

93

KILKA SŁÓW O PRZYPADKACH
MUZEUM HISTORYCZNEJ
MEDYCINY POLSKIEJ.

UPOŚLEDZONEGO WYDZIELANIA SOKU
ŻOŁĄDKOWEGO

NAPISZAŁ

IGNACY GRUNDZACH.

MUZEUM HISTORYCZNEJ
MEDYCINY POLSKIEJ

Odbitka z Gazety Lekarskiej 1887 r.



WARSZAWA.
Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.

1887.

93

KILKA SŁÓW O PRZYPADKACH
UPOŚLEDZONEGO WYDZIELANIA SOKU
ŻOŁĄDKOWEGO

NAPISAŁ

IGNACY GRUNDZACH

MUZEUM HISTORYCZNE
MEDYCyny POLSKIEJ.

Odbitka z *Gazety Lekarskiej* 1887 r.

WARSZAWA.

Druk K. Kowalewskiego, ul. Królewska Nr. 29.

1887.

1333449090

WIA G 889k 1887

Дозволено Цензурою.
Варшава, 27 Апрѣля 1887 года.

Z-138446

Akc. z l. 2023 nr 462

Metody badania za pomocą zgłębnika żołądkowego posunęły znakomicie sprawę rozpoznawania i leczenia chorób żołądka. Nie dość na tem. Metody te rozszerzyły zakres patologii żołądka, wprowadzając do niej nowe zupełnie działy, rozwijając nowe poglądy i prostując dawniejsze.

Dzięki tym metodom pojęcie „przewlekły nieżyt“ uległo ważnym zmianom. Przestano uważać przewlekły nieżyt za postać chorobową, wywołującą wszędzie i zawsze jedne i te same objawy chorobowe, znaleziono wiele odmian tego nieżyty, jakich nawet dotąd nie przypuszczano. Pojęcie nieżyty tak się rozszerzyło i pogłębiło, że doprawdy zastanowić się często należy, czy słuszną jest rzeczą, nazywać nieżytem stan błony śluzowej, która w jednym przypadku przedstawia anatomiczne zmiany, właściwe przerostowi, w drugim zanikowi, w innym znów zbliżowaceni błony śluzowej lub licznym zwyrodnieniom takowej, jak np. *degeneratio cystoidea* i t. d.. Nie mniej różnorodnemi są objawy chorobowe, wywołane przez owe stany błony śluzowej i wyniki badania za pomocą zgłębnika. Powszechnie przyjęty termin „nieżyt żołądka“ należałoby, przynajmniej w każdym danym przypadku chorobowym, objaśnić odpowiedniemi dopełnieniem. Obecnie więc rozpoznanie takie, jak „nieżyt przewlekły“ mało daje nam pojęcie o zmianach anatomicznych i czynnościowych narządu. W każdym danym przypadku, jakkolwiek w praktyce trudnem to jest często do uskutecznienia, należałoby wiedzieć, jak żołądek wydziela, jaką jest ta wydzielina pod względem swych własności trawiennych, jaki jest przebieg trawienia w żołądku, dalej jak się odbywa w żołądku wchłanianie, jak miazga pokarmowa przechodzi do dwunastnicy.

Dzięki metodzie badania za pomocą zgłębnika, stwierdzono nadmierną kwasność zawartości żołądka w wielu przypadkach chorobowych. Dalej, udało się stwierdzić, że wydzielanie kwaśnego soku żołądkowego może powstawać w warunkach patologicznych nawet w czczym żołądku, jest to tak zwany „sokotok żołądkowy“, zaburzenie czynnościowe spostrzegane przez REJCHMANA, JAWORSKIEGO, GLUZIŃSKIEGO, *von den VELDEN'a*, RIEGEL'a i innych.

Z drugiej strony, nie mniej są znane przypadki, w których kwasność zawartości żołądkowej jest zmniejszoną, w których występuje zmniejszenie ilości soku

żołądkowego lub składowych jego essencyjonalnych części: pepsyny i kwasu solnego. Tego rodzaju zaburzenia znane były już dawniej. Wiadomo że zmniejszenie ilości soku żołądkowego występuje przy zniszczeniach błony śluzowej żołądka skutkiem raka lub działania żrących płynów do żołądka wprowadzonych, zniszczenia te bowiem dotyczą błony zawierającej gruczoły, błony wydzielającej. Przy małokrwistości i wodnistości krwi zaburzenie to miało również powstawać, jakkolwiek nowsze badania [JAWORSKI] przeczą temu w części. Dalej, występuje ono przy zapaleniach błony śluzowej, o czym przekonano się drogą doświadczalną na zwierzętach, którym robiono przetoki żołądkowe. Stan gorączkowy powoduje również zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego. Przy osłabieniu błony mięśniowej, zaburzenie powyższe również powstawać może, gdyż bodźce fizjologiczne do wydzielania soku *resp.* pokarmy, wskutek niedokładnego zetknięcia się z gruczołową błoną śluzową, spowodowanego niedowładem, działają słabiej.

W samym zaś soku żołądkowym ilość kwasu solnego może być zmniejszoną; zaburzenie to powstaje w stanach gorączkowych, jak to wykazał MANASSEIN na zwierzętach, a KUSSMAUL i LEUBE na ludziach; sprawa może się do tego stopnia pogorszyć, że zawartość żołądka gorączkujących posiadać może odczyn ługowy. Podług D-r WOLFRAMA bywa to jedynie w stanach gorączkowych, zależnych od chorób zakaźnych. SÉE ¹⁾ znalazł, że przy pewnych niestrawnościach idyopatycznych powstaje zmniejszenie ilości kwasu solnego w soku żołądkowym, szczególnie ma to miejsce u robotników, pracujących przy wysokiej ciepocie otoczenia. Brak chlorków we krwi, jak wykazały prace doświadczalne CAHN'a, również sprzyjać może powstawaniu tego stanu. LEUBE przy niestrawnościach zależnych od przewlekłego nieżytu również znajdował zmniejszenie ilości kwasu solnego w soku żołądkowym, zależne bądź od zmniejszonego wydzielania bądź od zubożniania przez alkaliczny śluz. Nowsze badania ograniczyły znacznie pojęcie rzekomego stałego występowania przy nieżycie czynnościowego zaburzenia, polegającego na zmniejszeniu kwaśności miazgi pokarmowej podczas przebiegu trawienia. Niedostateczna kwaśność zawartości żołądka przy nieżycie podczas przebiegu trawienia wcale nie należy do zjawisk powszechnych. Bywają jednak stany chorobowe, zależne niewątpliwie od nieżytu, w których stopień kwaśności od kwasu solnego stale bywa niski. Wydzielanie kwasu solnego może być nie tylko silnie upośledzonym, ale i zupełnie zniesionem tak, że zawartość żołądka przy różnych okresach trawienia nigdy nie zawiera nawet śladów kwasu solnego. Fakt ten zachodzi przy ciężkich długotrwałych postaciach nieżytu i niektórych postaciach raka żołądka.

Stany, w których przy wielokrotnem badaniu, nie znajdujemy wcale kwasu solnego, należą do stosunkowo rzadkich, niemal wyjątkowych, jeżeli pominiemy przypadki raka.

¹⁾ Des dyspepsies gastro-intestinales. 1881 cyt. w dziele REJCHMANA „Niestrawność“.

Kilka tego rodzaju przypadków podają JAWORSKI i GLUZIŃSKI ¹⁾, a całą grupę charakteryzują jako „nieżyt słuzowy“. Więcej przypadków bo 12 ogłosił JAWORSKI ²⁾ w jednej z późniejszych prac swoich. Autor z 222 badanych osobników znalazł zaburzenie powyższe w 12 przypadkach nieżyty, zaburzenie to jest więc stosunkowo rzadkiem. Fakt tego rodzaju u niedotkniętych rakiem na wiele setek badanych chorych spostrzegany był w naszej pracowni, 5 razy.

O pięciu tych przypadkach, mam zamiar podać bliższe szczegóły. Do szczegółowego opisu przypadków tych skłoniła mię nie rzadkość i wyjątkowość, gdyż przypadki takie napotykać się dają, ale chęć zwrócenia uwagi na niektóre dane za mało uwzględniane, a stojące w sprzeczności z istniejącymi w nauce poglądami na tego rodzaju czynnościowe zaburzenia.

Pojedyncze fakty dokładnie stwierdzone posiadają dużą wagę i pozwalają nieraz wysnuwać wnioski natury ogólnej, a jedno dokładne badanie zbija nieraz najsubtelniejsze rozumowania.

I. Przypadek pierwszy dotyczy chorego, którego spostrzegł D-r REJCHMAN; chory był to osobnik lat około trzydziestu, dobrze wyglądający, cierpiący na różne przypadłości dyspeptyczne, między którymi najważniejszą były wymioty, występujące w kilka godzin po jedzeniu. Etyjologija nie jasna.

II. Drugi przypadek przedstawia chory S. lat 37 mający, u którego trzy lata temu wystąpiły objawy dyspeptyczne. Z wywiadów najważniejszym momentem jest przewlekłe nadużywanie napojów wysokowych [wódki przeważnie]. Chory ten wygląda dobrze, skarży się na ogólne osłabienie, brak łaknienia i podpieranie w okolicy prawego podżebrza. Rozszerzenia żołądka nie ma.

III. Trzeci przypadek dotyczy chorego mającego lat trzydzieści kilka. Od wielu lat objawy dyspeptyczne. Nadużyć „*in Baccho*“ nie było. Nadużycie przeplukiwań żołądka, które chory kilkakrotnie na dobę sam przez czas długi wykonywał. Głównym objawem są wymioty, napastujące chorego co noc. Chory wymiotuje czysty śluz, konsystencji gęstej, odczynu alkalicznego, bardzo rzadko bywają wymioty pokarmowe wkrótce po jedzeniu. Rozszerzenia żołądka nie ma.

IV. Przypadek czwarty dotyczy chorego O. lat 64 mającego. Nadużyć „*in Baccho*“ nie było. Chory nieźle wyglądający skarży się na wymioty pokarmowe, występujące w kilka godzin po jedzeniu. Rozszerzenia żołądka nie ma.

V. Przypadek ostatni przedstawia chora B., lat trzydzieści kilka mająca, cierpiąca na różnego rodzaju przypadłości żołądkowe, pomiędzy którymi najważniejszymi są: nudności i wymioty pokarmowe, w kilka godzin po jedzeniu występujące. Rozszerzenia żołądka nie ma. Etyjologija nie jasna.

¹⁾ Zeitschr. f. Klin. Med. T. XI. Z. 1. 2. 3 1886.

²⁾ Ueber den Zusammenhang zwischen den subjectiven Magensymptomen und den objectiven Befunden bei Magenfunctionsstörungen. Wien. Med.-Wochen. N. 49, 50, 51, 52 1886.

Badanie tych chorych dało następujące wyniki.

1) Czyży żołądek u czterech ostatnich chorych badanych za pomocą zgłębnika okazał się pustym. W jednym przypadku wydobyto nieco gęstej śluzowej zawartości odczynu obojętnego. Pod drobnowidzem w zawartości tej znaleziono: komórki nabłonkowe płaskie z jamy ustnej i przełyku, jądra komórek, ciała śluzowe. Częstek pokarmowych, komórek drożdżowych i czwornika w żadnym przypadku nie znaleziono [w przypadkach, w których nie nie można było wydobyć z czczego żołądka, wlewano 100 ctm. sześciennych wody przekropionej za pomocą zgłębnika i zawartość przez aspirację wydobywano]. U jednego z chorych przy aspiracji przełęczyn miało miejsce kilkakrotnie krwawienie. Wogóle przełęczyny są mętne, opalizujące, zawierają dużo śluzu. W przypadkach JAWORSKIEGO [dwunastu] z czczego żołądka bez rozwodnienia nie wydobyto nic. Rozwodniona zawartość przedstawia płyn opalizujący, mętno-biały, czasem żółtawy. W 4-ch przypadkach znaleziono oderwane zakrwawione strzępki błony śluzowej. W 2 przypadkach znaleziono cząstki pokarmowe.

2) Zawartość żołądka wszystkich pięciu chorych podczas przebiegu trawienia nie zawierała ani razu kwasu solnego, zawartość ta posiadała zawsze odczyn obojętny lub nadzwyczaj słabo kwaśny, stopień kwaśności nie przewyższał 0,003%, jeżeli nie zależał od pokarmów kwas zawierających. Raz jeden znaleziono u chorego [drugiego] stopień kwaśności 0,01%, kwaśność ta jednak [zawartość była badana po upływie 30 minut po przyjęciu bulki] zależała wyłącznie od kwasu mlecznego, gdyż kwas solny wykryć się nie dał, a przeciwnie odczynniki MOOR'a i UFFELMAN'a wykryły obecność kwasu mlecznego, fakt jaki ma miejsce przy trawieniu bulki nawet w warunkach prawidłowych, gdyż bulka posiada dość dużo kwasu mlecznego, powstającego przy kiśnięciu pieczywa.

W przypadku pierwszym trawienie badane było za pomocą pokarmu mieszanego, w następnych dwóch za pomocą białka z jaja.

W ostatnich dwóch przypadkach żołądek był pobudzony do wydzielania przez 200 ctm. sześcienn. wody przekropionej pokojowej ciepłoty, a zawartość wydobyta po upływie 10 minut. W dwóch przypadkach, w których badane było trawienie białka znajdowano w zawartości minimalne ilości peptonu [czasami większe ślady ¹⁾].

Zdolność trawienna płynów, wydobytych podczas przebiegu trawienia, zakwaszanych do odpowiedniej koncentracji, badaną była u trzech ostatnich chorych. Ilość pepsyny w drugim i czwartym przypadku okazała się znacznieszą niż w przypadku trzecim i piątym, wogóle jest zmniejszoną.

¹⁾ Owe nieznaczne ilości peptonu wskazują, że bądź co bądź sprawa przemiany białka na peptony odbywa się, jakkolwiek ma to miejsce w nader nieznacznych rozmiarach. Wytwarzanie owych nieznacznych ilości peptonu objaśnić można w ten sposób, że najprawdopodobniej minimalne ilości kwasu wytwarzają się i prędko znikają [zobojętniają się], gdyż pepsyna działa jedynie w płynach o kwaśnym odczynie.

W przypadkach JAWORSKIEGO za pomocą żadnej metody, nie udało się otrzymać soku żołądkowego kwaśnego. Zawartość na szczycie trawienia z HCl trawi [w 2 przypadkach nie trawi]. Zmniejszenie ilości pepsyny jest dla tej grupy, podług JAWORSKIEGO, charakterystyczne.

3) We wszystkich prawie przypadkach znajdujemy dość znaczne ilości śluzu w zawartości żołądka. Śluz ten znajduje się albo w postaci strzępków albo w postaci galarety, a kwas octowy dodany w ilości kilku kropel do 2 ctm. sześcienn. przesącza wywoływał zwykle zmętnienie, zależne od znacznej ilości rozpuszczonego śluzu.

4) Mechanizm żołądka we wszystkich pięciu przypadkach nie upośledzony. Białko opuszcza żołądek chorych [II, III, V], po upływie 90 minut. Pokarm mieszany składający się z zupy, pieczeni i bułki, opuszcza żołądek [I i II] chorych w czasie zwykłym. W żołądka drugiego chorego po przyjęciu mieszanego pokarmu po upływie 7 godzin znaleziono tylko jeden drobny kawałek mięsa [drobnowidz].

W przypadkach JAWORSKIEGO mechanizm nie zawsze był jednakowy. W 2 przypadkach był on silnie upośledzony, gdyż w czcym żołądka znajdowały się cząstki pokarmowe, w 8 mało upośledzony, w 2 prawidłowy. Objawów znaczniejszego rozszerzenia, tak jak i w naszych przypadkach, nigdy nie było.

Oprócz powyższych wyników badania zasługuje na uwagę dobre odżywianie chorych. W żadnym przypadku nie ma znacznego pod tym względem upośledzenia. W przypadkach JAWORSKIEGO chorzy byli wogóle dobrze odżywiani, nie zawsze niedokrwieści.

Rozważając te przypadki i zastanawiając się nad niektórymi faktami, zdobytymi przez badanie, przyjdziemy z konieczności do pewnych wniosków, które sprzeciwiają się najzupełniej wielu przyjętym poglądom.

Niezmiernie ważną okolicznością zwracającą na siebie naszą uwagę, jest dokładny lub nadzwyczaj słabo upośledzony mechanizm żołądka pomimo całkowicie zniesionego wydzielania kwasu solnego przez błonę śluzową tego narządu.

W przypadkach tych, jak wyżej zauważyliśmy, zawartość żołądka zostaje w czasie zwykłym przeprowadzoną do kiszek i zawartość ta, o ile sądzić można, jest dostatecznie roztartą, dostatecznie rozdrobnioną, zdolną do przemian, jakim ulegać powinna w kiskach cienkich, słowem żołądek pod względem mechanicznej swej sprawności stoi wogóle w przypadkach tych na wysokości zadania. A bądź co bądź jest to rzecz niezmiernie ważna i interesująca.

Wszyscy prawie fizjologowie i patologowie, idąc za zdaniem BRUECKE'go uznają kwasną prawidłową wydzielinę błony śluzowej żołądka jako bodziec fizjologiczny do powstawania skurczów błony mięśniowej, jako bodziec do powstawania ruchów, rozcierających pokarmy i rytmicznie przepychających rozdrobnioną zawartość do przewodu kiszek cienkich. Pogląd ten panuje dotąd powszechnie. Wszyscy niemal autorowie zgadzają się ze zdaniem BRUECKE'go.

COHNHEIM ¹⁾ pisze: „gdy jedyną przyczyną ostatecznych energicznych skurczów przy końcu trawienia żołądkowego jest nieprzerwane, chociaż zapewne tylko względne wzrastanie ilości kwasu przez cały ciąg trawienia w żołądku, to oczywiście jest rzeczą, że szybkość i regularność opróżnienia żołądka muszą być upośledzone przez wszystkie okoliczności, które dają powód do wydzielania mało kwaśnego soku żołądkowego albo też które kwaśność soku już wydzielonego przytępiają“. Że te poglądy nie są słuszne, tego dowiodły badania REICHMANA ²⁾ nad trawieniem alkalizowanego mleka w żołądkach osobników zdrowych. W badaniach tych mleko, nie tracąc alkalicznego swego odczynu, opuszczało żołądek w czasie właściwym.

Oprócz tego, kwas solny, według powszechnego zdania, ma przeszkadzać powstawaniu fermentacyi w zawartości żołądka; sądzono więc, że w tych przypadkach chorobowych, w których kwasu mało się wytwarza, lub też w których wcale go nie ma w zawartości żołądka, powstają kwaśne fermentacje, powodujące fatalne dla organizmu następstwa i pociągające za sobą wydatne dyspeptyczne objawy.

Z naszych przypadków widzimy, że pomimo braku kwasu solnego w zawartości żołądka, mechanizm odbywać się może prawidłowo.

Dalej z przypadków naszych i JAWORSKIEGO widzimy, że pomimo braku kwasu solnego, sprawy fermentacyjne nie powstają w większości tych przypadków. Fakt ten ostatni niewątpliwie przypisywać należy prawidłowej sprawności muskularnej żołądka, która, powodując regularne opróżnianie tego narządu z zawartości, usuwa warunki powstawania fermentacyj.

Fakta powyżej wzmiankowane zmuszają nas do zmiany zapatrywania na bliższą przyczynę powodującą ruchy żołądka. Musimy przyjść do przekonania że nie odczyn kwaśny miazgi pokarmowej, ale sama obecność pokarmu jest dostateczną do pobudzenia nerwów rządzących ruchami błony mięśniowej.—Nie mniej zasługuje na uwagę fakt, że chorzy ze zniesieniem wydzielaniem kwasu solnego są zazwyczaj dobrze odżywiani. Fakt ten wytłumaczyć sobie można jedynie biorąc pod uwagę, iż w кишkach tego rodzaju chorych, odbywa się dopiero właściwy akt trawienia, polegający na zmianach chemicznych, uskutecznianych pod wpływem fermentów kiszkowych i na wchłanianiu produktów trawienia.

Aby zmiany te mogły powstawać, aby trawienie kiszkowe odbywać się mogło należycie, niezbędnym jest dokładny mechanizm żołądka, powodujący dostateczny stopień rozdrobnienia pokarmów. W przeciwnym bowiem razie mogłyby powstawać stany chorobowe (*lienteria*), niweczące czynność kiszek.

Przypadki nasze dowodzą, jak wielką wagę posiada dla ekonomii narządu dobry mechanizm żołądka i nieupośledzona czynność kiszek. Chemicizm trawienia żołądkowego nie zdaje się odgrywać takiej roli, jaką mu przypisywano.

¹⁾ Ogólna Patologija, T. II, str. 146 [tłumaczenie polskie].

²⁾ Badania nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim dokonane w celach klinicznych. Gaz. Lek. N. 21. 1885 r.

Okolicznością, zasługującą na uwzględnienie, jest brak zazwyczaj wydatnych objawów podmiotowych u tego rodzaju chorych, pomimo tak wysoce upośledzonego chemizmu trawienia żołądkowego. Zależy to widocznie, jak zauważył JAWORSKI, od zmniejszenia wrażliwości błony śluzowej żołądka, uległej ważnym zmianom anatomicznym.

Wten sposób rozważając, można będzie pojąć, dlaczego pomimo stale występującego odczynu obojętnego w zawartości żołądka, opuszczanie tego narządu przez pokarmy odbywa się w czasie zwykłym, dlaczego w tej zawartości, pomimo pozornie sprzyjających temu warunków, nie powstają sprawy fermentacyjne, dlaczego ustrój może nie podupadać pod względem odżywiania, a chorzy czują się względnie dobrze.

Czy stan taki może trwać długo, czy w końcu w sprawę nieżytną wciągnięta błona mięśniowa z czasem pod wpływem wielu szkodliwych czynników nie ulegnie takim zmianom, które uniemożliwią jej nadal spełnianie czynności mechanicznej, o tem trudno coś stanowczego powiedzieć, w każdym razie jest to rzeczą bardzo prawdopodobną. JAWORSKI z liczby 12 chorych w 2 przypadkach w czczym żołądku znalazł cząstki pokarmowe, objawów zaś znaczniejszego rozszerzenia JAWORSKI wcale nie spostrzegął.

Kilka słów w kwestyi rozpoznania sprawy patologicznej, zachodzącej w żołądku chorych, dotkniętych tego rodzaju zaburzeniem w trawieniu.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w tych przypadkach nieżyty, jak twierdzą JAWORSKI i GLUZIŃSKI, znajdują się głębokie zmiany w budowie błony śluzowej. Takiego absolutnego braku kwasu solnego objaśnić nie można przez zobojętnianie kwasu za pomocą alkalicznego śluzu, bezwarunkowo należy przypuścić zmiany anatomiczne, które spowodowały zwyrodnienie lub raczej zanik elementów gruczołowych, elementów wytwarzających lub pośredniczących wytwarzaniu kwasu solnego, jak również częściowy zanik gruczołów pepsynowych [w kilku przypadkach JAWORSKIEGO wydzielanie pepsyny było zniesione]. Dla tego też postacie te należałoby właściwiej nazywać „nieżytem zanikowym“ („*catarrhus atrophicus*“), z powodu iż kardynalnym objawem jest właśnie zanik elementów gruczołowych. W każdym razie nazwa ta bliżej określa tę postać chorobową, niż nazwa „nieżyt śluzowy“ — „*catarrhus mucosus*“, jakiej używają JAWORSKI i GLUZIŃSKI. Dowodem, że w przypadkach tych istnieją głębsze zmiany anatomiczne jest jeden z naszych chorych, u którego kilkakrotnie powstawały przy aspiracji zawartości niewielkie krwawienia, pozwalające przypuszczać istnienie owrzodzeń, jakie następować zwykły po długotrwałych nieżytnach, gdy elementy błony śluzowej skutkiem złych warunków krążenia krwi i odżywiania ulegają wstecznym przemianom i rozpadowi; gdy zmiany te dotkną ścian naczyńowych, występują bardzo łatwo krwawienia.

Przy raku żołądka, jak zauważyliśmy na wstępie, tego rodzaju fakt spostrzegać również się daje i przy raku napotykamy nieraz dokładny mechanizm, brak fermentacji obok całkowicie zniesionego wydzielania kwasu solnego. Naturalną jest rzeczą, że fakt tego rodzaju zachodzić może jedynie pod tym warunkiem, iż odźwiernik jest drożnym, a błona mięśniowa w czynności nie upośledzoną. Jeżeli bowiem odźwiernik zostanie zwięzonym skutkiem zwiększe-

rozmiarów raka, tu umiejscowionego, albo gdy błona mięśniowa zostanie na znacznej przestrzeni przez nowotwór zniszczoną, natenczas powstawać musi nagromadzenie się w żołądku pokarmów, stanowiących obfite źródło powstawania znacznych ilości kwasów organicznych i innych produktów, jakie zwykle znajdujemy przy rozszerzeniach zależnych od niedrożności odźwiernika.

Widzimy więc, że sprawa różniczkowego rozpoznania dwóch stanów chorobowych, niektórych postaci raka i pewnych postaci nieżyty, zostaje niepospolicie utrudnioną. Sprawa ta zmusza do zwracania uwagi na całą sumę objawów, jaką przedstawia dany przypadek chorobowy.

Że jednak w powyżej opisanych przypadkach nie mieliśmy do czynienia z rakiem żołądka, przemawiają za tem następujące okoliczności,

a) długotrwałość cierpienia jest ważną okolicznością, jakkolwiek nie rozstrzygającą, gdyż na tle wielorakich cierpień [nieżytów, wrzodów] mogą raki powstawać,

b) znaczne ilości śluzu stwierdzają niejako nieżytołą przyrodę cierpienia,

c) brak guza,

d) wiek chorych [przeważnie w naszych przypadkach—młody],

e) brak charłactwa rakowego; są to okoliczności, rozstrzygające kwestyję stanowczo. Chorzy nabierają siły, odbywać mogą dalekie wędrówki bez wszelkiego wysiłku, wszelkie objawy podmiotowe ze strony przewodu pokarmowego ustępują zwykle już pod wpływem unormowanej odpowiednio diety i przepłukiwań. Brak wszelkiego charłactwa, a następnie poprawa ogólnego odżywiania przemawia kategorycznie przeciw istnieniu raka żołądka, który bezwarunkowo wyłączyć należy. Sprawę uważać należy za „nieżytołą“.

Rokowanie w przypadkach zniesionego wydzielania kwasu solnego powinno być bardzo oględne.

Co się tyczy leczenia tego rodzaju nieżytów, to unormowana dieta wywiera bardzo dobry wpływ na stan podmiotowy chorego. Przepłukiwania żołądka, w początkach przynajmniej, przynoszą pewną korzyść. Najważniejszym i najwłaściwszym w tych razach wydaje się stosowanie kwasu solnego i pepsyny. Kwas solny, jak dowiódł JAWORSKI ¹⁾, działa nie tylko przez swoją obecność, ale i przez pobudzanie wydzielania, będzie więc w tych przypadkach stosownym o tyle, o ile błona gruczołowa zdolną jest jeszcze do czynności, o ile nie uległa zupełnemu zwyrodnieniu lub zanikowi.

Badanie chorych wykonywałem w pracowni D ra REJCHMANA.

¹⁾ Kilka nowych spostrzeżeń działania kwasów na żołądek ludzki. „Medycyna“ Nr. 1 i 2 [1887 r.].