

118 0 symptomatologii

26

i

kolejnym rozwoju objawów klinicznych

Muzeum historyczne
Medecyny i farmacyi pol. U.

nieżyty żołądka.

Odczytał w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 1 grudnia 1886 r.

Doc. W. Jaworski.

MUZEUM HISTORYCZNE

dla

Wydziału lekarskiego Uniw. Jag.



KRAKÓW.

W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego

pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.

1887.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego.“ Nr. 3, 4, 6, 7.

Z-138813

Akc. z l. 2023 nr. 532

Muzeum historyczne
Medecyny i farmacyi pol. U. i

MUZEUM HISTORYCZNE
dla
Wydziału lekarskiego Uniw. Jag.

Zbadanie i rozpoznanie przyrody zbroceń chorobowych w ustroju nie opiera lekarz obecnie na objawach podmiotowych, jakie mu chory podaje, lecz na tém, co sam na drodze fizycznej lub chemicznej wybadać może. W tém samym położeniu jesteśmy i w obec wielkiej jamy gruczołowej jaką przedstawia żołądek. Wejrzenie w jej wnętrze i zbadanie jej wydzieliny mikroskopowo i chemicznie, wyjaśniłoby nam od razu stan chorobowy narządu bez odnoszenia się do bałamutnych opowiadań pacyenta o swoich dolegliwościach podmiotowych. Jednak między wymogami nauki, a praktycznym zastosowaniem jest tu wielki przedział. Badając wewnętrznie żołądek, do czego trzeba użyć sond, okaże się, że bardzo wielu chorych temu sposobowi badania się opiera, chociaż ono nie sprawia zapewne większej przykrości, jak wprowadzenie cewnika lub wziernika macicznego; z tych zaś, którzy sondowaniu się poddają wielu swoim niestosownym zachowaniem, robi badanie nieużytecznym; a ponieważ zwykle jednorazowe sondowanie nie wystarcza do dokładniejszego zoryjentowania się, przeto i lekarz, niedochodząc do zamierzonego celu, traci czas i cierpliwość. Ztąd chcąc niechcąc, musi lekarz całe rozpoznanie i terapię opierać na wygodniejszym dla pacyenta i siebie badaniu, t. j. tylko na podawanych mu przypadkach podmiotowych czyli tak zwanych gastrycznych. Otóż za poradą kol. Korezyńskiego zwracałem przez dłuższy czas uwagę na to, aby dociec, na jakie wnioski dyjagnostyczne pozwalają owe przez chorych podawane przypadki ga-

stryczne w połączeniu z badaniem zewnętrznem chorego, czyli innemi słowy, jaka tychże jest wartość kliniczna. Do załatwienia tego pytania jałem się dopiero, gdy zebrałem z biegiem czasu nieco większy statystyczny materyjał liczący przeszło 200 stósownych przypadków.

W każdym tu zestawionym przypadku wyegzaminowano wprzód chorego co do przypadków podmiotowych, a następnie przeprowadzono na niem, według znanych metod krakowskich, badanie wewnętrzne żołądka, w stanie czczym metodą lodową, metodą białkową albo beafstykiem według Leubego. Wyniki tych badań porównane z przypadłościami podmiotowemi mam zaszczyt właśnie obecnie w zestawieniu statystycznem przedstawić. Aczkolwiek to przedstawienie cyfrowe może będzie za suche, będzie ono jednak więcej przekonujące, niż gołosłowne niczem nieoparte twierdzenia.

Ogółem obejmuje niniejsze zestawienie 222 przypadków mogących być zużytkowanemi z wykluczeniem jednak wszystkich podejrzanych o nowotwór albo wrzód żołądka. Na 222 przypadków było 42 kobiet a 180 mężczyzn; następnie 76 (34·2%) izraelitów a 146 (65·7%) chrześcian.

Z badania wewnętrznego okazało się:

Jeżeli treść czczego żołądka była alkaliczną, a to miało miejsce tylko w 18 (9·5%) przypadkach, (między temi ani jeden izraelita), to wydzielanie kw. żołądkowego było podczas trawienia albo zupełnie zniesione (u 12 chorych), albo tak nieznaczne (u 6 chorych), że do peptonizacji nie wystarczało, bo kwasota wynosiła zawsze niżej 3 stopni. Upośledzenie trawienia sztucznego z powodu zmniejszania wydzielania pepsyny miało miejsce we wszystkich 18 przypadkach, lecz tylko we 2 było wydzielanie pepsyny, a zatem cały chemizm trawienia zupełnie zniesiony. Pomimo to ci chorzy w ogóle do brze się mieli, a podmiotowo tylko na nieznaczne przypadki gstryczne się uskarżali; — okazuje się więc, że oddziaływanie alkaliczne soku żołądkowego czczego jest zmianą chorobową, i wskazuje zmniejszenie całego chemizmu trawienia.

Jeżeli zaś treść żołądka czczego oddziaływała obojętnie, jakto miało miejsce u 25 (19%) indywiduów, a z tych tylko 4 izraelitów, a 21 chrześcian, — to podczas trawienia wydzielal się zawsze kw. żołądkowy, lecz o różnej kwasocie. U przeważnej liczby, bo w 17 przypadkach, wydzielany sok nie był jeszcze dostateczny do zupełnego trawienia, zaś w reszcie, t. j. w 8 przypadkach, prawie wystarczał do trawienia a kwasota dochodziła co najwięcej do 10 stopni. Ztąd wynika,

że ze znalezienia soku żołądkowego czegoś obojętnie oddziałującego można wnioskować o zdolności wydzielania się soku żołądkowego niskiej albo tylko mierniej kwasoty. Braku zaś fermentu trawiącego w żadnym z tych przypadków, ani w dalszych następnych nie dostrzeżono, tak że na 222 przypadków znaleziono tylko wyżej wspomniane 2 przypadki ze zupełnym brakiem, a 11 z bardzo widocznie upośledzonym wydzielaniem pepsyny, razem więc 13 przypadków, w 209 zaś czyli 91·5% pepsyna w dostatecznej ilości się znajdowała. Z tego więc można pojąć wartość tak zachwalanych pigulek, esencji, win i innych tym podobnych przetworów pepsynowych.

W przeważnej zaś części przypadków, bo w 189 (81%), zawierał żołądek czegoś, sok żołądkowy kwaśny, ale różnego stopnia. Odłączywszy 21 przypadków, w których żołądek czegoś zawierał zawsze miazgę pokarmową, u przeważnej części indywidualów, bo u 99 (50%), sok żołądkowy czegoś znajdował się w kwasocie wystarczającej do trawienia, albo nawet o wiele wyższej. A z tych 99 indywidualów, mających silnie kwaśny sok żołądkowy czegoś, było 49, czyli 70%, izraelitów, a tylko 50, czyli 34%, ogólnej liczby chrześcian. W mniejszej zaś ilości przypadków, bo w 60 sok żołądkowy kwaśny, miał kwasotę niższą 3, t. j. niewystarczającą do trawienia. W tej liczbie o soku żołądkowym mniej kwaśnym było przeciwnie tylko 21 izraelitów, a 39 chrześcian.

Reasumując powyższe wyniki widzimy w ogóle, że na 201 przypadków czegoś soku żołądkowego było tylko 22% (43 przyp.) wolnego od kw. żołądkowego a względnie solnego, 78% zaś (159 przyp.) z kwaśnym sokiem żołądkowym czymś. Z tej ostatniej liczby było przeszło połowa (115 przyp.) wszystkich w ogóle badanych z nadmiernie od kw. solnego kwaśnym sokiem żołądkowym czymś.

Ważne różnice statystyczne wykazuje wpływ żywienia się ludności izraelskiej, a chrześciańskiej. Na 76 badanych izraelitów przedstawiał się sok żołądkowy czegoś tylko w 4 (5·2%) przypadkach wolny od kwasu solnego, podczas gdy na 146 badanych chrześcian było przypadków takich 39 (26%). Nadmierne zaś kwaśnych soków żołądkowych izraelskich było 71% (49 przyp.), chrześcian tylko 45% (64 przyp.). Wynika więc ztąd, że u naszych izraelitów wyjątkowo tylko ma się do czynienia z niedomogą wydzielniczą kw. solnego, a przeważnie z nadmiarowym wydzielaniem tegoż, czyli patologicznie podnieconym trawieniem żołądkowym. Ztąd łatwo ocenić, o ile ma wartość,

czyli właściwie, o ile zaszkodzić może, szablonowe stosowanie kw. solnego.

W celu zestawienia zachowania się mechanizmów trawienia mogłem zebrać 188 przypadków. W przeważnej części przypadków, bo w $\frac{2}{3}$ (127 przyp.), wydalanie treści żołądkowej było opóźnione, a w 21 przypadkach pokarmy zalegały nawet do dnia drugiego; — w $\frac{1}{3}$ zaś (61 przyp.), można było uważać wydalanie za prawidłowe. Okazuje się ztąd, że większej części przypadków żołądkowych towarzyszą zboczenia ruchowe tego narządu.

Z dalszych poszukiwań zanotowałem, że u 77 indywiduów treść żołądkowa zawierała większe lub mniejsze ślady żółci, stale w żołądku przebywającej. W tym względzie muszę zwrócić uwagę praktyków, że obecność żółci w wymiocinach może być wskazówką dyagnostyczną. Wymiociny zielone wskazują w każdym przypadku nadzwyczaj silne wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego, który właśnie często jest powodem wymiotów. Żółte zaś wymiociny mogą wskazywać, albo zupełny brak kw. solnego, albo świeżą podczas ruchów wstecznych żołądka wydzielaną żółć. Obecność zaś żółci w wymiocinach przemawia zawsze przeciw zwężeniu odźwiernika wyższego stopnia.

Co się tyczy wieku badanych, to wahał się tenże w granicach między 14 a 72 lat. Ważne jest zestawienie wieku ze zdolnością wydzielania kw. solnego. Do lat 40 było sondowanych 174 indywiduów, a z tych było tylko 19 z niedowładem wydzielniczym soku żołądkowego; z 48 zaś indywiduów liczących nad 40 lat cierpiało aż 21 na brak kw. solnego. To zestawienie jest ważne, gdyż tłumaczy nam, że wrzód żołądka pojawiający się u młodszych indywiduów, wydzielających silnie trawiący kw. żołądkowy, występuje równocześnie albo z przyczyny nadmiarowego wydzielania kw. solnego, podczas gdy rak żołądka pojawiający się w wieku późniejszym, wykazującym brak dzielnego kw. żołądkowego, zwykle nie wykazuje obecności kw. solnego. Te spostrzeżenia stwierdziliśmy, tak prof. Korczyński, jakoteż i ja wielokrotnie, o czém szczegółowo w swoim czasie doniesiemy.

Rozpowszechnionem jest mniemanie, że chorzy żołądkowi źle wyglądają, wychodząc z założenia, że jeżeli trawienie żołądkowe jest upośledzone, to ma być niemi także i odżywienie. Jeszcze w roku 1882 wypowiedziałem w *Gazecie Lekarskiej* zdanie, oparte na obserwacji chorych żołądkowych, że jeżeli nie ma komplikacyj, to tacy chorzy zupełnie dobrze mogą wyglądać, gdyż trawienie żołądkowe na ogólne odżywienie mało tylko wpływa, a główne trawienie i asymilacja

odbywają się w jelitach. Otóż obecnie moja statystyka z 188 chorych żołądkowych wykazuje, że z téj liczby tylko 12 (6,5%) można było nazwać źle odżywionymi, a nadto okazało się, że z tych 12 indywidualów 10 nadzwyczaj dobrze peptonizuje, gdyż cierpi na nadmierne wydzielanie kw. solnego. Zupełnie dobrze odżywionych między 188 chorych żołądkowych znalazłem 66, t. j. 36%; między ostatnimi było trzech chorych takich, u których wydzielanie kw. solnego zupełnie było zniesione, a ilość wydzielonej pepsyny nadzwyczaj małą.

Również powszechnem jest mniemanie, że w przypadkach niedokrewności trawienie jest upośledzone i wtenczas to przez lekarzy bywają stosowane rozmaitego rodzaju stomachica i eupeptika. Tymczasem znalazłem na 188 przypadków chorych żołądkowych 75 (39%) notowanych jako niedokrewnych. Z tych przeważna ilość, bo 60, wykazała kw. solny kwaśny i energicznie trawiący sok żołądkowy, podczas gdy tylko jeden chory okazywał zupełny brak kw. solnego. Pokazuje się ztąd, że nadmiarowemu wydzielaniu kw. solnego towarzyszy bardzo często ogólna niedokrewność, tak, że odwrotnie, szczególnie u izraelitów, mając przed sobą prawie charłacze indywidualum z największym prawdopodobieństwem można twierdzić, że stan chorobowy polega na nadmiernem wydzielaniu kwaśnego soku żołądkowego.

Wymioty napotkane u 35 (16%) chorych dotyczyły przeważnie izraelitów w liczbie 20 (30%) osobliwie kobiet. Połowa (16) wymiotujących indywidualów wykazywała nadmiarowe wydzielanie kw. solnego, tylko jeden potator zupełny brak tegoż, tak, że należy przypuszczać, że wymioty u tych indywidualów miały podstawę, albo wydzielniczą, albo nerwową, a nigdy upośledzenie chemizmu trawienia.

Tkliwość przy palpacyi żołądka była u wszystkich chorych, szczególnie w dołku podsercowym. U 8 indywidualów były one jednak tak znaczne, że chorzy wzbraniali się przed dotknięciem okolicy żołądka, a to miało miejsce u 5 chorych z nadmiernem wydzielaniem kwasu i u 3 kobiet nerwowych. U osób z niedowładem wydzielniczym soku żołądkowego nie dostrzeżono ani razu większej bolesności dotykowej żołądka.

Przystępuję do statystyki przypadków podmiotowych u chorych żołądkowych.

W ogóle można zauważyć u chorych żołądkowych, że jedni lokalizują swoje dolegliwości w samej okolicy żołądka i tych nazwałem gastrycznymi, a drudzy znów kładą na nie mniejszą wagę, a przeważnie uskarżają się na rozmaitego rodzaju

sensacje i bóle w najodleglejszych okolicach ciała, a tych nazywam nerwowo-gastrycznymi. Otóż na 188 badanych chorych zauważałem większą część (99 czyli 53%) nerwowo-gastrycznych, a 47% czysto gastrycznych. Szczególniej z 34 kobiet było $\frac{2}{3}$ (22) nerwowogastrycznych, a tylko $\frac{1}{3}$ (12) czysto gastryczna. Co do wyznania, wykazali izraelici daleko większy stosunek nerwowo-gastrycznych nad gastrycznymi niż chrześcijanie, bo podczas gdy na 70 chorych izraelitów było aż 51 (73%) nerwowo-gastrycznych, to przypadało na 118 chrześcian tylko 58 (49%) tego rodzaju chorych. Okazuje się ztąd, że u ludności żydowskiej choroby żołądka daleko większy wpływ na ogólny nastrój nerwowy wywierają niż u chrześcijańskiej.

Zdawałoby się, wnosząc z górnjących przypadków nerwowych u chorych nerwowo-gastrycznych, że cała sprawa toczy się na tle nerwowém, przypadki zaś gastryczne stanowią rzecz podrzędną, czyli że ma się do czynienia z rozmaitemi odcieniami dyspepsy nerwowej. Tymczasem z tych 99 nerwowo-gastrycznych chorych przedstawiała większa część ciężkie zmiany przedmiotowe. Mianowicie 62 chorych wykazywało nadmiarowe wydzielanie soku żołądkowego, 6 znów zupełny brak kw. solnego, a nawet w 9 przypadkach nerwowogastrycznych znajdowano w czczym żołądku stale zalegającą miazgę pokarmową, a tylko 23 indywiduów było z prawidłową czynnością żołądka. Przeciwnie znów z 79 czysto-gastrycznych, u których można się było spodziewać wielkich zboczeń lokalnych, napotkano u 10 prawidłową funkcyję żołądka. Pokazuje się ztąd, że nieraz ciężkie zmiany anatomiczne żołądka, nawet znaczniejszą rozstrzeń tegoż, można bez zbadania sondą uważać za czysto nerwowe i odwrotnie.

Co się tyczy braku łaknienia, to ten wcale nie okazał się charakterystycznym dla zboczenia funkcyjnalnego żołądka; gdyż na 188 chorych notowano 100 (58%) przypadków z utrzymanym, a 9 chorych nawet wilczym apetytem. Z obecności lub braku apetytu nie można było wcale robić wniosków o chemizmie trawienia, gdyż na 38 chorych mających wstręt do pokarmów okazało się, że blisko połowa (16) była z nadmiarem, 7 z prawidłowem, 8 za małym, a 7 ze zupełnie zniesionem wydzielaniem kw. solnego. Z tych jednak 9 żarłocznych chorych cierpiało 8 na nadmiarowe wydzielanie kw. solnego bardzo wysokiego stopnia, a u przeważnej części niedowładów lub braku wydzielniczego kw. solnego można było spostrzedz pociąg do potraw lub napojów kwaskowatych.

Nadmierne pragnienie spostrzeżono u 11 chorych, którzy wszyscy cierpieli na nadmiarowe wydzielanie kw. solnego połączone z rozstrzenią i niedowładem mechanicznym żołądka. Polepszenie dolegliwości podmiotowych po użyciu większej ilości napojów polegało oczywiście w tych przypadkach na rozcieńczeniu silnie kwaśnego i trawiącego płynu w żołądku.

Odbijanie spostrzeżono tylko u 31 chorych wykazujących zdolność wydzielania kw. solnego; z tych miało 7 chorych czkawkę. Przy kwaśném odbijaniu w 10 przypadkach spostrzeżono tylko nadmierne wydzielanie kw. solnego, podczas gdy w innych pięciu przypadkach nadmiarowego wydzielania kw. solnego było odbijanie nie kwaśne, ale czcze. Z kwaśnego odbijania jednak nie był konieczny wniosek, że jest nadmiar soku żołądkowego, lecz że wogółności jest nadmiar kwasu np. przez rozkład pokarmów wytworzonego (Reichmann). Na 17 chorych skarżących się na nudności związku z wydzielaniem soku żołądkowego nie można się było dopatrzeć, gdyż większa część (10 przyp.) była z nadmiarowém wydzielaniem kw. solnego, 3 z niedowładném, a 4 z brakiem tegoż.

Przeważna część chorych żołądkowych (162 czyli 86%) uskarżała się na samowolne rozmaite bolesne uczucia w żołądku i tak 66 chorych skarżyło się na ciśnienie w żołądku. Przeważna część tych (40) była nerwowo-gastryczną, między niemi 9 chorych z rozstrzenią żołądka. Przeszło u połowy (35) skarżących się na ciśnienie w żołądku był mechanizm trawienia upośledzony, lecz co do jakości soku żołądkowego prawidłowości nie było; wprawdzie przeważna część (42) była nadmiarowo kwaśnych, ale z drugiej strony 4 chorych było ze zupełnym brakiem kw. solnego.

U 29 chorych uskarżających się na ściskanie w dołku podsercowym znaleziono zawsze kw. solny i to w połowie (14) przypadków nadmiarowe wydzielanie, a u $\frac{1}{3}$ (10) zmniejszone. Natomiast u 10 chorych cierpiących na silne kurecze żołądka znaleziono oprócz 2 prawidłowo wydzielających kobiet nerwowych u 8 najwyższe stopnie kwasoty treści żołądkowej czczej. W tych przypadkach towarzyszyły kureczom żółciowe wymioty, chociaż nie było ani rozstrzeni, ani zwężenia odźwiernika, tak że przypuszczam, iż te kurecze miały swój początek w podrażnieniu błony śluzowej żołądka przez nadmiernie trawiącą treść żołądka. Kilku z tych chorych, których obecnie dotąd mam sposobność obserwować, ma się zupełnie dobrze.

Szczególną jest rzeczą, że uczucie palenia w żołądku nie okazało się zależne od jakości soku żołądko-

wego, gdyż na 31 przypadków z uczuciem palenia było przeszło połowa (19) z nadmiarowem wydzielaniem, ale równocześnie 4 ze zupełnym brakiem kw. solnego i ze zniesionem trawieniem.

Natomiast uczucie gryzienia podawane przez 10 chorych jako robak żołądka zdarzało się zawsze przy nadmiarowem wydzielaniu kw. solnego z upośledzeniem mechanizmu. Zebrawszy więc wszystkie powyższe daty widzimy niestety, że tylko bardzo mało wskazówek zewnętrznych dla lekarza pozostaje, z którychby mógł wnosić o stanie wewnętrznym żołądka. Wykluczwszy nowotwórną wrzód żołądka, można się trzymać w przeważnej części przypadków następujących wskazówek:

1. Dobre odżywienie chorego żołądkowego przemawia za lokalizacją cierpienia na sam żołądek, złe zaś, wykluczając komplikacje chorobowe w innych narządach, może wskazywać współcierpienie jelita, a szczególnie cienkiego.

2. Przy wysokich jednak stopniach niedokrwistości, a nawet charłactwa, można się także spodziewać u chorych młodszych podniecenia chemizmu trawienia, mianowicie nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego, chociażby i w jelitach nie było zbroczeń chorobowych.

3. Wymioty u chorych żołądkowych zdarzają się przy możności wydzielania trawiącego a najczęściej nadmiarowego kwaśnego soku żołądkowego. Tylko u starych pijaków dostrzegałem, że wymioty występują także i w obec niewydzielania się kw. solnego.

4. Przy silnych bólach w dołku podsercowym podczas ucisku nie należy przypuszczać braku kw. solnego.

5. Wysokie stopnie nerwowości u chorych żołądkowych wykazują bardzo często wysokie stopnie kwasoty w żołądku.

6. Nieugaszone pragnienie wskazuje prawie zawsze nadmiarowe wydzielanie z nadmierną kwasotą soku żołądkowego, w połączeniu z niedomogą mechaniczną.

7. Zarłoczność czyli fałszywy apetyt zdarza się prawie zawsze u chorych z nadmiarowem wydzielaniem kw. solnego połączonego z rozstrzenią żołądka.

8. Kwaśne odbijanie wydarza się w obec kwaśnej treści w żołądku.

9. Uczucie gryzienia w żołądku wskazuje nadmierne zadrażnioną błonę śluzową żołądka przez silnie trawiący kw. żołądkowy.

10. Przypadki gastryczne miernego tylko stopnia przemawiają za niedowładem wydzielniczym żołądka, a prawie nigdy za wysokim stopniem nadmiernego wydzielania kw. żołądkowego.

11. U izraelitów wyjątkowo tylko jest zupełny brak kw. solnego w żołądku, a skonstatowawszy brak soku żołądkowego kwaśnego, należy raczej przypuszczać, że będzie się miało do czynienia z rakiem żołądka, aniżeli ze zwykłym niedowładem wydzielniczym.

12. Pomimo wszelkich danych wskazówek i przypuszczeń pomyłki dyjagnostyczne co do właściwych zбоceń funkcyjnalnych żołądka bez wewnętrznego badania są bardzo częste.

Przystępuję obecnie do uporządkowania materiału, według obrazów chorobowych, aby zapatrywania na zбоczenia chorobowe żołądka, które do roku 1884 tylko na 30 indywiduach wspólnie z kol. Gluzińskim zbadanych były oparte, obecnie, gdy nagromadziłem obszerniejszy materiał, lepiej uzasadnić, po części zaś uzupełnić, a po części zmodyfikować.

Z materiału badanego wchodzi 188 (70 izraelitów a 118 chrześcijan) chorych żołądkowych do bliższego ugrupowania.

I. W 33 (17,5%) przypadkach nie można było dostrzedz za pomocą metod używanych do badania, ani większego zбоczenia w wydzielaniu, ani w czynności mechanicznej żołądka, pomimo to istniały najrozmaitszego rodzaju przypadłości gastryczne, których statystycznem wyliczaniem szanownych kolegów trudzić nie chcę, były one niekiedy tak silne, że i stosowanie podskórne morfinu musiało być użyte. Zбоczenia chorobowe tej gromady, w których bliższy rozbiór dzisiaj się nie wdaję, uważałbym jako polegające na tle nerwowém. Pozwoliłbym sobie przytém zrobić uwagę, że tak, jak byłoby jednostronném brać wszystkich chorych żołądkowych jako cierpiących na podstawie zmian anatomicznych narządu, tak samo nieuzasadnioném byłoby uważać wszystkich chorych żołądkowych z przypadłościami nerwowemi jako mających tło cierpienia nerwowe. Jeżeli bowiem uczy doświadczenie, że gdzieś odległe mało znaczące zmiany, jak nadżerki części pochwowój macicy, obce ciała w odbytnicy itd. mogą wywoływać drogą odruchową objawy gastryczne i ogólne nerwowe, to również może być możliwém, że i dające się wykazać zбоczenia w samym żołądku, chociażby i niewielkie, a podtrzymywane ciąglem drażnieniem żołądka przez pokarmy, mogą wywołać przypadki gastryczne i ogólnie nerwowe, podobnie jak te odległe zбоczenia niemające bezpośredniego związku z na-

rządem chorobowo zajęтым. Rzeczą np. wiadomą jest, że wcale niewinne pokarmy, chleb, mleko itp. u pewnych osób wywołują nietylko przypadki gastryczne, lecz i odległe nerwowe, np. ból głowy. Na mojej statystyce opierając się twierdzę, że według dzisiejszego stanowiska dyjagnostyki mogłem znaleźć 17·5% przypadków z podstawą przypuszczalnie nerwową. Przypadki te dotyczyły inteligentniejszych i ruchliwszych osób. I tak na 33 indywiduów było 16 (23%) izraelitów, a 17 (9,5%) chrześcijan. Jednak i u tych 33 chorych mogłem spostrzedz pewne zboczenia funkcyjne, mianowicie, że u 10 z tych na szczycie trawienia wydzielanie kwasu solnego było nadzwyczaj znaczne, o jakim u następnej gromady chorych wspomnę. Mieliśmy więc tutaj nadmiernie kwaśny sok żołądkowy podczas trawienia będący najprawdopodobniej powodem bólów po spożyciu pokarmów, któryto stan można nazwać *hyperaciditas digestiva*.

II. Druga gromada jest najliczniejszą, obejmuje 67 (36%) przypadków, przedstawiających następujące zboczenia od prawidłowego zachowania się. Ze żołądka czczego niczego lub tylko kilka cm.sz. treści bezbarwnej wydobyć można, to też należy dla zbadania jęj wlać 100cm.sz. wody przekroplonej. Treść ta zwykle bezbarwna zawiera HCl w ilości wystarczającej do trawienia. Przebieg i natężenie wydzielania się kw. żołądkowego podczas trawienia są odmienne jak w stanie prawidłowym. Kwasota podczas trawienia podnosi się szybko i na szczycie kilka razy przewyższa kwasotę czczego żołądka, dosięga nawet 40; następnie w miarę kończenia się trawienia kwasota nie szybko ale powoli opada, i to nie do zera, tylko do pewnego dość jeszcze znacznego stopnia i na nim się utrzymuje. W treści żołądka mierna ilość jąder ziarnistych. Mechanizm żołądka jest zwykle, ale nie wiele upośledzony. Mamy więc jako najcharakterystyczniejszy objaw: ciągle wydzielanie kw. żołądkowego o nadmiernej kwasocie, (Reichman) pochodzącej od HCl tak w czasie trawienia, jakoteż i bez tegoż, jednakowoż bez nadmiernego wydzielania płynu. Stan ten chorobowy wskazuje ciągle trwające podrażnienie narządu gruczołowego i może być nazwanym *secretio hyperacida continua simplex*. Objawy podmiotowe nie przedstawiają tu jednostajności i wyliczaniem ich nie chcę nużyć. Zauważyć tylko muszę, że przeważna część chorych (45) była nerwowo-gastrycznych; dla tego na pozór przedstawiały się te przypadki na tle nerwowém, a największą ilość chorych 46% (32 przyp.) dostarczyli tu izraelici, a tylko 29% (35 przyp.) chrześcijanie.

III. Trzecia gromada obejmująca 47 (25%) chorych, odznaczała się daleko wybitniejszymi objawami tak podmiotowymi,

jakotęż przedmiotowemi. W żołądku czeczym znaczniejsza ilość płynu przeszło 20cm.sz. zwykle bez dolania wody daje się aspirować; płyn ten zwykle mętnawy lub opalizujący, zawiera bardzo często żółć zmienioną lub strzępy śluzowe zielonkawato-żółte, przesącz zaś bezbarwny; kwasota treści bardzo znaczna od kw. solnego, sok energicznie trawiący, daje bez obecności pokarmów w żołądku oddziaływanie na peptony; pod mikroskopem liczne jądra ziarniste. Mechanizm w wysokim stopniu upośledzony (białko pozostaje niekiedy przez 3 godzin w żołądku), a nawet z powodu rozstrzeni żołądka samoistnej w 12 przypadkach pokarmy pozostawały do dnia następnego. Przebieg wydzielania soku żołądkowego podczas trawienia jest tu charakterystyczny: kwasota soku żołądkowego już i tak wysoka powoli się tu wzmacza, a na szczycie swym nie dochodzi nawet często do 2 razy wyższego stopnia, niż w żołądku czeczym, poczem nieznacznie opada i stale utrzymuje się na znacznej wysokości. Okazuje się ztąd, że narząd wydzielniczy jest tu do najwyższego stopnia podrażniony, tak że bodźce podniecające, mało tylko już oddziaływają na niego. Wydzielanie odbywa się ze znaczną ilością płynu kwaśnego. Mamy tu więc stan, który możemy scharakteryzować nazwą *Hypersecretio hyperacida continua v. catarrhus acidus v. gastrorrhoe acida*. Należy tu bowiem przypuścić, w obec długiego trwania cierpienia, wytworzenia się rozstrzeni i znacznego niedowładu mechanicznego, zmiany anatomiczne w narządzie. Objawy podmiotowe były tu bardzo różne; w tym kierunku warto nadmienić, że u 10 indywiduów z największą kwasotą było pragnienie nie do wytrzymania, którego zaspokojenie uspakajało także i przypadki gastryczne. U 6 zaś chorych, którzy okazali się żarłocznymi, wprowadzanie pokarmów do żołądka stale dolegliwości powiększało. Przeważna część (28) chorych uskarżała się na przypadki tylko żołądkowe. Tak izraelici 25·7% jak i chrześcijanie (27%) byli tu prawie w równym stosunku zastąpieni.

IV. Czwarta gromada z 28 (15%) chorych złożona, przedstawiała następujące objawy. W czeczym żołądku zaledwie kilka cm.sz. treści opalizującej, ze strzępami śluzowymi białymi. Przesącz opalizujący, oddziaływanie przeważnie obojętne, gdyż tylko w 7 przypadkach było ono minimalnie kwaśne. Pod mikroskopem wyjątkowo tylko jądra połyskujące ziarniste. Trawienie sztuczne nawet po dodaniu HCl zwolnione. Przez zadrażnienie żołądka metodami używanemi otrzymuje się sok kwaśny, lecz kwasota nie jest dostateczna do dokładnej peptonizacji. Mechanizm tylko przy obecności rozstrzeni (6 przyp.) jest znacznie upośledzony. Mamy tu więc do czynienia z niedomogą

wydzielniczą, któryto stan nazywa się: *Insufficiencia secretionis acidae*. Objawy podmiotowe gastryczne w ogólności były tu o wiele mniejsze, niż w poprzedzających przypadkach. Stan przedstawiał się jako łagodny. Ani wybitnego pragnienia, ani żarłoczności tu nie zauważono; przeciwnie u 8u indywiduów łaknienie było zupełnie zniesione. Mimo to chorzy dobrze wyglądali, tak że u 8 stan ich zdrowia było można nazwać kwitnącym. Tu dostarczyła największej ilości przypadków 19% (22) ludność chrześcijańska, izraelska zaś tylko 8·5% (6).

V. Piąta i ostatnia najmniej liczna gromada chorych, bo tylko 12 (6·3%), przedstawiała zupełny brak kw. solnego. Z żołądka czczego tylko za waniem 100cm.sz. wody można wyciągnąć treść silnie opalizującą lub białawo-mętnawą, śluzową z strzępami śluzowemi, bardzo trudno sączącą się. W przeważnej części (9) przypadków ciecz ta nawet po zakwaszeniu kwasem solnym nie trawi. Również i podczas aktu trawienia oddziaływanie treści nigdy nie jest kwaśne, lecz treść kw. solnym zakwaszona zwykle (10 przyp.) jeszcze słabo trawi. Pod mikroskopem zupełny brak jąder ziarnistych. Mechanizm okazał się tu również opóźniony, chociaż ani razu objawów rozstrzeni żołądka nie dostrzeżono. Mamy tu więc do czynienia z niedowładem mechanicznym i zupełnem zniesieniem chemizmu trawienia, któryto stan można uważać jako polegający na zmianach anatomicznych w błonie śluzowej żołądka i nazwać *secretio mucosa catarrhalis v. catarrhus mucosus*. Pomimo tak głębokich zmian przypadki gastryczne były nieporównanie mniejsze niż w nieżycie kwaśnym, gdyż przeszło u połowy (8) chorych był nawet względnie dobry apetyt. Nadto oprócz jednego wszyscy chorzy dobrze wyglądali. Przeszło połowa (7) chorych nadużywała napojów wysokowych, a ani jeden chory w tej gromadzie nie był izraelitą.

Na podstawie powyższych wyników, jakoteż kilku przypadków, w których co kilka miesięcy mogłem badać wewnętrznie zmiany funkcjonalne żołądka, wypada mi powiedzieć, że powyższe obrazy chorobowe kliniczne po wykluczeniu przypadków mających tło czysto nerwowe, stanowią tylko różne okresy (*stadia*) choroby mającej za podstawę błonę śluzową żołądka a przebiegającej kolejno w następujący sposób.

I. W skutek pewnego momentu etjologicznego, np. częstego a nadmiarowego używania napojów wysokowych, występuje większa drażliwość (*vulnerabilitas*) narządu wydzielniczego, w skutek którego już zwyczajne bodźce, jakimi są pokarmy, sprawiają w czasie trawienia za silne wydzielanie kw. żołądko-

MUZEUM HISTORYCZNE

dla

Wydziału Lekarskiego Uniw. Jag.

wego przez co powstaje obraz chorobowy wyżej opisany jako *hyperaciditas digestiva*.

II. W dalszém działaniu szkodliwości wywiera się stan samowolnego podrażnienia narządu wydzielniczego, trwały i ciągły. Żołądek poczyną i bez zadziałania bodźców, jakimi są pokarmy wydzielać sok kwaśny od kw. solnego, który napotykamy przeto i w żołądku czeczmy; powstaje opisany obraz chorobowy *secretio hyperacida continua simplex*.

III. Ten stan wzmaga się coraz bardziej do tego stopnia, że już nie ma prawie różnicy w wydzielaniu samowolném, a w skutek zadrażnienia przy trawieniu. W skutek czego sok żołądkowy już w znacznej ilości i w czeczmy żołądku się nagromadza, co jest powodem dostawania się żółci do żołądka i liczego występowania ciałek wypocinowych z błony śluzowej żołądka. Stan zaś chorobowy zajmujący już prawdopodobnie błonę mięsną oznacza się niedowładem mechanicznym a często rozstrzenią żołądka. Mamy więc wyżej opisany obraz chorobowy jako *catarrhus acidus v. Hypersecretio hyperacida continua gastrorrhoe acida*.

IV. Chorobowo do najwyższego stopnia podniecona czynność błony śluzowej z czasem słabnie i wygórowany chemizm trawienia maleje, dzielność wydzielonego kw. żołądkowego co raz to mniejsza, podczas gdy mechanizm nieco, ale nie zupełnie się poprawia, t. j. o tyle, że pokarmy z żółcią napowrót, z dwunastnicy do żołądka nie powracają, jak to miało miejsce w okresie nieżyty kwaśnego. Powstaje obraz niedowładu wydzielniczego *insufficiencia secretionis*, który w pewnym okresie w obec zmniejszonych przypadków gastrycznych może uchodzić za stan wyleczony albo zupełnie prawidłowy, zwykle zaś określa się ten stan pojęciem żołądka słabego.

V. Zmiana jednak ta chorobowa nie zatrzymuje się lecz coraz dalej postępuje, tak że ostatecznie nadchodzi ostatni okres chorobowy, w którym cały chemizm trawienia został całkowicie, a prawdopodobnie niepowrotnie, zniszczony, w obec miernie upośledzonego mechanizmu, a któryto stan nazwałem wyżej *catarrhus mucosus*, nieżyt śluzowy. Przypadki gastryczne trwają ciągle i statecznie, lecz w niskim tylko stopniu.

Jakie zmiany anatomiczne tym zboczeniom funkcyjnalnym towarzyszą, jest celem badania przyszłości. O ile w tym ważnym a ciekawym zakresie z badań anatomicznych innych i kilku spostrzeżeń moich można coś wnioskować, będę miał zaszczyt przedstawić Szanownym kolegom na jedném z następnych naszych posiedzeń.

