzieleniem kw. żołądkowego, przetwory żelaza nie sprawiają dolegliwości. Najlepiej znoszą chore na błednicę żelazo w postaci rodzimych szczaw żelazistych przy źródle. We wielu jednak przypadkach należy wprzód przez picie ciepłych wód alkalicznych (Szczawnica Jozefina, Vichy-Célestin, Emser Krähnchen) znieść wrażliwość żołądka, nim się zastosuje przetwory żelaziste.

Ja widziałem w przypadkościach błedniczych dobre skutki z kilkutygodniowego lekovania, stosowanego według zasad podanych przezemnie w Przeglądzie Lek. 1883 Nr. 14. „O wewnętrznem stosowaniu przetworów i wód żelazistych“. Do szklanki daje się 50—100 gm. dobrego białego wina kwaskowatego austriackiego (a lepiej reńskiego), następnie 0.05—0.1 (później więcej) *liquor ferri sesquichlorati* i dopełnia się szklankę dobrą wodą sodową i natychmiast naczczo rano wypija; śniadanie jada się dopiero po 1—1½ godziny po zażyciu. W przypadkach, gdzie obawiałem się pojawienia przypadkości żołądkowych, albo istnienia spraw fermentacyjnych w żołądku, polecałem 1.0—1.5 mentolu lub 10 kropel *Ol. menthae piperitae* na fiaskkę wina. Widziałem również, że chore błednicze bardzo dobrze znoszą sztuczną wodę żelazistą, używając jej rano naczczo z domieszką ¼ dobrego wina białego, a jeszcze lepiej „Pivo żelaziste“ wyrobu J. Kwiatkowskiego w Serecie po ¼—½ litra dziennie.

## LVIII. Przypadki żołądkowe dnawe.

### *Dyspepsia uratica (arthritica).*

Zboczenie to, szczególniej przez angielskich lekarzy obserwowane, może być jedynym objawem, pod którym się dna (*arthritis uratica*) ukrywa. W przypadkach dny obserwowanych przezemnie

wielokrotnie, mogłem wywnioskować, że choroba w swoich początkach polegała przez dłuższy czas tylko na zбочezeniach dyspeptycznych, jak to: niesmaku, odbijaniu, braku łaknienia, uczuciu palenia, gnieceniu, lub też bólu w okolicy żołądka, zgadze, a nawet wymiotowaniu, przyczem istniało zajęcie głowy i ogólne znużenie. Chorzy leczeni byli albo z powodu nieżytu żołądka albo hipochondryi, aż pojawienie się napadu dny i charakterystycznego moczu wyjaśniło istotę choroby. W innych znów przypadkach okazało się przeciwnie, że bywały bóle właściwe w palcach lub stawach, jednak tak nieznaczne i krótkotrwałe, że chorzy na nie szczególniejszej uwagi nie zwracali. Po takich napadach rozwinęły się przypadłości żołądkowe, które nagle lukulusowym obiadam kres położyły. Niektórzy klinicyści (Eichhorst) twierdzą, że dna może się pojawiać także pod postacią nerwobólu żołądka (*gastralgia arthritica*), przyczem równocześnie występuje uczucie duszniczy bolesnej (*angina pectoris*).

G. Séé przypuszczał, że niestrawność dnawa pochodzi z wydzielania się kw. moczowego na błonę śluzową żołądka. Tymczasem Lecorche nie znajdował we wymiocinach artrytyków kw. moczowego, dlatego przypuszcza, że wymioty pochodzą wskutek podrażnienia błony śluzowej żołądka przez krew zawierającą kw. moczowy. Czy w niestrawności dnawej, sądząc po objawach podmiotowych, wydzielanie kw. żołądkowego jest zwiększone, dokładnie nie wiemy. Jednak doświadczenia Bouvereta przemawiają za zwiększonym wydzielaniem. Rozpoznanie niestrawności dnawej jako utajonej dny (*arthritis larvata*) jest wielce trudnem. Można jej istnienie przypuszczać, jeżeli wiemy, że chory żywił się wykwintnie, jeżeli w moczu jest większa ilość osadu moczanów (*sedimentum lateritium*), jeśli wobec przypadłości wskazujących pozornie na nadmiernie kwaśną treść żołądka, nie istnieje nadmierne łaknienie, ani pragnienie.

Leczenie polega przedewszystkiem na przestrzeganiu diety, jakiej wymaga skaza moczanowa (*diathesis uratica*), a następnie na użyciu wód alkalicznych (Karlsbad, Szczawnica, Vichy itp.) i kąpeli ciepłych.

## LIX. Dyspepsia toxica chronica.

Wiele bardzo istot chemicznych (przetwory rtęci, cynku, arsenu, jodu, atropiny, makowca, nikotyny itd.) stosowane przez dłuższy czas jako leki, albo nadużywane przez samych chorych sprawiają objawy przewlekłego zatrucia (*intoxicatio chronica*), które u niektórych osób pojawiają się przeważnie pod postacią zboczeń w przewodzie pokarmowym (*dyspepsia toxica*, *dyspepsia medicamentosa*). Ze względu na częstość zasługują na bliższą wzmiankę dwa zatrucia przewlekłe, mianowicie tytoniem i makowcem, a względnie morfiną.

### 1. Niestrawność z przewlekłego zatrucia tytoniowego.

#### *Dyspepsia nicotiana.*

Palenie tytoniu jest obecnie nie tylko u mężczyzn, ale i u kobiet tak rozpowszechnione i nadużywane, że przypadki przewlekłego zatrucia dymem tytoniowym bywają dość częste, jeżeli tylko zwróci się na nie baczniejszą uwagę w praktyce lekarskiej. Objawy chwilowego zatrucia dymem tytoniowym, jakich doznają początkujący palacze, tu pomijam; chodzi tu o przypadki przewlekłego zatrucia, w których występują przeważnie objawy ze strony przewodu pokarmowego.

Dym tytoniowy działa na narząd trawienia raz szlakiem nerwów błędnych, a drugi raz miejscowo wskutek połykania śliny nasyconej dymem tytoniowym. Wprawdzie jednorazowe użycie nikotyny według doświadczeń L. Wolffa podnieca u człowieka wydzielanie kw. żołądkowego, a zastosowanie dymu tytoniowego u nienawykowych palaczy, sądząc po obfitem ślinieniu i łatwiejszem pojawianiu się wypróżnień, podnieca czynność gruczołów wydzielniczych i wpływa przyspieszająco na ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego, — to przy długoletniem działaniu dymu tytoniowego wynik działania na przewód pokarmowy bywa odmienny. Tadeusz Żuliński, który złożył swoje liczne i mozolne doświadczenia w tym kierunku w rozprawie: „O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy. Przegląd Lek. 1884.

Nr. 1-11" powiada, że nikotyna we większych dawkach i długo używana poraża nerwy wydzielnicze. „Porażenie, jakie wywołuje długie działanie dymu tytoniowego w nerwie błędnym, a szczególnie w jego gałęziach żołądkowych, które wpływają na wydzielanie soku żołądkowego, jakoteż na ruchy narządu trawienia, sprawia, że u nałogowych palaczy, o ile z początku i w małych ilościach używany tytoń budzi apetyt i strawność, o tyle po długim paleniu wywołuje zawsze prawie przewlekły nieżył żołądka i kiszek, często z całym szeregiem objawów tym cierpieniom towarzyszącym, jak brak łaknienia, nerwice żołądka, a nawet zaparcie stolca. Drażnienie bowiem ciągłe i pobudzanie nerwu błędnego wywołuje zawsze stępienie jego wrażliwości i działalności, a tem samem utrzymuje i nieżył żołądka przez drażnienie błony śluzowej żołądka śliną napojoną dymem tytoniowym. Z tejże samej przyczyny bywa zwykle u nałogowych palaczy bardzo często i nieżył przewlekły gardzieli“.

W przypadkach przemennie spostrzeganych objawy niestrawności ograniczały się do braku łaknienia, niesmaku, nudności; w innych zaś istniały bóle napadowe żołądka, które kończyły się wymiotami, co także i Boas dostrzegał, podczas gdy Rossbach widział u palaczy przypadki napadowego sokotoku (*gastroxynsis* p. str. 22). Obok przypadków żołądkowych widziałem równocześnie objawy ze strony jelit, jak bóle w jamie brzusznej (morzysko) zmieniające swoje miejsce, którym towarzyszyło przelewanie w jelitach i parcie na stolec. W niektórych znów przypadkach pojawiała się uporczywa biegunka wodnista, trwająca przez jeden do kilku dni. Wypróżnienia występowały najczęściej tuż po spożyciu głównych obiadów. Przypadki niestrawności dopiero wtedy można uważać z wszelką pewnością jako polegające na tle przewlego zatrucia tytoniowego, jeżeli można wykazać niektóre inne objawy cechujące to zatrucie, jak w narządzie zwrokowym: rozszerzenie źrenice, niedowidzenie, mroczki; w narządzie krążenia: tętno przerywane, bicie serca, bóle okołosercowe, dusznicę bolesną; w narządzie oddechowym: dusznicę, dychawicę, nerwoból opłucnowy, a wreszcie zawroty głowy, odurzenie i osłabienie umysłowe.

Zmiany anatomiczne, jakie sprawia w żołądku nadużywanie tytoniu odpowiadają prawdopodobnie tym, które znajdujemy w nieżycie kwaśnym.

Leczenie polega w pierwszym rzędzie na zaprzestaniu palenia. Lecz chorzy nie zawsze na to się zgadzają. Natenczas należy przynajmniej zmniejszyć ilość dzienną tytoniu do jednej czwartej, i uregulować palenie w ten sposób, aby nie zezwalać na palenie naczczo i po śniadaniu, a dopiero po obiedzie. Rano bowiem dostają się do czczego żołądka składniki dymu tytoniowego ze śliną, a ustrój będąc naczczo w stanie głodzenia, jest wrażliwszy na działania bodźców, niż wśród dnia. Również należy zabraniać palenia tytoniu w nocy w łóżku, gdyż wobec pozamykanych drzwi i okien nagromadza się dym w sypialni i wywiera swoje działanie na ustrój przez całą noc. Następnie należy doradzać palenia tytoniu z długich krętych cybachów, a cygar z długich i przegiętych cygarnic. Przez to niektóre składniki dymu tytoniowego nie dostają się bezpośrednio do jamy ustnej i śliny, lecz osadzają się po drodze. Palenie też papierosów i cygar, kładzionych bezpośrednio do ust jest najzgubniejszym. — Napady przypadłości żołądkowych i jelitowych łagodzą chwilowo gorące kąpiele. We wielu jednak przypadkach, a nawet przeciw bieguncce, działa dobrze popijanie zimnej wody (pół szklanki co pół godziny), jedzenie lodów, przechadzka na wolnem powietrzu, a ostatecznie systematyczne stosowanie zabiegów wodoleczniczych. Na uspokojenie układu nerwowego i krążenia dobrze działa terapia bromowa (p. str. 338).

## 2. Niestrawność z przewlekłego zatrucia makowcem i morfiną. (*Dyspepsia thebaica*).

Zdarza się często, że chory, z bolesnemi chorobami przewlekłemi zasięgają porady lekarskiej z powodu przypadków niestrawności. Przy bliższem jednakże rozpatrzeniu pokazuje się, że przyczyną tychże zбоcezeń, bywa dłuższe używanie przetworów makowca.

Z doświadczeń na zwierzętach wykonanych wiemy, że makowiec i morfina zwalniają ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego i zmniejszają czynność wydzielniczą ślinianek (Claude-Bernard) a prawdopodobnie i wszystkich innych gruczołów wydzielniczych. Ostatnimi czasy wykazali Leubuscher i Schäfer, że po

podskórnem wstrzyknięciu morfiny zmniejsza się albo ustaje zupełnie wydzielanie soku żołądkowego (p. str. 84), a część wprowadzonej morfiny wydziela się na błonie śluzowej żołądka (Alt). Te same zjawiska zauważył Hitzig w przypadku przewlekłego zatrucia u morfinistów. Objawy kliniczne ze strony przewodu pokarmowego, jakie napotykamy przy dłuższem używaniu makowca i morfiny, bywają najczęściej następujące: suchość w ustach, pragnienie wobec braku łaknienia, smak mdły, język obłożony, uczucie pełności w żołądku, zaparcie stolca. Jeżeli zaś chory nadużywający morfiny zaprzestaje takowej, pojawiają się pewne przypadki odwykowe, jak ziewanie, czkawka, uporeczywe rwanie na wymioty, morzysko, biegunka, której towarzyszy silne pragnienie. Jeżeli z wywiadów nic nie wiemy o nadużywaniu morfiny, możemy tylko wtenczas odnieść przypadki niestrawności do zatrucia morfiną, jeżeli równocześnie istnieją jeszcze objawy cechujące to zatrucie, jak znaczne zwięźlenie źrenic, które mogą przybrać rozmiar zaledwie małej główki od szpilki, blizny wskutek nakłuć, właściwy sfigmograficzny obraz tętna, obecność morfiny w moczu; nawykowi morfiniści przedstawiają nadto obniżenie odżywienia ogólnego i umysłowe przytępienie.

Leczenie zatrucia u nienawykowych chorych jest przy dobrej woli pacyenta łatwe, bo wymaga tylko odstawienia narkotyku. Jednak w chorobach przebiegających z wielkimi dolegliwościami lub bólami niełatwo przyjdzie choremu rozstać się z morfiną. Objawowo stosować należy kw. solny, z czego F. Plessner widział prawie stale dobre wyniki. Podaje się kw. solny w roztworze wodnym lub ze szczawami czystymi; dobrze także działają kwaskowate napoje i ciecze, następnie herbata i kawa czarna. W celu skrzeplenia przewodu pokarmowego, jakoteż całego ustroju, polecane bywają stopniowane lekkie zabiegi wodolecznicze, leczenie klimatyczne i dyetetyczne (dobre żywienie). Przeciw wymiotom bywają stosowane lód, lody, oziębione wino szampańskie i dyeta ścisła, jak w nieżycie ostrym (p. str. 66). Biegunka wymaga tylko wtenczas powstrzymania, jeżeli jest zbyt częstą, a trwa długo i przez to wyczerpuje siły chorego. Zwykle więc ograniczamy się do zabiegów dyetetycznych: podajemy kleiki, wino czerwone, lepiej jeszcze wino borówkowe, kawę żołądziową; z leków: *decoctum tub. salep*, *plumbum aceticum*, *magisterium bismuthi*, przetwory

zawierające garbnik; ja widziałem dobry skutek ze zastosowania dermatolu w pigułkach; — zewnętrznie zaś skutecznie działają gorące wilgotne okłady na brzuch. Tak wymioty, jakoteż biegunka pojawiająca się po zaprzestaniu użycia morfiny, zatrzymują się łatwo po zastosowaniu makowca, lecz do tego tylko w ostatniej konieczności uciekać się będziemy.

**UWAGA** Jeżeli zestawimy wszystko, co dotąd o nerwicach żołądka powiedziano i zważymy, że te same przypadki żołądkowe wrzekomo nerwowe mają pochodzić raz z powodu wessania toksynów (samozatrucia p. str. 266), drugi raz z powodu wewnętrznego zwiśnięcia trzewiów brzusznych (p. str. 256) trzeci raz z powodu osłabienia lub zbytnej wrażliwości układu nerwowego w histeryi, neurastenii (p. str. 401, 405), czwarty raz z powodu małokrwistości ogólnej (p. ust. XXXIX) — to łatwo pojąć, jaka dowolność w tłumaczeniu i leczeniu przypadków żołądkowych zapanować musi. Te różnice w pojmowaniu pewnego przypadku stają się stósownie do zapatrywania pojedynczego lekarza tem większe, że nie znajdzie się zapewne nigdy choroby żołądkowej, z podstawą anatomiczną, którejby nie można było podsunąć jeden lub więcej z powyższych momentów etyologicznych. Aby z tego zamętu w praktyce wybrnąć, nie pozostaje nic innego, jak tylko zbadaniem wewnętrznem żołądka sprawdzić lub wykluczyć istnienie zboczeń organicznych w nim, a nie znalazłszy takowych, dopiero potem szukać przyczyn odległych (p. ust. XXXVIII).

## LX. Zboczenia żołądkowe następowe.

### *Dyspepsiae secundariae.*

W przebiegu wielu chorób organicznych rozmaitych narządów dostrzegamy następowe zboczenia gastryczne, które w mniemaniu chorych stanowią ich jedyną i najważniejszą chorobę. To też lekarz musi te stósunki znać i wszystkie narządy dobrze zbadać, aby się nie dać co do istoty choroby przez opowiadania chorego w błąd wprowadzić. Poznawszy zaś źródło przypadków gastrycznych (chorobę serca, płuc, wątroby i t. p.), należy leczenie stósować przeciw tym narządom, a nie przeciw objawom

żołądkowym, które dla pocieszenia pacjentów ich dobrej wierze i na przyszłość pozostawić należy. Czy jednak pewnym chorobom towarzyszą cechujące dla nich zboczenia we wydzielaniu lub w sprawności mechanicznej żołądka, trudno jeszcze obecnie rozstrzygnąć. Każda bowiem choroba n. p. suchoty płucne, zapalenie nerek, itp. może się rozwinąć u którejby osoby bez względu na to, czy jej żołądek jest zdrow, czyli też przedstawia pewne zboczenia. Stąd też badanie wewnętrzne żołądka w pojedynczych chorobach uprawniałoby dopiero wtedy do pewnych wniosków, gdyby znany był stan żołądka przed pojawieniem się pewnej choroby. Przypuścić bowiem należy, że inny wpływ wywrze choroba serca na czynność żołądka prawidłowego, a zupełnie inny, gdy czynność mechaniczna lub wydzielnicza jest już wzmożona lub upośledzona.

1. *Dyspepsia febrilis* (p. str. 274).

2. *Dyspepsia sexualis* u kobiet i u mężczyzn (p. str. 322, 408). jakoteż *vomitus gravidarum* (p. str. 375).

3. Niestrawność w gruźlicy płuc. *Dyspepsia tuberculosa*.

Dość często bywa pierwszym objawem, na jaki się chorzy w samych początkach gruźlicy płuc uskarżają — niestrawność podmiotowa (brak łaknienia, gniecienie, nudności) pomimo, że przy uważnem badaniu narządu oddechowego jeszcze żadnych objawów fizycznych, cechujących gruźlicę płuc wysledzić nie można. Dopiero po kilkumiesięcznem trwaniu niestrawności okazują się pierwsze objawy gruźlicy w płucach. Stan ten nazywa Bourden *dyspepsia praetuberculosa*, a A. Sokołowski opisał go jako *phthisis pseudogastrica*. Przyczyna niestrawności nie leży w żołądku, gdyż w takich przypadkach napotykałem w żołądku sok dobrze trawiący. Sądząc z doświadczeń z tuberkuliną Kocha, której bardzo mała ilość wprowadzona do obiegu krwi sprawia u gruźliczych często przypadłości gastryczne, należy przypuścić, że wessanie toksynów gruźliczych do ustroju nieprzyzwyczajonego w początkach choroby do takowych — jest przyczyną tego stanu dyspeptycznego. Jest to więc nerwica żołądkowa powstała przez zatrucie układu nerwowego toksynami (*dyspepsia toxica*). Częstość przypadków początkowej niestrawności w stosunku do ilości przypadków gruźlicy ma być według Marfan'a niewielka, natomiast Hut-

Robinson ocenia ją na 33%. Wobec wielkiej częstości gruźlicy płuc napotyka się na ukryte przypadki takowej w praktyce dość często, a pomyłka rozpoznawcza wobec początkowej niestrawności gruźliczej jest bardzo możliwa. Następstwa zaś pomyłki są wielce doniosłe, osobliwie wtenczas, skoro zabiegi lecznicze skierowano przeciw przypadłościom żołądkowym, przepisując skąpą dyetę. Korzystniej wypadnie dla chorego, jeżeli rozpozna się mylnie ukrytą gruźlicę, polecając odpowiednie leczenie. Przez tę pomyłkę zdrowiu chorego szkody się nie przyniesie, podczas gdy zaniedbanie leczenia początkowej gruźlicy płuc, zwykle naprawić się już nieda. Wobec braku objawów ze strony płuc mogą wskazywać na istnienie niestrawności przedgruźliczej następujące okoliczności: dziedziczność gruźlicza, habitus phthisicus lub scrophulosus, łatwe zapadanie na nieżyt dróg oddechowych, przebyte choroby zapalne narządu oddechowego, brak podstawy do istnienia przypadłości żołądkowych wykazany przez badanie wewnętrzne żołądka, przelotne podwyższenie ciepłoty. Nie czekając aż się okażą objawy fizyczne gruźlicy, należy u tego rodzaju podejrzanych chorych stosować leczenie przeciwgruźlicze.

W przebiegu ujawnionej już gruźlicy płuc zdarza się niestrawność bardzo często. W ostatnich czasach wielu autorów zajmowało się tą sprawą. Marfan i Schwalbe w swoich drobnowidowych poszukiwaniach nie znaleźli w żołądku suchotników swoistych dla gruźlicy zmian anatomicznych. O. Brieger, Chełmoński, znaleźli w kilku przypadkach wewnętrznego badania żołądka u suchotników brak lub zmniejszenie wydzielania HCl, co znów Hildebrand na podstawie swoich poszukiwań uważa jako zależne od stanu gorączkowego a Gruzdew od pojawienia się potów suchotniczych. Natomiast Schetty, Klemperer, Immerman (Pradella) spostrzegali u jednych chorych podwyższenie, u drugich prawidłowe, a u innych zmniejszone wydzielanie HCl. Chemizm przeto trawienia bywa wogóle mniej więcej upośledzony, lecz nie przedstawia dla gruźlicy płuc żadnych swoistych zmian. Podobnie i w y m i o t y u suchotników nie przedstawiają cechy swoistej, gdyż są odruchowe, zależne od gromadzenia się śluzu i ropy w krtani, w przelyku i w jamie nosowo-polykowej (p. str. 374). Właściwe zmiany gruźlicze w żołądku zdarzają się jako wrzody gruźlicze, lecz są to przypadki bardzo rzadkie, opisane w polskiej lite-

raturze przez W. Piska, a ostatnimi czasy przez Przewoskiego pod nazwą *gastritis tuberculosa ulcerosa* (p. str. 165).

Leczenie. Niestrawność gruźlicza stoi na przeszkodzie leczeniu i dobremu odżywianiu chorych gruźliczych, lecz wobec ważności choroby głównej i przedmiotowego stanu żołądka w zabiegach terapeutycznych wiele na nią zważać nie należy, gdyż żołądek u nich, pomimo przypadłości żołądkowych może zwalczyć znaczną ilość pokarmów, jak tego dowodzą przypadki forsownego żywienia (*gavage*) według Debov'ego. Należy też tego sposobu żywienia używać, gdy brak łaknienia trwa uporeczywie (p. str. 346). Najczęściej okazują chorzy ws ręt do mięsnych potraw, większy do ciepłych, a mniejszy do zimnych; nie należy im dlatego zabraniać spożywania mięsa z dodatkami korzennymi, z ćwikłami, ogórkami, sałatą, octem i t. p. Trawienie żołądkowe ma podniecać kreozot sam (p. str. 224) lub z olejkim miętowym (Turban) jako też gwajakol (Henne). Zamiast kreozotu i gwajakolu próbować jeszcze należy obecnie przez Mosetig-Moorhofa poleconego *extractum leucii scordii depuratum*, także *teucrinum* zwane. Środek ten, który wstrzyknięty podskórnie u gruźliczych wywiera podobny wpływ na miejsce gruźlicą zajęte jak tuberkulina Kocha (Trzebicki), użyty wewnątrznie w ilości 0.5 (w kapsułkach ma działać) według tego autora także jako dobry środek natrawienny (*stomachicum*). Lecz nie u wszystkich chorych można osiągnąć tymi środkami pożądaný skutek. Czasem pobudza łaknienie woda sodowa kwaśna z winem. Najlepsze wyniki lecznicze niestrawności gruźliczej widziałem w klimacie wysokogórskim (alpejskim). Tak np. w Sanatorium dra Turbana w Davos-Platz na wysokości 1576 m. nad poziomem morza z 44 dyspeptyków z r. 1891 utraciło 30-tu objawy niestrawności w zupełności i przybrało znacznie na ciężarze (p. str. 199). Również i chorzy cierpiący na niestrawność jelitową, objawiającą się przewlekłą biegunką utracili ją w klimacie wysogórskim i przyszli do stolców prawidłowych. Podnieść jeszcze należy korzystne działanie tego klimatu na krążenie i na skład krwi, którego poprawa jest pierwszym warunkiem wyleczenia suchot płucnych. Ostatnimi bowiem czasy wykazał Egger z Arosa (1800 metr. nad poziomem morza) na podstawie szczegółowych doświadczeń na zwierzętach

i ludziach, którzy tam z nizin przybyli i zamieszkali, znaczne zwiększenie się ciałek czerwonych i hemoglobinu we krwi.

#### 4. Przypadki żołądkowo-sercowe.

a) *Irritatio cordis dyspeptica*. Pod tą nazwą ujęty bywa stan chorobowy różnego pochodzenia etyologicznego, ale przebiegający z tymi samymi objawami. Chorzy uskarżają się na bardzo przykre uczucie kołatania serca, niepokoju, lęku, ściskania lub rozpierania w okolicy serca. Przedmiotowo stwierdzamy najczęściej przyspieszenie tętna do 200 uderzeń (*tachycardia*), rzadziej przepuszczenie albo niemiarowość (*arhythmia*) tętna. Uderzenia zaś serca bywają niekiedy tak silne, że można widzieć wstrząsanie ścian klatki piersiowej. Te objawy pojawiają się w napadach trwających przez kilka godzin lub kilka dni. Występują one po niestósownem żywieniu lub pogorszeniu niektórych spraw chorobowych żołądka lub jelit jak: niedomogi mechanicznej, rozstrzeni, bębniicy, wskutek przepelnienia żołądka pokarmami, a może i wskutek wessania wytworów rozkładowych z treści żołądkowej (p. str. 267). Badając zaś serce, w jednych przypadkach nie jesteśmy w stanie wykazać zmian organicznych, podczas gdy w drugich one się znajdują. W pierwszym przypadku mamy nerwicę sercową wywołaną prawdopodobnie odruchowo; w ostatnim zaś powstaje wzmożenie już istniejących przypadłości sercowych, wskutek podrażnienia uciskowego lub odruchowego przez zboczenia w żołądku. Chorzy przypuszczają często, że przyczyną objawów sercowych jest żołądek, gdyż skoro nastąpi kilkurazowe odbicie, przypadłości sercowe się zmniejszają lub znikają zupełnie.

Także i właściwa dusznica bolesna (*angina pectoris*) rozpoczyna się od przypadków żołądkowych. Chorzy po obfitym obiedzie doznają nagle wzdęcia, ściskania w okolicy serca, brak oddechu, a nawet nieprzytomności, po kilku odbiciach gazem napad ustępuje. Tego rodzaju chorzy przechodzą przez różne kuracze żołądkowe w domu i w Karlsbadzie bez znacniejszego polepszenia. Przypominam sobie cztery przypadki dusznicy bolesnej, które zakończyły się nagłą śmiercią, a za życia uchodziły jako niestrawność żołądkowa.

Rzadko znajdujemy zmniejszenie częstości tętna (*bradycardia*) w przebiegu chorób żołądka. Według Riegela ma to miejsce

we wrzodzie okrągłym i w znaczniejszej rozstrzeni żołądka. Tętno może się obniżyć aż do 40 uderzeń na minutę. Ja leczyłem przypadek rozstrzeni żołądka, w którym tętno wynosiło 36. Wobec braku zmian fizykalnych w samym sercu przypuszczam, że w tych przypadkach ma się do czynienia ze samozatruciem (*autointoxicatio*) z przewodu pokarmowego (p. str. 267).

Jeżeli rozpoznajemy wpływ zboczenia żołądkowego na powstawanie przypadłości sercowych, co jednak napotyka na znaczne trudności, to leczenie stosujemy przeciw zboczeniom przewodu pokarmowego; mięśnienie w kierunku odźwiernika, mięśnienie jeli w celu wydalenia gazów, środki przeczyszczające: jak używanie przez dłuższy czas wody karlsbadzkiej, soli morszyńskiej, soli karlsbadzkiej; zapobieganie sprawom rozkładowym i fermentacyjnym w żołądku (p. str. 224). W dycie mają chorzy unikać potraw rozdymających (mącznych, zielonych jarzyn i t. p.), i powinni jadać małe ilości, a często.

b) W przebiegu organicznych chorób serca (wad zastawkowych, zapalenia przewlekłego mięśnia sercowego) a zwłaszcza w miażdżycy aorty pojawiają się przypadłości niestrawności żołądkowej (*dyspepsia cardiaca*). Niekiedy przybierają one cechę nerwobólu żołądka, a chorzy przychodzą do lekarza jedynie ze skargą, że cierpią na przypadki żołądkowe. Jako przyczynę takowych można uważać zastoiny żylny w błonie śluzowej żołądka; są to przeto przypadłości następowe. Hüfner i Einhorn badając wewnątrznie żołądek w przypadkach chorób sercowych znaleźli w niektórych brak HCl, w innych obecność tegoż. Adler i Stern na 20 chorych sercowych znaleźli w 16 obecność HCl. Riegel twierdzi, że jak długo wada sercowa jest wyrównaną, wydzielanie i sprawność mechaniczna żołądka są prawidłowe. Wobec niewyrównanych wad ma być wydzielanie upośledzone. Wynik ten nie naprowadza zatem na jakąkolwiek cechę swoistą. Leczenie powinno być skierowane przeciw chorobie serca; z polepszeniem takowej polepszają się także i przypadłości żołądkowe.

5. W chorobach wątroby, która zabiera krew żylną ze żołądka, pojawiają się często przypadłości „nieżytowe“ żołądka na tle zastoinowym. Napotykamy je przeważnie w przebiegu przekrwienia biernego, marskości i raka wątroby, czasem nawet wcześniej, nim można rozpoznać chorobę wątroby. Leczenie skiero-

wane bywa w pierwszym rzędzie do zmian chorobowych w wątrobie.

6. W chorobach nerek pojawiają się często przypadłości dyspeptyczne, a niekiedy stan mocznicowy (*uraemia*) rozpoczyna się i przebiega przeważnie wśród objawów żołądkowych (nudności i wymiotów). Bartels widział przypadki chorób nerek, gdzie treść żołądkowa była alkaliczną. E. Biernacki w 25 przypadkach, jakoteż Krawkow w 8-miu na 26 przypadków dostrzegali przeważnie stałe zmniejszenie kwasoty i pepsyny w treści żołądkowej, bez obniżenia sprawności mechanicznej. Dla wyjaśnienia tego spostrzeżenia może posłużyć uwaga, że wśród napadu mocznicowego zauważano obecność mocznika, a nawet węglanu amonowego w treści żołądkowej. Riegel jednak dostrzegał tylko w mniejszości przypadków przewlekłego zapalenia nerek zmniejszenie wydzielania HCl, przeważnie było one prawidłowe.

Cheąc się ochronić od niespodzianek rozpoznawczych wobec objawów niestrawności, nie należy zaniedbywać badania moczu. Zabezpieczy ono jeszcze przed bardzo ważną pomyłką rozpoznawczą. Jeżeli chory uskarża się na wzmożone pragnienie, to może być ono tak objawem nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego, lub rozstrzeni, jakoteż cukromoczu (*diabetes mellitus*). O znaczeniu badania moczu w organicznych zboczeniach żołądka, p. str. 82, 218, 234. Przypadłości żołądkowe i siła wydzielnicza żołądka w chorobach nerek polepszają się, w miarę jak wydzielanie moczu się zwiększa a obrzęki się zmniejszają, w tym też kierunku należy działać terapeutycznie.

7. W żołąkach i małośkrwistości wieku młodocianego objawy niestrawności zdarzają się bardzo często i stoją na przeszkodzie leczeniu tych chorób, wymagających dobrego odżywiania. Przyczyna niestrawności nie leży tu w zmianie chemizmu, ale w upośledzeniu mechanizmu trawienia. Openchowski jako też i Frantzen dostrzegali na zwierzętach, że żołądek wprowadzony w stan małośkrwistości przez podwiązanie naczyń doprowadzających krew do niego, wykonywa ruchy nieprawidłowe, a ostatecznie popada w stan porażenia. Spostrzeżenia kliniczne również zatem przemawiają, gdyż u chorych małośkrwistych niedowład mechaniczny żołądka jest bardzo częstym objawem (p. str. 189). Co się zaś dotyczy siły wydzielniczej, to tę w przeciwstawieniu do ogólnego przypuszczenia autorów jeszcze przy badaniach z r. 1884

znalazłem w przeważnej części przypadków wzmózoną (p. str. 81). Szczególnie Izraelici, którzy odznaczają się u nas znaczną małąkrwi-  
stością i wychudnieniem, przedstawiają wysokie stopnie kwasoty  
żołądkowej.

8. C u k r o m o c z (*diabetes mellitus*). Pomimo wzmózonego  
łaknienia, a nawet żarłoczności w tej chorobie, bywa siła wy-  
dzielnicza żołądka tylko w mniejszości przypadków wzmózona;  
zwyczajnie jest ona obniżona, jak to doświadczenia kilku autorów  
pouczyły. Natomiast sprawność mechaniczna żołądka w cukro-  
moczcu okazała się według obserwacyj Gansa prawidłową, a nie-  
kiedy i wzmózoną.

### LXI. Ważniejsze wskazówki dla badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka.

Ze względu, że w wielu przypadkach przypadłości żołądka  
towarzyszą chorobom innych narządów, lub są od nich zależne,  
należy zawsze u chorego uzalającego się na takowe, przepr-  
wodzić wywiady i badanie systematyczne co do wszystkich narządów. Przyszedszy z kolei do żo-  
łądka, należy zwrócić uwagę obok innych szczegółów na następu-  
jące ważne okoliczności, zwłaszcza tam, gdzie nie wiemy, czy bę-  
dzie możliwe zondowanie żołądka, lub czy się takowe uda.

1. W y w i a d y (*anamnesis*) powinny przede wszystkim obej-  
mować następujące szczegóły: a) W i e k chorego ze względu na  
możliwość nowotworu. — b) Z a j ę c i e i s p o s ó b żywienia  
się ze względu na zboczenia w sile wydzielniczej, przyczem na-  
leży uwzględnić, że u Izraelitów nadmierne wydzielanie kw.  
żołądkowego, a u Izraelitek przypadki nerwowe żołądka są  
objawami częstymi, u naszych zaś wieśniaków rak żołądka czę-  
ściej się przydarza, niż wrzód żołądka (p. str. 136), u nadużywa-  
jących znów napojów wysokokowych pojawia się najprzód nieżyt  
kwaśny, a później śluzowy. — c) T r w a n i e choroby żołądka ze  
względu na możliwość istnienia sprawy nowotworowej, która zwy-  
kle dłużej jak półtora roku się nie przeciąga. — d) W z m o ż o n e  
ł a k n i e n i e i p r a g n i e n i e: możliwość rozstrzeni z nadmierną  
kwaśnością, wrzód okrągły, żarłoczność nerwowa. — e) P o-

wstrzymywanie się od jedła zdarza się z braku łaknienia (rak, nieżyt śluzowy, histerya), albo z obawy przed bólami żołądka (wrzód, przeczulica nerwowa). — *f*) Wstręt do pokarmów mięsnych wskazuje na choroby żołądka z brakiem wydzielania soku żołądkowego, np. na raka albo na nerwowy brak łaknienia. — *g*) Odbijania czeze pokarmami: rozstrzeń; czeze bez smaku: nerwica ruchowa. — *h*) Zgaga naczezo: możliwość obecności sokotoku. — *i*) Zwracanie z czkawką: objaw niestrawności w histeryi. — *k*) Wymioty zaraz po jedzeniu: nerwica, która najczęściej powstaje u kobiet wskutek wrażeń psychicznych; — wymioty naczezo treścią śluzową: nieżyt śluzowy; — wymioty czeze treścią pokarmową: rozstrzeń. — *l*) Wymiociny zawierają większe ilości pokarmów, zwłaszcza dawniej spożytych: cieśń odźwiernika; — wymiociny smaku gorzkiego: żółciowe; — wymiociny smaku kwaśnego: kw. solny lub kw. organiczne, a wymiociny woni octowej albo zjełzłego masła lub sera: fermentacya octowa, masłowa lub kozłkowa, woń zaś kałowa wymiocin: niedrożność jelit; — wymiociny barwy czekoladowej lub czarnej: krwotok żołądkowy. — *m*) Nudności i uczucie pełności: brak soku żołądkowego, nieżyt pijacki, sprawy fermentacyjne, tasiemiec. — *n*) Bóle w żołądku po spożyciu pokarmów skrobiowych lub jarzyn, zmniejszające się zaś po użyciu płynów ciepłych: wrzód, nieżyt kwaśny, przeczulica; — bóle w okolicy żołądka, ostro rozpromieniające się ku klatce piersiowej lub grzbietowi: wrzód okrągły, kamica żółciowa; — bóle żołądkowe palące na większej przestrzeni: nieżyt kwaśny, wrzód, zwiśnięcie żołądka; — bóle tępe długo trwające: rak żołądka; — bóle napadowe w okolicy żołądka: nerwoból żołądkowy lub jelitowy (*cardialgia*, *enteralgia*), wrzód okrągły, kamica, kolka wątrobową (*neuralgia hepatica*). — *o*) Stolce czarne: krwotok żołądkowy lub jelitowy. — *p*) Zaparcie stolca: nadmierne wydzielanie kwasu, cieśń odźwiernika, zwiśnięcie trzewiów brzusznych; — *r*) Biegunka: niedowład wydzielniczy, rak żołądka. — *s*) Szybkie opadanie ciężaru ciała, np. kilka kilogramów w przeciągu kilku tygodni: krwotok żołądkowy lub kiszkowy, sprawa nowotworowa.

2. Przy badaniu fizycznym żołądka należy przede wszystkim uwzględnić: — *a*) Obniżenie krzywizny dużej

zapomocą wzroku, wypuku i wyczuwania zondą; ruch robaczkowy żołądka. — *b*) Występowanie chęłbotania w żołądku czczym, jakoteż w 7 godzin po obiedzie — *c*) Bolesność dotykową ograniczoną. — *d*) Wyniosłość i opór w okolicy żołądka. — *e*) Jakość wypuku i wielkość półksiężycowego obszaru Traubego. — *f*) Granice żołądka po podaniu proszków burzących (p. ust. I, III, XXVI, XXVII i XXVIII).

3. Jeżeli wyniki z powyższego badania są wątpliwe, należy przystąpić do wewnętrznego badania żołądka (p. ust. II—VI), u chorych wrażliwych w 3—5 minut po zapędzłowaniu podniebienia miękkiego i połyku 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ym roztworem kokainy. Na podstawie tylko jednorazowego badania chorego, w czasie dowolnym, t. j. kiedy się chory przedstawi lekarzowi, można uzyskać tylko bardzo ograniczone wyniki, a tem samem i niepewne wnioski rozpoznawcze (p. str. 61). Dlatego, jeżeli chorego tylko raz można zondować, należy przynajmniej z badać żołądek czczy a treść wyciągniętą poddać badaniu drobnowidowemu (p. ust. V) i chemicznemu (p. ust. VI) i zwrócić przeważnie uwagę na składniki morfotyczne błony śluzowej, na obecność pokarmów, żółci, ilość kw. solnego i t. d. Zbadanie wewnętrzne żołądka czczego jest co do wyników najważniejszym, o wiele ważniejszym, niż badanie podczas trawienia. Nie należy go nigdy zaniechać, gdyż ono już samo przez się może wydać rozstrzygające wyniki np. w przypadkach zalegania pokarmów, lub obecności większych ilości soku żołądkowego. Po wyciągnięciu treści czczej można, jeżeli chory jest cierpliwy na zondowanie, wykonać próbę białkową na sześć kwadransów, lub podać śniadanie próbne (p. ust. IV). Jeżeli można mieć chorego przez kilka dni w obserwacji, na co lekarz dla dokładności i pewności rozpoznania nalegać powinien, a co przy braku kw. solnego jest koniecznem, to należy choremu podać o godzinie ósmej wieczórę próbną (p. str. 58), i nazajutrz rano naczezo przekonać się, czy żołądek się wypróżnił, a następnie w celu zbadania żołądka na szczycie trawienia uskutecznić próbę białkową po trzech kwadransach, albo śniadanie próbne po godzinie, lub zamiast tych obiad próbny po pięciu godzinach. Na drugi znów dzień w celu zbadania czasu wydalania treści żołądkowej w podobny sposób wykonać próbę białkową po sześciu kwadransach, lub obiad próbny po siedmiu godzinach. Im więcej

rozmaitych równorzędnych prób się skuteczni, tem rozpatrzenie się w danym przypadku jest łatwiejsze a rozpoznanie pewniejsze. Aby przyjść chociaż do prawdopodobnego wyniku, potrzeba chorego poddać badaniu z rzędu przynajmniej przez trzy poranki. Rzadko jednak mając chorego, do zondowania nieprzywykłego, można zużytkować wyniki pierwszego i drugiego zondowania do celów rozpoznawczych, dlatego chcąc dojść do celu trzeba badaniu więcej niż trzy dni poświęcić, zwłaszcza, że jeszcze w przypadkach braku kw. solnego przyjdzie zbadać siłę wydzielniczą błony śluzowej co do pepsyny i fermentu podpuszczkowego (p. str. 129). Z jednorazowej próby trawienia niemożna zwykle wyprowadzać daleko idących wniosków, bez obawy popełnienia pomyłki rozpoznawczej (p. str. 61).

U chorych, uskarżających się na bóle w żołądku, bardzo korzystnem dla celów rozpoznawczych bywa otrzymanie treści żołądkowej podczas napadu bólu, gdyż możemy się często dowiedzieć o przyczynie bólu, którą może być: nadmierna kwaśność treści żołądkowej od HCl lub od kw. organicznych, sprawy fermentacyjne i rozkładowe, zaleganie zbyt wielkich kawałków pokarmowych i t. p. Albo może trawienie przedstawiać się prawidłowo, a pojawiające się bóle okażą się pochodzenia nerwowego (p. str. 329).

4. Wyniki badania wewnętrznego żołądka należy dla łatwiejszego przeglądu zestawiać według następującej tablicy:

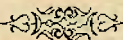


5. Wreszcie należy uwzględnić m o c z; oddziaływanie alkaliczne i brak chlorków w moczu napotyka się w rozstrzeni z nadmiernem lub trwałem wydzielaniem soku żołądkowego, obecność indykanu i peptonu zdarza się w raku żołądka i t. d. (p. str. 141, 218, 234). Równocześnie należy pamiętać, że w chorobach nerek (chorobie Brighta), pęcherza, cukromoczu chorzy zwłaszcza w początkach choroby skarżą się jedynie na dolegliwości żołądkowe, nie wiedząc wcale o głównem cierpieniu (p. str. 430).

6. Przy rozpoznawaniu choroby z wyników badania należy przedewszystkiem rozróżnić, czy dane zboczenie żołądkowe jest samoistne, lub następowe, albo też towarzyszące zboczeniom chorobowym innych narządów. Przy samoistnej chorobie żołądka należy rozróżnić, czy jest ona organiczną, czyli też nerwicą (p. ust. XXXVIII, XXXIX). Jeżeli choroba żołądka okazuje się organiczną, to trzeba mieć na względzie, czy przebiega ze wzmocnieniem, czyli też ze zmniejszeniem siły wydzielniczej lub ruchowej, a wreszcie jaka przypuszczalna zmiana anatomiczna toczy się w żołądku. W przypadku samoistnego zboczenia na tle nerwowem należy ocenić, która czynność żołądka jest przeważnie zajęta, a następnie czy siedziba choroby jest obwodową czy ośrodkową.

7. W przebiegu leczenia chorób żołądka, a szczególnie polegających na zmianie siły wydzielniczej lub ruchowej, należy kontrolować postęp leczenia przez badanie wewnętrzne, przeprowadzając je co tygodnia lub co dwa tygodnie. Ze względu, że przypadłości żołądkowe nie zawsze idą w parze ze zmianami przedmiotowemi, nie powinno się skutku leczenia oceniać jedynie po zmianie w przypadłościach podmiotowych. Kierując się bowiem temi ostatniemi, można chorego wypuścić albo za wcześnie z leczenia, nim jeszcze siła wydzielnicza lub wydalanie rzeczywiście się poprawiły, a tylko wskutek przestrzegania pewnej diety lub symptomatycznego leczenia choroba nie przedstawia przypadłości podmiotowych, a właściwie jest ona tylko zamaskowaną, by wkrótce znów powrócić; albo może zajść wypadek, że chorego za długo się leczy w tym kierunku, że używane środki lecznicze albo zbyt obniżyły siłę wydzielniczą, albo może wcale nie wpłynęły na zboczenie czynnościowe lub anatomiczne żołądka; leczenia przeto w pierwszym przypadku należy zaprzestać, a w drugim je

zmienić. Chorzy np. w Karlsbadzie popełniają często ten błąd leczniczy, że uczuwając po 2—3 tygodniach zmniejszenie przypadłości żołądkowych, uważają się już za zdrowych i nalegają na lekarza, by leczenie kończył, pomimo, że badaniem wewnętrznem stwierdzić się daje dopiero nieznaczne przedmiotowe polepszenie. W tak bowiem krótkim czasie przewlekłe zmiany anatomiczne w żołądku nie mogą być usunięte; to też tacy chorzy odjeżdżając ze zamaskowanym tylko stanem chorobowym, doznają przykrego rozczarowania, gdy dawne dolegliwości po pewnym czasie znów wracają. Rzadziej zdarza się, że chorzy szczególniej Izraelici, za długo i nadmiernie używają leczenia karlsbadzkiego, pijąc po kilkanaście kubków wody mineralnej dziennie, a żywiąc się przytem niedostatecznie. To postępowanie sprowadza albo niedomogę wydzielniczą, albo niedowład mechaniczny żołądka, do czego wskutek złego odżywiania się, dołącza się jeszcze niedokrwiłość, obniżenie ciężaru ciała i ogólne osłabienie.



## CZEŚĆ III.

### Żywienie w chorobach żołądka.

Leczenie dyetetyczne jest najważniejszym zabiegiem terapeutycznym w chorobach żołądka. Ono samo wystarcza do usunięcia dolegliwości żołądka w przeważnej liczbie przypadków. Ja też przede wszystkim w leczeniu chorób żołądka posługuję się dyetetyką; leki apteczne są u mnie tylko środkami pomocniczymi lub zapisanymi dla psychicznego uspokojenia chorego. Nie należy jednak sądzić, że dyetetyka w chorobach żołądka jest w ścisłym słowa znaczeniu lekowaniem. Przeważna część chorób żołądka powstała z powodu podrażnienia narządu przez wprowadzenie doń szkodliwości, lub przez zbytne podniecanie jego czynności. Choroby żołądka ustąpiłyby też często, gdyby czynność żołądka mogła być przez pewien czas zawieszona. Ponieważ to tylko do pewnego stopnia jest możliwe, chodzi przeto o to, aby w chorobach żołądka czynność narządu ograniczyć do minimum, a dzieje się to przez zastosowanie żywienia, wymagającego, o ile można najmniejszego wysiłku chorego narządu. Aby przeprowadzić leczenie dyetetyczne w chorobach żołądka, należy najprzód dokładnie poznać zmiany chorobowe żołądka, a następnie wiedzieć jak się zachowują pojedyncze potrawy w żołądku. Przedewszystkiem chodzi o to, aby lekarz znał się na rozmaitych sposobach przyprawiania pokarmów, które w danym przypadku, stanu chorobowego żołądka nie zwiększają, lecz owszem go łagodzą. Wielką też korzyścią jest dla lekarza, jeżeli się zapozna i ze sztuką ku-

linarną. Ja się przekonałem wielokrotnie, że we wykonawstwie lekarskiem, o ile zapisuje się stosowne leki, o tyle znów psuje się przez niezastosowanie odpowiedniej diety.

Przy żywieniu chorych żołądkowych mamy do rozstrzygnięcia ilość i jakość potraw, jakie mają być podane w danym przypadku.

## LXII. Ilość dzienna pokarmów.

Choroba żołądka jako taka nie wymaga wprowadzania pokarmów do niego. Owszem byłoby korzystniej dla chorego żołądka, gdyby mógł być wolny od pokarmów przez pewien czas, tj. wypoczął sobie od swej czynności. Z tej zasady wychodząc, obecnie we wielu przypadkach, jak to niżej szczegółowo podanem będzie, nie podaje się choremu przez kilka dni pokarmów, a żywi się go za pomocą ławatyw odżywczych (p. niżej).

Ilość dzienna pokarmów potrzebna do utrzymania równowagi ciała, powinna być według Voita dla mężczyzny miernie pracującego a ważącego przeciętnie 70 kg. taka, aby w niej znajdowało się:

118 gm. białka, 56 gm. tłuszczu, 500 gm. wodników węgla,  
a dla kobiety mniej;

94 gm. białka, 45 gm. tłuszczu, 400 gm. wodników węgla.

Według Rubnera można wyrażać wartość odżywczą pojedynczych składników pokarmów przez odpowiednią ilość jednostek ciepłkowych (kaloryj), jaką one przez spalenie wydają, rozumiejąc pod kaloryą tę ilość ciepła, jaka potrzebna jest do ogrzania jednego kilograma wody o 1° C.

Doświadczenie poucza, że wydają:

1 gm białka	= 4.1 kaloryj
1 gm wodników węgla	= 4.1 "
1 gm tłuszczu	= 9.3 "
1 gm wyskoku	= 7.0 "

Według powyższego wytwarza ilość dzienna pokarmów podana przez Voita:

$118 \times 4.1 + 56 \times 9.3 + 500 \times 4.1 = 3054.6$  kalaryj,  
czyli 43 kal. na 1 kg. wagi ciała u mężczyzny,  
a u kobiety 2445.9 kal. dziennie.

Co do pojedynczych składników należy wiedzieć, że wprowadzenie białka jest niezbędne dla utrzymania ustroju. Lecz według nowszych doświadczeń (Kumagawa, Hirschfeld, Klemperer) można nawet połowę białka zastąpić przez inne pokarmy, a mianowicie przez zwiększone doprowadzenie wodników węgla, nie zawsze jednak zapomocą tłuszczów. Wodniki zaś węgla i tłuszcze mogą się nawzajem zastąpić w stosunku swych wartości kaloryjnych. I tak np. 100 gm. wodników węgla dają się zastąpić w pokarmach przez 44·1 gm. tłuszczu, lub 58·5 gm. wyskoku, gdyż każda z tych ilości przedstawia 410 kaloryj.

W chorobach żołądka należy wymaganą przez Voita ilość dzienną pokarmu bezwarunkowo zmniejszyć, a to z powodu, aby czynność chorego narządu zwolnić. To można skutecznie bez szkody dla ustroju przy ograniczeniu pracy fizycznej (ruchu). Ja też chorym żołądkowym polecam o ile można, leżenie w łóżku, przez co ogranicza się zużycie materji tak, że można utrzymać ustrój w równowadze zapomocą 2000 kaloryj dziennie, czyli 30 kaloryj na 1 kg. wagi ciała. Jednak chociażby jeszcze mniej kaloryj dziennie doprowadzono, a chorego w czasie leczenia kilka funtów ubyło, niema to wielkiego znaczenia, gdyż ustrój szybko przychodzi do pierwotnego ciężaru, skoro trawienie staje się prawidłowe. Tylko w tych przypadkach może być dyeta głodowa dla chorego niekorzystna, jeżeli już jest znaczny upadek odżywienia, albo jeżeli choroba jest tego rodzaju, że wynik leczenia jest niepewny, tak że chory utraciwszy raz na wadze wobec sprawy chorobowej przewodu pokarmowego trudno dającej się usunąć, nie mógłby się podnieść w swem odżywieniu. Wogóle jednak trzeba się trzymać zasady, aby chorzy źle odżywieni podczas leczenia przypadłości żołądkowych, na ciężarze nie tracili.

Dla oceny pożywności prostych pokarmów podajemy ich wartość kaloryjną na 100 gm. ciężaru<sup>1)</sup>.

100 gramów,	kaloryj,	‰ gm. białka,	kaloryj z białka
Bitszyk smażony	181·7	38·2	181·7
Bułka	214·2	6·8	27·8

<sup>1)</sup> Skład odsetkowy i wartość kaloryjna rozmaitych innych złożonych pokarmów znajdzie Szan. Czytelnik w książce „Kuchnia higieniczna. E. Jaworska 1897. Kraków“, na str. 7.

100 gramów,	kaloryj,	% gm. białka,	kaloryj z białka
Chleb pszenny	278·7	6·4	26
Czekolada	457·5	5·0	20
1 jaje kurze	57·1	6·0	21·6
1-go jaja białko	13·6	3·3	13·6
1-go jaja żółtko	43·0	2·6	10·6
Kakao w proszku	481·8	21·5	88
Kawior	273·7	31·3	128
Kefir	47·9	3·3	13·5
Masło	779	0·71	3·9
Mięso cielęce	72·8	15·5	63·5
Mięso wołowe	92·8	18·0	74
Mleko krowie	59·4	4·0	16·4
Rosół wołowy	7·2	0·4	1·6
Śmietana	277·4	3·6	14
Sucharki	420·3	13·3	54·5
Szynka wędzona	177·9	25·0	102

Przepisywanie ilości pokarmów chorym na gramy, jak to znajdujemy w nowszych książkach, wygląda na papierze bardzo pięknie, w praktyce jednak ma się rzecz inaczej. Najprzód trudno żądać od kuchni, aby przyrządzała potrawy, jak leki apteczne według gramów i kaloryj, a jeszcze trudniej zmusić chorego, aby spożył odmierzone gramy pokarmów. To też lekarz musi się i obecnie stosować przy podawaniu pokarmów do woli chorego i do nieokreślonych miar: łyżki, kieliszka, szklanki, talerza i t. p. Ja kieruję się w żywieniu chorych żołądkowych co do ilości dziennej pokarmów wyglądem i zachowaniem się ciężaru ciała. Jeżeli waga ciała pozostaje ta sama, pozostaję przy tej samej ilości pokarmów, jeżeli się obniża, zwiększam żywienie. Nie trapię się jednak wcale, jeżeli chorego np. w niezycie ostrym żołądka lub jelit ubędzie nawet kilka funtów wskutek ściślej diety, gdyż wiem, że lepiej wyjdzie chory na ten, jeżeli utracił kilka funtów i pozbył się nieżyty ostrego, niż gdyby przez niestosowną dietę nabawił się przewlekłego nieżyty lub rozstrzeni żołądka. Natomiast w innych przypadkach, jak np. w zwężaniu odźwiernika, staram się zachować każdy gram wagi ciała, wiedząc, że chory utraciwszy go raz, już więcej napowrót nie odzyska.

### LXIII. Jakość pokarmów w chorobach żołądka.

Jakość pokarmów w chorobach żołądka ma większe znaczenie, niż ilość. Zależną ona jest od sposobu przyprawiania potraw, a to do tego stopnia, że pokarmy dla chorego żołądka notorycznie szkodliwe np. sałaty surowe, owoce itp., przyprawione we właściwy sposób, stają się łatwo strawne. Przeciwnie zaś łatwostrawne wadliwie przyprawione, jak mięso na gulasz, jaja na twardo, mogą się stać nawet szkodliwe. Stąd wynika, że potrawy, które zdrowy żołądek znosi, muszą być w stanach chorobowych co do przyrządzenia tak zmienione, aby najprzód żołądka nie drażniły i dolegliwości nie wywoływały, następnie jak najszybciej żołądek opuszczały, a ostatecznie, aby przedstawiały o ile można, jak najwięcej pożywności. Jednym słowem żądamy od potraw wskazanych dla chorych żołądkowych łatwej strawności i znacznej pożywności. Chory przewód pokarmowy potrzebuje przeto osobnej kuchni, z którą nie tylko pielęgnujący chorego, ale i lekarz zapoznać się musi, nie chcąc choremu zaszkodzić. Szczegółowy sposób przyrządzenia potraw zastosowany do chorób znajduje Szau. Czytelnik w książce „Kuchnia higieniczna E. Jaworska. Kraków 1897“.

Strawność potraw polega na tem, aby jak najmniej drażniły chorego żołądek, a najszybciej go opuszczały. Pod tym względem istnieje nie wielka liczba doświadczeń dla zdrowego żołądka, w stanach patologicznych narządu mamy ich jeszcze mniej. Ja pod względem podrażnienia chorego żołądka przez potrawy kieruję się według następujących zasad, nabytych przez doświadczenie z praktyki lekarskiej. Pod względem zachowania się chorobowo zmienionej błony śluzowej żołądka do pokarmów należy rozróżnić trzy rodzaje potraw, a mianowicie, potrawy jednorodne, różnorodne i obojętne.

Do jednnorodnych zaliczam: rozczyn fizyologiczny, słabe wody alkaliczne, jaja surowe, mięso surowe, mózdzek, ostrygi, ślimaki, galarety, peptony, rozczyiny białka i t. p. Pokarmy te pod względem oddziaływania, składu chemicznego, konsystencji i budowy zbliżają się najwięcej do własności biologicznych błony śluzowej żołądka w stanach patologicznych, a zwłaszcza jeżeli

narząd gruczołowy jest w stanie zapalnym lub w stanie zaniku (p. str. 79, 126). To też te pokarmy jako w przybliżeniu jednorodne z błoną śluzową, takową nie podrażniają, przeto żołądek je bez dolegliwości znosi, czyli są one najstrawniejsze. Niedawno uważano, a jeszcze często i obecnie uważają te pokarmy za łatwo strawne, które w rurce odczynnikowej najłatwiej doznają peptonizacji, dlatego np. mięso gotowane jako łatwiej i szybciej dające się speptonizować uważano jako strawniejsze, niż surowe. Zapamiętywanie to jest zupełnie mylne. Kawałek stwardniałego przypieczzonego mięsa ze swymi drażniącymi przyswędkami jest dla chorej błony śluzowej żołądka środkiem drażniącym wywołującym notorycznie bóle, podczas gdy kawałek miękkiego surowego mięsa zawierający prawie te same składniki chemiczne, co i błona śluzowa żołądka, nie sprawia żadnych dolegliwości. To też spożycie pieczeni we wrzodzie żołądka uważam za błąd dyetetyczny, podczas gdy podanie skrobanej i przetartej surowej cielęciny uważam za wskazane. Podobnie wypite surowe jaje nie zadrażnia chorej błony śluzowej żołądka, a jako ciało prawie ciekłe szybko opuszcza żołądek. Natomiast twardo ugotowane jaje staje się różnorodnym pokarmem, chorą błonę śluzową podrażnia i z większym wysiłkiem mechanicznym, a przeto i później ze żołądka przez odźwiernik do dwunastnicy zostaje wydalone. Teoretyczne zaś doświadczenie w rurce odczynnikowej wykazuje, że białko surowe o wiele trudniej się peptonizuje niż skrzepnięte. Tymczasem w zastosowaniu dyetetycznym musimy uważać jaje surowe, jako łatwiej strawne, niż na twardo gotowane.

Do różnorodnych pokarmów, które tworzą przeważną część zwyczajnych potraw, należą w pierwszym rzędzie te, które ze składem błon śluzowych w ogólności a patologicznej błony śluzowej żołądka w szczególności nie wspólnego nie mają, jako to wszystkie potrawy roślinne, korzenie, olejki, kwasy i t. p., następnie wyskok i wszystkie napoje wysokokowe, rozezyny solne zgęszczone i woda zimna. Ostatecznie zaliczyć tu należy i niektóre tkanki zwierzęce, które z powodu swej konsystencji działają drażniąco, jak kość, chrząstka, ścięgna, przyskórek. Różnorodne pokarmy składają się z istot, które bądź składem chemicznym, bądź budową są różne od tkanki żołądka, stąd więcej niż inne drażnią błonę śluzową i w przeważnej części stanów chorobowych żołądka

sprawiają dolegliwości. Musimy je przeto skreślić ogólnem mianem jako **potrawy niestrawne**.

Do obojętnych pokarmów pierwotnych należą między innymi: woda ciepła, mleko, śmietana, masło, oliwa, nóżki cielęce, guma, klej roślinny i t. p. Wywierają one małe tylko albo żadne podrażnienie na błonę śluzową żołądka tak zdrową jak i patologiczną. Są one dla błony śluzowej żołądka osłaniającymi środkami. Żołądek znosi je przeważnie dobrze, dlatego bywają zaliczane do łatwo strawnych potraw. Jednak i wiele różnorodnych pokarmów można przez stosowne przyprawianie (gotowanie, rozdrabnianie, rozmiżdżanie i t. p.) zamienić w pokarmy obojętne i zastosować je w stanach chorobowych żołądka. Z mąki np. przyrządzamy obojętne polewki, z kasz obojętne kleiki; nawet z jarzyn można otrzymać przez rozgotowanie i rozmiżdżenie obojętne potrawy, np. ze ziemniaków, sałaty, grochu, fasoli tak zwane purée a nawet kleiki używając mączek preparowanych z tych pokarmów roślinnych. Z drugiej strony stają się pokarmy jednorodne przez niestosowne przyprawianie różnorodnymi dla błony śluzowej żołądka. Tak np. mięso surowe staje się przez marynowanie, silne przypiekanie wskutek stwardnienia powierzchni, i wytworzenia ciał przyswędkowych różnorodne a przeto w stanach podrażnienia żołądka niestosowne. Jeszcze więcej różnorodne staje się mięso przez przyprawianie sosami korzennymi. Ja uważam jaja surowe i mięso surowe skrobane za pokarmy najwięcej jednorodne z patologiczną błoną śluzową i ją najmniej drażniące.

Do obojętnych potraw, które w przypadkach wielkiej wrażliwości lub bolesności żołądka na równi z potrawami jednorodnymi stosować należy, zaliczam następujące, które według sposobu przyrządzania, podanego w „Kuchni higienicznej“ E. Jaworska poniżej przytaczam. Liczby przy potrawach, oznaczają strony książki, z której zostały wyjęte.

*Napoje:* Woda ryżowa kleista 21. Woda Imiana 22. Woda białkowa 22. Orszada słodka 27. Orszada gorzkawa 27. Mleko makowe 28. Herbata 28. Herbata ze żółtkiem 29. — *Potrawy płynne:* Rosół wołowy 45. Bulion flaskowy 50. Beeftea Pavyego 51. Beeftea na gorąco 51. Beeftea według Roseathala 52. Beeftea na zimno 52. Kleik krakowski 54. Polewka mięsna 54. Rosół cielęcy 54. Polewka biała z mółdźku 55. Polewka z fasowanym mleczka cielęcego 56. Polewka na deszonym mleczku 57. Rosół z płucek 57. Rosół z nówek cielęcych 58. Zupa gołębiowa 59. Zupa kurczęca 60. Polewka mondaminowa 63.

Rosół z ryb 62. Polowka peptonowa 63. — Kleik grysikowy 65. Kleik jęczmienny leczniczy 65. Kleik jęczmienny na rosole 66. Kleik ryżowy leczniczy 66. Kleik sagowy 67. Polewka z bułki na rosole 72. Polewka karlsbadzka 72. — Polowka ziemniaczana 79. — Mleko słodkie 85. Śmietana słodka 86. Mleko kwaśne 87. Masło na przecie 88. Mleczanka mączna 94. Mondamin na mleku 94. — Sos dyetetyczny 105. — *Pokarmy stałe.* Jarzyny: Purée ze ziemniaków 119. Kalafior na purée 128. Szpinak na purée 129. Sałata na purée 130. — *Galareta cielęca podstawowa* 149. Galareta przyprawiona z nówek 150. Galareta z kury 151. Galareta na mięsie 151. — *Jaja na miękko* 157. — *Cielęcina:* Potrawka cielęca 189. Móżdżek duszony 194. Móżdżek dyetetyczny 195. Purée z móżdżku 196. Mleczko cielęce gotowane 200. Nóżki cielęce 203. — Galareta z nówek wieprzowych 213. — Ostrygi 235. Udka żabie na potrawkę 236. Ślimaki w polewce 236. Peptony 296. Somatoza 296.

Wyżej wyłuszczonej zasad trzymam się stale przy stosowaniu diety w chorobach przewodu pokarmowego.

Oprócz podrażnienia żołądka przez pokarmy należy jeszcze uwzględnić czas wydalania ich ze żołądka. Im czas wydalania jest krótszy, tem i podniecenie czynności chorego żołądka krócej trwa, tem potrawa jest strawniejsza.

#### LXIV. Strawność pokarmów według Leubego i Penzoldta.

1. Już Beaumont (1833) przekonał się na swym kanadyjskim z przetoką żołądkową, że różne pokarmy w różnym czasie bywają wydalane. Dla celów klinicznych przydatne doświadczenia wykonał pierwszy Leube przy pomocy sondy żołądkowej. Używał on do swych doświadczeń chorych żołądkowych z wrażliwym żołądkiem, podawał im pokarmy i przekonywał się, czy one w 6—7 godzin zostały ze żołądka wydalone. Przy tem brał on wzgląd na przypadłości żołądkowe podmiotowe, jakie te pokarmy wywoływały. Ponieważ przed 20 laty, kiedy Leube swoje doświadczenia wykonywał nie różniczkowano pojedynczych stanów chorobowych, lecz odnoszono je do wspólnego mianownika niezdytu żołądka, to też autor ten ułożył 4 stopnie strawności potraw zastosowane do chorób żołądka w ogólności.

Pierwszy stopień strawności obejmuje najłatwiej strawne potrawy: Bulion, roztwór mięsny (Fleischsolution), mleko, miękkie i surowe jaja.

Drugi stopień: Gotowany mózdzek, gotowana grasica, gotowane kurczę, gotowany gołąb. Również można próbować podawać: kleiki, topiokę na mleku i nóżki cielęce.

Trzeci stopień: Surowe lub na wpół surowe mięso, skrobany i w maśle tylko na powierzchni przypieczony bifsztyk, skrobana surowa szynka. Próbować można jeszcze purée ziemniaczanego i małych ilości kawy lub herbaty z mlekiem.

Stopień czwarty: Kurczę pieczone, gołąb pieczony, sarnina, kuropatwa, rozbif na różowo upieczony i na zimno podany, pieczeń cielęca, szczupak, (podczas gdy pstrąg jest trudniej strawny); makaron, ryż na bulionie, lekkie budynie, wino w małych ilościach na 1—2 godzin przed jedzeniem. Z jarzyn, szpinak, podczas gdy inne, a nawet szparagi są według Leubego trudno-strawne. Salat, kompotów i sosów powinni chorzy jak najdłużej unikać. Najprędzej można pozwolić choremu na duszone jabłka.

2. Przed kilku laty podjął Penzoldt, uczeń Leubego, podobne doświadczenia na zdrowych, oznaczając czas, w którym podana ilość pokarmów opuszcza żołądek. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

Opuszczają żołądek w przeciągu 1—2 godzin:

Woda czysta<sup>1)</sup> (100—200 gm.). — Woda z kw. węglowym (220 gm.). — Herbata bez dodatków (200 gm.). — Kawa bez dodatków (200 gm.). — Piwo (200 gm.). — Wino lekkie (200 gm.). — Mleko gotowane<sup>2)</sup> (100—200 gm.).

We 2—3 godzin opuszczają żołądek.

Kawa ze śmietaną (200 gm.). — Kakao na mleku (200 gm.). — Malaga (200 gm.). — Wino Ofner (200 gm.). — Woda (300—500 gm.). — Mleko gotowane (300—500 gm.). — Jaja surowe, twarde<sup>3)</sup>, jajecznicza, omlet (100 gm.). — Kielbasa surowa z mięsa wołowego (100 gm.). — Mózdzek gotowany (250 gm.). —

<sup>1)</sup> Według wcześniejszych doświadczeń moich znika 200 gm. wody ze żołądka po 2 kwadransach.

<sup>2)</sup> Według wcześniejszych doświadczeń M. Rejchmana znika 200 gm. mleka po 1½ godziny.

<sup>3)</sup> Według wcześniejszych doświadczeń moich i A. Gluzińskiego znika jedno jaje twarde ze żołądka po 5 kwadransach a 2 jaja twarde po 6—8 kwadransach.

Grasica gotowana (250 gm.). — Ostrygi surowe (72 gm.). — Karp gotowany (200 gm.). — Łupacz gotowany (200 gm.). Sztokfisz gotowany (200 gm.). — Kalafiory gotowane (150 gm.). — Szparagi gotowane (150 gm.). Ziemniaki szone (150 gm.). — Kompot z czereśni (150 gm.). — Czereśnie surowe (150 gm.). — Bułka sucha lub świeża (70 gm.) — Sucharki świeże lub suche (70 gm.). — Precele (70 gm.). — Albertki (50 gm.).

W 3—4 godzin opuszczają żołądek.

Kurczęta gotowane (230 gm.). — Kuropatwy pieczone (230 gm.). — Gołąbki gotowane (220—260 gm.). — Gołąbki pieczone (195 gm.). — Mięso surowe, gotowane chude (250 gm.). — Nóżki cielęce gotowane (250 gm.). — Szyńka gotowana (160 gm.). — Szyńka surowa (160 gm.). — Pieczeń cielęca chuda (100 gm.). — Bifsztyk pieczony (100 gm.). — Bifsztyk surowy skrobany (100 gm.). — Polędwica (100 gm.). — Łosoś gotowany (200 gm.). — Kawior słony (72 gm.). — Minogi w occie (200 gm.). — Piklingi (200 gm.). — Chleb czarny (150 gm.). — Chleb razowy (150 gm.). — Bułka (150 gm.). — Albertki (100—150.). — Sałata ziemniaczana (150 gm.). — Ryż gotowany (150 gm.). — Kalarepa gotowana (150 gm.). — Marchew gotowana (150 gm.). — Szpinak gotowany (150 gm.). — Sałata z ogórków (150 gm.). — Rzodkiewka surowa (150 gm.). — Jabłka (150 gm.).

Przez 4—5 godzin pozostają w żołądku:

Gołąbki pieczone (210 gm.). — File wołowe pieczone (250 gm.). — Bifsztyk pieczony (250 gm.). — Ozór wołowy wędzony (250 gm.). — Mięso wędzone (100 gm.). — Zając pieczony (250 gm.). — Kuropatwy pieczone (240 gm.). — Gęś pieczona (250 gm.). — Kaczka pieczona (280 gm.). — Śledź słony (200 gm.). — Purée ze soczewicy (150 gm.). — Purée z grochu (200 gm.). — Fasola gotowana (150 gm.).

Mniej więcej na podstawie powyższych wyników a z uwzględnieniem jakości i przyprawiania pojedynczych potraw, ułożył Penzoldt cztery stopnie dyetetyczne dla stopniowego żywienia chorych żołądkowych. — Ilość podana przy każdym pokarmie, rozumie się jednorazowo.

Pierwszy stopień dyetetyczny, trwający około 10 dni:

$\frac{1}{4}$  litra rosółu wołowego. —  $\frac{1}{4}$  litra mleka krowiego. — 1—2 jaja surowe lub na miękko gotowane. — Roztwór mięsny

Leube-Rosenthala (30—40 gm.). — Albertki (6 sztuk). — Woda ( $\frac{1}{8}$  litra).

Drugi stopień dyetetyczny trwający około 10 dni:

Móźdzek gotowany (100 gm.). — Grasicca cielęca gotowana (100 gm.). — Gołąb gotowany. — Kureczę gotowane. — Mięso surowe skrobane (100 gm.). — Kielbasa wołowa surowa (100 gm.). — Tapioka z młkiem na gąszcz (20 gm.).

Trzeci stopień dyetetyczny, trwający około 8 dni:

Gołąb pieczony bez sosu. — Kureczę pieczone bez sosu. — Bifszyk półsurowy na maśle (100 gm.). — Szynka surowa skrobana (100 gm.). — Sucharki lub precele dobrze żute (50 gm.). — Purée ze ziemniaków (50 gm.). — Kalafiory gotowane (50 gm.).

Czwarty stopień dyetetyczny, trwa przez 8—14 dni:

Sarnina pieczona (100 gm.). — Kuropatwa pieczona. — Rozbif bity na pół surowy (100 gm.). — File bite na pół surowe (100 gm.). — Pieczeń cielęca (100 gm.). — Szczupak, karp, pstrąg gotowany (100 gm.). — Kawior surowy (50 gm.). — Ryż na gąszcz (50 gm.). — Szparagi gotowane z masłem (50 gm.). — Jajecznicza z dwóch jaj z masłem. — Budyń z 2 jaj z cukrem. — Marmolada z owoców (50 gm.). — Wino czerwone Bordeaux (100 gm.).

### LXV. Uwagi nad spożywaniem pokarmów.

1. Żucie pokarmów jest bardzo ważnym, lecz nie zawsze należycie uwzględnionym czynnikiem trawienia. Na jedzenie należy nawet u zdrowych więcej czasu poświęcać i nie dozwalać, aby się z jadłem spieszyli. Tylko w jednym przypadku potrzeba na chorych nalegać, by szybko bez namysłu potrawy spożywali, t. j. wtenczas, jeżeli nie mają łaknienia, lub jeżeli żucie pokarmów sprawia im obrzydzenie. Wtenczas należy podawać pokarmy miękkie, rozdrobnione, łatwo strawne nie wymagające żucia.

Żucie pokarmów ma rozmaite cele. Najprzód wiemy z doświadczeń Stickera i Biernackiego, że małe i niedokładne przemieszanie śliny do kęsów, co przy wadliwym żuciu zawsze ma miejsce, zmniejsza czynność chemiczną i ruchową żołądka. Szybkie jedzenie pociąga za sobą szybkie polykanie a właściwie tylko wrzucanie kawałków pokarmów do żołądka, w następstwie zaś

nagle rozszerzenie tegoż, co stosownie do wrażliwości osobistej i stanu chorobowego żołądka sprawia dolegliwości. Z doświadczenia bowiem wiemy, jak nieprzyjemne jest nagłe wypełnienie żołądką powietrzem lub wodą. Ostatecznie należy mieć zawsze w pamięci tę okoliczność, że większe kawałki dłużej w żołądku pozostają, niż rozdrobnione, gdyż one wymagają więcej siły, aby przez odźwiernik mogły być przepchnięte. Zalegają przeto dłuższy czas w żołądku pozostając wklinowane w części odźwiernikowej, tak, że dopiero po wielu próbach kurczowych żołądka przedostają się przez odźwiernik. Z doświadczeń Meringa jako też Moritza wiemy, że ze żołądka przechodzi przez odźwiernik najprzód płyn, potem gąszcz, a na samym ostatku ciała stałe. Każdy lekarz wie także z doświadczenia, że połknięcie większych kęsów np. chleba świeżego, grubych jarzyn (ogórków), większych pestek i t. p. sprawia po kilku godzinach bóle żołądkowe, przybierające często cechę nerwobólów napadowych. Powstają one w chwili, kiedy część odźwiernikowa obeisnięta o większy twardy kawałek usiłuje go przez odźwiernik bezskutecznie przeprzeć (str. 355).

2. Najudowodnionejszą ciepłotą pokarmów i napojów dla większej części chorób żołądka jest ciepłota ciała. Przyczynia się ona do jednorodności pokarmów ze stanem biologicznym błony śluzowej żołądka. W pewnych przypadkach, jak o tem szczegółowo będzie mowa, używa się napojów o niskiej a nawet lodowej cieplocie. Zimne napoje sprawiają chwilowy skurcz odźwiernika (p. str. 177) a nawet całego żołądka. Nie można przy tej sposobności pominąć tego, że wielu chorych wyprowadza początek swej choroby żołądkowej od chwili, kiedy wypili szklankę zimnego piwa, lub zjedli porcję lodów.

3. Czy po spożyciu pokarmów należy spoczywać, czy używać ruchu, jest rzeczą sporną pomimo wielokrotnych doświadczeń uskuteczniionych w tym kierunku tak na zwierzętach, jak i na ludziach. Starożytne polecenie „Post coenam stabis, aut mille passus meabis“ nie jest dla chorego stosowne. W znacznej bowiem liczbie przypadków, gdzie siła mechaniczna żołądka jest osłabiona, stanie lub ruch sprawiają, że żołądek się więcej rozciąga i opada pod wpływem ciężaru nagromadzonych w nim pokarmów (p. str. 195, 219). Wygodne leżenie po jedzeniu jest w chorobach żołądka korzystniejsze, aniżeli forsowne natężenie fizyczne.

4. **Że spokój psychiczny i wesoło biesiadujące towarzystwo sprzyja łaknieniu i trawieniu żołądkowemu, poucza doświadczenie** (p. str. 352). Natomiast wzruszenia psychiczne, a zwłaszcza zmartwienia odbierają nie tylko łaknienie, ale pogarszają każdą już istniejącą sprawę chorobową żołądka. Najczęściej pojawia się pogorszenie podmiotowe, gdy chory przyjmuje pokarm **wśród** lub też po urazie psychicznym (p. str. 409, *Dyspepsia emotio-nis*). Ze względu że i choroby anatomiczne pogarszają się po wzruszeniach psychicznych, nie należy z tego szczegółu rozpoznawać nerwicę żołądka a wykluczać zmianę anatomiczną. Możliwym jednak jest, że przy istnieniu choroby anatomicznej pod wpływem urazu psychicznego powstanie oddzielnie nerwica żołądka **wikła-jąca** chorobę anatomiczną (p. str. 400. Uwaga).

5. **T r u d n o ś c i**, na jakie lekarz napotyka przy żywieniu chorych żołądkowych są często znaczne. Najczęściej przypada w chorobach żołądka ograniczyć ilość pokarmów, a nawet wykluczyć czynność żołądka na pewien czas. Aby przy tem odżywienie znacznie nie podupadło, należy ograniczyć pracę fizyczną i ruch, a najlepiej położyć chorego do łóżka. Przeważna część chorych wzbrania się przed tem, albo z powodu nierozsądku, albo z powodu niemożności zaprzestania swej pracy zawodowej. Wtedy musi lekarz zadowolnić się kompromisem z chorym, aby wcześniej kładł się do łóżka, późno wstawał, a w dzień mało chodził.

Bywają chorzy **źle odżywieni**, którzy stawiają trudności w żywieniu przez to, że się wzbraniają jeść z powodu braku łaknienia (p. str. 346). Bardzo wielu chorych, zwłaszcza z warstw zamożniejszych okazuje smak kapryśny do pokarmów, tak że trudno przychodzi dobrać im stosowne **pokarmy**. Inni znów chorzy mają uprzedzenie do pokarmów, obawiając się, że one wywołają im bóle (p. str. 347). Tu pomaga tylko wpływ psychiczny i zachęcanie chorych, aby się o nieszkodliwości pokarmów przekonali. — Wreszcie bywają chorzy, którzy mają wzmożone łaknienie (p. str. 343) i jadają zbyt wiele. Jeżeli to są przypadki z przebiegiem **wrzodu okrągłego**, choroba może wskutek żarłoczności chorego przybrać obrót niebezpieczny. Aby chorego powstrzymać od błędów dyetetycznych, nie pozostaje nic innego lekarzowi, jak przedstawić rzeczowy stan chorobowy i groźne jego następstwa.

## LXVI. Żywnienie w niezycie ostrym.

Wyleczenie niezytu ostrego (p. str. 66) jak i większej części chorób żołądka polega na pozostawieniu narządu tak długo w spokoju, dopóki zmiana zapalna nie ustąpi. Wystrzegać się zatem należy podniecania czynności żołądka przez podawanie pokarmów; wstrzymując zaś chorego od przyjmowania takowych przez 1—3 dni, nie sprowadza się zbyt wielkiego uszczerbku w odżywieniu ustroju. Obawa w tym względzie może zachodzić tylko u starców, a jeszcze więcej u małych dzieci, które już po jednodniowym głodzeniu szybko opadają na siłach i z powodu zagłodzenia zginąć mogą. Im lepiej odżywiony jest chory, im więcej szkodliwych spożył pokarmów, a żołądek okazuje się wypelniony pokarmami, tem dłużej należy powstrzymywać chorego od przyjmowania pokarmów. Wobec zaś istniejącego pragnienia należy podawać po łyżeczce wody lodowej, kawałeczki lodu do połknięcia, małe ilości wody sodowej samej lub zakwaszonej kwasem solnym albo małe ilości szczaw rodzimych (Krondorfer, Giesshübler, Apollinaris).

Podając pierwszy pokarm w ostrym niezycie żołądka, należy mieć na względzie istniejące jeszcze zadrażnienie zapalne błony śluzowej, brak kw. solnego, brak zwykle łaknienia, a najczęściej jeszcze chęć do kwaśnych potraw. Podawać zatem należy pokarmy najmniej drażniące, a takimi są płyny w ilościach jednorazowych małych, co najwięcej po  $\frac{1}{2}$  szklanki (100 cm<sup>3</sup>). Te warunki wypełniają najlepiej następujące pokarmy, które tu jak i wszędzie poniżej przytaczam z książki „Kuchnia higieniczna. E. Jaworska. Kraków 1897“.

Rosół cielęcy 54, 78<sup>1)</sup>. Rosół z gołębi 59, 91. Rosół z kury 60, 94. Rosół bez mięsa 47, 62. Rosół z nówek cielęcych 58, 77. Barszcz dyetetyczny 84, 57. Barszcz na rosole 84, 156. Kwasek ruski 50, 68. Kapuśniak dyetetyczny 50, 67. — Galareta cytrynowa 153, 338. Galareta na mięsie 151, 336. Galareta z nówek cielęcych 213, 475.

W dalszym rzędzie idzie stosowanie kleików. Lecz kleików, aczkolwiek zaliczane są pospolicie do najstrawniejszych po-

<sup>1)</sup> Pierwsza liczba obok potrawy oznacza stronicę a druga jej numer porządkowy w „Kuchni higienicznej“.

karmów, niekiedy chorzy nie znoszą, zwłaszcza w przypadku braku kwasu solnego ulegają one łatwo fermentacji mlecznej a nawet masłowej, wskutek czego drażnią błonę śluzową żołądka i sprawiają zgagę i odbijanie. Podając kleiki należy mieć na uwadze jeszcze tę okoliczność, że kleikowi jęczmiennemu przypisują skutek przeciwbiegunkowy, podczas gdy kleik owsiany ma mieć własność rozwalniająca.

Kleik grysikowy 65, 104. Kleik jęczmienny leczniczy 65, 107. Kleik na prędcie 69, 117. Kleik ryżowy leczniczy 65, 107. Kleik owsiany preparowany 285, 625. Kleik sagowy 67, 109. Polewka kminkowa 102, 205. Polewka karlsbadzka 72, 128. Tapioka na rosole 67, 110.

Jeżeli chory powyższe pokarmy dobrze znosi, można przejść do potraw posilniejszych.

Beeitea na gorąco 51, 91. Bulion faszkowy 50, 69. Polewka mondaminowa 62, 99. Polewka peptonowa na prędcie 64, 103. Polewka z bułki na rosole 72, 127.

Gdy chory i te potrawy znosi bez dolegliwości, poczynamy podawać mleko zbierane po pół szklanki na raz, a jeżeli niema biegunki, to najstosowniejsze jest mleko kwaśne zbierane i tak dokładnie wyklócone, aby przedstawiało jednostajną zawiesinę; również świeża maślanka, jakoteż kefir nadają się tu do użycia. W razie biegunki podajemy mocną herbatę zwyczajną z małą ilością wina czerwonego — łyżeczkę (Bordeaux lub Erlauer) na pół szklanki herbaty. Przechodząc po tygodniu do pokarmów stałych, należy w doborze takowych również być starannym, a to w tym kierunku, aby one nie stały się bodźcem do ponownego zadrażnienia, a ilością swą odpowiadały chorobowo osłabionej sprawności mechanicznej żołądka.

Jaja surowe lub na miękko 157, 352. Flamery cytrynowe lub pomarańczowe 244, 542. Nóżki cielęce 203, 457. Ostrygi 235. Sule higieniczny 205, 400. Skrobane mięso 166, 372. Szynka surowa skrobana 212, 483. Mleczko cielęce dyetetyczne 200, 450. Mózdzek dyetetyczny 195, 438. Purée ziemniaczane 120, 253. Marmolada z jabłek 139, 303.

Przejsie do zwykłego jadła stanowią: jajecznicą, gołąb, kurcze, młoda kaczka, sucharki angielskie (n. p. wyrobu Czyńskiego w Jarosławiu polecane przez Tow. Lek. Krak.), lub zwyczajna bułka przypiekana (grzanki). Co najmniej jeszcze przez 14 dni po przebyciu cięższego niezytu ostrego, zwłaszcza, jeżeli towarzyszyła mu

biegunka, powinien chory powstrzymać się od drażniących napojów i pokarmów, a w szczególności: od wszelkich napojów wyskokowych (nawet wina i piwa), chleba domowego, mięsa tłustego, legumin, jarzyn suszonych, sałat i sosów korzennych i tłustych. Niestety zbyt szybko zapominają chorzy o przebytej chorobie, a z nią i o przepisach dyetetycznych. Niezachowywanie takowych bywa najczęściej przyczyną nawrotów choroby, a powtarzające się zapalenia ostrej błony śluzowej przewodu pokarmowego stanowią podstawę nieżyty przewlekłego żołądka i jelit.

### LXVII. Żywnie w chorobach żołądka z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego.

We wszystkich postaciach nadmiernego wydzielania soku żołądkowego (p. str. 75, 80, 85) zależy według ogólnie przez autorów przyjętej zasady na tem, aby obniżyć kwasotę treści żołądkowej, a błonę śluzową żołądka jak najmniej pobudzić do wydzielania. To też pospolicie bywają w tych chorobach polecane pokarmy białkowe jako utajające najwięcej kw. solnego. O utajaniu kw. solnego przez białko była mowa na str. 37. Tu dodam jeszcze, że oprócz tam wymienionych autorów jeszcze kilku innych robiło doświadczenia nad utajeniem kw. solnego przez potrawy. Fleischer podaje ilość utajonego kw. solnego przez różne potrawy, z których niektóre poniżej przytaczamy. Sto gramów niżej wymienionych pokarmów są w stanie utaić ilość czystego kw. solnego wzoru HCl, przeliczając także tę ilość na kw. solny apteczny (ac. hydrochloricum dilutum):

100 gm. zużywają	HCl	Ac. hydrochl. dilut.
Kakao	4·1	32·8
Ser szwajcarski	2·6	20·8
Cielęcina gotowana	2·0	17·6
Wołowina gotowana	2·0	16·0
Baranina gotowana	1·9	15·2
Szynka surowa	1·9	15·2
Szynka gotowana	1·8	14·4
Wieprzowina gotowana	1·6	12·8
Kiszka krwawa	1·3	10·4

Grasica cielęca gotowana	0·9	7·2
Kiszka wątrobianą	0·8	6·4
Mózdżek cielęcy gotowany	0·65	5·2
Mleko słodkie	0·36	2·88
Chleb biały	0·3	2·4
Chleb czarny	0·3	2·4

Inni znów autorowie (Sohlern, Jaksch, Chr. Jürgensen) twierdzą, że pokarmy białkowe żołądek więcej podrażniają do wydzielania, aniżeli skrobiowe, przeto te ostatnie należy stosować w nadmiernem wydzielaniu HCl, jak to już dawniej dla tych przypadków polecali francuscy lekarze (Bardet, Bovet, Dujardin-Beaumetz) żywienie wegetaryjne. Co do mnie, to jestem podobnie, jak inni autorowie (Boas, Ewald, Riegel) zwolennikiem podawania pokarmów białkowych w nadmiernem wydzielaniu HCl; już z tego powodu że one są niezbędne dla ustroju. Nie wykluczam jednak wcale potraw roślinnych, byleby one były obojętne dla błony śluzowej (p. str. 444). Według mnie nie chodzi tylko o to, ile kwasu wydzieli się pod wpływem pewnej potrawy, lecz o to, by wydzielony kwas został jak najwięcej zobojętniony lub utajony. Otóż doświadczenie poucza, że ogólna kwasota przy podaniu próbnego obiadu Leubego (p. str. 27), w który wchodzi hifszytk, jest większą, niż przy śniadaniu próbnem, w które wchodzi bułka. Jednak stopień kwasoty od wolnego HCl przy obiedzie próbnym jest mniejszy, niż przy stosunkowo niewielkiem śniadaniu próbnem. Kwas zaś wolny, a nie utajony, jest tą istotą, która sprawia dolegliwości. Ciała zaś skrobiowe kw. solnego nie utajają. Przy żywieniu w nadmiernem wydzielaniu HCl kieruję się nie tylko względem na stopień kwasoty po wprowadzeniu pokarmów, lecz jeszcze więcej wrażliwością błony śluzowej żołądka. Ja bowiem uważam nadmierne wydzielanie jako chorobę polegającą na tle zmian anatomicznych żołądka (p. str. 391), stąd też staram się wszystko od niej oddalić, coby sprawiało jej podrażnienie. Stosuję przeto pokarmy jednorodne i obojętne (p. str. 442, 444) w celu osłonięcia błony śluzowej. Mogą być tu stosowane nie tylko potrawy białkowe, lecz i roślinne, o ile one przez sposób przygotowania zostały utworzone obojętne. Natomiast wykluczam zupełnie pokarmy różnorodne jak wyskok, korzenie, surowe owoce itp., a nawet za niestosowne uważam potrawy białkowe, jeżeli one

przez sposób przyprawienia zostały zamienione na różnorodne np. zostały przepieczone, marynowane, korzeniami przyprawione. Ja stosownie do wrażliwości błony śluzowej żołądka w przebiegu wszystkich chorób z nadmiernem wydzielaniem (*hyperacidas digestiva*, *hypersecretio chronica*, *catarrhus acidus*) polecam jeden z następujących trzech stopni diety przeciwkwasowej (*regimen antacidum*). Dotyczące potrawy wyliczam według sposobu przyrządzania podanego w „Kuchni higienicznej. E. Jaworska. 1897“.

Pierwszy stopień żywienia w przebiegu nadmiernego wydzielania HCl stosuję wobec istnienia nadmiernej przeczułicy błony śluzowej, a obejmuje on następujące potrawy jednorodne lub obojętne dla zmienionej błony śluzowej żołądka:

*Regimen antacidum*: Napoje: Wody alkaliczne (Vichy. Bilińska, Szczawnicka-Jozefina). Mleko makowe 28, 40. Orszada gorzkawa 27, 39. Orszada orzechowa 27, 38. Orszada słodka 27, 39. Herbata. Herbata ze żółtkiem 29, 44. Kakao dyetetyczne 32, 53. Kakao łupinowe 33, 54. — Płynny: Polewka peptonowa 63, 103. Polewka mucynowa 63, 102. Rosół z ryb. Polewka rybia 62, 100. Polewka mondaminowa 62, 99. Zupa kurcząca 60, 93. Zupa gołębiowa 59, 92. Rosół karagenowy 58, 89. Rosół z mózdzkiem 58, 88. Polewka na płuckach 57, 85. Polewka zasmażana na mleczku 56, 84. Polewka z fasowanego mleczka 56, 83. Polewka biała z mózdzku 55, 81. Polewka rumiana z mózdzku 55, 80. Rosół cielęcy 54, 76. Rosół klejki 53, 74. Rosół bez mięsa 47, 61. Rosół ze żółtkiem 46, 60. Rosół z kleikiem 46, 60. — Kleik grysikowy 65, 104. Kleik jęczmienny 65, 105, 106. Kleik jęczmienny preparowany 285, 624. Kleik grochowy preparowany 285, 624. Kleik z leguminy 286, 627. Polewka kakaowa 280, 614. Kleik ryżowy 66, 107. Kleik ryżowy po francusku 66, 108. Kleik sagowy 67, 109. Tapioka na rosole 67, 110. Panada 72, 126. Polewka z bułki 72, 127. Polewka karlsbadzka 72, 128. — Polewka na sałacie. 74. Polewka ziemniaczana 79, 142. — Mleczanka mondaminowa 94, 178.

Pokarmy stałe. Jarzyny: Purée ziemniaczane dyetetyczne 120, 253. Szpinak na purée 129, 278. Sałata na purée 130, 279 — Galareta z nówek cielęcych 650, 334. Galareta z kury 151, 335. Galareta na mięsie 151, 336. Galareta herbaciana 155, 347. Galareta kakaowa 155, 349. — Jaja na miękko 157, 352. — Mięso surowe: Galki Weissa 166, 372. Galki rzymskie 166, 374. Perełki szwajcarskie 167, 375. — Cielęcina: Mózdzek duszony 194, 435. Mózdzek dyetetyczny 195, 438. Mleczko cielęce dyetetyczne 200, 450. Mleczko duszone 200, 449.



Nóżki cielęce 203, 457. — Leguminy. — Flakery na mleku 243, 539. Purée grochowe preparowane 289, 629.

Drugi stopień żywienia w nadmiernem wydzielaniu kw. żołądkowego obejmuje wyżej wymienione potrawy dla stopnia pierwszego i jeszcze następujące jednorodne i obojętne, które również przytaczam według sposobu przyrządzania podanego w książce „Kuchnia higieniczna. E. Jaworska.“

*Napoje:* Herbata ciemna 29, 43. Kawa czarna ze żółtkiem 32, 52. — *Płynny:* Bulion fiaskowy 50, 69. Zupa rumiana po francusku 69, 119. Polewka chlebowa 72, 126. Polewka zielona z groszku 78, 140. Polewka ziemniaczana na rosole 79, 142. Zupa szparagowa na rosole 79, 143. — Mleko słodkie 85, 158. Mleko wielokrotne (*Kraftmilch*, p. niżej). Śmietana słodka 86, 159. Mleko na anyżku 91, 166. Mleko na wanilii 91, 168. Mleczanka z bułki 93, 177. Mleczanka mączna 94, 178. Kaszka perłowa na mleku 95, 182. Sago na mleku 95, 182. Lane ciasto na mleku 95, 183. Polewka kminkowa 102, 205.

*Pokarmy stałe.* Jarzyny: Kalafior na purée 128, 276. Mniszek na purée 134, 291. — Galareta pomarańczowa 153, 339. Galareta kawowa 155, 348. — Jaja w torebce 158, 354. Jajecznicza 159, 356. Purée z jaj 161, 363. Omlet sufle 162, 366. — Cielęcina: Pieczeń cielęca mleczna 186, 416. Pieczeń cielęca dyetetyczna 187, 417. Ozorek duszony 192, 427. Purée z mózdzku 196, 440. Sulc higieniczny 205, 460. — Potrawka jagńięca 207, 465. — Potrawka dyetetyczna z drobiu 219, 485. — Ryba duszona 232, 513. Pstrąg gotowany 233, 516. Łupacz gotowany 234, 520. Ostrygi w zupie 236, 523. Udka żabie na potrawkę 236, 523. — Flakery pomarańczowe 244, 542.

Dyeta powyższa jest stosowna dla przypadków nadmiernego wydzielania HCl, w których nie pojawiają się ani naczeto ani po jedzeniu ostre bóle, lecz uczucie palenia lub gniceenia po użyciu zwyczajnych (różnorodnych) pokarmów. Jeżeli chory powyższe stopnie diety bez dolegliwości znosi, albo jeżeli wobec miernego stopnia podwyższenia kwasoty w żołądku, dolegliwości żołądkowe są miernego natężenia, przechodzimy do diety trzeciego stopnia.

Dyeta stopnia trzeciego dla żywienia chorych z nadmiernem wydzielaniem HCl obejmuje następujące potrawy, przyrządzone według sposobu „Kuchni higienicznej“.

*Napoje:* Kawa ze żółtkiem 32, 52. Kawa z mlekiem wielokrotnem (*Kraftmilch*). Kawa na lodzie 31, 50.

*Płynny:* Polewka wątrobianą 55, 79. Polewka rumiana z mózdzku 55, 80. Polewka ze smażonego mleczka cielęcego 56,

84. Rosół na mleczku 56, 82. Polewka z duszonego mleczka 57, 85. Rosół ze smażonych płuczek 57, 86. Kleik ryżowy po francusku 66, 108. Polewka mączna 69, 118. Zupa rumiana po francusku 69, 119. Tarte ciasto na biało 70, 122. Tarte ciasto na szaro 71, 124. Panada 72, 126. — Polewka ze zieleniny 74, 130. Polewka z groszku 78, 140. Polewka pomidorowa po francusku 80, 147. Barszcz dyetetyczny ze żółtkiem 84, 157. — Mleko kwaśne 87, 160. Maślanka na przódce 87, 161. Zętyca sztuczna 88, 163. Grysik na mleku 94, 182. Lane ciasto po francusku 96, 185. — Sos biały ogólny 104, 209. Sos dyetetyczny 105, 211. Sos pietruszkowy 109, 224. Sos koprowy 109, 225.

*Potrawy stałe.* Jarzyny: Groszek zielony po angielsku 116, 242. Groszek zielony na purée 117, 246. Fasola szparagowa na purée 119, 251. Kotlety ziemniaczane 120, 255. Kalarepa na purée 123, 263. Ogórki na purée 124, 266. Kalafior po francusku 127, 274. Kalafior na purée 128, 276. Pokrzywa na purée 134, 292. Marmolada z jabłek 139, 303. Marmolada ze śliwek 142, 313. Marmolada z moreli lub brzoskwiń 143, 317. Marmolada z malin 146, 327. — Jaja i Jajecznicą ze szynką 159, 357. Jajecznicę mieszaną 159, 358. Pieczyście z jaj 160, 360. Purée z jaj 161, 363. Omlet naturalny 162, 365. Omlet ze szynką 163, 368. Omlet na szpinaku 164, 369. Galareta z jaj. 164, 371. — Wołowina: Kolduny krakowskie 167, 376. Bifsztyk smażony 168, 379. Bifsztyk skrobany pieczony 170, 381. Bifsztyk skrobany z bułką 170, 382. Filet à la Nelson 171, 383. Fasowane kotlety wołowe 171, 384. Polędwica pieczona 171, 385. Polędwica duszona 172, 386. Rozbif kotletowy 174, 390. Zrazy na rosole 177, 396. Ozór wołowy 180, 403. Flaczki 182, 407. — Cielecina: Bifsztyk cielęcy 184, 409. Kotlety cielęce bite 184, 410. Zrazy cielęce chude 185, 413. Zraziki cielęce z rożna 186, 415. Pieczeń cielęca po angielsku 188, 421. Potrawka cielęca 189, 422. Szynka cielęca 190, 425. Ozorek duszony 192, 427. Ozorki cielęce w galarecie 193, 432. Móżdżek cielęcy po francusku 195, 437. Móżdżek w sosie 196, 441. Mleczko cielęce smażone 199, 448. Hachée z płuczek 206, 463. Nózki cielęce w cieście 204, 458. — Pieczeń jagnięca 207, 465. Szynka barania 209, 471. Szynka wieprzowa 212, 473. — Drób: Kurczę duszone 217, 481. Drób duszony 219, 484. Kotleciki z drobin 220, 486. Kura duszona 222, 489. — Dziczyna: Sznyce zające siekane 228, 504. Kotlety zające bite 228, 505. Sznyce sarnie siekane 229, 507. Kotlety sarnie bite 229, 507. — Ryba pieczona 231, 509. Pieczeń higieniczna z ryby 232, 512. Szczupak gotowany 234, 517. Łupacz po angielsku 234, 519. — Leguminy: Kaszka częstochowska na sypko 238, 526. Sago na sypko 239, 529. Legumina grysikowa 239,

530. Legumina ryżowa 240, 533. Budyń mondaminowy 240, 534. Flamery na mleku 243, 539. Flamery kakaowe 243, 540. Krem na herbacie 246, 550. Krem waniliowy 247, 551. Krem kawowy 247, 552. Pianki na rosole 244, 560. Kluseczki francuskie 250, 561. — Pieczywo i ciasta: Pianki pieczone 255, 568. Ciasteczka krakowskie 256, 570. Całuski 256, 571. Sucharki szwajcarskie 257, 574. Sucharki postne 258, 575. Sucharki higieniczne 259, 577. Biszkopty angielskie 259, 579. Placek biszkoptowy 261, 582.

Z powyżej wymienionych potraw może lekarz wybierać stosując się do smaku i zamożności chorego. Nie wystarcza jednak powiedzieć choremu, „te potrawy masz jeść“, lecz należy wskazać, jak one mają być przyrządzone, gdyż n. p. z tak łatwo strawnego mięsa, jakim jest mięso gołębie, można przez nieodosowne przyrządzenie otrzymać potrawy, które nawet w zdrowym żołądku mogą sprawić dolegliwości.

Co do stosowania napojów wysokokowych w nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego, to uważam je jako przeciwwskazane. Są one istotami drażniącymi każdą żywą tkankę ustroju, to też swem zachowaniem okazują się różnorodne do błony śluzowej żołądka. Według doświadczeń A. Gluzińskiego sprawia wyskok przepocenie surowicze z błony śluzowej żołądka. Dłuższe zaś używanie napojów wysokokowych, jak to aż nadto wjemy z doświadczenia na ludziach, jest wprost szkodliwe, gdyż sprawia niezbyt błony śluzowej z początku kwaśny, a później śluzowy. Ja wyjątkowo tylko wtedy używam przetworów wysokokowych wobec nadmiernej kwaśności treści żołądkowej, jeżeli chory jest mocno osłabiony, a nadużywał dawniej napojów wysokokowych. Wtedy stosuję napoje wysokokowe w postaci potraw, w których drażniące działanie wyskoku, jest złagodzone przez domieszki. Trzeba jednak pamiętać, że domieszki te (najczęściej żółtko) nie są w stanie sprawić, aby otrzymana potrawa była obojętną (p. str. 444). Polecam przeto co najwięcej następujące przyprawy wysokokowe:

Polewka koniakowa 97, 190. Polewka winna 100, 198. Polewka piwna na zimno 101, 201. Polewka piwna na gorąco 101, 202. Polewka piwna na peptonie 102, 204.

Przy powikłaniu nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego z rozstrzenią żołądka, co się często zdarza, stosuje się te same pokarmy, lecz z tą różnicą, że mniej płynnych, a więcej

stałych. Jednak płynów nie odstawia się w zupełności, lecz **tylko** zmniejsza, tak żeby wszystkie potrawy **razem** stanowiły gąszcz obrzedni (p. niżej ustęp o żywieniu w rozstrzeni żołądka).

Co do ilości dziennej pokarmów stosowanych w nadmiernem wydzielaniu HCl, to zajmuję się mniej obliczaniem kaloryj, a więcej przybywaniem, lub ubywaniem ciężaru ciała chorego, kontrolując ten szczegół co tygodnia. Jeżeli takowy opada, dokładam więcej pokarmów.

Co do częstości spożywania pokarmów, to w ogóle należy uwzględnić tę okoliczność, że żołądek powinien mieć **prze-**  
**stanki wolne, potrzebne** do wypoczynku od czynności, t. j. powinien być mniej często podrażniony podczas dnia. Dlatego polecam, jak to i Bouveret radzi, 3—4 razy dziennie jadać, natomiast we większej ilości naraz. W międzyczasie zaś należy podawać małe ilości napojów ciepłych wyżej wymienionych, lub herbaty aromatyczne, albo wody alkaliczne, w celu rozcieńczenia i zubożenia treści kwaśnej. Tylko wtedy, jeżeli jest powikłanie z roztrzęsieniem polecam, częste jedzenie, a w małych **tylko** ilościach.

Za ważne uważają autorowie staranne **żucie** w nadmiernem wydzielaniu, a to nie tylko dlatego, że większe kawałki **wię-**  
**cej drażnią** błonę śluzową i dłużej zalegają w żołądku niż drobne, na co już wyżej (p. str. 448) zwróciłem uwagę, ale przeważnie z tego powodu, że ciała skrobiowe przy nadmiernej ilości kwasu w żołądku wcale nie doznają zmiany, i tylko o tyle mogą być seukrzzone, o ile to mają miejsce w jamie ustnej. Lecz ja muszę zauważyć, że seukrzenie w jamie ustnej gra podrzędną rolę, gdyż główna czynność amylolityczna odbywa się przez działanie **tryp-**  
**syny w dwunastnicy**. W celu zwiększenia ilości śliny, a przeto i seukrzającego ptyalinu, poleca Bergmann osobnego rodzaju pastylki do żucia (Kautabletten). Że działanie tych pastylek tak **co** do zubożenia treści żołądkowej, jak i rozwinięcia działania **ptyalinu** w razie wysokiej kwasoty żołądkowej jest bardzo małe, zgadzam się w tym względzie z Riegelem.

UWAGA. Ze względu, że J. Wiczkowski dostrzegał obniżanie się kwasoty żołądkowej po środkach wypróżniających, a wzmaganie po lekach wstrzymujących stolec, byłoby wskazaniem robić próby ze żywieniem przyspieszającym stolec w przypadkach nadmiernego wydzielania kwasu żołądkowego.

### LXVIII. Żywienie w przebiegu niepowikłanego wrzodu okrągłego.

Jak już Cruveilhier wymagał, należy dla umożliwienia za-  
bliźnienia wrzodu okrągłego (p. str. 92) żołądek unieruchomić  
t. j. czynność jego do minimum sprowadzić. Z doświadczeń osta-  
tnich lat wiemy, że chodzi także i o to, aby wzmożone wydzie-  
lanie HCl z błony śluzowej żołądka ograniczyć.

1. Najradykałniejsza metoda odpowiadająca powyższym wy-  
maganiom, jest odjęcie pokarmów przez usta, a wprowadzenie ta-  
kowych przez odbytnicę za pomocą *l a w a t y w o d Ź y w c z y e h*.  
Przy stosowaniu tej metody otrzymał najpierw Donkin dobre  
wyniki, żywiąc chorych wyłącznie przez odbytnicę, w jednym  
przypadku nawet przez 23 dni. O skuteczności tego postępowania  
wspominają jeszcze Call Anderson, Boas i inni. Dla przeprowa-  
dzenia leczenia kładzie się chory do łóżka i dostaje dziennie  
3—4 ławatyw odżywczych.

*L a w a t y w y o d Ź y w c z e*. Doświadczenia wykonane tak na zwierzę-  
tach, jak i na ludziach wykazały, że odbytnica chłonie z rozczynów wodnych  
nie tylko ciała krystaliczne (sól, cukier), ale także niekrystalizujące, jak ciała  
białkowe przy obecności soli kuchennej, następnie peptony, wyskok a nawet  
tłuszcz. Dlatego można tą drogą także wprowadzić do ustroju pokarmy, lecz  
ilość wessana jest za małą, aby do wyżywienia człowieka przez dłuższy czas  
wystarczyć mogła. Jest to więc droga tylko tymczasowa pomocnicza, dla tych  
przypadków, w których wprowadzenie pokarmów do żołądka okazuje się nie-  
odpowiednie. Przy stosowaniu ławatyw odżywczych należy mieć wzgląd na szcze-  
gół następujące:

a) Ilość płynu użyta na ławatywę nie powinna przenosić 250 cm<sup>3</sup>, zazwyczaj  
wprowadza się naraz 200 cm<sup>3</sup>. b) Płyn powinien mieć ciepłotę ciała. c) Rozczyny  
użyte nie powinny być zgęszczone, mianowicie dotyczy się to soli, wyskoku,  
peptonów; wprowadzone bowiem w stanie więcej zgęszczonym zadrażniają jelito  
i nie tylko, że chory ich zatrzymać nie zdoła, ale może łatwo wytworzyć się nie-  
żyt błony śluzowej odlytu. Największe zgęszczenie dla ciał krystalicznych w ław-  
atych wynosi 10<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. d) Ławatywa odżywcza powinna oddziaływać alkalicznie,  
inaczej trzeba ciecz sodą zalkalizować. e) Jeżeli odbytnica ławatywy nie zatrzy-  
muje, należy do niej dodać 10—20 kropli *tra opii simpł.* albo na pół godziny  
przed ławatywą odżywczą czopek opiowy *Q u i n e k e i B o a s* podali przyrządy,  
składające się z rurki odbytnicowej przystosowanej do balonu, dającego się wy-  
pełnić powietrzem albo wodą, przez co można zamknąć odbył w przypadkach,  
jeżeli chory ławatywy zatrzymać nie może. f) Ławatywę płynną podaje się za-  
pomocą lejka Hegara, wprowadziwszy wprzód wysoko do odbytu długi cewnik.  
Ławatywy gęste podaje się zapomocą syringi zwyczajnej, zaopatnionej jednak

szeroką kanką. *g)* Na pół godziny przed podaniem lawatwy odżywczej należy odbytnicę wypłukać ciepłą wodą, aby wyprowadzić z niej masy kałowe. *h)* Lawatwa odżywcza podaje się 2—3 razy dziennie, a nigdy częściej jak cztery razy, inaczey odbytница staje się zbyt wrażliwą. *i)* W celu zmniejszenia wrażliwości odbytницы należy na 1—2 dni przerwać używanie lawatw.

Wyczerpujące przedstawienie co do ważności i zastosowania klinicznego znajdzie szanowny czytelnik w artykule napisanym przez Leubego w dziele „Handbuch der Ernährungstherapie von E. v. Leyden 1898“ p. 498.

Leube poleca do lawatw odżywczych następujące składniki, których wessalność doświadczałnie na ludziach sprawdził.

300 cm<sup>3</sup>, 10—20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>-go cukru gronowego. Zatrzymanie tego roztworu w odbycie zależy bardzo od indywidualności. U osób, które mogą zatrzymać, wessanie cukru jest dokładne.

50—100 cm<sup>3</sup> skrobi i rozgotowane w 300 cm<sup>3</sup> wody, chorzy dobrze zatrzymują, a skrobia bywa dobrze wessaną. Z doświadczenia jednak wiem, że zaledwie 10 cm<sup>3</sup> skrobi można w 300 cm<sup>3</sup> wody rozgotować i wprowadzić.

50—80 gm. peptonu lub albumozy rozpuszczonej w 300 cm<sup>3</sup> wody zostaje przez odbytnicę dokładnie wessane. Ja zauważyłem przy tak wielkiej ilości peptonu silne podrażnienie odbytu.

Białko z jaja roztworzone we wodzie z dodatkiem jednego grama soli kuchennej zostaje w odbycie wessane (Ewald, Huber).

Z 30 gm. tłuszczu wprowadzonego do odbytницы może być co najwięcej 10 gm. wchłonięte. Natomiast 50 gm. tłuszczu, dodanego do lawatwy trzustkowej może być zupełnie wessane. Jednak zatrzymanie i wessalność lawatwy podlega tu bardzo indywidualności chorego.

250 cm<sup>3</sup> mleka w lawatwie zostaje wessane, jeżeli się dało 0.5 natrii bicarbonici. Ilość wessana przedstawia wszystkiego zaledwie 100 kaloryj.

Leube uwzględniając wszystkie okoliczności, poleca następujące kombinacye lawatw odżywczych jako najstosowniejsze.

- a) 250 mleka + 60 peptonu, co przedstawia 270 kaloryj.
- b) 200 mleka + 3 jaja kurze + 3 gm. soli kuchennej, razem 370 kaloryj.
- c) 250 mleka + 60 skrobi, co czyni 420 kaloryj.
- d) 250 mleka + 60 cukru gronowego, co przedstawia 420 kaloryj.
- e) 50—100 trzusk (babiórki) + 150—300 mięsa posiekanego + 30—45 tłuszczu (ohwy), co czyni 650 kaloryj.

Tę ostatnią mieszaninę, która ma być jak najdokładniej wymieszana, uważa Leube za najpożyteczniejszą i najłatwiej przez chorego zatrzymalną.

Wartość dzienną odżywiania przez odbytnicę ocenia Leube tylko na 500—550 kal. Jest to ilość bardzo mała niewystarczająca do utrzymania równowagi ciała nawet w stanie zupełnego spokoju. Dlatego radzi dopomagać odżywianiu przez odbytnicę zapomocą wstrzykiwań podskórnych oliwy lub oleju sezamowego. Leube był w stanie dziennie wstrzyknąć podskórnie 30—40 gm. oliwy bez wywołania przypadłości zewnętrznych lub wewnętrznych. Wstrzykiwania tłuszczu uskutecznił ten autor zapomocą 10 gramowej strzykawki Pravatza w uda, zachowując wszelkie możliwe ostrożności aseptyczne.

Leczenie głodowe wrzodu okrągłego zapomocą ławatyw odżywczych nie daje się przeprowadzić w każdym przypadku i wzbudza zawsze pewne obawy. Jeżeli chory już z powodu choroby jest wycieńczony, to głodzenie jeszcze więcej go osłabia i może doprowadzić do zupełnego charłactwa, z którego już więcej się nie podniesie, jeżeli leczenie głodowe się nie uda np. z powodu wywołania nieżyty jelit przez ławatywy odżywcze. To też tylko chorzy zażywni do przeprowadzenia leczenia głodowego się nadają. Nadto żywienie ławatywami odżywcze często zawodzi, gdyż wiele osób takowych utrzymać nie może.

Ja podczas leczenia wrzodu okrągłego ławatywami odżywcze wspomagam odżywianie przez podawanie napojów. Z leków podaję w celu złagodzenia pragnienia wody alkaliczne (Vichy, Bilińska), proszek bizmutowy (p. str. 109), ostatecznie napoje kleiste w małej ilości:

Woda żółtkowa 23, 36. Woda białkowa kleista 22, 24. Woda lniana 22, 22. Woda ryżowa kleista 21, 20. Herbata ze żółtkiem 29, 44. — Rosół klejki 53, 74. Rosół lepki 53, 75. Rosół cielejący 54, 78. Rosół z ryby 62, 100. Kleik jęczmienny leczniczy 65, 105. Kleik ryżowy leczniczy 66, 108. Kleik sagowy 67, 109. Polewka karlsbadzka 72, 128.

Stosowanie ławatyw trwa 10—14 dni, potem przystępuje się ostrożnie do diety stopnia pierwszego stosowanej dla nadmiernego wydzielania HCl podanej wyżej na stronnicy 455. Podczas leczenia należy położyć na żołądek kompres ciepły.

2. Najczęściej odbywa się leczenie wrzodu okrągłego na sposób używany w Niemczech przez *Ziemssena* i *Leubego* (p. str. 107). Ostatni autor poleca go odbywać przez 4 tygodnie w łóżku. Lecz u nas mało który chory na ten warunek się zgodzi. Dlatego przychodzi się godzić na to, żeby chory bardzo wczesnie kładł się do łóżka, a późno wstawał; w dzień zaś mało chodził. Leki i inne zabiegi tego leczenia podałem na str. 107. Co się zaś dotyczy żywienia, to takową stosuję przez pierwsze 2 tygodnie według diety pierwszego stopnia podawanej dla nadmiernego wydzielania (p. str. 455). Przez następne 4 tygodnie dietę drugiego stopnia (p. str. 456), poczem przechodzę do stopnia trzeciego (p. str. 456). Jeżeli przy tem leczenie ciężar ciała znacznie podupada, co należy dwa razy w tygodniu skontrolować, to należy jeszcze zastosować lawatywy w sposób wyżej podany.

3. *Dyeta mleczna* w przebiegu wrzodu okrągłego jest najdawniejszym sposobem leczenia, gdyż poleconą była jeszcze przez *Cruveilhiera*.

Do przeprowadzenia diety mlecznej, która trwa kilka tygodni używa się mleka słodkiego. Według *Karella* zaczyna się od małych dawek (60—200 cm<sup>3</sup>) kilka razy na dzień poczem następuje z dnia na dzień do większej ilości, aż przechodzi się do 3 litrów dziennie, gdyż dopiero ta ilość mleka przedstawia 2000 kal., t. j. ilość zaledwie wystarczająca do utrzymania równowagi ciała pozostającego w spokoju. Mleka należy, o ile można, używać po przegotowaniu go. Wielu chorych nie znosi mleka doznając dolegliwości. W tych przypadkach mogą pomódz pewne dodatki jak wody alkaliczne (*Szczawnicka*, *bilńska*, *Vichy*, *aqua calcis*, *aqua alcalina mitior*). Aby chorym już w pierwszych dniach leczenia nie wywołać wstrętu do mleka, należy z niego przyrządzać potrawy mleczne i podawać podczas dnia zamiast mleka czystego. Potrawy te według sposobu przyprawiania podanego w „*Kuchni higienicznej*“ są następujące:

*Dyeta mleczna*. Płynny: *Ambrozja* 91, 169. *Grysik* na mleku 95, 182. *Kawa słodowa* 278, 611. *Kaszka częstochowska* na mleku 95, 182. *Kaszka jaglana* na mleku 95, 182. *Kaszka perłowa* na mleku 95, 182. *Kleik jęczmienny* preparowany na mleku 287, 630, 631. *Konserwa mleczna* 286, 629. *Lane ciasto* na mleku 95, 183. *Lane ciasto po francusku* 96, 185. *Mleczanka koniakowa* 94, 181. *Mleczanka mączna* 93, 178. *Mleczanka mon-*

daminowa 94, 181, Mleczanka z pieczywa 93, 177. Mleko klejkie 92, 171. Mleko na anyżku 91, 166. Mleko na cynamonie 91, 167. Mleko na wanili 91, 168. Mleko salepowe 92, 170. Mleko słodkie 85, 158. Mondamin na mleku 94, 179. Polewka karamelowa 93, 175. Polewka migdałowa na zimno 93, 175. Polewka mleczna na zimno 92, 174. Ryż na mleku 95, 182. Sago na mleku 95, 182. (Śmietana słodka 86, 159). (Sos migdałowy 112, 234). (Sos śmietankowy 112, 233). (Sos waniliowy 113, 235). Tapioka na mleku 92, 172. Tarte ciasto na mleku 95, 184.

(Stałe: Flamery na mleku 243, 539. Krem na herbacie 246, 550. Krem waniliowy po włosku 247, 551\*).

Ilość mleka zwykłego potrzebna do przeprowadzenia diety jest bardzo znaczną (2—3 litry dziennie). Ilość taką nie każdy chory może znieść, w przypadku zaś powikłania z rozstrzenią żołądka, narząd przez zbytne obciążenie jeszcze więcej się rozszerza. Ja też dla zmniejszenia objętości płynu przeprowadzam dietę mleczną zapomocą mleka wielokrotnego. Równocześnie podaję raz lub dwa razy dziennie bardzo lekkie potrawy białkowe, jak jaja surowe lub na miękko, lub zupę z przetartego mleczka cielęcego. W ten sposób dopełniam ilość białka, jaka przy użyciu mleka wielokrotnego brakuje.

Krakowskie mleko wielokrotne (*Kraftmilch*) według mego sposobu otrzymania jest dwojakiego rodzaju. Mleko podwójne (duplex) i potrójne (triplex). Skład odsetkowy mleka podwójnego (a) i potrójnego (b) jest następujący:

	Tłuszcz,	białka,	cukru,	soli,	kaloryj
(a)	7	1·8	6·0	0·3	94
(b)	10·0	1·8	6·0	0·3	124

Mleko to jest równocześnie wyjałowione.

Do wyżywienia dziennego można przeciętnie stosować 2—2½ mleka podwójnego, a 1½ litra mleka trójrotnego. Niewystarczającą ilość białka należy uzupełnić jeszcze kilkoma jajami i lekką potrawą mięsną. Tak np. może się przedstawić ilość dzienna pokarmów dla dorosłego w następujący sposób:

1½ litra mleka potrójnego	1875 Cal.
4 jaja na miękko	228 „
¼ kgm. mięsa cielęcego	182 „
	<hr/>
	2285 Cal.

\* Potrawy w nawiasach podaje się dopiero w piątym tygodniu leczenia.

Aby urozmaicić dyetę mleczną, można polecać gotowanie rozmaitych potraw na mleku wielokrotnem, jak kaszki, ryżu, saga, tapioki, zacierki, lanego ciasta lub dolewać go do kawy, herbaty, czekolady, kakao i t. p.

Doświadczenia kliniczne, wykonane na 24 osobach z rozmaitemi przypadłościami wydały następujące wyniki:

a) Zdrowi i chorzy przyjmują chętnie mleko wielokrotne nie doznając uczucia sytości lub pełności, jak to po mleku zwykłym lub po śmietanie bywa, a nawet uczuwają po użyciu mleka dwukrotnego podniecenie łaknienia.

b) Największe ilości mleka wielokrotnego, które dziennie podawano, wynosiły 2 litry, którą to ilość chorzy dotąd bez przypadłości znosili. Biegunki po użyciu powyższej ilości nie zauważano, chyba jeżeli chorzy już do niej byli skłonni. U chorych z zaparciem żywota pojawiały się codziennie prawidłowe stolce, po użyciu powyższej ilości mleka. Z wejrzenia i pod mikroskopem nie przedstawiały stolce jakichkolwiek nieprawidłowości.

c) Przybytek na ciężarze u chorych klinicznych, pod wpływem mleka wielokrotnego, wynosił średnio 1 kg.

d) Mleko wielokrotne, wydobyte z żołądka po upływie  $\frac{1}{2}$ —1 godziny, okazuje się nieskrzepnięte, lecz w postaci zawiesiny śmietankowej.

e) Doświadczenia porównawcze mleka wielokrotnego z mlekiem zwyczajnym wykazały, że ono nieco wcześniej opuszcza żołądek, niż zwyczajne. Przy użyciu 200—300 c<sup>3</sup> mleka wielokrotnego, wypróżnia się żołądek po 5—6 kwadransach.

Zalety mleka wielokrotnego w porównaniu z mlekiem zwyczajnym są przeto następujące:

a) Skład chemiczny jego jest stały. Lekarz może pożywnie dawkować jak lek apteczny, i zawsze wiedzieć, czy dostateczną ilość pokarmów polecił.

b) Jest to według możliwości najwięcej zgęszczony pokarm mleczny, na który jeszcze dobry smak pozwala. Wprowadza się zapomocą niego przeszło dwa razy większą ilość pożywienia, niż przy użyciu tej samej objętości zwyczajnego mleka. Stąd i żołądek podczas żywienia mlekiem wielokrotnem doznaje mniejszego obciążenia, co w niedowładzie żołądka jest rzeczą bardzo ważną.

c) Mleko wielokrotne znoszą chorzy łatwiej bez dolegliwości żołądkowych, niż zwyczajne, stąd i przeprowadzenie diety mlecznej będzie więcej ułatwionem, niż to dotąd ma miejsce.

d) Przy należytem sporządzaniu jest mleko wielokrotne zupełnie wolne od bakteryj zaczynowych i chorobotwórczych i nie może dać powodu ani do pojawienia się spraw fermentacyjnych

w żołądku, ani do nabycia jakiejkolwiek choroby zakaźnej.

e) Mleko wielokrotnie nadaje się także do sporządzania potraw mlecznych. Może być także stosowane rozcieńczone herbatą, kawą lub też wodami mineralnymi, np. selterską, przez co zyskuje tylko na strawności tak, że i najtkliwszy żołądek znieść je może.

Zalety mleka wielokrotnego są przeto tego rodzaju, że ono słusznym wymaganiom lekarzy, jakich od mleka dla chorych żądamy, zadość uczynić może\*).

Z dobrym skutkiem leczy się wrzód okrągły przez kilkotygodniowe wyłączne stosowanie kłóconego mleka kwaśnego lub świeżej masyłanki (Krukenberg).

4. Stosując wodę karlsbadzką w przebiegu wrzodu okrągłego, jak to opisanem już było na str. 108, bywa tradycyjnie zachowywana tak zwana dyeta karlsbadzka, którą obecnie pijący wodę przy źródle zwykle ściśle przestrzegają. Ja przypisuję skutki, jakie bywają często osiągnięte w Karlsbadzie w chorobach żołądka więcej zachowaniu się dyetetycznemu chorych, aniżeli samej wodzie mineralnej; dlatego radziłbym lekarzom karlsbadzkim, aby wiarę w konieczność dyety karlsbadzkiej starannie utrzymywali.

Szczegółowo podczas picia wód karlsbadzkich w jakiegokolwiek chorobach, uchodzą jako wzbronione następujące pokarmy: tłuszcze, jak masło, wszelkiego rodzaju smalec, oliwa; tłuste mleko jako śmietana, tłuste leguminy, tłuste sosy, słonina, tłusta szynka, tłuste mięso, tłuste ryby (homary bez lub z majonesem, łosoś, węgorz), kiełbasy, gulasz, salami, ser, wieprzowina, gęsiina, paszтет strasburski, kluski, knedle, korzenie (pieprz, papryka, cebula, czosnek, cynamon, wanilia), kwasy, a w szczególności ocet; wszelkiego rodzaju sałaty, ogórki, korniszony, głąbiki, rzodkiew, owoce strączkowe, jak soczewica, groch i t. p., wszystkie rodzaje kapusty, chleb zwyczajny; wino białe, likiery, punecz, grog, szampan, lody i wszystkie owoce surowe.

W małej ilości dozwolone są następujące pokarmy: rosół, mięso rosółowe, wędzony ozór, tarte ziemniaki (purée), chude leguminy (ryż, kaszki, sago, omlet), chude ciasta, słodkie jarzyny (marchew, groszek, kalarepa), słodkie kompoty, cukier i piwo.

\*] Ohydwa gatunki mleka wyrabia w Krakowie firma E. Dobrzyńska Ul. Ślawańska 12, według powyższych wskazówek, pod kontrolą Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego.

W dowolnej ilości dozwala się: pieczona wołowina, skopowina, cielęcina, wszystkie rodzaje dziczyzny, drób (z wyjątkiem gęsi), chuda szynka, wędzona polędwica, wędzony ozór cielęcy, pstrąg, szczupak, śledź dobrze wymoczony, zielone jarzyny dobrze ugotowane i dobrze przetarte (n. p. szpinak), kompoty, jaja, pieczone zimne, bułka, kawa mleczna, kawa czarna, herbata, kakao, wino czerwone niekwaśne (Bordeaux, Erlauer, Kadarka), wody: Krondorfer, Giesshübler, bilińska.

Że ta ogólna dyeta karlsbadzka we wrzodzie okrągłym jest za ciężką, a nawet szkodliwą, jest z tego jadłospisu widocznem. Potrzebuje ona ograniczenia co do jakości i ilości według zasad wskazanych na str. 460.

### LXIX. Żywienie w chorobach żołądka z obniżeniem wydzielniczem lub brakiem kw. solnego.

Prawie wszyscy autorowie są dotąd zdania, że w braku siły wydzielniczej (*insufficiencia secretionis, catarrhus mucosus, atrophia mucosae*, p. str. 113, 119, 126) należy używać potraw kwasowych lub podrażniających błonę śluzową do wydzielania. Potrawy roślinne bywają tu uważane jako wyłącznie wskazane. W praktyce jednak okazuje się, że dyeta wyżej wymieniona sprawia dolegliwości podmiotowe. Ja jeszcze w r. 1884 wypowiedziałem zdanie, że trawienie żołądkowe jest podrzędne, gdyż główna czynność trawienia odbywa się w jelitach. Właściwie biorąc jest żołądek zbiornikiem na pokarmy, a nie peptonizatorem, jak to do niedawna przypuszczano. Noorden jakoteż Klemperer przekonali się przez szczegółowe doświadczenia nad przemianą materii u chorych żołądkowych, że ci tak samo przyswajają sobie pokarmy jak osoby ze zdrowym żołądkiem. To też nie należy przy żywieniu chorych z osłabieniem wydzielniczem przenosić pokarmy skrobiowe nad białkowe, lecz podawać wszystkie potrawy, które błonę śluzową nie podrażniają, a chory bez dolegliwości znosi. Błona śluzowa żołądka z osłabieniem wydzielniczem jest anatomicznie mniej lub więcej zmienioną w tym kierunku, że ona przybiera, zamiast gruczołowego, tkankę łączną, które już nie znosi środowiska kwaśnego (p. str. 126), lecz alkaliczne, jakoteż potrawy jednorodne i obojętne (str. 442, 444). To też ja w przypadkach obniżenia siły wydzielniczej kieruję się

przy żywnieniu objawami podmiotowymi i wrażliwością błony śluzowej. Im mniejsze zmiany okazuje błona śluzowa, tem mniejsza jej wrażliwość na pokarmy. Żołądek z osłabieniem wydzielniczym i nieżytem śluzowym znosi stosunkowo znaczną ilość pokarmów a nawet i kwasy. Żołądek z zanikiem błony śluzowej jest na zadrażnienie pokarmami, zwłaszcza kwaśnymi, bardzo wrażliwy. Ja rozróżniam dwa stopnie dyety w przebiegu osłabienia siły wydzielniczej. Pierwszy dla żołądka mniej, drugi dla więcej wrażliwego.

Dla przypadków z wielką wrażliwością błony śluzowej, stosownie do stopnia takowej zalecam dyetę, jaka wymieniona została dla nadmiernego wydzielania HCl. Obejmuje ona przeważnie pokarmy białkowe i składa się z trzech stopni (p. str. 455). Dyeta ta ma zastosowanie przeważnie w przypadkach nieżyłowego zaniku błony śluzowej.

Wobec osłabienia siły wydzielniczej lub nieżyty śluzowego z małemi dolegliwościami podmiotowemi stosuję dyetę mieszaną, w której znajdują się i pokarmy roślinne obojętnie przyrządzone (p. str. 444), jakoteż kwasy. Dyeta ta (*regimen acidum*) obejmuje następujące potrawy przyrządzone według sposobu podanego w książce „Kuchnia higieniczna E. Jaworska 1897“

*Regimen acidum. Napoje:* Szczawy sztuczne i rodzime (woda sodowa, Krondorfer, Giesshübler, woda sodowa kwaśna). Limonada cytrynowa 24, 28. Limonada pomarańczowa 24, 29. Limonada winna 25, 31. Limonada z wiśni 25, 33. Limonada jagodowa 26, 34, 35. Herbata z cytryną. Kawa na lodzie 31, 50. Czekolada Meringa 281, 617.

*Płynne pokarmy:* Polewka z dziczyzny 62, 98. Zupa z dzikich ptaków 61, 97. Zupa z kwiczołów 61, 96. Rosół z dziczyzny 60, 95. Kwasek ruski 50, 68. Kapuśniak dyetetyczny 50, 67. Rosół à la Julienne 49, 66. Consommé szwajcarskie 49, 65. Consommé na winie 48, 64. Rosół z jarzyną 46, 60. Polewka ze zieleniny 74, 130. Polewka na sałacie 74, 131. Polewka jagodowa 75, 132. Polewka borówkowa 75, 133. Polewka jabłkowa 76, 135. Sliwianka 77, 137. Polewka ze zielonego groszku 78, 140. Polewka ziemniaczana na rosole 79, 143. Zupa pomidorowa na winie 80, 146. Polewka cytrynowa 81, 148. Polewka rzewniowa 82, 150. Zupa szparagowa na rosole 82, 151. Polewka szparagowa biała 82, 152. Barszcz na rosole 84, 156. Barszcz dyetetyczny 84, 157. — Mleko kwaśne, 87, 161. Maślanka na przędce 87, 161. Kefir 89, 164. Mleko korzenne 91, 165. — Sos

cytrynowy 105, 212. Sosy jagodowe i owocowe 105, 213. Sos ogórkowy 106, 215. Sos szczypiórkowy 109, 224. Sos koprowy 109, 225. Sos winny 113, 237. Sos szodonowy owocowy.

*Potrawy stałe.* Jarzyny: Groszek zielony 116, 241. Groch zielony w sosie 116, 243. Groszek przyprawiany na purée 117, 245. Fasolka zielona po angielsku 117, 245. Fasolka szparagowa 119, 250. Marchewka siekana 121, 256. Marchewka z groszkiem 121, 257. Marchew na purée 121, 258. Kalarepa 122, 261. Ogórki zielone na purée 124, 266. Kalafior na purée 127, 273. Kalafior w sosie mlecznym 128, 275. Szpinak na purée 129, 278. Sałata na purée 130, 279. Czerwona kapusta 130, 280. Kapusta brukselska 131, 282. Włoska kapusta na purée 132, 286. Jarmuż dyetetyczny 133, 287. Jarmuż siekany 133, 288. Endywia na purée 133, 289. Mniszek na purée 134, 291. Pokrzywa na purée 134, 292. Szczaw na purée 134, 293. Purée rzewniowe 136, 296. Marmolada rzewniowa 137, 298. — *Owoce:* Jabłko w kompocie 137, 299. Jabłko w kompocie winnym 138, 300. Kompot z jabłek suszonych 139, 302. Jabłko w marmoladzie 139, 303. Jabłko w marmoladzie winnej 139, 304. Kompot winny z gruszek 140, 305. Kompot z pomarańcz 141, 308. Kompot ze świeżych sliwek 141, 309. Kompot z renglotów 141, 310. Marmolada ze świeżych sliwek 142, 313. Marmolada ze suszonych sliwek 142, 314. Kompot z moreli lub brzoskwiń 143, 315. Marmolada z moreli lub brzoskwiń 143, 317. Marmolada agrestowa 145, 321. Marmolada z porzeczek 145, 323. Kompot z poziomek lub malin 146, 326. Kompot z borówek 146, 327. — *Galareta cytrynowa* 153, 338. *Galareta pomarańczowa* 153, 339. *Galareta z wiśni* 153, 340. *Galareta jabłkowa kwaśna* 153, 341. *Galareta malinowa* 154, 343. *Galareta poziomkowa* 154, 344. *Galareta winna* 154, 345. — *Jaja sadzone* 159, 355. *Omlet płomienny* 163, 367. *Omlet na szpinaku* 164, 369. *Omlet z powidłem* 253, 535. — *Wołowina:* Bifszyk smażony 168, 379. *Filet à la Nelson* 171, 383. *Polędwica na dziko* 173, 387. *Rozbif* 174, 389, 390. *Boeuf à la mode* 175, 391. *Sztufada na winie* 176, 393. *Zrazy na rosole* 177, 396. *Klops zwyczajny* 177, 398. *Sztuka mięsa soczysta* 178, 400. *Sztuka mięsa w galarecie* 180, 402. *Ozór wołowy zwyczajny* 180, 403. *Ozór wołowy marynowany* 181, 404. *Ozór w galarecie* 181, 405. *Ozór wołowy wędzony* 182, 406. *Flaczki z cytryną* 183, 408. — *Cielęcina:* *Kotlety cielęce smażone* 185, 411. *Sznicel wiedeński* 185, 412. *Frykando z cielęciny* 187, 418. *Szykando zrazikowe* 187, 419. *Ozorek cielęcy w sosie* 192, 428. *Ozorki cielęce marynowane* 193, 433. *Ozorki cielęce smażone* 194, 434. *Móźdzek cielęcy smażony* 195, 436. *Móźdzek na kwaśno* 196, 430. *Móźdzek pieczony w sosie* 196, 441. *Sufle z móźdzku* 197, 442. *Kluseczki z móźdzku* 197, 443. *Mleczko*

cielęce na winie 199, 446. Mleczko smażone 199, 448. Mleczko szpikowane 200, 451. Wątróbka wypiekana 201, 454. Sulc higieniczny 205, 460. Nerki cielęce 205, 461. Nerki cielęce z rożna 206, 462. — Bifsztyk barani 207, 466. Kotlety baranie pieczone 208, 467. Kotlety baranie pieczone 208, 468. Szynka barania po szwajcarsku 209, 471, 472. — Szynka wieprzowa marynowana 211, 473. Połędwica wieprzowa wędzona 213, 474. Kiszki krwawe ze szynką 215, 477. Kiszka włoska 215, 478. — Drób: Gołąbki pieczone 217, 480. Kurczę z rożna 218, 482. Kurczę smażone 218, 483. Kaczka gotowana 222, 490. Kura pieczona 222, 491. — Dzikizna: Kwiczoly pieczone 223, 492. Kwiczoly w sosie 224, 493. Bekasy pieczone 225, 494. Bekasy na prędcie 225, 495. Kuropatwa pieczona 225, 496. Kuropatwa na sposób kwiczolów 226, 497. Bażanty 226, 500. Kotlety z dzikich ptaków 227, 501. — Pieczeń zajęcza 227, 502. Sznyce zajęcze siekane 228, 504. Kotlety zajęcze bite 228, 505. Sarnina pieczona 229, 507. Kotlety sarnie bite 229, 507. Sznyce sarnie siekane 229, 507. — Ryba z rożna 230, 508. Ryba pieczona 231, 509. Ryba pieczona obsypywana 231, 511. Kotlety rybne 231, 514. Sznyce rybne 233, 515. Łupacz gotowany 234, 520. Kawior 235, 522. Ostrygi 235, 523. — Leguminy: Klusieczki grysikowe smażone 240, 531. Fląmery cytrynowe 244, 543. Fląmery winne 244, 544. Sufle cytrynowe 244, 544. Sufle waniliowe 245, 546. Sufle z jagód 245, 547. Jabłka w cieście 246, 549. Krem cytrynowy 248, 554. Krem pomarańczowy 248, 556. Krem poziomkowy 248, 557. Naleśniki zwykłe 251, 563. — Pieczywo i ciasta: Pianki mleczne 255, 569. Chleb cytrynowy. Chleb waniliowy 257, 572. Sucharki prażone 259, 579. Placek angielski 261, 580. Placek wiedeński 262, 583. Tort mondaminowy 264, 589. Tort Pischingera 264, 588. Placuszki z razowej mąki 267, 596. Albertki 292, 642. Precelki słone Czyńskiego 292, 643.

Nadto należy także stosować wszystkie potrawy drugiego i trzeciego stopnia, jakie wyliczono już dla żywienia w nadmiernem wydzielaniu HCl (p. str. 456).

Przed kilku laty, kiedy uważano trawienie żołądkowe za bardzo ważne, tak że przypisywano wychudzenie upośledzeniu chemizmu trawienia żołądkowego, weszły w życie sztuczne przetwory odżywcze, a między nimi największą rolę odgrywały peptony. Ponieważ obecnie wiemy, że trawienie i wessanie odbywa się głównie w jelitach, że sztuczne preparaty nie przedstawiają większej wartości odżywczej i kaloryjnej, jak zwykle potrawy białkowe, że nadto mają smak przykry, a cenę bezwstydnie wysoką, — to są one wobec dobrze przyrządzonych potraw

kuchennych zupełnie zbyteczne, a dla chorych cierpiących na brak łąknienia istnym biczem bożym. Ja używam przetworów odżywczych sztucznych tylko w tym przypadku, jeżeli chorzy przed przyjmowaniem pokarmów się wzbraniają. Wtedy można im jeszcze podać przetwory odżywcze w postaci leku, zapisując je z apteki jako lek najlepiej po 1 gm. ad capsulas amylaceas.

Zbiór obecnych przetworów odżywczych szczegółowo opisany znajdzie Szan. Czytelnik w książce „Kuchnia higieniczna, E. Jaworska 1897“ na str. 274. Tu ich nazwy: Wyciąg bulionowy Maggi'ego, wyciąg mięsny amerykański, pepton mięsny Company Liebig, pepton Kochsa, pepton Denaeyera, albumoza aleuronatowa, somatoza, eukazylna (sernik w połączeniu z amoniakiem), nutroza (sernik w połączeniu ze sodem), czekolada peptonowa, wino ze somatozą, piwo peptonowe, alkarnoza Hillera.

Ze skrobiowych i cukrowych preparatów wymieniamy: preparowane mączki i leguminoza Knorra i Hartensteina, wyciąg słodowy i piwo słodowe; z tłuszczów, lipanin.

Do szczęśliwie obmyślanych przetworów należą: proszek mięsny, czekolada Meringa, mondamin, mleko Gärtnera. \*)

Napoje wyskokowe należy ograniczyć z powodu, że mogłyby czynność narządu gruczołowego znieść do reszty. Ebstein wlewając wódkę do żołądka psów dostrzegał objawy ostrego zapalenia błony śluzowej, bardzo wyraźnie uwidocznione tak w komórkach gruczołowych, jako też w tkance międzygruczołowej. Zabronić należy szczególnie używania wódek i piwa, tego ostatniego jeszcze i z tego względu, że chorzy korzystają zazwyczaj zbyt szeroko z przyzwolenia, używając piwa w znacznej ilości jako codziennego napoju. Chorem rozsądnym na małą szklankę dobrego od kw. węglowego burzącego piwa można zezwolić. Niestety mamy u nas piwa nie tylko mało pożywne, ale najczęściej źle przyrządzone lub nawet podrobione, tak, że polecając choremu takowe do użycia, można go nabawić fermentacji wyskokowo-octowej, lub wzdęcia żołądka, według tego, czy piwo zawiera jeszcze drożdże lub zostało sztucznie powietrzem nasycone. Lepiej polecać choremu małe ilości (3 kieliszki dziennie) słabego kwaskowatego

\*) Inne jeszcze preparaty odżywcze znajdują się opisane w książce: „Diätetische Küche.“ E. Mattes—Jaworska 1899.

wina Vöslauer-Goldeck, Château Palugyay, lub reńskie Hochheimer, Rüdeshimer Wilhelmj (Wiesbaden), Liebfraumileh; francuskie Haute Sauterne z wodą sodową czystą lub wodą sodową kwaśną; także można pozwolić i na małe ilości win szampańskich (E. Mercier Epernay). Polecając napoje wyskokowe, należy zawsze mieć na uwadze tę okoliczność, że z doświadczeń Cl. Bernarda, Ch. Richeta, Gluzińskiego, L. Wolffa wynika, że tylko bardzo małe ilości wyskoku wprowadzone do żołądka, najstosowniej na pewien czas przed jedzeniem, podniecają wydzielanie soku żołądkowego, większe zaś ilości upośledzają wydzielanie i wydalanie.

Co się zaś dotyczy używania przypraw korzennych zwykle w sosach zawartych jak: anyżu, cynamonu, goździków, wanilii, liści wawrzynowych, muszkatelki, imbiru, kminku, kopru, pieprzu, papryki, musztardy, octu i t. d., to nie można kruszyć kopii ani za, ani przeciw takowemu. Nowsi autorowie polecają przyprawy korzenne w niedomodze wydzielniczej, przypuszczając, że one mają podniecić wydzielanie soku żołądkowego. Jednak należy mieć na uwadze tę okoliczność, że zwłaszcza silniejsze z nich przy dłuższem użyciu mogą doprowadzić do zupełnego zaniku czynności gruczołowej i do nieżyty śluzowego. Sądzę przeto, że korzenne przyprawy tylko wtenczas polecać należy, kiedy zamierzamy usunąć brak łaknienia podczas spożywania pokarmów, a innymi sposobami tego dokazać nie można.

W nieżycie śluzowym bardzo dobre usługi oddaje leczenie mleczne, stosowane przez kilka tygodni. W tym celu nie używamy jednak mleka słodkiego, lecz kwaśnego bez śmietany, rozmięsanego na jednostajny gąszcz. Również dozwoloną jest maślanka świeża albo kefir.\*) Dla odmiany można też z bardzo dobrym skutkiem podczas leczenia kwaśnem mlekiem podawać 1—2 razy dziennie barszcz burakowy czysty lub na cielęcynie, nie zabielały i bez przypraw. Aby chorego podczas leczenia mlecznego utrzymać łatwiej w równowadze i urozmaicić mu dietę, można podawać obok mleka galaretę zwierzęcą, a do mleka sucharki lub grzanki z bułki lub chleba, albo skórkę z chleba. Ilość dzienna mleka kwaśnego wynosi zwykle 1½—2 litrów.

\*) O przyrządzaniu kefiru p. „Kuchnia higieniczna.“ E. Jaworska, str. 89.

Osobliwie niezyt słuzowy pijacki przy wytrwałem stosowaniu kwaśnej dyety mlecznej zmienia się korzystnie. Wprawdzie rzadko kiedy przychodzi do poprawy chemizmu, lecz natomiast ustępują przypadłości podmiotowe, jak niesmak, gniecienie i wymioty, a chorzy stają się mniej wrażliwi i lepiej sypiają, prawdopodobnie pod wpływem kw. mlekowego, który się z mleka do obiegu ogólnego dostaje. Biegunka stanowi przeciwwskazanie do leczenia kwaśnem mlekiem, lecz nie kefir. Kefir bowiem trójdniowy działa jako środek przeciwbiegunkowy, podczas gdy jednodniowy jest środkiem rozwalniającym. Leczenie niedomogi wydzielniczej kefir jest skuteczniejsze, dogodniejsze i przyjemniejsze, niż mlekiem kwaśnem. Mathieu zalicza kefir między środki podniecające kwasotę żołądkową i uważa go przeciwwskazanem we wrzodzie okrągłym.

W niedomodze wydzielniczej skuteczne bywa metodyczne leczenie winogronowe, które jednak nie potrzebuje koniecznie odbywać się w miejscowościach, gdzie winogrona rosną. Można wysyłać chorych do miejscowości w pokrzepiającym klimacie górskim, gdzie równocześnie mogą mieć codziennie dowiezione świeże winogrona. Zupełnie zbytecznem jest przepisywanie winogron tak zwanych „kuracyjnych“ jak feslawskich, badeńskich i t. p., a opierające się tylko na reklamie literackiej. Winogrona węgierskie zawierają mniej kwasów a więcej cukru, niż niemieckie, są przeto pożywniejsze i można ich we większej ilości stosować, a cena ich u nas bywa bardzo niską. Leczenie winogronowe rozpoczyna się od 1—2 funtów dziennie, a postępując co tydzień, dochodzi się aż do 6 funtów dziennie. Ilość dzienną winogron rozdziela się na 4 partye; łupiny i ziarna odrzuca się. Dla usunięcia niemilego uczucia kołczenia zębów, przegryza chory posoloną skórkę z chleba lub gruszkę. Leczenie trwa 4—6 tygodni. Przeciwwskazane jest podczas leczenia winogronowego używanie mlecznych pokarmów i piwa. W razie niemożności leczenia winogronowego, staramy się winogrona zastąpić dobrze dojrzałemi jagodami u nas rosnącemi, jakoto: porzeczkami, malinami, czernicami, poziomkami, a względnie dobrimi śliwkami.

Co się dotyczy pytania, w jakiej ilości ma być używana sól kuchenna z pokarmami, stanowczej odpowiedzi dać nie można. Moje doświadczenia z r. 1882, Leresche'a z r. 1884, a na-

stępnie M. Reichmana z r. 1887 wykazały, że rozczyiny soli kuchennej wprowadzone do żołądka ludzkiego, albo nie wpływają, albo częściiej jeszcze działają ujemnie na wydzielanie kw. solnego. Obniżenie zaś wydzielania okazuje się tem znacznie, im rozczyiny solne są więcej zgęszczone. Stąd wypadałoby wnioskować, że w przypadkach niedomogi wydzielniczej pokarmów, zwłaszcza przesolonych używać nie należy, a to tem mniej, że doświadczenia L. Wolffa, który do śniadania próbnego dodawał po 5·0 soli kuchennej, wykazały istotnie bardzo znaczne obniżenie kwasoty i chemizmu trawienia w treści żołądkowej. Lecz doświadczenie Cahna wykonane na psach pouczyły, że wydzielanie HCl zmniejsza się, jeżeli zwierzętom odejmiemy z pokarmów chlorki, a nawet zupełnie ustaje, jeżeli doprowadzimy doświadczenie do pojawienia się objawów głodu chlorowego. Przywrócenie chlorków do pokarmów, przywraca i wydzielanie HCl. Czy jednak istnieją kliniczne postacie niedomogi wydzielniczej na tle niedostatecznej ilości chloru w ustroju, dotąd nie wiemy. Zawsze warto byłoby spróbować, czy wprowadzenie rozczyinu soli kuchennej w postaci ławatyw u ludzi niedokrwistych, cierpiących na niedomogę wydzielniczą, wpłynęłoby korzystnie na wydzielanie HCl.

### LXX. Żywienie w raku żołądka.

Jeżeli rak żołądka (p. str. 134) z jakichkolwiek względów nie bywa operowany, to najważniejszym czynnikiem leczniczym w celu przedłużenia życia jest sposób żywienia chorego. Mając to na uwadze, będziemy podawać choremu potrawy najpożywniejsze, a ze względu, że chorego rakowego w stałej równowadze utrzymać nie można, będziemy się starać wprowadzać jak największe ilości tych pokarmów. Ten sposób żywienia da się przeprowadzić tylko w przypadkach, w których objawy podmiotowe są niewielkie. Z potraw, które z powodu swej znacznej pożywności zastosować należy, dla podniesienia a względnie podtrzymania odżywienia wyliczamy poniżej według sposobu przyprawiania podanego w książce: „Kuchnia higieniczna. E. Jaworska“.

*Dyeta pożywna.* N a p o j e: Porter angielski. Bok okocimski, Piwo bawarskie (Culmbacher). Czekolada 33, 56. Czeko-

lada Meringa 281, 517. Kakao dyetetyczne 32, 53. Kakao owsiane 280, 615. Kleik owsiany przyprawiany 68, 116. Polewka owsiana 68, 115. Kleik ryżowy po francusku 66, 108. Lane ciasto po francusku 96, 185. Zupa rumiana po francusku 68, 119. Konserwa mleczna 286, 629. Mleczanka koniakowa 92, 173. Mleczanka mondaminowa 94, 181. Polewka mleczna na zimno 92, 174. Panada 72, 126. Polewka karmelowa 93, 175. Polewka migdałowa na zimno 93, 176. Polewka cytrynowa 81, 148. Polewka szparagowa 83, 153. Polewka piwna na gorąco 101, 202. Polewka piwna na zimno 101, 201. Polewka na duszonym mleczku 57, 85. Polewka zasmażana na mleczku cielęcym 56, 84. Śmietana słodka 86, 159. Mleko wielokrotne (p. str. 464). Sos śmietankowy 112, 233. Majones gotowany 109, 221. Sos majonesowy 108, 220. Masło na przedce 88, 162.

*Pokarmy stałe.* Jaja: Jajecznicia mięszana 159, 357. Jajecznicia po francusku 160, 359. Jajecznicia ze szynką 159, 357. Omlet czekoladowy 164, 370. Omlet na szpinaku 164, 369. Omlet sufle 162, 366. Omlet płomienny 163, 367. — Galareta czekoladowa 156, 350. Galareta waniliowa 156, 351. — Cielęcina: Frykando w śmietanie 183, 240. Kielbaski cielęce 191, 426. Purée z mózdzku 196, 440. — Wołowina: Bifszyk na oliwie 169, 380. Bifszyk skrobany z bułką 170, 382. Kotlety wołowe fasowane 171, 384. Klops korzenny 178, 398. Klops mięszany 178, 399. Zrazy na śmietanie 177, 395. — Wieprzowina: Poledwica wieprzowa wędzona 213, 474. Kiszka krwawa 214, 476. Kiszki krwawe ze szynką 215, 477. — Baranie kotlety siekane 208, 469. — Dziecizna: Kotleciki siekane z ptaków 20, 487. Przepiórka w sosie 226, 499. Przepiórki pieczone 226, 498. — Ryby: Kawior 235, 522. Węgorz. Sledź smażony 235, 521. — Leguminy: Budyń grysikowy 241, 535. Budyń mondaminowy 240, 534. Budyń sagowy 241, 535. Budyń z kwaśnej śmietany 242, 538. Budyń z ryżu 242, 537. Kluseczki grysikowe pieczone 240, 552. Kluseczki francuskie 250, 561. Kluseczki grysikowe smażone 240, 531. Kluseczki ze szpiku 250, 561. Kluseczki z wątróbki 251, 562. Kołduny czarne 202, 455. Kołduny wileńskie 204, 426. Krem migdałowy 249, 558. Migdały 325. Orzechy włoskie. Krem orzechowy 249, 559. Krem waniliowy po włosku 247, 551. Legumina grysikowa 239, 530. Legumina ryżowa 240, 533. Naleśnik bawarski 252, 564. Naleśniki szpikowe 201, 452. Naleśniki szpikowe ze szynką 201, 453. Naleśniki z mózdzkiem 198, 445. Naleśniki zwykle 251, 563. Pianki na rosolu 249, 560. Sufle cytrynowe 244, 544. Sufle waniliowe 245, 546. Sufle z mózdzku 147, 442. — Ciasto i pieczywo: Całuski 256, 571. Chleb cytrynowy 257, 572. Chleb waniliowy 257, 572. Ciastka migdałowe 265, 590. Ciastka biszkoptowe do rosolu 261, 581.

Łamańce mleczne 263, 587. Makaroniki z cukrem 266, 597. Pierniki razowe 269, 597. Placek angielski z mąki ziemniaczanej 261, 580. Placek biszkoptowy 261, 582. Placek makowy 263, 586. Placek szwedzki 262, 584. Placek wiedeński 262, 583. Placuszki z razowej mąki 267, 596. Sucharki aleuronatowe 293, 617. Sucharki higieniczne 258, 576. Sucharki mondaminowe 257, 573. Sucharki postne 258, 575. Sucharki prażone 259, 577. Sucharki szwajcarskie 257, 574. Tort mondaminowy 264, 589. Tort Pischingera 264, 588. Wianuszki migdałowe 265, 591.

Jeżeli w raku żołądka przypadłości podmiotowe istnieją z powodu drażnienia pokarmami, to pochodzą one wskutek rozszerzenia się lub rozpadu nowotworu, albo z powodu towarzyszącego nieżytu. W obydwu więc przypadkach z przyczyny zmian w błonie śluzowej żołądka. Wtenczas stosujemy według stopnia przypadłości podmiotowych dyetę przepisaną dla nieżytu śluzowego (p. str. 468).

Jeżeli dolegliwości żołądkowe pochodzą z powikłania z rozstrzenią żołądka, jak to zawsze ma miejsce w raku odźwiernika, to stosujemy dyetę, jaka znajduje się poniżej przepisana dla rozstrzeni żołądka. Zwykle przypada polecać dyetę stosowaną dla rozstrzeni powikłanej ze sprawami fermentacyjnymi (p. str. 484).

W największej części przypadków napotykamy w raku żołądka brak łaknienia, a nawet wstręt do jedła. Wtedy odżywianie staje się bardzo trudnem. Tu stosujemy potrawy, jakie poniżej wymienione znajdują się dla nerwowego braku łaknienia (p. str. 492).

Jeżeli mamy do czynienia ze zwężeniem raku w wpust (p. str. 155), to stosujemy gęstsze z najpożywniejszych pokarmów, jakie dla dyety pożywnej zostały podane na str. 474. Jeżeli zaś zonda przez wpust przechodzi, to korzystamy z tego i wlewamy przez nią dwa razy dziennie następującą mieszankę: 300—500 mleka podwójnego lub śmietany + 50 cukru + 20 proszku mięsnego + 3 jaja + 50 koniaku lub innego mocnego napoju wyskokowego. Aby zaś postępowanie charłactwa opóźnić, stosujemy jeszcze lawatywy odżywcze (p. str. 460).

## LXXI. Żywienie w krwotokach żołądkowych.

W krwotokach żołądkowych (p. str. 164) należałoby z zasady zaniechać wszelkiego wprowadzania pokarmów, by nie dopuścić do ponownego krwotoku. Tę zasadę staramy się przeprowadzić, o ile ona da się pogodzić z utrzymaniem życia. Nie mogąc jednak zaniechać wprowadzania pokarmów przez dłuższy czas, staramy się używać takowych w formie najłatwiej strawnej a najmniej drażniącej, to jest w płynach i w małej ilości naraz, a przytem o niskiej ciepłocie.

Krwotok żołądkowy pojawia się najczęściej z wrzodu okrągłego i budzi największe obawy z powodu swej obfitości. Postępowanie dyetetyczne w jego przebiegu może posłużyć za wzór dla leczenia krwotoków żołądkowych z innych przyczyn: Przez 2—3 dni nie należy podawać choremu żadnych pokarmów, a ograniczyć się tylko do zimnej wody, połykania kawałków lodu, a co najwięcej do wody białkowej. Według tego czy w przebiegu krwotoku zachodzi potrzeba alkalizowania treści żołądkowej, dodajemy do wody aq. calcis albo magnesia usta. Ta ostatnia może sprawić niepożądane wypróżnienia. Lód lub zimna woda wprowadzone w małej ilości do żołądka sprawiają według doświadczeń Rossbacha na psach dokonanych kurczenie się (zamykanie) odźwiernika, w którym właśnie najczęściej kwotoki się pojawiają; większa zaś ilość wprowadzonej zimnej wody sprawia przeciwnie otwieranie się odźwiernika, zatem skutek w krwotoku żołądka niepożądany. W razie znacznego osłabienia wywołanego krwotokiem zwłaszcza u chorych źle odżywionych, należy w razie zapadu podawać lawatywy z mocnego wina ciepłego (z 50 cm<sup>3</sup> Oporto, 60 cm<sup>3</sup> wody i 1 białka kurzego). Zamiast wina można dodać do lawatyw kamforę (0·2) albo wyskok kamforowy (10·0) lub też tra Castorei (1·0). Podawania do picia napojów musujących, jak wina szampańskiego, wody sodowej samej lub z winem należy zaniechać. Po 2—3 dniach od ustania krwotoku przystępujemy ostrożnie do wprowadzenia płynnych pokarmów do żołądka, wybierając najstrawniejsze i podając je na zimno w małych ilościach. Potrawy te stanowiące tak zwaną dietę

ściśle wyliczamy według sposobu przyprawiania podanego w książce „Kuchnia higieniczna“ E. Jaworska. 1897.

*Dyeta ścisła.* Napioje: Gulpo 20, 18. Herbata zwykła 29, 41. Herbata ze żółtkiem 29, 44. — Kawa czarna zwykła 31, 47. Kawa na lodzie 30, 50. Kawa ze żółtkiem 32, 52. — Limonada cytrynowa 24, 28. Limonada jabłkowa 24, 32. Limonada jagodowa 26, 34, 35. Limonada kwaśna 24, 30. Limonada pomarańczowa 24, 29. Limonada z wiśni 25, 33. — Mleko makowe 28, 40. Orszada gorzkawa 27, 39. Orszada orzechowa 27, 38. Orszada słodka 27, 37, 39. — Piwo słabe 39. — Woda białkowa 22, 23. Woda białkowa kleista 22, 24. Woda chlebowa 21, 21. Woda lniana 22, 22. Woda ryżowa 21, 19. Woda ryżowa kleista 21, 20. Woda ryżowa słodka 21, 20. Woda z kukurudzy 20, 17. Woda żółtkowa 23, 36.

*Pokarmy płynne:* Barszcz 84, 156, 157. (Kapuśniak dyetetyczny 50, 67). Kleik grysikowy 65, 104. Kleik jęczmienny 65, 105, 616. Kleik lepki 67, 112. Kleik na prędcie 69, 617. Kleik owsiany preparowany 285, 625. Kleik ryżowy leczniczy 65, 107. Kleik sagowy 67, 109. Kleik z leguminozy 286, 627. — Masłanka na prędcie 77, 160. Mleko kwaśne 87, 160. Mleko słodkie rozcieńczone 85, 158. Polewka Caracas 287, 632. Polewka chlebowa zwykła 72, 125. Polewka jagodowa 75, 132. Polewka karlsbadzka 73, 128. Polewka kminkowa 102, 205. Polewka mondaminowa 62, 99. Polewka mucynowa 63, 102. Polewka na wyciągu mięsnym 70, 120. Polewka peptonowa na prędcie 64, 103. Polewka z bułki na rosole 72, 127. Polewka ziemniaczana na rosolu 79, 143. Rosół bez mięsa 47, 62. Rosół cielęcy 54, 78. Rosół klejki 53, 74. Rosół lepki 53, 75. Rosół na prędcie 47, 61. Rosół rakowy 63, 101. Rosół sztuczny 48, 63. Rosół wołowy 45, 60. Rosół z gołębi 59, 61. Rosół z nówek cielęcych 58, 88. Rosół z płucek 57, 86. Rosół z ryb 62, 100. Tapioka na rosolu 67, 110. Sosy jagodowe i owocowe 105, 213.

*Pokarmy stałe:* Jaja surowe 136. Jaja na miękko 157, 352. — Galareta z nówek cielęcych 213, 475. Galareta z kury 151, 335. Galareta pomarańczowa 153, 339. Galareta na mięsie 151, 336. Galareta malinowa 154, 343. Galareta herbaciana 155, 347. Galareta cytrynowa 153, 338. — Ostrygi 235. — (Sule higieniczny 205, 460). — Albumoza aleuronatowa 298, 655. Pepton mięsny 297, 655. Somatoza 296, 554. — Leguminy: Flakery cytrynowe lub pomarańczowe 244, 542. Ciasteczka krakowskie 370, 256. Pianki pieczono 255, 568.

Stopniując dyetę składającą się z wymienionych potraw, rozpoczynając najstrawniejszymi płynami, pozostaje się przy niej przynajmniej przez cztery tygodnie licząc od ostatniego krwotoku.

Potem dopiero przychodzi się do pierwszego, następnie drugiego i trzeciego stopnia diety przeznaczonej dla nadmiernego wydzielania HCl (p. str. 456).

W przypadkach, gdy krwotok powtarza się co kilka dni, z większą jeszcze przezornością należy postępować przy żywieniu chorych. Przypadki te z powodu wielkiego opadania sił przedstawiają przy postępowaniu dyetetycznym znaczne trudności.

Swoiste krwotoki żołądkowe u bledniczych mają szczególną skłonność do odnawiania się, a właściwie do przedłużania się z powodu ciągłego sączenia krwi z naczyń włosowatych. Tu z początku również trzeba być ostrożnym z podawaniem pokarmów; jednak napojów i płynów kwaskowatych, a w razie koniecznej potrzeby wina rozcieńczonego nie należy się tak wystrzegać, jak w krwotoku wywołanym przez wrzód okrągły. Tu bowiem nie potrzebujemy obawiać się działania żrącego kw. żołądkowego na naczynia, jak to ma miejsce we wrzodzie okrągłym; a nawet napoje wysokokowe nie mogą tu wywołać znaczniejszego podniesienia kwasoty treści żołądkowej; sprowadzają jednak zawsze przekrwienie w błonie śluzowej i przyspieszają ruch robaczkowy.— Następowe leczenie po krwotoku żołądkowym u bledniczych, przebiegającym bez przypadłości gastrycznych (bez wrzodu okrągłego), wymaga leczenia dyetetycznego wskazanego dla blednicy, a mianowicie dobrego żywienia, a nie leczenia głodowego według Leube'go lub karlsbadzkiego tak skutecznego we wrzodzie okrągłym, chyba gdyby się pojawiały znaczniejsze przypadłości gastryczne, a badanie wewnętrzne wykazywało nadmierne wydzielanie HCl (p. ust. LVII).

Krwotoki w przebiegu raka nie bywają zwykle obfite i łatwiej się zatrzymują, niż z innych powodów. Z podawaniem napojów i pokarmów możemy być mniej trwożliwi, niż w krwotoku z powodu wrzodu okrągłego. Już po upływie kilku dni po krwotoku można chorego żywić, aby nie dopuścić do zupełnego upadku odżywienia. Zwykle niema tu powodu, aby chorym po ustaniu krwotoku zabraniać napojów wysokokowych, albo pokarmów i napojów kwaskowatych.

UWAGA: Rzadko kiedy można stosować w krwotoku żołądka lawatywo odżywcze (p. str. 460). Jelito bowiem bywa całkowicie wypełnione krwią skrzepłą, którąby wprzód usunąć należało. Wszelkie jednak drażnienie jelit lawatywami podczas krwotoku żołądka (p. str. 479) jak niemniej niezbędne poruszanie się przy podawaniu lawatyw i oddawaniu stolca, sprzyja tylko ponownie się krwotoku. Dlatego lawatyw odż. tu tylko w ostateczności użyć należy.

## LXXII. Żywnie w niedomodze mechanicznej i w rozstrzeni żołądka.

Oslabienie sprawności mechanicznej (p. str. 183) jest najcięższem zбочzeniem w chorobach żołądka. Zaleganie bowiem treści w żołądku sprawia zawsze dolegliwości podmiotowe, które nie pozwalają na wprowadzenie potrzebnej ilości pokarmów. Mechanicznie osłabiony żołądek nie jest bowiem w stanie przeprowadzić taką ilość pokarmu do jelit, jaka jest potrzebną do odżywienia ustroju. Chorzy przeto na ciężarze tem więcej tracić muszą, im więcej upośledzona jest siła mechaniczna. Teoretyczne rozumowanie wymagałoby, aby przy upośledzeniu sprawności mechanicznej żołądka a względnie w rozstrzeni wprowadzać małą ilość, o ile można najpożywniejszych pokarmów, w tym celu, aby nie obciążały żołądka swoim ciężarem i nie przysparzały mu pracy swą ilością. Równocześnie należałoby stosować takie tylko pokarmy, które najwcześniej opuszczają żołądek (p. str. 446). Praktyka i badania doświadczalne nakazują jednak pewne ograniczenia powyższych zasad. Wiemy bowiem obecnie, że woda i płyny ze żołądka najwcześniej przechodzą do dwunastnicy, później gąszcze, a najpóźniej ciała stałe (p. str. 449). Widocznie do przeparcia płynu przez odźwiernik trzeba mniej siły, niż dla ciał stałych. Następnie wiadomo, że żołądek chłonie tylko bardzo małe ilości płynów (wody). Natomiast gdy wprowadzimy do żołądka pokarmy stałe bez płynu, to mimo to nagromadza się w nim wskutek drażnienia pokarmami stałymi płyn z błony śluzowej. Przedewszystkiem ma to miejsce w rozstrzeni żołądka przebiegającej z trwałem wydzielaniem HCl. Stąd pochodzi, że jeżeli w tych przypadkach zastosujemy dyetę zupełnie suchą, zawsze napotykamy w żołądku mniejszą lub większą ilość przepociny zastoinowej z błony śluzowej żołądka. Natomiast w rozstrzeni powikłanej z niezłym śluzowym lub zanikowym dyeta sucha przepociny nie wywołuje, a treść żołądkowa przedstawia miękką stałą masę. Okazuje się więc, że w rozstrzeni żołądka jednostronne żywienie bądź suche, bądź płynne nie może mieć miejsca. Ja co do przepisania jakości dyety kieruję się tem, czy żołądek z osłabioną sprawnością mechaniczną jest w stanie wypróżnić się do rana ze swej treści, czyli też

zostaje stale wypełniony treścią pokarmową. W pierwszym przypadku mamy do czynienia z niedowładem lub rozstrzenią lżejszego stopnia (p. str. 217), w drugim z rozstrzenią ciężką lub ze zaciśnięciem odźwiernika (p. str. 217, 239). Praktyka lekarska wykazuje, że przypadki pierwszego rodzaju dobrze się mają, jeżeli podajemy potrawy w postaci płynów obrzednich t. j. gąszczów, lub potrawy płynne i stałe w takim stosunku, by się utworzyła miazga gęsto płynna. Pokarmy tego rodzaju podawane częściej podczas dnia, a w ilości jednorazowej co najwięcej pół litra wynoszącej, nie obciążą zbyt znacznie żołądka, a jego siła mechaniczna jest w stanie przeprzeć przez odźwiernik łatwiej płyn gęsty niż, ciało stałe. Można się też spodziewać wypróżnienia żołądka z pokarmów w przeciągu nocy.

W rozstrzeni trwałej ciężkiej (p. str. 217), gdzie żołądek z treści nigdy dokładnie się nie wypróżnia, podaje pokarmy stałe o objętości i ciężarze stosunkowo niewielkim. Sprawność mechaniczna jest tu tak mała, że nawet płyny z trudnością zostają przepchnięte przez odźwiernik. Tu wprowadzone płynne pokarmy obciążają i rozszerzają trwale żołądek. A tylko mała ich część przedstawiająca niewielką pożywność przechodzi przez odźwiernik. Jeżeli w rozstrzeni ciężkiej wprowadzamy tylko stałe pokarmy do żołądka, to ich obecność sprawia przepacanie z błony śluzowej żołądka, przez co wytwarza się płyn gęsty, który częściowo przechodzi do dwunastnicy i dostarcza stosunkowo więcej gąszczu pożywnego, jak gdyby pierwotnie wprowadzone były pokarmy płynne do żołądka. Nadto obciążanie i rozciąganie żołądka przez małą ilość stałych pokarmów jest stosunkowo niewielkie. Stosując w rozstrzeni trwałej *d y e t ę* tak zwaną *s u c h ą*, co w wielu przypadkach powikłanych z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego jest wskazaniem, musimy się starać, aby także wprowadzić dostateczną ilość wody do ustroju, a mianowicie przynajmniej 1½ litra dziennie. Przypuśćmy, że z pokarmami i napojami otrzymuje chory  $\frac{3}{4}$ —1 litra wody na dzień, to resztę ( $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  l.) należy wprowadzać 2—3 razy dziennie po  $\frac{1}{4}$  litra w ławatywach z wody lub z roztworu fizjologicznego.

We wszystkich przypadkach osłabienia sprawności mechanicznej ważnym jest dobre żucie (p. str. 448). Chodzi bowiem o to, aby pokarmy jak najlepiej zostały rozdrobnione i miały

miękką konzystencyę, gdyż doświadczenie poucza, że żołądek musi użyć tem większej siły mechanicznej, im większe i niepodatniejsze kawałki ma przeprzeć przez odźwiernik. Popijanie kawałków płynem, sprawy nie polepsza, gdyż najprzód zostanie osobno płyn przez odźwiernik wydalony, a potem dopiero przychodzi kolej na zalegające kawałki (p. str. 449).

Ponieważ przy zmniejszonej sprawności mechanicznej żołądka ilość pokarmów wprowadzonych do ustroju jest zawsze mniejszą, niż w stanie prawidłowym, to aby zapobiedz opadaniu ciężaru ciała, powinni tacy chorzy wykonywać jak najmniej ruchu i pracy fizycznej. Chorym poleca się długo spać a po obiedzie spoczywać. To ostatnie zapobiega także temu, że żołądek nie zostaje przez treść pokarmową rozciągnięty ani ku dołowi pociągany, przeto i nie opada.

Co do jakości pokarmów, jakie mają być stosowane w osłabieniu sprawności mechanicznej żołądka, to należy uwzględnić w pierwszym rzędzie te, które najszybciej żołądek opuszczają. Leube i Penzoldt podali na podstawie doświadczeń pokarmy według ich szybkiego lub późniejszego wydalenia ze żołądka (p. str. 445). W przybliżeniu można się też temi danemi kierować. Lecz należy zawsze pamiętać, że właściwie nie mamy doświadczeń w tym kierunku, kiedy rozszerzony żołądek wydala pojedyncze pokarmy, a posługujemy się doświadczeniami pośrednio przeniesionemi ze zdrowego żołądka.

Potrawy, jakie w przypadkach niedowładu mechanicznego (atonii) żołądka (p. str. 188) mają być stosowane, są to płyny lub pokarmy stałe o pożywności jak największej. Wprowadza się je często (co 2 lub 3 godziny), a w niewielkiej ilości. Są to przeważnie potrawy te same, jakie wyliczono już wyżej dla żywienia chorych rakowych (p. str. 474).

Najtrudniej żywić chorych z rozstrzenią trwałą żołądka (p. str. 203), jeżeli narząd cierpi na przeczulicę. Ma to miejsce w przeważnej części przypadków, w których rozstrzeń żołądka wikła się z nadmiernem wwdzielaniem kwasu żołądkowego lub z niezłym kwaśnym. Dla tych przypadków stosowane są następujące pokarmy przyrządzane według sposobu opisanego w książce „Kuchnia higieniczna. E. Jaworska. 1897“.

*Napoje* (w małych tylko ilościach): Orszada gorzkawa 27,

39. Mleko mako-we 28, 40. Herbata ze żółtkiem 29, 44. Kawa czarna ze żółtkiem 32, 52. Kakao dyetetyczne 32, 53. Czekolada Meringa 281, 617. Melissa 42, 58. Mięta pieprzowa 42, 58. Pion 43, 58 — *Potrawy płynne* (w małej tylko ilości). Polewka peptonowa 63, 103. Polewka mondaminowa 62, 99. Zupa kurcząca 60, 93. Zupa gołębiowa 59, 92. Rosół karagenowy 58, 89. Polewki smażone z płuc k 57, 87. Polewki zasmażane z mleczka 56, 84. Polewka z fasowanego mleczka cieleącego 56, 83. Polewka biała z mózdzku 55, 81. Polewka rumiana z mózdzku 55, 80. Polewka wątrobianą 55, 79. Polewka mięsna 54, 77. Kleik krakowski 54, 76. Rosół klejki 53, 74. Consommé szwajcarskie 49, 65. Rosół bez mięsa 47, 62. Rosół ze żółtkiem 46, 60. Rosół z kleikiem 46, 60. — Kleik ryżowy po francusku 66, 108. Polewka mączna 69, 118. Zupa rumiana po francusku 69, 119. Panada 72, 126. Polewka ziemniaczana zwyczajna 79, 142. Smietana słodka 86, 159. Wyjąłowione mleko potrójne (p. str. 464). Mleko kwaśne 87, 160. Mleko na anyżku 91, 166. Polewka mleczna na zimno 92, 174. Kaszka perłowa na mleku 95, 182 — Polewka piwna na zimno 101, 201. Polewka piwna na peptonie 102, 204. Polewka kminkowa 102, 205. Polewka kminkowa higieniczna 102, 206. — Sos dyetetyczny 105, 211. Sos śmietankowy 112, 233.

*Potrawy stałe.* Jarzyny: Groszek zielony na purée 117, 245. Purée ze ziemniaków 119, 252. Kalarepa na purée 121, 258. Kalafior na purée 128, 276. Szpinak na purée 129, 278. Sałata na purée 130, 279. Kapusta brukselska na purée 131, 283. Włoska kapusta na purée 131, 284. Jarmuż na purée 133, 287. Endywia na purée 134, 291. Mniszek na purée 134, 291. Jabłka na marmoladzie 139, 303. Marmolada ze śliwek 142, 313. Marmolada z moreli lub brzoskwiń 143, 317. — Galareta z nówek 150, 334. Galareta z kury 151, 335. Galareta na mięsie 151, 336. Galareta migdałowa 155, 346. Galareta herbaciana 155, 347. Galareta kawowa 155, 348. Galareta kakaowa 155, 349. Galareta waniliowa 156, 351. — Jaja na miękko. Jaja w torbecie 158, 354. Jajecznicą 159, 356. Jajecznicą ze szynką 159, 357. Jajecznicą mieszaną 159, 358. Jaja sadzone 159, 359. Pieczone z jaj 160, 360. Purée z jaj 161, 363. Omlet naturalny 162, 365. Omlet sufle 162, 366. Omlet ze szynką 163, 368. Omlet na szpinaku 164, 370. — Mięso surowe: Gałki Weissa 166, 372. Gałki kakaowe 166, 373. Gałki rzymskie 166, 374. Perelki szwajcarskie 167, 375. — Mięso wołowe: Bifszyk smażony 168, 379. Bifszyk skrobany pieczony 169, 381. Bifszyk skrobany z bułką 170, 382. Filet à la Nelson 171, 383. Fasowane kotlety wołowe 171, 384. Poledwica pieczona 171, 385. Klops zwyczajny 177, 397. Flaczki 182, 407. — Cieleęcina: Bifszyk z cieleęciny 184,

409. Kotlety cielęce bite 181, 410. Zrazy cielęce chude 185, 413. Zrazy cielęce na maśle 186, 414. Pieczeń cielęca mleczna 186, 416. Pieczeń cielęca dyetetyczna 187, 417. Pieczeń cielęca po angielsku 188, 421. Potrawka cielęca 189, 422. Szyńka cielęca 190, 425. Ozorek cielęcy duszony 192, 427. Ozorek cielęcy dyetetyczny 193, 430. Ozorek cielęcy w galarecie 193, 432. Móżdżek duszony 194, 435. Móżdżek dyetetyczny 195, 438. Móżdżek po francusku 195, 437. Purée z mózdzku 196, 440. Mleczko cielece na winie 199, 446. Mleczko duszone 200, 449. Mleczko dyetetyczne 200, 450. Nóżki cielęce 203, 457. Sulc higieniczny 205, 460. Hachée z płuczek 206, 463. — Baranina: Potrawka jagnięca 207, 464. Pieczeń jagnięca 207, 465. — Szyńka barania po szwajcarsku 209, 471. Szyńka wieprzowa dyetetyczna 112, 473. Kiszka włoska 216, 478. — Drób młody duszony 219, 484. Kurczę duszone 217, 481. Potrawka dyetetyczna z drobiu 219, 485. Kura gotowana 221, 488. Kura duszona 222, 489. — Ryby: Pieczeń higieniczna z ryby 232, 512. Ryba duszona 232, 513. Pstrąg gotowany 233, 516. Szczupak gotowany 234, 517. Łupacz po angielsku 234, 519. Łupacz gotowany 234, 520. Ostrygi 236. Udka żabie na potrawkę 236, 524. — Leguminy: Kaszka częstochowska na sypko 238, 526. Sago na sypko 239, 529. Legumina grysikowa 239, 530. Legumina ryżowa 240, 534. Flamery na mleku 243, 539. Flamery kakaowe 243, 540. Flamery pomarańczowe 244, 542. Sufle waniliowe 245, 546. Krem na herbacie 246, 550. Krem waniliowy 247, 551. Krem kawowy 247, 552. Pianki na rosole 249, 560. Kluseczki francuskie 250, 561. — Pieczywo i ciasta: Pianki pieczone 255, 668. Ciasteczka krakowskie 256, 570. Całuski 256, 571. Sucharki szwajcarskie 257, 574. Sucharki postne 258, 575. Biszkopty angielskie 259, 579. Placek biszkoptowy 261, 582. Albertki 292, 642. Andruty. Opłatki karlsbadzkie 292, 646.

Jeżeli rozstrzeń żołądka przebiega ze sprawami fermentacyjnymi treści żołądkowej (p. str. 207, 233), co często ma miejsce w rozstrzeni trwałej, a zwłaszcza w zaciśnięciu odzwiernika przedewszystkiem rakowem, to stosujemy pokarmy, które stosunkowo trudno fermentacyi podlegają, albo nawet same powstrzymują fermentację treści żołądkowej. Są to potrawy przypiekane, przysmażane, lub zawierające wiele korzeni albo olejków eterycznych. Do potraw przeciwfermentacyjnych należą następujące, które wymieniamy według sposobu przyrządzenia podanego w „Kuchni higienicznej.“

*Pokarmy przeciwfermentacyjne.* Napoje (w małych ilościach): Woda smołowa 23, 27. Piolun 43, 58. Ruta 42, 58.

Mięta pieprzowa 42, 58. Melisa 42, 58. Macierzanka 42, 58. Jałowcu ziarna 41, 58. — Wino borówkowe 37, 57. Wino czerwone. (Villanyer, Kadarka, Liburno, Barletta, Chianti, St. Emilion, Château Lafite 36). Koniak 34. Kakao łupinowe 33, 54. Kawa czerwona z cynamonem 31, 49. Kawa na lodzie 31, 50. Kawa ze żółtkiem 32, 52. Herbata z wanilią 30, 45. — Potrawy płynne: Rosół sztuczny 48, 63. Consommé szwajcarskie 49, 65. Rosół skopowy 59, 90. Zupa gołębiowa 59, 92. Rosół z dziczyzny 60, 95. Zupa z kwieczołów 61, 96. Zupa z dzikich ptaków 61, 97. Polewka z dziczyzny 61, 98. Polewka peptonowa 63, 103. — Mleko mocno kwaśne 87, 160. Mleko na cynamonie 91, 167. — Poncz zgęszczony bez cukru 97, 188. Okropek winny mocny 98, 193. Okropek winny słabszy 98, 194. Polewka winna korzenna 99, 196. Polewka czerwona korzenna 100, 199. Polewka piwna korzenna 101, 203. Polewka kminkowa 102, 205. Polewka kminkowa higieniczna 102, 206. Polewka goździkowa 103, 207. Polewka jałowcowa 103, 208. — Sos jałowcowy 111, 229. Sos goździkowy 111, 130. Sos rumiany korzenny 111, 231.

*Potrawy stałe.* Jarzyny: Purée ze ziemniaków. Kotlety ziemniaczane 120, 254. Kalafiory 127, 273. Sałata na purée 130, 279. Kapusta kwaśna na purée 132, 286. Marmolada rzewniowa (rabarbarowa) 137, 298. — Galareta z nóżek 150, 334. Galareta z kury 151, 335. Galareta na mięsie 151, 336. Galareta kawowa 155, 348. Galareta kakaowa 155, 349. — Jaja siekane 158, 353. Jajecznicza ze szynką 159, 357. Omlet naturalny 162, 365. Omlet ze szynką 163, 368. — Wołowina: Bifsztyk smażony 168, 379. Bifsztyk skrobany pieczony 170, 381. Połędwica pieczona 171, 385. Rozbif po angielsku 174, 389. Rozbif kotletowy 174, 390. Klops korzenny 178, 398. Ozór marynowany 181, 404. Ozór wędzony 182, 406. — Proszek mięsny 294, 649. Pepton mięsny Compagny Liebig 297, 655. — Cielęcina. Bifsztyk z cielęciny 184, 409. Kotlety cielęce smażone 185, 411. Pieczeń cielęca po angielsku 188, 421. Szynka cielęca 190, 425. Ozorki marynowane 193, 433. Ozorki smażone 194, 434. Móżdżek smażony 195, 436. Mleczko smażone 199, 448. Nerki cielęce z rożna 206, 462. — Bifsztyk barani 207, 466. Szynka barania po szwajcarsku 209, 471. — Szynka wieprzowa marynowana 211, 473. Połędwica wieprzowa wędzona 213, 474. — Drób: Gołąbki pieczone 217, 480. Kurczę z rożna 218, 482. Kurczę smażone 218, 483. Kotlety z dziczyzny: Kwieczoły pieczone 223, 492. Bekasy pieczone 225, 494. Bekasy na przedce 225, 495. Kuropatwy na sposób kwieczołów 226, 497. Bażanty 226, 500. Kotlety z dzikich ptaków 227, 501. — Pieczeń zajacza 227, 502. Zajac duszony 228, 503. Sznycele zajacze siekane 228, 505. Sarnina marynowana 228, 506. Sarnina duszona 229,

507. Sarnina pieczona 229, 507. Kotlety sarnie bite 229, 507. — Ryby: Ryba pieczona 231, 509. Sledź smażony 235, 521. Kawior 235, 522. — Leguminy: Kaszka częstochowska na sypko 238, 526. Sago na sypko 239, 529. — Ciasta i pieczywo: Sucharki angielskie 292, 642. Precelki słone Czyńskiego 292, 643. Sucharki normalne 292, 644. — Ławaty wy odżywcze 299, 656.

W ciężkich rozstrzeniach przebiegających ze sprawami fermentacyjnymi w żołądku widział Boas bardzo dobre wyniki przy wyłącznem żywnieniu przez odbytnicę w ciągu 10—14 dni, żołądek zaś w tym czasie postu przepłukiwał tak długo, dopóki go nie uwolnił dokładnie od drobnoustrojów sprawiających fermentację.

We wysokich stopniach roztrzeni żołądka przebiegających z nadmiernem gromadzeniem się płynów w żołądku, staramy się utrzymać chorego przy życiu przez stosowanie diety bezwzględnie suchej. Żywnienie to, aczkolwiek łagodzi przypadłości podmiotowe, nie wystarcza na długi czas do utrzymania odżywienia, gdyż mało tylko miazgi pokarmowej przechodzi przez odźwiernik. Równocześnie należy przeto zastosować ławatywy odżywcze (p. str. 460).

*Dieta bezwzględnie sucha:* Konserwa mleczna nierozcieńczona 286, 629. — Jaja 157, 164. — Wołowina: Bifsztyk skrobany pieczony 170, 381. Bifsztyk smażony 168, 379. Ozór wołowy marynowany 181, 404. Ozór wołowy wędzony 182, 406. — Pepton mięsny 297, 655. Proszek mięsny 294, 649. — Cielęcina: Kotlety cielęce bite 184, 410. Kotlety cielęce smażone 185, 411. Mleczko cielęce smażone 199, 448. Mózdzek smażony 195, 436. Nerki cielęce z rożna 206, 462. Ozorki cielęce marynowane 193, 433. Ozorki cielęce smażone 194, 434. Szynce wiedeńskie 185, 412. Szynka cielęca 190, 425. Zraziki cielęce z rożna 186, 415. — Szynka barania po szwajcarsku 209, 471. Szynka barania przyprawiana. Pieczeń jagnięca 207, 405. — Połędwica wieprzowa wędzona 213, 474. Kiszka krwawa ze szynką 215, 477. Szynka wieprzowa dyetetyczna. Szynka wieprzowa marynowana 211, 473. — Drób: Gołąbki pieczone 217, 490. Kura pieczona 222, 491. Kureczkę smażoną 218, 483. Kureczkę z rożna 218, 428. — Dzikizna: Bażanty 226, 500. Bekasy pieczone 225, 494. Kotlety sarnie bite 229, 807. Kotlety zajęcze bite 228, 506. Kotlety z dzikich ptaków 227, 501. Kuropatwy na sposób kwiczołów 226, 497. Kwiczoły pieczone 223, 492. Pieczeń zajęcza 227, 502. Sarnina marynowana 228, 506. — Ryby: Pieczeń higie-

niczna z ryby 232, 512. Ryba pieczona obsypywana 231, 511. Ryba z rożna 230, 508. Sznycle rybie 233, 515. Śledź marynowany 235, 521. Kawior 235, 522. — Leguminy: Kaszka częstochowska na sypko 238, 526. Sago na sypko 239, 529. — Pieczywo: Biskopciki cytrynowe 260, 579. Biskopcioty angielskie 259, 579. Chleb cytrynowy 257, 572. Ciasteczka krakowskie 256, 571. Ciastka migdałowe 262, 590. Pianki pieczone 255, 568. Placek angielski z mączki ziemniaczanej 261, 580. Placek biskopcioty 261, 582. Placek szwedzki 262, 584. Precelki słone Czyńskiego 292, 643. Sucharki aleuronatowe 293, 647. Sucharki angielskie 292, 642. Sucharki higieniczne 258, 576. Sucharki mondaninowe 247, 573. Sucharki postne 258, 575. Sucharki prażone 259, 577. Sucharki szwajcarskie 257, 574.

Każdy praktyk wie z doświadczenia, jak trudno żywić chorych z osłabieniem sprawności mechanicznej żołądka, jeżeli ci pozostają w mieście, oddając się zajęciu zawodowemu i domowemu. Natomiast ndaje się to łatwo, jeżeli się wyszle chorych na „świeże powietrze“, a zwłaszcza w klimat wysokogórski (1500 metrów nad poziom morza lub wyżej). Miałem sposobność przekonania się o tem na chorych klinicznie obserwowanych w Sanatorium dra Turban'a w Davos-Platz. Na 32 chorych, gdzie objawy gastryczne polegały przeważnie na niedowładzie a u niektórych na rozstrzeni trwałej, ustąpiły takowe zupełnie u 27, a przybytek ciężaru wynosił w przeciągu kilkumiesięcznego pobytu w r. 1891 w zakładzie 2—16 kg. Właściwego lekowonia oprócz regularnego, systematycznego życia zakładowego nie było, żywienie zaś było w r. 1891 następujące:

O godzinie 6—8mej rano śniadanie, według upodobania w dowolnych ilościach: mleko, kawa, czekolada, herbata, bułki, chleb, ciastka, masło, miód. O g. 10½ w dowolnych ilościach: mleko, bułka, chleb, ciastka, masło, miód. O g. 1. obiad, w dowolnych ilościach: zupa, ryba ze sosem i z przystawkami z jarzyn; wołowina (rozbif, filet, pieczeń) z dodatkiem dwojakiego rodzaju jarzyn lub owoców; dziczyzna (kozica, sarna, ptaki itp.); legumina słodka; owoce lub ciastka; bułki i wino. O g. 4. na podwieczorek w dowolnych ilościach: kawa lub mleko, bułka, chleb, ciastka, masło, miód. O g. 7. wieczórza, w dowolnej ilości: zupa, pieczeń z jarzyną, zimne mięszone mięsiwo (szynka, ozór, rozbif, salceson i galareta); bułki i wino. O g. 9. wieczór dowolne ilości mleka do picia przez noc.

Nadto przebywali chorzy przez cały dzień od g. 8. rano do 10. wieczór na wolnem powietrzu (*Freiluftcur*), co się niezależnie od stanu pogody i pory roku daje w ten sposób skutecznie, że w razie niemożności przechadzki chorzy muszą siedzieć lub leżeć na wysłanym podłużnym stołkach ustawionych

stałe na terasach zwróconych ku połudalowej stronie. Całe postępowanie obliczone jest raczej na tuczenie, niż na leczenie przypadłości gastrycznych. To też z początku byłem z wielkiem niedowierzaniem co do korzystnego wpływu tego sposobu żywienia na przypadłości gastryczne przypuszczając, że pod wpływem obfitego i różnorodnego żywienia takowe jedynie zwiększyć się mogą. Wkrótce jednak przekonałem się, że chorzy, których całemi latami leczono w domu wyszukaną ścisłą dyetą, tam po krótkim pobycie nie tylko znosili powyższe obfite żywnienie bez przypadłości żołądkowych, ale często jeszcze domagali się nadprogramowych dodatków. Spożywanie tak znacznych ilości pokarmów w domu w nizinie w ciągu dnia, uważalibyśmy za szkodliwe nie tylko dla żołądka rozszerzonego ale i dla zdrowego a stan taki, nazwalibyśmy patologiczną żarłocznością.

Jeżeli się uwzględni, że chorzy ci przybyli do zakładu z nizin z pod średniego ciśnienia barometrycznego około 750—760 mm. do Davos na wysokość 1576 metrów pod ciśnieniem 609—640 mm. to korzystny wpływ klimatu należy przypisać mniej może podniecającemu działaniu powietrza wysokogórskiego na układ nerwowy i naczyniowy, a w przeważnej części znacznej utracie wody z ustroju przez wydatniejsze oddychanie płucne i skórne w suchem rozrzedzonym powietrzu. W następstwie tego wpływu nie tylko wzmagają się pragnienie i łaknienie, ale istnieje trwałe pobudzenie przewod pokarmowego do wzmoczonego webłaniania w celu wyrównania utraty płynu z ustroju. Tem tylko sobie tłumaczę, że chorzy nawet z rozstrzenią żołądka są w stanie w Davos bez przypadłości podmiotowych spożywać dziennie 4 i więcej litrów płynu a w tem około 10 szklanek mleka. Stąd pochodzi także szybkie przybywanie ciężaru ciała a w następstwie skrzeplenie się niedowładnego żołądka. To też uważam systematyczne zakładowe żywnienie w klimacie wysokogórskim za najdzielniejszą i dla chorego najprzyjemniejszą metodę w celu ntużenia wychudłych.

Nie bez znaczenia zaś w przypadkach istnienia spraw fermentacyjnych w żołądku jest i ta okoliczność, że w klimacie wysokogórskim, w którym mięso surowe bez zepsucia na wolnem powietrzu wysycha, a mleko słodkie dopiero po długim czasie z trudnością kwaśnieje, — pokarmy zatem znacznie mniej zawierają zarodników fermentacyjnych niż w nizinach.

Żywnienie w zboczeniach topograficznych żołądka (p. str. 247).

We wszystkich zmianach topograficznych żołądka należy pamiętać, że wszelkie obciążenie narządu zmiany te jeszcze zwiększa, a tem samem przypadłości podmiotowe pogarsza. Stąd wynika, że musimy wprowadzać pokarmy pożywne a w małej ilości naraz. Do tego nadają się potrawy stanowiące gąszcz a wyliczone na str. 474. Należy jednak pamiętać, że zboczeniom topograficzne to-

warzyszą zbroczenia wydzielnicze, a najczęściej zastoina kw. żołądkowego i nadżerki na błonie śluzowej, stąd należy używać potraw przeznaczonych dla nadmiernego wydzielania HCl z przeczulicą żołądka (p. str. 455).

Szczegółowo wobec zwiśnięcia żołądka (*gastroptosis*, p. str. 249) należy stosować potrawy pożywne, błonę śluzową niedrażniące i podawać w małej ilości naraz. Do tego nadają się pokarmy zalecone w nadmiernem wydzielaniu HCl (p. str. 455, 456). Jeżeli zwiśnięcie żołądka wikła się z rozstrzeni żołądka, to żywienie jest to same, co i w rozstrzeni (p. str. 483). Ze względu, że przy zwiśnięciu żołądka napotykamy bardzo często przeczulicę narządu, tak że po spożyciu pokarmów, mogą powstać bóle zupełnie podobne do kardyalgij, przeto stosujemy w tych razach także i dyetę podaną dla przeczulicy (str. 455) i nerwobólów (str. 490). Słusznie także poleca Riegel chorym ze zwiśnięciem żołądka, aby wiele leżeli, a szczególnie po obiadach.

### LXXIII. Żywienie w niestrawności gorączkowej.

W niestrawności gorączkowej (p. str. 274) polega żywienie na podawaniu potraw o ile można łatwo strawnych, niedrażniących i szybko wessalnych. Nadto musi lekarz uwzględnić wstręt do jedzenia i pragnienie chorych za pokarmami i napojami chłodzącymi. Tego rodzaju pokarmy przytaczam poniżej według sposobu przyprawienia podanego w „kuchni higienicznej“.

*Dyeta gorączkowa.* Napoje: Limonada cytrynowa 24, 28. Limonada jabłkowa 25, 32. Limonada jagodowa 26, 34, 35. Limonada kwaśna 24, 30. Limonada pomarańczowa 24, 29. Limonada winna 25, 31. Limonada z wiśni 25, 33. Wino porzeczkowe 282, 620. Żetyca sztuczna 88, 163. — Pokarmy płynne: Barszcz 84, 156, 157. Consommé na białem winie 48, 64. Kapuśniak dyetetyczny 50, 67. Kwasek ruski 50, 68. — Kefir 89, 164. Maślanka na przedce 87, 161. Mleko kwaśne 87, 160. — Polewka jabłkowa 76, 135, 136. Polewka jagodowa 75, 132, 133. Polewka rzewniowa 82, 150. Rosół z ryb 62, 100. Sosy jagodowe i owocowe 105, 213. Zupa cytrynowa 81, 149.

Pokarmy stałe. Jarzyny i owoce: Jabłka w marmoladzie 139, 303, 304. Kompot z pomarańczy 141, 308. Marmolada agrestowa 145, 321. Marmolada rzewniowa 137, 298. Marmolada ze świeżych śliwek 142, 313. Marmolada z malin 146,

326. Marmolada z moreli lub brzoskwiń 143, 317, 318. Marmolada z porzeczek 145, 323, 324. Sałata z pomarańczy 140, 307. — Galareta cytrynowa 153, 338. Galareta herbaciana 155, 347. Galareta jabłkowa 153, 341. Galareta malinowa 154, 343. Galareta pomarańczowa 153, 339. Galareta poziomkowa 154, 344. Galareta z wiśni 153, 340. — Cielecina: Marmolada szwajcarska 190, 424. Mleczko cielece na winie 199, 466. Móżdżek cielecy na kwaśno 196, 439. Nóżki cielece 203, 457. Ozorki cielece w galarecie 193, 432. Sule higieniczny 205, 460. — Jaja na miękko. — Leguminy: Flamery cytrynowe lub pomarańczowe 244, 542. Flamery winne 244, 543. Krem cytrynowy 248, 554. Krem pomarańczowy 248, 555. Sufle z jabłek 246, 548. Sufle z jagód 235, 547. — Ciasteczka krakowskie 256, 570.

Przy podawaniu powyższych potraw gorączkującym, należy robić wybór stosownie do głównej choroby gorączkowej uwzględnieniem stopnia gorączki i ubocznych objawów, jak skłonności do wymiotów, biegunki, jakoteż stosownie do stanu odżywienia, sił chorego i t. p.

#### LXXIV. Żywienie w nerwicach żołądka.

Dotąd niema zasad, na którychby żywienie w nerwicach oprzeć można. Dlatego trudno wysnuć stałe prawidła, dla diety w nerwicach żołądka. Zależy tu wszystko od indywidualności chorego. Co w jednym przypadku choremu służy, to samo w innym przypadku sprawia dolegliwości. To też lekarzowi nie pozostaje nic innego, jak choremu dozwolić dobierać sobie samemu pokarmy takie, które znosi bez dolegliwości.

1. W nudnościach nerwowych (nausea, p. str. 323) działa często usmierzająco podawanie napojów lub potraw ostrych, korzennych, zimnych. Nudności pochodzące z nagromadzenia zbyt wielkiej ilości treści pokarmowej w żołądku dyeta nie usmierza. Tu usuwają dolegliwości wymioty lub przepłukanie żołądka.

2. Na nerwobóle żołądka (*cardialgia*, p. str. 329) działają usmierzająco w niektórych przypadkach pewne napoje lub potrawy, które wyliczam według sposobu przyprawiania podanego w „Kuchni higienicznej“.

*Sedativa gastrica*. Napoje: Infusa z herba ab-

synthii, centaurea cyanus, flores chamomillae, folia menthae piperitae, folia melissae. — Kawa czarna mocna 31, 48. Orszada gorzkawa 28, 39. — Pokarmy płynne: Kleik jęczmienny 64, 105. Kleik ryżowy 66, 106. Polewka kminkowa 102, 205. Polewka mondaminowa 62, 99. Polewka mucynowa 63, 102. Rosół cielęcy 54, 78. Rosół karagenowy 58, 89. Rosół z nóżek cielęcych 58, 88. Tapioka na rosole 67, 110. Pokarmy stałe: Flamery kakaowe 243, 540. — Galareta kawowa 155, 348. Galareta na mięsie 151, 336. Galareta przyprawiana z nóżek 150, 334. Galareta z nóżek wieprzowych 213, 475. — Jaja na miękko 157, 352. Nóżki cielęce 203, 457. Sule higieniczny 205, 460.

3. W przypadkach wilezego głodu i żarłoczności (p. str. 343) można polecać pokarmy, znane ze szybkiego, wywoływania uczucia sytości a równocześnie kazać się powstrzymać od wody i napojów. Do potraw sycących należą następujące, które wyliczam według „Kuchni higienicznej“.

*Saturientia*. Napoje: Bok i porter 40. Czekolada 33, 56. Kakao lupinowe 33, 54. Kakao żołądźciewe 279, 613. Kawa biała 32, 51. Kawa czarna mocna 51, 48. Kawa żołądźciewa 279, 612. Orszada orzechowa 27, 38. Orszada słodka 27, 37. — Potrawy płynne: Kleik grochowy 285, 626. Kleik jęczmienny 66, 106. Kleik lepki 67, 112. Kleik na salepie 67, 111. — Mleczanka mączna 94, 178. Mleko klejkie 92, 171. Mleko salepowe 92, 170. Śmietana słodka 86, 169. — Polewka biała na mózdku 55, 81. Polewka piwna 101, 201. Polewka z mleczka cielęcego 56, 83. Rosół karagenowy 58, 89. Rosół klejki 53, 74. Rosół lepki 53, 75. Tarte ciasto 71, 121, 123. — Sos chlebowy 105, 210. Sos czekoladowo-waniliowy 113, 236. Sos majonesowy 108, 220. Majones gotowany 109, 221. Sos migdałowy 112, 234. Szodon na gorąco 113, 238.

Pokarmy stałe. Jarzyny: Purée grochowe 289, 639. Purée ziemniaczane 119, 252, 253. Kotlety ziemniaczane 120, 155. Szpinak na purée 129, 278. — Galareta kakaowa 155, 349. Galareta kawowa 155, 348. — Jaja faszerowane 161, 364. Jaja na twardo 159, 353. Jaja sadzone 159, 355. Jajecznica ze szynką 159, 357. — Cielęcina: Mleczko cielęce duszone 200, 449. Mózdzek cielęcy smażony 195, 436. Purée z mózdku 194, 435. Wątróbka cielęca 201, 454. Szynka cielęca 190, 425. — Wołowina: Połędwica po węgiersku 173, 388. Sztuka mięsa zwykła 179, 401. Proszek mięsny 294, 649. — Bifszyk barani 207, 466. — Połędwica wieprzowa wędzona 207, 474. Kiszka krwawa 214, 476. Kaszka na sytko 238, 526. Kaszka gęsta na salepie 238, 527. Kluseczki grysikowe 240, 531. Kluseczki ze szpiku 250, 561. Kluseczki

wa 214, 476. — Legumina grysikowa 239, 530. Budyń grysikowy 241, 536. Budyń z ryżu 242, 537. Kaszka częstochowska z wątróbki 251, 562. Krem kawowy 247, 522, 523. Krem migdałowy 249, 558. Krem orzechowy 249, 559. Naleśnik bawarski 252, 564. Naleśniki aleuronatowe 252, 563. Naleśniki szpikowe 201, 452, 453. Naleśniki szpikowane ze szynką 201, 453. Naleśniki z mózdzkiem 198, 445. Omlet czekoladowy 164, 370. Omlet ze szynką 163, 368. Pirogi ziemniaczane 120, 254. Sufle z mózdzku 197, 442. — Pieczywo: Biszkopyt aleuronatowe 260, 578. Chleb razowy 268, 599, 601. Chleb włóknikowy 270, 602. Makaroniki orzechowe 266; 594. Placek makowy 263, 586. Sucharki 292, 642. Tort Pischingera 264, 588. Wianuszki migdałowe.

4. W braku łaknienia na tle nerwowem (p. str. 345) dogadzają chorym jeszcze najlepiej potrawy zimne, kwaskowate, smaku owocowego, ostrego, korzennego czyli dyeta więcej przyprawna w przeciwstawieniu do mdłej. Potrawy odpowiadające powyższym warunkom wyliczamy według „Kuchni higienicznej“.

*Appetentiam juvantia. Napoje:* Infusa z herba absinthii, centaurea cyanus, foeniculum officinale, fumaria officinalis, gentiana lutea, strobili lupuli; taraxacum officinale (decoctum). Limonada cytrynowa 24, 28. Limonada jabłkowa 25, 32. Limonada jagodowa 26, 34, 35. Limonada kwaśna 24, 30. Limonada pomarańczowa 24, 29. Limonada winna 25, 31. Limonada z wiśni 25, 33. Szczawy kwaśne 20, 16.

*Pokarmy płynne:* Barszcz dyetetyczny 81, 148. Consommé na białem winie 48, 64. Kapuśniak dyetetyczny 50, 67. Kwasek ruski 50, 68. — Kefir 89, 164. Mleko kwaśne 87, 160. Polewka jabłkowa 76, 135, 136. Polewka jagodowa 75, 132, 133. Polewka kminkowa 102, 205. Polewka peptonowa na prędcie 64, 103. Polewka winna korzenna 99, 196. Rosół z dziczyzny 60, 95. Zupa cytrynowa 81, 149, 149. Zupa z dzikich ptaków 61, 97. Zupa z kwiczołów 61, 96. — Sok mięsny amerykański 295, 652. — Sos cytrynowy 105, 212, 232. Sos kaparowy 110, 226, 228. Sos koprowy 109, 226. Sos rumiany korzenny 111, 231. Sos sardelowy z pietruszką 107, 217. Sos winny 113, 237. Sos szczypiorkowy 109, 223. Sosy jagodowe i owocowe 105, 213. Sos szodonowy owocowy 114, 240. Sos musztardowy 107, 218. Musztarda 289, 638.

*Potrawy stałe. Jarzyny i owoce:* Buraki na ówilkę 123, 260. Jabłka w kompocie 138, 299, 300. Jabłka pieczone 138, 301. Jabłka w marmoladzie winnej 139, 303, 304. Kompot rzewniowy 136, 296. Kompot z czereśni czarnych 145, 320. Kompot z moreli lub brzoskwiń 143, 315, 316. Kompot z obieranych

śliwek 141 311. Kompot z pomarańczy 141, 308. Kompot z porzeczek 145, 322. Kompot z poziomek lub malin 146, 324. Kompot z renglotów 141, 310. Kompot ze świeżych śliwek 141, 310. Kompot z wiśni 140, 319. Marmolada agrestowa 145, 321. Marmolada rzewniowa 137, 298. Marmolada szwajcarska 190, 424. Marmolada węgierska 189, 423. Marmolada ze świeżych śliwek 142, 313. Marmolada z malin 146, 326. Marmolada z moreli lub brzoskwiń 143, 317. Marmolada z porzeczek 145, 323, 324. — Mniszek na purée 134, 291. Szczaw na purée 134, 293. Sałata z pomarańczy 140, 307. — Kapusta czerwona 130, 280. Kapusta kwaśna na purée 132, 286, 287. Kapusta kwaśna na sałatę 132, 287. — Galareta cytrynowa 153, 338. Galareta herbaciana 155, 347. Galareta jabłkowa 153, 341. Galareta malinowa 154, 343. Galareta pomarańczowa 153, 339. Galareta poziomkowa 154, 344. Galareta winna 154, 345. Galareta z wiśni 153, 340. — Cielęcina: Sulc higieniczny 205, 460. — Wołowina: Bifsztyk surowy skrobany 167, 378. Klops korzenny 178, 398. Ozór w galarecie 181, 405. Ozór wołowy wędzony 182, 406. Pepton mięsny Company Liebig 297, 655. — Baranina na dziko 209, 472. Kotlety baranie siekane 208, 469. Szyńka barania przyprawiona 210, 472. — Dziecizna: Kotlety zajęcze bite 228, 505. — Ryba pieczona po francusku 231, 510. Sledź smażony 234, 521. Ostrygi 235. Kawior 235, 522. — Leguminy: Flamery cytrynowe lub pomarańczowe 244, 552. Flamery winne 244, 543. Krem pomarańczowy 248, 556. Krem z rumem 248, 555. Omlet płomienny 163, 367. Pirożki z owocami 254, 567. Sufle z jabłek 246, 548. Sufle z jagód 245, 547. — Precelki słone Czyńskiego 292, 643.

Jeszcze wiele innych pokarmów tu nie przytoczonych a podniecających łaknienie jak np. ogórki, sałaty, ćwikły, gulasz itp. można chorym na nerwy brak łaknienia pozwolić bez obawy.

W braku łaknienia połączonem z wychudnieniem próbować należy dyetę mleczną sposobem Weir-Mitchella (p. str. 351). Aby zmniejszyć ilość mleka potrzebną do wyżywienia, a nadto uzyskać osadzenie się tłuszczu w ustroju, używamy zamiast mleka zwyczajnego, mleka wielokrotnego (*Kraftmilch*\*, p. str. 464). Podawanie samego mleka przez długi czas, sprawia łatwo obrzydzenie takowego, dlatego polecamy przyrządzać z niego potrawy mleczne, jak to już wymieniono szczegółowo na str. 463.

5. Na wymioty nerwowe (p. str. 369) wybór potraw

\* ) Kraftmilch wyrabia firma H. Schlegel w Berlinie, N.W. Emdener Strasse 40—41.

mało wpływa. W niektórych przypadkach powstrzymują wymioty te same potrawy, które łagodzą nudności nerwowe (p. str. 490). Są to potrawy ostre, korzenne, wyskokowe. W innych znów przypadkach spożycie tylko stałych pokarmów a wstrzymanie się od płynów (zupy, wody), powstrzymuje wymioty. Rzadziej bywa przeciwnie, że pokarmy stałe zostają wymiotowane, podczas gdy płyny łagodzą wymioty.

6. W niestrawności bledniczej (p. str. 417) stosujemy potrawy przepisane dla nadmiernego wydzielania HCl powikłanego z przeculicą błony śluzowej (p. str. 455). Równocześnie należy mieć na uwadze, aby wraz z pokarmami wprowadzić połączenia żelaza do ustroju. Najłatwiej bowiem przyswaja sobie ustrój żelazo w postaci połączeń organicznych. Jako takie znajdują się one właśnie w niektórych pokarmach, a w tych żołądek je łatwiej znosi, niż w preparatach chemicznych. Do pokarmów zawierających więcej połączeń żelaza niż inne, należą następujące, które przytaczam według sposobów przyprawiania podanego w „Kuchni higienicznej“.

*Haemoplastica*. Płyny: Kefir żelazisty 89, 164. — Lichen islandicus (decoctum) 24, 58. — Piwo żelaziste 284, 623. Polewka wątrobianą 55, 79. — Sok mięsny amerykański 295, 653. — Absinthii herba (decoctum) 43, 58. — Stałe: Baranina surowa 207. Bifsztyk smażony 167, 379. Bifsztyk surowy skrobany 167, 378. — Gałki kakaowe 166, 373. Gałki rzymskie 166, 374. Gałki Weissa 166, 382. — Jarmuż 133, 287, 288, — Kiszka krwawa 214, 476. Kiszka krwawa ze szynką 215, 477. Kiszka włoska 215, 478. Kluseczki ze szpiku 250, 561 b. Kluseczki z wątróbki 251, 562. Kolduny czarne 202, 455. Kolduny krakowskie 167, 376. Kolduny mieszane 167, 377. Kolduny wileńskie 203, 456. Naleśniki szpikowe 201, 452. Naleśniki szpikowe ze szynką 201, 453. Perelki szwajcarskie 167, 375. Poledwica wieprzowa wędzona 213, 474. Szpinak na purée 129, 278. Szynka barania surowa 209, 471, 472. Wątróbka wypiekana 201, 444. Wołowina surowa 166. Żółtko. Szodon 113, 192, 238. Poziomki. Polewka jagodowa 75, 132. Sos szodonowy jagodowy 114, 240. Karczochy na purée 128, 277. Endywia na purée 133, 289. Szparagi 126, 271. Polewka szparagowa 82, 152, 153. Marchewka 121, 256, 257, 258.

7. Potrawy jednorodne (*homogenes*), o których wielkiem znaczeniu w dyetetyce chorób żołądka była już mowa na str.

442, mają zastosowanie w przeczulicach i wzmożonej wrażliwości żołądka. Wyliczamy je tu szczegółowo:

*Pokarmy jednorodne.* Pokarmy Płynne: Beeftea Pavyego 51, 70. Beeftea według Rosenthala 52, 72. Beeftea na zimno 52, 73. Kleik krakowski 54, 76. Polewka mięsna 54, 77. Polewka biała z mózdzku 55, 81. Ostrygi w zupie 236, 523. Polewka mucynowa 63, 102. Polewka peptonowa 63, 103. Polewka karlsbadzka 72, 128. — Śmietana słodka 86, 150. Krakowskie mleko potrójne (p. wyżej str. 464). Mleko Gärtnera (Fettmilch). Masło świeże 88, 162. — Potrawy stałe: Galareta cieleca 189, 333. Galareta na mięsie 151, 336. — Jaja surowe 156. — Mięso surowe: Gałki Weissa 166, 372. Gałki kakaowe 166, 373. Gałki rzymskie 166, 374. Perełki szwajcarskie 167, 375. — Mózdzek duszony 194, 435. Mózdzek dyetetyczny 195, 438. Ostrygi 235.

8. W przypadkach, gdzie nerwica żołądka wikła się z chorobą anatomiczną narządu — co się nie tak rzadko zdarza, że np. do niestrawności hysterycznej przyłącza się niedowład żołądka lub wrzód okrągły — należy zastosować dyetę przeciw zmianie anatomicznej żołądka. Przez to część przypadków żołądkowych znika, pozostają jednak dolegliwości pochodzące od nerwicy, żołądka. Znikanie pewnych przypadków żołądkowych przy zastosowaniu dyety przeciw przypuszczalnej zmianie anatomicznej, a uporeczywe trwanie innych, jest wskazówką rozpoznawczą szczególnie u kobiet, że cierpienie anatomiczne jest powikłane z nerwicą żołądka, lub odwrotnie.

## LITERATURA.

- ADAMKIEWICZ.** O peptonie. Gaz. Lek. 1881. 50, 51. — **BABIŃSKI** O t. z. ciałach peptogennych Schiff'a. Gaz. Lek. 1887. 11. — **Roman BA-  
RĄCZ.** Wycięcie raka odźwiernika po poprzednim wykonaniu gastroentero-  
stomii Wöflera. Wyleczenie. Przegl. Lek. 1885. 14, 16. — Przyczynek do  
chirurgii żołądka. Gastroenterostomia wykonana szwem płytkowym Senna za-  
pomocą płytki z brukwi własnego pomysłu. Wyleczenie. Przegl. Lek. 1892. 297. —  
W sprawie gastroenterostomii zapomocą płytek brukwiowych Gaz. Lek. 1897.  
27. — **S. BĄCZKIEWICZ.** Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka. Gaz. Lek.  
1888. 17. — W sprawie żywienia niemowląt mlekiem kobiecym a krowiem.  
Gaz. Lek. 1896. 21—23. — Przyczynek do nauki o trawieniu chimozynowem.  
Gaz. Lek. 1897. 9. — Stanisław **BĄDZYŃSKI.** O metodzie Sjöquist'a oznaczania  
kw. solnego w zawartości żołądka. Gaz. Lek. 1892. str. 89. — **F. BIAŁOKUR.** O sto-  
sunku niedokrwistości złośliwej do zaniku błony śluzowej żołądka. Gaz. Lek.  
1896. 31—33. — Władysław **BIEGAŃSKI.** Opukiwanie półksiężycowej przestrzeni  
Traubego. Medycyna. 1887. 29, 30. — Edmund **BIERNACKI.** Spostrzeżenia nad  
trawieniem żołądkowem w zapaleniu nerek. Przegl. Lek. 1891. 1—4. — O zna-  
czeniu trawienia ustnego i śliny dla sprawności zdrowego i chorego żołądka.  
Przegl. Lek. 1891. 49—51. — Działanie wysokiej ciepłoty na fermenty trawien-  
ne. Gaz. Lek. 1891. 419. — O wartości nowych sposobów badania treści żołąd-  
kowej. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. 1891. 443. — Władysław **BRUNER.** O czyn-  
ności ruchowej żołądka. Gaz. Lek. 1889. 2, 3. — O zachowaniu się trypsyny  
i pepsyny w moczu w prawidłowych przypadkach i w cierpieniach przewodu  
pokarmowego. Gaz. Lek. 1890. 21. — O działaniu oreksyny. Gaz. Lek. 1891.  
196. — O zwracaniu i przeżuwananiu pokarmów. Medycyna. 1894. 3. — Mikołaj  
**BUZDYGAN.** Wpływ żelaza na wydzielanie soku żołądkowego. Medycyna. 1897.  
23. — Mikołaj **BUZDYGAN** i **A. GLUZIŃSKI.** Zachowanie się trawienia żołąd-  
kowego w różnych postaciach niedokrewności a szczególnie w blednicy oraz kilka  
uwag leczniczych. Przegl. Lek. 1891. 34. — Przyczynek do mikroskopii treści  
żołądkowej. Przegl. Lek. 1891. 49. — Kazmierz **CHECHŁOWSKI.** Kilka uwag  
o raku żołądka. Gaz. Lek. 1893. 28. — Franciszek **CHŁAPOWSKI.** Krótki po-  
gląd na obecny stan rozpoznawania chorób żołądka. Nowiny lekarskie. 1889. 6.

— Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego wraz z uwagami szczególnie nad patogenozą tego cierpienia. *Nowiny Lek.* 1893. 12. — A. CIECHOMSKI. Przypadek spastycznego zwężenia przełyku. Wypadnięcie ściany żołądka przez przetakę żołądkową. *Gaz. Lek.* 1896. 43. — COHN. Gastromycosis jako objaw raka. *Gaz. Lek.* 1879. 18. — Napoleon CYBULSKI i Jan MIKULICZ. O fizyologicznem zachowaniu się przełyku i mechanizmie polykania. *Rozpr. i Sprawozd. Akad. Umiejętn. w Krakowie* 1886. T. XV. — Julian CZYRNIAŃSKI. Pompa aspiracyjna żołądkowa zastosowana do celów leczniczych i rozpoznawczych. *Przegląd Lek.* 1887. 14. i *Gaz. Lek.* 1887. 695. — Nowa farna analizy ilościowej zastosowana do szybkiego przybliżonego oznaczania kwasoty żołądkowej. *Przegl. Lek.* 1889. 41. — Aspirator żołądkowy pneumatyczny dla celów leczniczych rozpoznawczych. *Nowiny Lek.* 1889. 7. — Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. *Wiener Med. Wochenschrift.* 1889. 27-34. — W. DĄBROWSKI. Przypadek zwężenia dolnego odcinka dwunastnicy. *Gaz. Lek.* 1892. 45. — Zdzisław DMÓCHOWSKI. Kilka uwag krytycznych dotyczących metody określania kw. solnego w zawartości żołądka według Sjlundista. *Gaz. Lek.* 1891. str. 663. — DOBRZYCKI. Przyrząd do przepłókiwania żołądka konstrukcyi K. Beronta. *Medycyna* 1886. 1. — DROBNIK. O operacyjnem leczeniu owrzodzeń żołądka i ich skutkach. *Nowiny Lek.* 1897. 6. — Teodor DUNIN. Zwężenie żołądka i poprzeczny. *Medycyna.* 1878. 37, 38. — O wynikach gastroenterostomii dokonywanej z powodu bliznowatego zwężenia odźwiernika. *Gaz. Lek.* 1893. 15, 16. — A. ERLICKI. Rana kluta drążąca żołądka. *Gaz. Lek.* 1870. str. 497. Maximilian FLAUM. O wpływie niskich temperatur na czynność żołądka. *Gaz. Lek.* 1891. str. 1017, 1042. — Wpływ rozpuszczalników na szybkość chłonięcia w żołądku. *Gaz. Lek.* 1893. 18. — L. FRIEDLÄNDER. Połknięty pedzel kanalikowy. Perforacja żołądka i ściany brzusznej ku zewnątrz. *Nowiny Lek.* 1889. 10. — FUNK i GRUNDZACH. O pokrzywce u dzieci i związku jej z krzywicią i atonią żołądka. *Medycyna.* 1894. 4. — Antoni GABSZEWICZ. Przypadek gastrostomii przy zwężeniu rakowem przełyku. *Gaz. Lek.* 1891. str. 312. — Przypadek rany postrzałowej żołądka. *Gaz. Lek.* 1892. str. 324, 336. — Antoni GLUZIŃSKI. O wpływie wysokości na czynność żołądka tak w stanie fizyologicznem jak i patologicznem. *Medycyna.* 1885. 20, 23. — O zachowaniu się soku żołądkowego w chorobach gorączkowych. Na podstawie doświadczeń wykonanych przez śp. Dra Alfreda Wolframa. *Przegl. Lek.* 1886. 39, 40. — O zachowaniu się chlorków w chorobach żołądkowych. *Gaz. Lek.* 1887. 6. — A. GLUZIŃSKI i W. JAWORSKI. Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka. *Przegl. Lek.* 1884. 16, 17, 18. — Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się śluz białkowatych w żołądkach ludzkich fizyologicznych i chorobowo zmienionych. *Przegl. Lek.* 1885. 3-5. — Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernej jego kwasności. *Przegl. Lek.* 1886. 49, 50. — Józef GOLDBAUM. Przypadek niezwykłych wahań w wydzielaniu soku żołądkowego i w mechanizmie żołądka. *Gazeta Lekarska.* 1894. 25. — Przyczynek do elektroterapii w chorobach żołądka. O wpływie prądu stałego i przerywanego na wydzielanie soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1896. 44 i 45. — J. GRUNDZACH. Kilka słów o przypadkach npośredzonego wydzielania soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1887. 16. — O sposobach wykrywania kw. nielo-

cznego w zawartości żołądka zapomocą odczynników. *Gaz Lek.* 1887. 17. — Kilka słów o nowym odczynniku na kw. solny w zawartości żołądka. *Gaz Lek.* 1887. 49. — Kamienie żółciowe w żołądku. *Gaz Lek.* 1889. 19. — Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka. *Gaz Lek.* 1889. 7—9 — O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek zapomocą fizyologicznej metody badania. *Medycyna.* 1889. 39—45. — O powstawaniu brunatno zabarwionych strzępków w zawartości żołądka. *Gaz Lek.* 1890. 20. — O wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii. *Medycyna.* 1893. 48 i 49 — O bezwładzie żołądka i kiszek, zwłaszcza po laparotomii. *Medycyna.* 1895. 9 i 10 — O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek. *Medycyna.* 1898. 17 i 18. — J. GRUNDZACH i S. MINTZ. Zwiększenie bliznowe odźwiernika. Przerost odźwiernika. Roztrzeń wtórna żołądka. *Gastroenterostomia.* *Medycyna.* 1893. 27. — T. HERYNG i M. REICHMAN. O zastosowaniu prześwietlania elektrycznego do badania jam i organów ustroju. *Gaz Lek.* 1892. 10. — HICNER. Improvizowana pompa żołądkowa zastosowana przy otuciu chloraem potasowym. *Przegl. Lek.* 1890. 5. — Maciej Leon JAKUBOWSKI. O niestrawności u niemowląt (*Dyspepsia infantum*). *Przegl. Lek.* 1864. 25—23. — Walery JAWORSKI. Pożywka peptonowa przyrządzana sposobem domowym dla użycia w praktyce lekarskiej. *Przegl. Lek.* 1881. 17. — Sposób dokładnego oznaczania ilości treści płynnej w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizyologicznych. *Przegl. Lek.* 1882. 34—36 — Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim. *Przegl. Lek.* 1882. 39—51. — Doświadczenia nad ilościowym znikaniem roztworów niektórych soli z żołądka ludzkiego. *Medycyna.* 1882. Październik — Składniki białkowe, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowej (*Solutio carnis peptonisata*). *Gaz Lek.* 1882. Marzec. — O powstawaniu i rozpoznawaniu rozstrzeni żołądka. *Przegl. Lek.* 1883. 31—37. — O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. *Przegl. Lek.* 1883. 40—45 — Porównawcze badania doświadczalne nad zachowaniem się wody karlsbadzkiej, nowej soli karlsbadzkiej, wody kisyngieńskiej i wody przekroplonej w żołądku ludzkim. *Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego.* 1883. — Aspirator żołądkowy służący równocześnie do stosowania ciągłej kąpieli żołądkowej. *Medycyna.* 1883. 1. — O stosowaniu leczniczem nowej soli karlsbadzkiej i zachowaniu się tejże w przewodzie pokarmowym. *Przegl. Lek.* 1884. 19—29. — Ueber den Gebrauch der Magengasdouche und über die Bestimmung der Capacität und der vitalen Contractilität des Magens durch Gasvolumen. *Deutsches Archiv für kl. Medicin.* 1884. XXXV. — Praktische Bemerkungen über die Sondirung des Magendarmcanals. *Zeitschrift für Therapie.* 1884. 15. — O nowoczesnem leczeniu zbroczeń czynnościowych żołądka. *Medycyna.* 1885. 12, 13. — Studya kliniczne nad wpływem wody karlsbadzkiej na przewod pokarmowy i nad sposobami stosowania tejże przy źródle i w domu. *Gaz Lek.* 1885. Kwiecień. — Ueber Pepton Ernährung. *Zeitschrift für Therapie.* 1885. 5. — Ueber das Pepton-Suppenpulver. *Zeitschrift für Therapie.* 1885. 24. — Przyczynek do klinicznej mikroskopii zawartości żołądka. *Gaz Lek.* 1886. Grudzień. — Przyczynek doświadczalny do działania i stosowania leczniczego goryczek i żółci. *Medycyna.* 1886. 52. — Ueber den Zusammenhang zwischen den subjectiven Magensymptomen und den objectiven Befunden bei Ma-

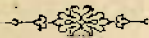
genfunctionsstörungen. Wiener Med Wochenschrift 1886. 49. 52. — Na czem polega skutek leczniczy wody karlsbadzkiej. Przegl Lek. 1887. 28. — O symptomatologii i kolejnym rozwoju objawów klinicznych w przebiegu nieżytu żołądka. Przegl. Lek. 1887. 3—7. — Spostrzeżenia stopniowego znikania kwasu solnego w soku żołądkowym. Przegl. Lek. 1887. 1, 2. — Metoda mierzenia zdolności wydzielniczej pepsyny, jakoteż sposób otrzymania naturalnego soku żołądkowego ze żołądka ludzkiego. Przegl. Lek. 1887. 4. — Ueber continuirliche Magensaftsecretion. Deutsche Med. Wochenschrift 1887. 31. — Ueber die Wirkung der Säuren auf die Magenfunction des Menschen. Deutsch. Med. Wochenschr. 1887. 36—38. — Ectasia ventriculi paradoxa. Przegl. Lek. 1888. 12. — O rozpoznawaniu i leczeniu nieżytu zanikowego żołądka. Wiadomości Lek. 1888. 10. — Wiener med. Presse 1888. 48, 49. — Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka. Gaz. Lek. 1888. Lipiec. — Ueber die Verschiedenheit in der Beschaffenheit des nüchternen Magensaftes bei Magensaftfluss. Verhandlungen des VII. Congresses für innere Medicin in Wiesbaden 1888. — Zarys patologii i terapii chorób żołądka. Warszawa. 1889. — O zachowaniu się objawów dyspeptycznych w klimacie wysokogórskim. Gaz. Lek. 1892. 19. — Podręcznik chorób żołądka. Kraków. 1893. — Dyspepsia sexualis artificialis u kobiet. Przegl. Lek. 1896. 1. — Oznaczenie dużej krzywizny żołądka. Przegl Lek. 1896. 47. — O żywieniu chorych krakowskim mlekiem wielokrotnem. Przegl. Lek. 1897. 14 i 15. — O nowym dyetetycznym przetworze żelazistym. Przegl. Lek. 1897. 22. — Znaczenie rozpoznawcze X-prześwietlania. Przegl. Lek. 1897. 34. 35. — Ueber die Ernährung der Kranken durch Kraftmilch. Therapeutische Monatshefte 1897. Mai. — Die Uebersäuerung des Magens und deren Behandlung mit Aqua calcinata effervescens. Therapeutische Monatshefte 1897. September. — Ueber die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Combination der neuesten Untersuchungsmethoden. Ein Fall von Biloculären Magen. Wiener Med. Presse. 1897. 51. — Ueber die Behandlung der Katarrhalischen Diarrhoe mit Aqua calcinata effervescens. Therapeutische Monatsh. 1898. Februar. — W. JAWORSKI und A. GLUZIŃSKI. Experimentall-klinische Untersuchungen über den Chemicismus und Mechanismus der Verdauungsfuction des menschlichen Magens im physiologischen und pathologischen Zustande, nebst einer Methode zur klinischen Prüfung der Magenfunction für diagnostische und therapeutische Zwecke. Zeitschr. für Klin. Medizin. 1886. XI. H. 2, 3. — Stanisław JERZYKOWSKI. O rzadszych powikłaniach ciąży ze względu na system trawienia. Gaz. Lek. 1888. 49. — T. JOPK.EWICZ. Eteryzacja żołądka przy uporczywych wymiotach. Gaz. Lek. 1888. 13. — J. KAILL. Czerwie (larvae) muchy (phora rufipes Meigen) w żołądku człowieka. Medycyna. 1881. 6. — Stanisław KLIKOWICZ. przyczynek do badania wpływu niektórych środków leczniczych na przetworzenie istot białkowych w peptony. Przegl. Lek. 1886. 1—9. — Edward KORCZYŃSKI. Gruźlica ostra u chorego z rakiem żołądka. Przegl. Lek. 1871. 1, 2. — E. KORCZYŃSKI i W. JAWORSKI. Klinische Befunde bei Ulcus und Carcinoma ventriculi sowie bei Magenblutungen. Deutsche med Wochenschrift. 1887. 47—49. — O niektórych dotąd niewzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka. Przegl Lek. 1889. 23—26. — J. KOSIŃSKI. Torbiel żołądka wielokomorowa. Medycyna. 1895. 19

i 20. — **KOSSOWSKI**. Przyczynek do histologii górnej części przewodu pokarmowego. Pamiętnik Tow. Lek. 1880 Z. IV. — **KOWALSKI**. Dwa przypadki otrucia zepsutą młeczną (botulismus). Nowiny Lek. 1897. 10. — **KOZIEROWSKI**. O pobocznych zastosowaniach aspiratora Jaworskiego. Przegl. Lek. 1893. 51. — Kazimierz **KRALCZYŃSKI**. Carcinoma ventriculi rozpoznane jako ulcus perforans ventriculi. Przegl. Lek. 1867. 1, 2. — J. **KRAMSZTYK**. Wartość lecznicza peptonu i żywienie lewatywami. Gaz. Lek. 1881. 40, 41. — Antoni **KROKIEWICZ**. Fałd zastawkowy wychodzący z górnego brzośca i tylnej ściany żołądka w okolicy odźwiernika jako przyczyna rozstrzeni żołądkowej. Przegl. Lek. 1889. 1. — Przyczynek do nauki o wrzodzie okrągłym żołądka (ulcus rotundum). Przegl. Lek. 1897. 34 i 35. — A. **LANDE**. Kilka słów o niestawności objawu wymiotów przy raku żołądka. Gaz. Lek. 1897. 36. — **LANGOWSKI**. O owrzodzeniach żołądka. Pamiętnik Tow. Lek. 1878. — **LIEBERMEISTER**. O wrzodzie okrągłym. Przegl. Lek. 1893. 4. — Władysław **LIPIŃSKI**. Rana kłuta przenikająca do żołądka. Gaz. Lek. 1863. str. 688. — Alfons **MALINOWSKI**. Blonien żołądka i wrzód żołądka okrągły przewlekły u 10-letniej dziewczynki. Gaz. Lek. 1883. str. 861. — Przykurczenia (arthritis) kończyn w przebiegu ostrego nieżytu żołądka i kiszek. Gaz. Lek. 1885. 30. — Wrzód okrągły żołądka u dziewczynki ośmiolatek, śmierć skutkiem krwotoku żołądkowego. Gaz. Lek. 1886. str. 542. — Bolesław **MARKIEWICZ**. Białko, pepton i ptomainy. Medycyna. 1884. 25—28. — W. **MATLAKOWSKI**. Przyczynek do chirurgii żołądka. Gaz. Lek. 1889. 5—7. — Przypadek ropnia podprzepionowego (pyothorax sulphureus). Nowiny Lek. 1889. 1, 2. — Z. **MIERZYŃSKI**. O oznaczaniu kw. solnego w zawartości żołądka. Gaz. Lek. 1892. str. 885. — Oznaczenie ilościowe kwasu solnego w zawartości żołądka bez użycia wagi i rozczyńców mianowanych. Gaz. Lek. 1894. 40. — Jan **MIKULICZ**. Resekcja odźwiernika z powodu raka. Wyleczenie. Uwagi nad pewnym objawem raka żołądkowego zapożyczoną gastroskopu spostrzegać się dającym. Przegl. Lek. 1883. 13, 14. — Pęknięcie żołądka w okolicy małej krzywizny, laparotomija i zeszyte żołądka. Śmierć w 3 godziny po operacji. Przegl. Lek. 1885. 7. — S. **MINTZ**. O kwasach żołądkowych. Gaz. Lek. 1889. 13. — O metodach ilościowego określania wolnego kw. solnego w zawartości żołądka. Gaz. Lek. 1890. 33. — Przypadek gastritis phlegmonosae diffusa w przebiegu raka żołądka. Gaz. Lek. 1891. 13, 15. — O metodzie Winter-Hayem'a. Gaz. Lek. 1891. str. 511. — Eine einfache Methode zur quantitativen Bestimmung der freien Salzsäure im Mageninhalt. Wiener kl. Wochenschrift. 1889. 20. — O zaniku błony śluzowej żołądka. Nowiny Lek. 1894. 8 i 9. — O czynnościach żołądka przy raku przełyku. Gaz. Lek. 1895. 51. — Przyczynek do zachowania się czynności żołądka przy raku przełyku. Medycyna. 1897. 25. — W. **MORCZEWSKI**. O tak zwanych enzymach. Przegl. Lek. 1897. 16 i 17. — J. **MUCHA**. Przypadek półmigdala znacznej ilości pestek oliwek przez 6 letniego chłopca. Medycyna. 1893. 44. — Leon **NENCKI** i Albert **MIZERSKI**. Oznaczenie zawartości wolnego kw. solnego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. 1891. str. 620. — Przegład krytyczny oznaczania zawartości kw. solnego w soku żołądkowym. Gaz. Lek. 1892. str. 357, 384. — Marcell **MENCKI**. O kwasie soku żołądkowego i roli soli nieorganicznych w ustroju. Gaz. Lek. 1894. 23. — M. **NENCKI**, N. **SIEBEROWA** i E. **SZUMOW-SIMANDOWSKA**. Odrzuwanie toksynu za pomocą soków trawien-

ných. Gaz. Lek. 1898. 22 i 23. — **NIEWODNICZAŃSKI**, Użycie siarkanu cynku w chorobach przewodu pokarmowego. Gaz. Lek. 1879. 14. — **Alfred OBALIŃSKI**, O niespodziankach po gastroenterostomii. Nowiny Lek. 1890. 11. — **A. OBALIŃSKI** i **W. JAWORSKI**, Przypadek resekcji odźwiernika rakowato zwyrodniałego oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu z tej operacji. Nowiny Lek. 1889. 1. 4. — **II. ODERFELD** O gastrostomii sposobem Witzella. Medycyna. 1895. 42 i 43. — **J. OPIEŃSKI** i **J. ROSENZWEIG**, Kilka uwag o metodach oznaczania ilościowego kw. solnego w treści żołądkowej. Przegl. Lek. 1892. 35. — **Henryk PACANOWSKI**, O najnowszych sposobach badania, rozpoznawania i leczenia chorób żołądka. Kronika Lek. 1885. Maj i Czerwiec. — Przyczynek do określania opukowego granie żołądka. Gaz. Lek. 1886. Październik. — **Nerwice żołądka**. Kronika Lek. 1887. 10—12. — **Obecny stan nauki o nadmiernej wydzielaniu i nadmiernej kwasności soku żołądkowego**. Medycyna. 1887. 3. 1. — **O atalym braku HCl w soku żołądkowym i o zaniku błony śluzowej żołądka**. Medycyna 1887. 17, 18. — **O badaniu i rozpoznawaniu chorób żołądka**. Kronika Lek. 1888. — **Kilka uwag w kwestyi tak zwanego zanikowego nieżytu żołądka**. Wiadomości Lek. 1888. 4. 5. — **Czy i o ile największe zdobycze wpłynęły na postęp w leczeniu tychże chorób?** Medycyna 1891. 16. — **O stosowaniu wód mineralnych w chorobach przewodu pokarmowego**. Medycyna. 1893. 1. 2. — **PAJEWSKI** i **ROGOWICZ**, Przypadek ostrego zapalenia nieżyłowego żołądka jelit cienkich i grubych pochodzenia zimniczego. Medycyna. 1887. 26. — **PA-NECKI**, Kilka słów o słusunku tyłozgięcia macicy do nerwicy żołądkowej. Nowiny Lek. 1891. 7, 8. — **Władysław PAPIEWSKI**, Badania chemiczne i kliniczne nad tak zwanem mlekiem tlustem Göttera. Gaz. Lek. 1895. 41—48. — **Józef PAWIŃSKI**, Rak żołądka przebiegający pod postacią marskości wątroby. Gaz. Lek. 1894. 26. — **Br. PELTYN**, O pożywieniu ludności włościańskiej. Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego. 1895. 1 i 2. — **O nowych metodach oznaczania czynników kwasności żołądkowej (Metody Thøgersa i Mierzińskiego)**. Gaz. Lek. 1896. 24. — **O trawieniu ciał białkowych pod wpływem roztworów soli haloidowych**. Gaz. Lek. 1897. 24. — **M. PIĄTKOWSKI**, Wpływ leczniczy wapnia, a w szczególności wody krynickiej ze zbroju głównego na choroby przewłoczne żołądka. Przegl. Lek. 1897. 27. — **Wilhelm PISEK**, Wrzód gruźliczy żołądka. Przegl. Lek. 1882. 27, 28. — **Czesław PODGÓRSKI**, Oresinum muraticum jako środek uairawiający. Przegl. Lek. 1890. 22. — **Stanisław PONIKŁO**, O oznaczaniu dolnej granicy żołądka. Przegl. Lek. 1882. 1—7. — **Jan PRUSZYŃSKI**, O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na ich leczenie. Dziennik VI. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich 1891. 3. — **Edward PRZEWOŚKI**, Gastritis tuberculosa ulcerosa. Gaz. Lek. 1891. 1. — **Arkadiusz PUŁAWSKI**, Przyczynek do rozpoznawczej wartości kwasu solnego. Gaz. Lek. 1889. 11, 37. — **Rak żołądka (scirrhus) z niezwykłym przebiegiem klinicznym**. Gaz. Lek. 1890. 35. — **Bulimia w następstwie silnego wstrząśnienia mózgu**. Gaz. Lek. 1890. 37. — **Adolf RAPPEL**, Floroglucono-wanilina, odczynnik na wolny kwas solny w zawartości żołądka. Gaz. Lek. 1887. 19. — **Mikołaj REJCHMAN**, Nowe poszukiwania nad sztucznym trawieniem. Gaz. Lek. 1881. 32, 33. — **Przypadek chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego**. Gaz. Lek. 1882. 26. — **Niestrawność (dyspepsja)**. Pogląd na obecne stanowisko nauki a chorobowych zmia-

nach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach ich powstawania, rozpoznawania i leczenia. Warszawa, 1882. — Przyrząd o podwójnym strumieniu do przepłukiwania żołądka. *Gaz. Lek.* 1883. 6. — Niestrawność nerwowa. *Gaz. Lek.* 1883. 20—22. — Drugi przypadek bezustannego wydzielania soku żołądkowego wysokiego stopnia kwaśności. *Gaz. Lek.* 1883. 44. — O tak zwanej „niestrawności kwaśnej“ (*Dyspepsia acida*). *Gaz. Lek.* 1884. 29. — Badania nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim dokonane w celach klinicznych. *Gaz. Lek.* 1884. 50, 52, i Dopełnienie. *Gaz. Lek.* 1885. 21. — O przepłukiwaniu żołądka jako metodzie leczniczej. *Gaz. Lek.* 1886. 12, 13. — O sokotoku żołądkowym (*Gastrosuccorrhoea*) *Gaz. Lek.* 1887. 5—8. — O miejscowym wpływie chlorku sodu na wydzielanie soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1887. 10. — O wpływie środków gorzkich na czynność żołądka zdrowego i chorego. *Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.* 1887. Z. IV. — O sztucznie trawieniu trzustkowym zastosowanem do celów leczniczych. *Gaz. Lek.* 1888. 47. — O związku pomiędzy pewnemi objawami żołądkowemi a cierpieniami gardzieli. *Gaz. Lek.* 1889. 9. — Nauka o chorobach narządu trawienia. *Semijotyka*, Warszawa, 1890. — Badania doświadczalne nad bezpośrednim wpływem dwuwęglanu sodu na wydzielanie soku żołądkowego. *Gaz. Lek.* 1894. 39—41. — O elektrycznem prześwietlaniu żołądka w celach rozpoznawczych. *Gaz. Lek.* 1896. 32 i 33. — O wpływie eborób dróg żółciowych na czynność ruchową żołądka. *Gaz. Lek.* 1897. 16. — Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu zanikowego niezłytu żołądka. *Gaz. Lek.* 1898. 2. — M. REJCHMAN i S. MINTZ. O znaczeniu kw. solnego w lecznictwie chorób żołądka. *Gaz. Lek.* 1892. 21. — Th. Heryng und N. REICHMANN. Ueber elektrische Magen- und Darmdurchleitung. *Therapeutische Monatshefte* 1892. März. — RENCKI. O wartości odżywczej i leczniczej mleka a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego. *Przegl. Lek.* 1898. 27 i 28. — Józef ROSENZWEIG i Walery JAWORSKI. Sakecharyna jako lek i przyprawa. *Przegl. Lek.* 1889. 40—42. — Leopold RYDYGIER. Wycięcie raka odźwiernika żołądkowego, śmierć w 12 godzinach. *Przegl. Lek.* 1880. 50. — Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika celem usunięcia zwężenia wskutek wrzodu, wyzdrowienie. *Przegl. Lek.* 1881. 50. — O wycinaniu odźwiernika. *Przegl. Lek.* 1882. 32—42. — II. Przypadek gastroenterostomii. *Przegl. Lek.* 1883. 16. — Pierwszy przypadek gastroenterostomii wobec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie, wyzdrowienie. *Przegl. Lek.* 1884. 19. — Przyczynki do chirurgii żołądkowo-jelitowej. Trzy nowe przypadki wycięcia odźwiernika oraz kilka uwag o wskazaniu i sposobie operowania. *Przegl. Lek.* 1885. 1—4. — Trzeci mój przypadek Wölflerowskiej gastroenterostomii w ogóle, a drugi w obec zwężenia odźwiernika po wrzodzie, wyzdrowienie. *Przegl. Lek.* 1885. 6. — Zabiegi chirurgiczne w przebiegu chorób żołądkowych. *Medycyna*. 1888. 41. — Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. *Przegl. Lek.* 1894. 9—15. — L. RYDYGIER i W. JAWORSKI. Przypadek gastroenterostomii z badaniem zachowania się czynności żołądka i jelit po wyzdrowieniu. *Przegl. Lek.* 1889. 8, 9. — Hilary SCHRAMM. Przyczynki do chirurgii żołądka. *Przegl. Lek.* 1892. 29, 41, 55. — F. SIELSKI. Vomitus gravidarum. *Wiadomości Lek.* 1887. 8. — W. SIERADZKI. Przypadek urazowego pęknięcia dwunastnicy i żołądka. *Przegl. Lek.* 1897. 23. — Elżbieta SIMANOWSKA. O soku żołądkowym i pepsynie u psów. *Gaz. Lek.* 1893. 48 i 49. — A. SIMON.

O najnowszych zdobyczach na polu gastroskopii. *Medycyna*. 1896. 18. — **SOKOŁOWSKI**. Uparty nieżyt przewlekły żołądka. Leczenie mechaniczne zapomocą cewnika żołądkowego, znakomita poprawa. *Medycyna* 1879. 37. — **W. STĘPIŃSKI**. Przypadek wyleczenia bliznowatego zwężenia odźwiernika na drodze operacyjnej. *Medycyna*. 1894. 28. — Hermann **STRAUSS** i Franciszek **BIAŁOKUR**. O zależności fermentacji mlecznej w soku żołądkowym od zawartości kwasu solnego. *Gaz. Lek.* 1895. 38 i 39. — **SULIGOWSKI**. Nieżyt żołądka u dziecka. *Gaz. Lek.* 1878. str. 207. — **ŚWIECICKI**. Vomitus gravidarum. *Wiadomości Lek.* 1887. 6. — Stefan **SZANIAWSKI**. Kilka słów o leczeniu wrzodu okrągłego żołądka zapomocą jodku potasu. *Medycyna*. 1886. 22, 23. — Józef **SZEWCHYK**. Zapalenie otrzewny zgrużłałe wywołane przez wrzód żołądka przesywający. *Przegl. Lek.* 1863. 3, 4. — Wł. **SZTEYNER**. O zeszyciu żołądka. *Medycyna*. 1887. 13, 14. — G. **TOEPFER**. Nowy sposób miareczkowego oznaczania najgłówniejszych czynników kwasoty żołądkowej. *Przegl. Lek.* 1894. 10—12. — Rudolf **TRZEBICKY**. O obecnym stanie chirurgii żołądka. *Przegl. Lek.* 1887. 21, 22. — O gastroenterostomii. *Medycyna*. 1887. 31—33. — **TYMOWSKI**. Kilka słów o cierpieniach żołądka w przebiegu późnego przymiotu. *Medycyna*. 1884. 50. — Henryk **ULIŃSKI**. Przyczynek do leczenia wymiotów pochodzenia nerwowego. *Gaz. Lek.* 1894. 33. — W. **WEHR**. O reseceji odźwiernika. *Pamięt. Tow. Lek. Warsz.* 1882. str. 620. — J. **WICZKOWSKI**. O wzajemnym stosunku funkeji żołądkowych i jelitowych. *Przegl. Lek.* 1898. 19—22. — Ludwik **WISZNIEWSKI**. Przypadek płamicy z wybitnemi zaburzeniami żołądkowemi. *Przegl. Lek.* 1876. 5—8. — **WOJCIECHOWSKI**. Durzycza wysypkowa powikłana krwiotokiem żołądka. *Gaz. Lek.* 1878. 6. — Ludwik **KOLBERG**. Wpływ boraksu na trawienie. *Gaz. Lek.* 1879. 17. — O wpływie niektórych soli i alkaloidów na trawienie. *Gaz. Lek.* 1880. 17—19. — Nerwica żołądka u dziecka historycznego. *Przegl. Lek.* 1884. 27. — K. **ZAGÓRSKI**. Przyczynek do sprawy chirurgicznego leczenia nowotworowych zwężeń odźwiernika. *Medycyna*. 1894. 11—12. — Józef **ZAWADZKI**. Wymioty nerwowe. Przyczynek do ich leczenia. *Dziennik VI. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich*. 1891. 3. — Józef **ZAWADZKI**, i J. **LUXENBURG**. Przypadek wrzodu okrągłego żołądka na tle zmian syfilitycznych w naczyniach. *Gaz. Lek.* 1893. 47. — **ZDANOWICZ**. Dyspepsia chronica cum hallucinationibus. *Gaz. Lek.* 1880. 3. — **ZIELEWICZ**. Igła półknięta odnaleziona przypadkiem w gruczole tarczycowym. *Nowiny Lek.* 1889. 10. — E. W. **ZIELIŃSKI**. O chorobie Glénard'a. *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1895. 2 i 3. — E. Mattes. **JAWORSKA**. Kuchnia higieniczna ze szczegółowem uwzględnieniem potrzeb chorych. *Kraków* 1897.



## Spis rzeczy abecadłowy.

(Liczeby oznaczają strony).

Abdomen pendulum 258, 261.  
Abscessus subphrenicus 192.  
Achroodekstryna 55.  
Achyllia 75;—gastrica 126, 397.  
Acorin 344.  
Adanitis 72.  
Adenosarcoma pylori 152.  
Aërophagia hysterica 369.  
Akinansis ventriculi 384.  
Albuminuria dyspeptica 271.  
Algezyometr Boasa 97.  
Alkalia 79, 84, 180.  
Alkaliczne oddziaływanie treści ż. 209.  
Allophragia 352.  
Amara 118.  
Amoniak w treści ż. 55, 209.  
Anachlorhydria 75, 119;—nervosa 397, 402.  
Anaciditas nervosa 397.  
Anadenia 126.  
Ananansis 431.  
Anaserosio gastrica 126;—totalis 75.  
Angina pectoris 419, 428.  
Anorexia hysterica 402;—nervosa 346;—neurasthenica 406.  
Antrix cardineum 247, 356.  
Apoty 343; p. Laktamen.  
Appotantium juvenia, stomachica 492.  
Aqua alcalina effervesces 153, 225, 227;—calcinata efferv. 131, 154, 229.  
Argentum nitricum 84, 328, 333.  
Arthritis laryata 419.  
Aspiracja 194.  
Aspirator 12, 14, 15.

Asthma dyspepticum 212, 268, 356, 359;—cardiacum 212.  
Atonia ventriculi 384;—lataea 191;—relativa 188, 191.  
Atrophia glandularis mucosae v. 126.  
Autoinfectio 266.  
Autointoxicatio 211, 267.  
Aversio 346; p. Wstręt.

**Badanie ż.**—chemiczne treści ż. 36;—chłonicnia błony śluzowej 29;—czego 25;—czynności 25;—drobnovid. treści 30;—fizyczne 432;—na kw. mlekowy fermentacyjny 43;—na kw. octowy 44;—na kwasy organiczne 42;—na kw. solny 38;—wewnętrzne 8, 140, 433;—wyników zmienność 315;—zewnętrzne 1.

Bakterya w treści ż. 34.

Barwik siarkowy metylo-rozaniolinowy 39.

Bobnica ż. 356, 358, 364, 368, 403.

Bezsenność 411.

Bezsył 344.

Bezwiad ż. 385.

Białko rozpuszczalne, badanie 56.

Biogunki lecznicze 427;—w rozstrzeni ż. 212, 229.

Bismutowe leczenie 109.

Blodocięże przypadły ż. 417.

Błądy doświadczenia 315.

Błony śl. ż. oderwanie 12;—zaniku rozpoznanie 398.

Ból głowy żółtąkowy 305.

Bolesności ż. oznaczenie jej stopnia 96.

Brak łaknienia 118.  
 Bromowa terapia 339.  
 Brzuch obwisły 258, 261.  
 Budmia 343.  
 Cachexia 147.  
 Carcinoma v. 134—154;—acutum 143;  
 cardiac 155 — 164; — occultum  
 151;—planum 151.  
 Carcinosis peritonei 143.  
 Cardialgia 77, 329;—hyperchlorhydrica  
 331;—hystorica 403; — medica-  
 mentosa 331;—myopathica 335.  
 Cardiospasmus 356.  
 Catarrhus gastroduodenalis 65; — v.  
 acidus 74, 85, 89;—atrophicus  
 126;—chronicus 71, 119; — mu-  
 cosus 75, 119.  
 Cautures hypogastricus 260.  
 Cephalalgia e stomacho leaso 65;—ga-  
 strica 268.  
 Charakterstwo rakowe 147, 271.  
 Chomizm trawienia p. Wydzielania.  
 Chirurgiczne zabiegł w chorobach ż. 275.  
 Chłorki w moczu 234.  
 Chłodu niezucia 326.  
 Cholicholiasis 334.  
 Choroba Glénarda 247.  
 Choroby ż. na tle anatomicznem 63;—  
 ostre 63;—przewlekłe 71.  
 Ciała obce w przełyku 278;—w ż. 146,  
 281.  
 Ciepłota pokarmów 449.  
 Ciesń odźwiernika 230;—złożliwa i do-  
 brotliwa 235.  
 Cirrhosis ventriculi 132, 147.  
 Ciśnienie na wierzchołku głowy 401.  
 Clavus hystericus 491.  
 Clostridium butyricum 33.  
 Colica hepatica 334;—mucosa 335.  
 Colitis membranacea 86;—mucosa 124.  
 Coma carcinomatousum 271;—dyspepti-  
 cum 233.  
 Curds colique transverse 258.  
 Costa decima fluctuans 248, 258.  
 Crises gastriques 412.  
 Crux mediærum 404.  
 Cuchnienie z ust 212, 225.  
 Cukier 55.  
 Cukromocz 431.  
 Cynorexia 343.  
 Czności i szania niezucia 235.  
 Czerwień indygotu w moczu 141;—  
 Kongo 39.  
 Częstość spożywania pokarmów 459.  
 Czławka 366, 367, 374, 303.  
 Czynność ż. w cukromoczu 431.

Czworniak w treści ż. 33.

Degeneratio amyloidea mucosae v. 132;  
 glandularis 120;—glandularis in-  
 cipiens 113;—mucosa 121.  
 Descensus partis pyloricæ 268; — ven-  
 triculi 247.  
 Diabetes mellitus 431.  
 Diaphanoskopia 23, 193, 251.  
 Diathesis uratica 419.  
 Dilatatio ventr. cum gastritide acida  
 205;—cum gastritide mucosa 206;  
 idiopathica 203;—secundaria 230;  
 p. Rozstrzeń.  
 Diverticulum 294.  
 Druwe przypłydy ż. 418.  
 Doświadczenia Penzoldta nad wydala-  
 niem pokarmów 446.  
 Drobnoustroje w ż. 34.  
 Dusznica bolesna 428.  
 Dymnastnicy wrzód 104.  
 Dyeta głodowa 440; — gorączkowa  
 489; — karlsbudzka 466; —  
 mleczna Weir-Mithella 493; —  
 w przebiegu wrzodu okrągłego  
 463;—pożywna 474;—scisła 377,  
 478;—sucha 481, 486;—wo fer-  
 mentacyjnej śniadkowej 484;—w bra-  
 kku łaknienia 492; — w rozstrzeni  
 trwałej 482;—w nowotwór ż. 490;  
 w narwicach ż. 490;—w niestra-  
 wności błedniczej 494;—w nud-  
 nościach nerwowych 490;—w wy-  
 miotach nerwowych 493;—w zbo-  
 czeniach topograficznych ż. 488;  
 w zwinięciu ż. 489;—w żarłocz-  
 ności 491.  
 Dyspepsia acida 75;—cardiaca 211, 359,  
 429; — chlorotica 417;—chronica  
 119; — febrilis 274;—emotivis  
 (Rosebach) 409;—flatulenta 212,  
 243;—hystorica 402; — malarica  
 66, 415;—medicamentosa 420;—  
 nervosa 191, 407;—neurasthenica  
 406;—nicotiana 420;—practaber-  
 culosa 425; — secundaria 424;—  
 sexualis artificialis u kobiet 322;  
 sexualis u mężczyzny 408, 413;—  
 thebæica 422;—toxica 420, 425;—  
 tuberculosa 425; — uratica 418.  
 Dysphagia 357;—dolorosa 357.  
 Dyspnoia dyspeptica 212.  
 Ectasia ventriculi acuta 204, 385;—  
 compensata 185, 217, 218;—dige-  
 stiva 188; — dig. cum antehlor-  
 hydria 191;—dig. cum hyperacidi-

- tate digestiva 191;—essentialis 203; — fundi 215, 243;—gravis 217; — lovis 217; — paradoxa 12, 246, 250; — partis pyloricae 244; — subpylorica 263; — superior 243; — souspylorique 244.
- Elektrody żołądkowe 19.
- Elektryzowanie ż. 196.
- Endoskopia przełyku 162.
- Enteralgia 105, 335, 407.
- Enteritis diphtheritica 139;—dysenterica 139;—mambraacea 249, 259, 335.
- Enteroptosis 247, 240.
- Epreuve de la sangle 258.
- Erosiones 165.
- Eructatio gastrica 364;—hysterica 403; oesophagea 363;—nervosa 363.
- Erytrodekstryna 55.
- Essentielle Crisen 413.
- Etat mamelonné 86, 230.
- Etyologia nerwie 318.
- F**acies hippocratica 101.
- Falowanie ż. 234.
- Faradyzowanie ogólne 339, 350.
- Febris gastrica 65; — methaematoma 169.
- Fenoloftaleinu rozczyzn 46, 47.
- Fermentacja alkaliczna 225;—gazowa ż. 57; — kwaśna 209;—mleczna 140.
- Fermentacyjno sprawy w miążdze pokarmowej 210, 224, 233.
- Fitebozoury 283.
- Fistula gastrocolica 101.
- Flatulencia nervosa 323.
- Floroglucono-wanilinowy rozczyzn 40.
- Factor ex ore 212, 225.
- Fonendoskop Bazzi-Bianchi 7.
- Fotogramy z przełyku 163.
- Frciluftear 487.
- G**alwanizowanie ż. 339, 350, 379.
- Gastralgia 100;—arthritica 419;—malaria 415;—nervosa 329;—neurasztylica 407.
- Gastralgokenese 325.
- Gastroectasia 252.
- Gastritis;—acuta simplex 63;—alcoholic 92; aestiva 69; — chronica acida 85, 89; — chron. mucosa 119, 158; — chron. parenchymatosa 80;—hypersecretoria mucosa 124;—infectiosa 68;—interstitialis 85, 120;—medicamentosa 63, 338;—mixta 85, 120;—mucipara 120;—parustica s. myco-
- tica 69, 211; — parenchymatosa hyperpeptica 75, 408; — parench. mucosa 119; — phlegmonosa s. purulenta 69; — polyposa 136;—symptomatica 64, 120; — toxica 70, 398;—tuberculosa ulcerosa 427.
- Gastrodiafania 144.
- Gastrodiafania w raku ż. 144.
- Gastrodynia 329.
- Gastroenteritis acuta 64; — aestiva 65.
- Gastroenterostomia 285; 288, 302.
- Gastrograf Einborna 355.
- Gastrolysis 293.
- Gastromalacia 93.
- Gastroneurosis hysterica 401; — malaria 415; — motoria 353;—neurasztylica 405;—secretoria 389;—sensitiva 320;—symptomatica 411; — vaga 400.
- Gastropexis 263.
- Gastropilectio 285.
- Gastroptosis 247, 249.
- Gastrorrhoea acida 74, 80, 391;—acuta 392.
- Gastroskopia 24.
- Gastrosasmus 361.
- Gastrostenoplastyka 285.
- Gastrostomia 299.
- Gastrosuccorrhoea mucosa 124.
- Gastroxia 394; — juvenilis 395;—Rossbachi 413.
- Gastroxynsis Rossbachi 394, 421.
- Gavage 350, 427.
- Gazy 209;—w żołądku 58, 211.
- Globus hystericus 401.
- Glogglou gastrique 245.
- Głodowe leczenie 220;—dyeta 440.
- Gniecenia i tłoczenia uczucie 324.
- Gorąca uczucie w okolicy ż. 326.
- Gorsety 261.
- Goryczki 118, 349.
- Gryzienia uczucie 327.
- Guzik Murphyeego 305.
- Guzy szelakowe 145, 282; — w raku 144.
- Gymnema sylvestre 348.
- H**abitus atonicus 248, 258.
- Haemierania gastrica 395.
- Haematemesis 173.
- Haemoptysis 173.
- Haemoplastica 494.
- Hemialbumozy badanie 56.
- Herpes labialis 65, 66.
- Herzwasser 399.
- Heteroinfectio 266.
- Hidryatyczne leczenie 340.

- Hipnoza 379.  
 Hipodermokliza 178.  
 Hypaciditas secretoria 113.  
 Hyperaciditas digestiva 75, 83, 94, 390; —hydrochlorica 75; —subjectiva vel relativa 78.  
 Hyperaemia mucosae chronica 80; —m. continua 89; —digestiva exacerbans 75, 76, 391.  
 Hyperaesthesia acida 78; —gastrica 321; hysterica 402; —praedigestiva 325; —postdigestiva 325.  
 Hyperchlorhydria 75; —nervosa 392.  
 Hyperemesis gravidarum 375.  
 Hyperkinesis ventriculi 183, 384.  
 Hyperpepsia 74, 75.  
 Hypersecretio chronica 80; —continua 392; —chronica continua simplex 74; —frustrata 81; —intermittens vel periodica 392; —simplex 89.  
 Hypochondria 404.  
 Hypokinesis ventriculi digestiva 183, 188.  
 Hypopepsia 75, 113.  
 Hypotonia ventriculi digestiva 188.  
 Hysteria virilis 404.
- Idiosukrazja p. Wrażliwość osobista.**  
 Ilość dzienna pokarmów 459; —ilościowe mierzenie gazów 57; —oznaczenie kwasów według Cahna i Melringa 51; —oznaczenie kw. solnego 47.
- Imponderabilia media 180.  
 Incontinentia, — caninae 380; — pylori 381.  
 Induratio fibrosa v. 132.  
 Infusio 177.  
 Insufficientia pylori 100; —relativa 185; secretionis acidae 75, 113; —ventr. motoria 183, 188.  
 Intermittens larvata 415.  
 Intubatio duodeni 16, 186.  
 Irritatio cordis dyspeptica 428.
- Jadłowstręt 346.**  
 Jądra z ciała wypociowych 34, 35.  
 Jednostka ciepłkowa 439.
- Kalorya 439.**  
 Kamica nerkowa 335; —trzustkowa 105, 334; —żółciowa 104, 334.  
 Kamienie jelitowe 353; —żółdkowe 353; —żółciowe w treści ż. 31, 105.  
 Kaniule w zwężeniu przełyku 162.  
 Karlsbadzka dyeta 466; —leczenie 108; —sól 109; —woda 466.
- Kaszel żołądkowy 374.  
 Kąpiele gazowe żołą. 15.  
 Kefir 472, 473.  
 Klatka piersiowa sznurówkowa 248.  
 Klimat wysokogórski 199, 416, 427, 487.  
 Kolka jelitowa 335; —śluzowa 249; —wątrobowa 105, 334.  
 Komórki drożdżowe 33; —śluzowe 34.  
 Kompresy 198.  
 Kongo czerwień 39.  
 Kontrolowanie leczenia 436.  
 Koprolicy bizmutowe 110.  
 Kraftmilch 493.  
 Krakowskie mleko wielokrotne 464.  
 Kruczenie żołądkowe 215, 245, 249, 266.  
 Krwi wstrzykiwanie podskórne 179.  
 Krwotoki ż. 164; ex vacuo 166; —nerwowe; —neurasteniczne 167; —per rhexim 112; —pożerne 168; —przełyku 168; —ukryte 174; —urazowe 166; w błednicy 165, 180; —zastoynowe 167; —z dwunastnicy 168; —ziarnicze 416; —żywienie w krwi ż. 477.
- Krzyż Rosenthala 13.  
 Kurcze żołądkowe 329.  
 Kwakanie żaby 245.  
 Kwas dwunastnicowy w raku ż. 141.  
 Kwas masłowy badanie 44.  
 Kwas mlekowy fermentacyjny w raku 149.  
 Kwas octowy 34.  
 Kwas siarkowodowy w ż. 210, 363, 363.  
 Kwas solny 36; —badanie 38; ilościowe oznaczenie 48; —jako antisepticum 207; —jako lek 117, 126; —utajony 36; —utajonego ilość brakująca 50; —utajonego oznaczenie ilości 49.  
 Kwasota treści ż. całkowita 45; —nadmierna podczas trawienia 75; —zmiennosc 406.  
 Kwasów w ż. oznaczenie ilościowe 45, 50.
- Łasieczniki kolankowe w raku ż. 140;**  
 nitkowate w raku ż. 150; —w treści ż. 33.  
 Ławatywy odżywcze 90, 108, 460, 461, —z fizyologicznego rozczyynu soli kuchennej 179, 239, 481; —z oliwy 228, 262.
- Leczenie bizmutowe 109; —hidryatyczne 340; —głodowe na wrzodzie okrągłym 460, 462; —według Ziemsena i Leubego 463; —karlsbadz. 108; —mleczne 472; —winogr. 473.**

Leki w napadzie nerwobólu 337.

*Leptothrix buccalis* 33.

Lewar żołądkowy 13.

*Leydenia gonuipara* 138, 143.

Leżenie w łóżku podczas wrzodu okręgowego 106.

Litoratora 496.

Łaknienie 343; — brak 345, 402, 406; — spaczenie 352.

Makowcem zatrucie 422.

Malacja 352.

Maladie du corset 245.

Maltoza 55.

Mania samopłakania 239.

Marskość ż. 132, 147.

Maślanka 456, 472.

Media impoederabilia 180.

Megalogastria Ewalds 184, 218.

Metoda jedoformowa 29; — Weir Mitchell 351.

Merycismus 358.

Metylwioletki 39.

Miarczkowacie treści ż. 45.

Mięsienie ż. 196, 223.

Mleko kwaśne 406; — wielokrotne krakowskie 464.

Mocz chorych rakowych 271; — w chorobach ż. 436; — w rozstrzeni ż. 218.

Morbus Glénardi 247.

Mucina zatrucia 422.

Murzyśko 335, 421.

Myasthenia ventriculi 188.

Nacieranie ż. 198.

Nadmierna kwasność podczas trawienia 75—80.

Nadżerki bl. Fluz. ż. 165.

Napady nerwobólu 329; — tabetyczne 412.

Napary ze ziółek 85.

Napoje wyskokowe 458, 471.

Natrysk ż. tetyczny 193; — gazowy 198; — wewnątrz ż. 18, 91, 198, 228, 337; — zimne 197.

Nausea 322.

Nephrolithiasis 335.

Nephropexis 263.

Nephroptosis 255.

Nerka ruchoma 255.

Nervi constrictores cordiae 356, 380; — dilatatores cordiae 306, 381.

Nerwice jelitowe 317; — zwrotne 309.

Nerwice ż. 305; — częstość 319; — czuciowe 320; — cyklogia 318;

histryczne 401; — neurasteniczne 405; — objawowe 411; — podział 309; — pozorne 412; — rozpoznanie 310; — rozsiarne 400; — ruchowa 355; — symptomatyczne 411; — wydzielnicze 389.

Nerwoból jeli 105; — ż. 329; — ż. neurasteniczny 407; — ż. zimniczy 415.

Neuralgia hepatica 334; — intercostalis gastrica 336.

Neurasthenia congenitalis 248; — depressiva 405; — gastrica 405; — irritativa 405.

Neuritis degenerativa simplex i multiplex 272; — intercostalis 336.

Neuropatyczne naciśnięcie 248.

Neuroses gastrico 3—5.

Niedonoga ż. wydzielnicza 113; — w czasie miesiączkowania 114.

Niedomykalność odźwiernika 381; — wpustu 380.

Nieodwad ż. 334; — względny 188—203; — zastoinowy 203—230.

Niepokój robaczkowy ż. 561.

Nieznak 348.

Nieatrważność błonicy 417, 494; — gorączkowa 274; — grudnicza 425; — historyczna 402; — norwowa Leubego 407; — płożna u kobiet 322; — tytoniowa 420; — w chorobach nerek 430; — w małokrwistości 430; — w zatruciu morfina 422; — w zimnicy 415; — w zółtach 430.

Nieżyt ż. kwaśny 85; — kwaśny pijacki 86; — ostry 63; — śluzowy 119; w chorobach wątroby 429; — żółciowy 68; — zanikowy 126—132.

Nudności 322.

Obcego ciała, w ż. uczucie jako nerwien 327; — 146, 286.

Obiad próby Leubego 27.

Obniżenie nerki 257; — śledziony 256; wątroby 255; — żołądka częściowo 262.

Obszar półksiężycowy Traubego 4.

Odbijanie nerwowe 363; — pilykowe 403; — przyłokowe 363; — ż. 365.

Odczynnik Ginzburga 40; — Uffelmana 43.

Oesophageoenterostomia 502.

Oesophagitis catarrhalis 156.

Oesophagoscopia 162.

Oglądanie okolicy ż. 2.

Odium albicans 33.

Okład Triassana 343; — wywielający 67.

Oleum phosphoratum 349.  
 Onychophagin 353.  
 Opaski 198; — flanelowe 213.  
 Operacja Lorty 304.  
 Opukiwanie okolicy ż. 2.  
 Orexinum basicum 349.  
 Osad moczowy 419.  
 Ostabienie ż. 121, 328; — ruchów ż. 380.  
 Osluchiwanie ż. 216.  
 Obradek głowowy 342; — płodowego zamawiania 346; — wyrostowy 370.  
 Otrzymywanie truci ż. 8.  
 Oznaczenie dolnej granicy ż. 19; — ilościowo kwasu solnego wolnego 48; — ilościowo kw. solnego utajonego 49; — ilości płynu w ż. 235; — stopnia bolesności 96; — wielkości drożności odźwierzniaka 237.  
 Palpatio cordis 356.  
 Pancreatyna 181.  
 Papainum 131.  
 Papayotinum 181.  
 Palenie w żołądku 326.  
 Parageusia 352.  
 Paraplegia v. ventr. 204, 385.  
 Parosisthesia gastrica 321.  
 Pararoxia nervosa 352.  
 Pełności niezupełna w ż. 323.  
 Pepsyna badanie 52; według Hammer-schlag'a 123; — jako lek 130.  
 Peptogenas 389; — Schiff'a 117.  
 Peptony 170; — badanie na pept. 56.  
 Perigastritis 92, 100; — chronica 146; — partialis 384; — plastica 92.  
 Peripyloritis chronica 100, 146.  
 Peritonitis exsudativa 101.  
 Pharyngitis chronica 122.  
 Phthisis pseudogastrica 425; — ventriculi 126.  
 Pien — malacta 352.  
 Picie wody karlsbadzkiej 103.  
 Pilebezoary 283.  
 Pionowe namawianie ż. 249, 263.  
 Piwo żelaziste 200, 349, 418.  
 Płaskanie ż. 215; — w z. czczym 192, 218.  
 Płukanie, p. Przepłukiwanie.  
 Pneumotosis gastrica 212, 356, 359, 406; — hysterica 403.  
 Podpaski brzuszne 223, 260; — podpopkowa 260.  
 Pojemność ż. 216.  
 Pokarmy; — ciepłota 410; — ilość dzienna 439; — jakoś w chlo-

robach ż. 442; — obojętne 444; — przeciwfermentacyjne 434; — różnorodnie 443; — wartość kaloryjna 440; — wydzielanie 445.  
 Pokrzywka 272.  
 Polyplogia 344.  
 Połowicy bóli głowy 268.  
 Półkanie powietrza 363.  
 Poruszanie ż. oddzielowe 213.  
 Post 348.  
 Potrawy jednorodne 442; — niestrawne 444; — obojętne 442, 444; — różnorodne 442; — syneca 431.  
 Powietrze wysokogórskie, p. Klimat.  
 Półkanci 341.  
 Pragnienie niedmierne 91; — umiarkowane 111; — w nieżyłcu ostrym 451.  
 Próba; — bińkowa 26; — na brak pepsyny 129; — na brak zymogenu podpuszczkowego 129; — na obecność fermentów trawienicowych 399; — na drożność odźwierzniaka 236; — na krew w treści ż. 171; — na żelazo 171; — resorcynowa na kwas solny 41; — salolowa 28; — sztucznego trawienia bińka 42; — trawienia 25; — utraty siły wydzielniczej 42.  
 Propepsyna 51.  
 Propeptonu badanie 56.  
 Przebieg śleiany wskniak wrzodu 101, 113; — w raku 144.  
 Przechodzenie pokarmów przez odźwierzniak 449.  
 Przeczulica ż. 321, 402; — potrawiana 325; — przedtrawiana 325.  
 Przedziurawienie wrzodu ż. 292.  
 Przepłukiwanie ż. 8, 18, 83, 90, 111, 125, 198, 220, 221, 258, 249, 373; — sposobem lewarowym w położeniu na brzuch 222.  
 Przerwy rakowe ż. 134, 142.  
 Przesuwanie się z. 2.  
 Przeświotlenie ż. 23, 216; — X-promieniami 187.  
 Przetoczenie krwi 177.  
 Przetoki ż. 64, 284; — rakowa 143.  
 Przetwory podlegające wydzielaniu kwasu solnego 116.  
 Późwienie i rozstrzenie cześciowa ż. 242.  
 Przechowywanie 368.  
 Przypady ż. — błędnie 417; — dwa-wo 418; — siłnicze 415; — żołądkowo-serowce 428.

- Przyprawy korzenne 472.  
 Przyrzady, — kolometryczne Jollosa 40; — do płukania ż. 12; — Rosenthala 13.  
 Przyrzadzanie potraw 442.  
 Psychopathia gastrica 347.  
 Punkty bolesne uciskowe 251, 313, 333, 336, 340, 405.  
 Pyloritis 145; — hypertrophica 238; — subacuta 238, 240, 361.  
 Pyopneumothorax subphrenicus 143.  
 Pyothorax subphrenicus 102.  
 Pyloroplastyka Heineke-Mikulicz 288, 304.  
 Pyrosis hydrochlorica 76, 326; — nervosa 326; p. Zgaga.
- Rak** ż. 134—155, 294, 334; — dwunastnicy 146; — wpustu 155—164.  
 Rany ż. 279.  
 Regimen acidum 468; — antacidum 455.  
 Regurgitatio nervosa 366, 399; — hysterica 403.  
 Ren migrans 255.  
 Resekcyja odźwiernika 294, 301; — żołądka 288.  
 Ropień podprzeponowy 102.  
 Ropne zapalenie ż. 69.  
 Rozbiór treści ż. 36, 435.  
 Rozczyn soli kuchennej 177.  
 Rozdymanie w ż. 323.  
 Rozstrzeń ż. 185; — badanie 186; b. według Piorry'ego 193; — czasowa 188—203; — następową przy cieśni odżw. 230, 286; — ostra 385; — trwała 203—230, 284; — wyrównana 185.  
 Rozszerzanie zwięzienia palcem według Lorety 288.  
 Ruch ciała a trawienie 195; — ciała po jedzeniu 449; — oddechowe ż. 213; — w rozstrzeni ż. 220.  
 Ruminatio 368.  
 Rurki Leitera 341.
- Samoprzepakanie** ż. 14, 201, 239, 338, 396.  
 Samozakażenie 266.  
 Samozatrucie 266.  
 Sarcina 32.  
 Saturantia 491.  
 Sedativa gastrica 490.  
 Sedimentum lateritium 419.  
 Sen hipnotyczny 379.  
 Sialolithiasis 105, 334.  
 Siareczek amonowy w treści ż. 55, 209.  
 Singultus 366, 374, 403.  
 Situs inversus viscerum 266.  
 Skaza moczynowa 419.  
 Składniki drobnowodowe treści czezej żoł. 34.  
 Skórne zmiany w chorobach ż. 272.  
 Skrobia 55; — rozpuszczalna 55.  
 Skurez odźwiernika 358; — wpustu 356; — ż. 356, 361.  
 Ślimacznice 34, 35; — kauczukowa na ż. 378.  
 Smak kapryśny 450; — zły 352.  
 Śniadanie próbne 27.  
 Sok dwunastnicowy 383; — trzustkowy 223.  
 Sokotok ż. 80—85; — napadowy 392; — odróżnienie od nieżytu kwaśnego 89; — ostry Rossbacha 394.  
 Sól karlsbadzka 107; — kuchenna w żoł. 473.  
 Sortowanie miazgi pokarmowej w ż. 355.  
 Spasmus cordiae 159, 323; — pylori 240, 287, 323, 358; — v. partialis et totalis 356.  
 Splachnoptosis 247.  
 Splenopexis 263.  
 Spokój psychiczny przy jedzeniu 450.  
 Sprawności ruchowej ż. badanie 28.  
 Środki przeciwymiotne 378; — wymiotne 66.  
 Śrót w zwięzieniu przełyku 161.  
 Stenoses et dilatationes partiales 242.  
 Stenosis pylori 230; — pyl. spastica 231, 236; — pyl. intermittens 241.  
 Stłumienie pasów w ż. 193, 213.  
 Stołce smołowo-czarne 173.  
 Stopnie dyetyczne według Penzoldta 447; — strawności według Leubego 445; — dyoty przeciwkwasowej 455.  
 Strawność potraw 442; — pokarmów według Leubego i Penzoldta 445.  
 Strontium bromatum 79.  
 Strzępy bł. śluzowej ż. 35, 122.  
 Subaciditas digestiva 113.  
 Superaciditas digestiva 75, 390.  
 Supermotilitas ventriculi 183, 344, 384.  
 Supersecretio periodica 392.  
 Symulacyja bólów 98.  
 Synope 412.  
 Syntonin 56.  
 Szczywy alkaliczne 78, 126; — słonoalkaliczne 125.  
 Szezołka żołądkowa 19.  
 Szerokość i wysokość ż. 7.  
 Sznur poręczny 258.

Sztuczne wody Sandown 107; — przetwory odżywcze 470.

Sztyfeiki z laminaria 162.

Tablica z rozbioru treści ż. 435; — stopni kwasoty 45.

Teorya Cohnheima 197; — infekcyjna raka 137.

Tetania 235, 269.

Tętniak 166.

Tętnienie aorty 258.

Teżyczka 235, 269.

Toksyny 209, 211, 233, 267.

Topograficzne stosunki ż. 2.

Tormina ventriculi 361.

Transfusio 177.

Treść ż., — alkaliczne oddziaływanie 209; — barwa 31; — otrzymywanie 8; — npośledzenie wydalania 217; — warstwowanie 206; — wytłaczanie 10.

Tricho-Bezoary 283.

Tropesoliny rozczyn 89.

Trudności żywienia 450.

Trypsyny badanie 54.

Tympanites ventriculi 359, 364; — hysterica 403.

Tytoniowe zatrucie 420.

Uchyłek przelyku 158, 357, 366, 368; — ż. 294.

Uciskanie lewego nerwu błędnego 197.

Uczucia w ż., — ciała obcego 327; — chłodu i gorąca 326; — czczości i ssania 325; — gułecenia i łoczenia 324; — gryzienia, wiercenia i zranienia 327; — palenia 326; — pełności i rozdymania 323.

Udar sercowy 412.

Ulcus duodeni pepticum 102; — ventriculi carcinomatosum 137; — v. chronicum 92; — v. pepticum 92; — v. perforans 92; — v. rotundum 92; — v. simplex 92.

Unierwienie ż. 305.

Upośledzenie wydalania treści ż. 217.

Urticaria infantum 273.

Utajenie kwasu solnego przez różno potrawy 453.

Ventriculus bilocularis 244.

Vert brillant 39.

Vertigo a stomacho laeso 192, 268; — stomachalis 211, 406.

Vomitus; — dolorosus perniciosus 375, 393, 413; — electivus 377; —

gravidarum 375; — gravis 377; — hystericus 403; — levis 377; — matutinus 121, 158; — nervosus 369; — oesophagus 366; — neurasthenicus 407.

Wahanie w nasileniu mechanizmu ż. 240.

Warstwowanie treści ż. 206.

Wartość kaloryjna pokarmów 440.

Węglan amonowy w treści ż. 55.

Wejrzene treści ż. 30.

Wieczera próbna 58, 222.

Wilecy głód 343; — apetyt 343.

Wody; — aromatyczne 67; — bromowa 79, 338; — gazowa magnowa 293, 229; — karisbadzka 466; — krynicka 397; — Merszyńska 67; — lodowa 360; — sodowa 15; — sodowa kwaśna 15, 67.

Wodolegznice zabiegi 197; — w nerastenii 410.

Wolumetr żołądkowy 216.

Woń treści ż. 30.

Wpływ zabiegu operacyjnego na czynność ż. 240.

Wrażliwość błony śluz. ż. 331; — na kw. solny 393.

Wrzód gruźliczy ż. 165, 426.

Wrzód dwunastnicy 104.

Wrzód kilowy żoł. 165.

Wrzód okrągły ż. 92—113, 333.

Wrzody żołądka 286.

Wstręt do jadu 346; — do mięsa 143.

Wstrzykiwania podskórne oliwy 462.

Wybroczyny krwawe w żołądku 65.

Wyciąg trzustkowy Reichmanna 131.

Wyczuwanie okolicy ż. 2; — guzów w kąpiel 2; — zgłębnikowe według Boasa 19.

Wydalanie pokarmów ze ż. 355.

Wydęcie jelita 259.

Wydymanie gazem żoł. 6, 250; — w raku 144.

Wydzielanie kw. ż. nadmierne na tle nerwowem 390; — nadmierne u umysłowo chorych 390.

Wymioty; — ciężarnych 375; — histeryczne 403; — jako zastępcze krwawienie miesięczne 375; — kwawe 173, 280; — napadowe Leydena 371, 413; — nerwowe 369; — nerasteniczne 407; — przelykowe 372; — ranno pijackie 121; — w niedrożności jelita cienkiego 168.

Wypróznienie ż. 337.

Wyrwanie błony śluz. 12.  
 Wysokość wypukowa 458, 471.  
 Wysokość wypukowa 7.  
 Wytłaczanie treści ze 2. 10, 194.  
 Wywiady 1. 431.  
 Wziernikowanie 2. 24.  
 Zabiegi wodolecznicze 350; — chirurgiczne w chorobach 275.  
 Zaczyn, — podpuszczkowy 55; — trawnicowego badania 51; — trawnicowe jako leki 130.  
 Zanik błony śluz. 2. rozpoznania 398; — nerwowy 397.  
 Zaparcia stała 199; — życia 191, 202, 262.  
 Zastoina 2. 184, 207.  
 Zaburzenie narkotem i morfiną 422; — ostro 371.  
 Zawrót głowy 268.  
 Źródła alkaliczne 92.  
 Zgaga 76, 326.  
 Złogi barwiczne 35.  
 Zmiana położenia 2. 286.  
 Zmienność kwasoty 406.  
 Zonda 2. 8; — oddźwiernikowa 17, 186; — wprowadzenie 9; — wyczuwanie według Boasa 193; — zakłanie 12.  
 Zondowanie oddźwiernika i dwunastnicy 186; — przeciwwskazanie do zond. 10; zond. przełyku 160.  
 Zrosty 2. 293.

Zwężenie oddźwiernika wrodzone 231; — przełyku 276.  
 Zwierciadło pływ. w 2. 19.  
 Zwiśnięcie 2. 247, 249; — osłabienia oddźwiernikowej 263.  
 Zwrocenie pokarmów 157, 366, 399.  
 Zymogen podpuszczkowy 51, 63; — badania 52.  
 Żarłocność 314.  
 Żołądek czczy 58; — delikatny 64; — klepsydrkowy 71, 100, 159, 244, 291; — słaby 115, 190, 194; — w postaci podkowy 265.  
 Żołądka ruchy oddechowe 213; — zbroczenia następowo 424.  
 Żółć w 2. 383.  
 Zacie pokarmów 448; — w nadmiernej wydzielaniu kw. solnego 459.  
 Żylaki 2. 166.  
 Żywnienie; — przez odbytne 486; — trudność 450; — w stonii 2. 482; — w braku kwasu solnego 467; — w chorobach 2. 438; — w gorączce 489; — w krwotoku 2. 477; — w nadmiernej wydzielaniu soku 2. 453; — w narwicach 490; — w niedomocy mechanicznej 480; — w niezycie ostrym 451; — w raku 2. 474; — w rozstrzeni 2. 480, 481; — we wrzodzie okrągłym 460; — zonda 350.



