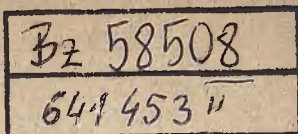


10.855.

XIII K.



99 14387



7337

5-  
1

**Przyczynek do nauki o wrzodzie okrągłym żołądka**  
(*Ulcus rotundum*).

Podał

**Dr. Antoni Krokiewicz,**

Prymaryusz oddziału chorób wewn. szpitala św. Łazarza.

Wrzód okrągły żołądka (*Ulcus rotundum ventriculi*) może w rzadkich przypadkach przedstawiać odrębne własności ze względu na przebieg kliniczny tudzież umiejscowienie anatomiczne. Jak powszechnie wiadoma jest rzeczą, bardzo stałym objawem przy wrzodzie okrągłym żołądka jest trwale utrzymujący się nieżyt kwaśny, tak, iż okoliczność ta skłania wszystkich prawie autorów do twierdzenia, że do wytworzenia się wrzodu potrzebne są pewne zmiany anatomiczne w błonie śluzowej żołądka, przebiegające równocześnie z trwałym nadmiernem wydzielaniem się kwaśnego soku żołądkowego. Jaworski i Korezyński<sup>1)</sup>, Riegel<sup>2)</sup>, Van der Velden<sup>3)</sup> zwracają szczególnie uwagę na nadmierną kwasotę treści żołądkowej w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka. Według nich nieżyt kwaśny tak często łączy się z wrzodem żołądka, że przy dłuższem trwaniu nieżyty należy się spodziewać wy-

<sup>1)</sup> Deutsche med. Wochsch. 1886, Nr. 47—49.

<sup>2)</sup> Zur Lehre v. Ulcus ventriculi. Deutsch. med. Wochsch. 1886 Nr. 58.

<sup>3)</sup> Sammlung der klin. Vorträge 1887.

tworzenia wrzodu żołądka. Wielokrotne spostrzeżenia Jaworskiego i Korczyńskiego<sup>1)</sup> pouczyły zarazem, że przed wystąpieniem objawów wrzodu, kwasota treści żołądka czczego jest najniższą i w miarę występowania objawów wrzodu (bólów, wymiotów) t. j. szerzenia się jego, stopień kwasoty szybko się podnosi, a najwyższy jest w wymiocinach krwawych, pomimo tego, że krew znaczną część kwasu solnego zobojętnia i do trawienia zużywa. Brak wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej przez dłuższy czas przemawia za rakiem żołądka.

Ze względu na siedzibę wrzodu okrągłego prawie wszyscy autorowie zgodne zajmują stanowisko. Cohnheim<sup>2)</sup>, Johannes Orth<sup>3)</sup>, Rokitański<sup>4)</sup>, Klebs<sup>5)</sup>, Gerdes<sup>6)</sup>, Birch-Hirschfeld<sup>7)</sup>, Schmauss<sup>8)</sup> podają, iż wrzód okrągły żołądka usadawia się najczęściej na tylnej ścianie i to wzdłuż krzywizny małej, rzadziej w okolicy odźwiernika żołądka. Birch-Hirschfeld w najnowszym podręczniku tak się wyraża w sprawie lokalizacyi wrzodu okrągłego: „Der Sitz der Geschwüre ist meist in der Nähe der kleinen Curvatur an der hinteren Wand zwischen Pylorus u. Cardia, sehr selten im Fundus und an der grossen Curvatur, häufiger schon an der hinteren Wand des Pylorustheils“. Kaufmann<sup>9)</sup> i Ziegler<sup>10)</sup> nadmieniają, iż w bardzo rzadkich przypadkach („in sehr seltenen Fällen“) siedzibą wrzodu okrągłego może być część wpustowa żołądka, tudzież i dolna część gardziela. Według Brintona<sup>11)</sup>, który zestawił statystycznie 220 przypadków

<sup>1)</sup> Jaworski. Zarys patologii i terapii chorób żołądka 1889.

<sup>2)</sup> Lehrbuch der allg. Pathol. 1887, H. II. s. 54.

<sup>3)</sup> Pathologisch anatomische Diagnostik 1894.

<sup>4)</sup> Lehrbuch der pathol. Anatomie III. 1861.

<sup>5)</sup> Handbuch der pathol. Anat. 1876.

<sup>6)</sup> Grundriss der pathol. Anatomie 1893.

<sup>7)</sup> Lehrbuch der pathol. Anat. 1894.

<sup>8)</sup> Grundriss der pathol. Anat. 1896.

<sup>9)</sup> Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie 1896.

<sup>10)</sup> Lehrbuch der pathol. Anat. 1882.

<sup>11)</sup> Ziemssen. Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie 1878.

wrzodu okrągłego, w 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wrzód okrągły usadawia się na tylnej ścianie, w 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> na małej krzywiznie, w 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub> w odźwierniku. Wogóle według tego autora część żołądka stanowiąca tylną ścianę, małą krzywiznę i okolice odźwiernika w 4/5 przypadków zajęta bywa przez wrzód okrągły, podczas gdy pozostała część żołądka t. j. dno, przednia ściana, duża krzywizna i odźwiernik, choć znacznie większa, tylko w 1/5 przypadków jest nawiedzona i to w 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> przednia ściana, a po 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wielka krzywizna i część wpustowa żołądka. W rzadkich również przypadkach, gdyż na 154 przypadków zestawionych w instytucie Virchowa przez Steinera i Wollmanna<sup>1)</sup> cztery zaledwie razy (2·6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), stwierdzić można siedzibę wrzodu okrągłego w żołądku i dwunastnicy. Quinke<sup>2)</sup> opisuje wrzód okrągły w żołądku i w gardzeliu.

Zazwyczaj tylko jeden wrzód okrągły znajduje się w żołądku; rzadziej kilka lub obok świeżego wrzodu dawniejsze blizny. Bardzo rzadko przy oględzinach pośmiertnych można napotkać i 5 wrzodów okrągłych w żołądku, a przypadek Wollmanna<sup>3)</sup>, w którym przy oględzinach pośmiertnych stwierdzono 8 wrzodów okrągłych, stanowi unikat w literaturze odnośnej.

Z chwilą objęcia obowiązków prymariusza na oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza zwrócił moją uwagę przypadek wrzodu okrągłego żołądka, który dla niezwykłego przebiegu klinicznego i umiejscowienia anatomicznego pozwałam sobie w krótkości przytoczyć.

Ż. Sz. lat 46 liczący, rolnik, według wywiadów poprzednio zupełnie zdrowy, miał dopiero od czterech lat doznawać przypadków ze strony przewodu pokarmowego, a mianowicie uczucia gniewienia, palenia, gryzienia i wzdęcia w okolicy żołądka, zgagi, odbijania kwaśnego i czczych wymiotów, co kilka dni się powtarzających, a na tydzień przed przyjściem do szpitala po raz pierwszy wymiotów fusowatych. Stolec miał być zaparty, od czasu do czasu barwy czarnej. Chory został przyjęty na oddział chorób wewnętrznych w szpitalu św. Łazarza

1) Eichhorst. Handbuch der speziellen Pathol. u. Therap.

2) ibidem.

3) ibidem.

dnia 3 maja a ówczesny stan obecny według odnośnych zapisków, przedstawiał się pokrótce następująco:

Osobnik wzrostu średniego, b. wynędzniały, o mięśniach wiotkich, zanikających. Skóra blada o odcieniu blado-żółtawym; fałd skóry podniesiony powoli się wygładza. Spojówki gałkowe lekko żółtawo zabarwione. Wargi sinawe, wyraz twarzy cierpiący. Ciężota ciała niepodniesiona, wynosi 36,5°C. Tętno obwodowe okazują przebieg prosty; tętno regularne, słabo napięte, wynosi 96 uderzeń na minutę. Gruczoły chłonne zewnętrzne nie powiększone.

Przytomność chorego zupełnie utrzymana; brak poważniejszych zaburzeń ze strony narządu nerwowego. Język miernie obłożony, wilgotny. Brzuch miernie wzdęty; przy silniejszym dotyku okolica dolka podsercowego bolesna. Łaknienie małe; częste wymioty żółciowe po spożyciu pokarmów płynnych i stałych; stolec zaparty. Granica żołądka obniżona, sięga po pępek, a przy wstrząsaniu słychać wyraźne przelewanie się treści pokarmowej w żołądku. Od czasu do czasu, zwłaszcza za uciskiem na okolicę żołądka, lub po spożyciu stałych pokarmów, występują bóle rozpromieniające się ku okolicy łopatek. Badanie treści żołądkowej wykazuje znaczną kwasotę, pochodzącą od obecności wolnego kwasu solnego. Przy pierwszym badaniu zdołano wypompać z żołądka na czczo około dwóch litrów cieczy cuchnącej jakby fusowatej, silnie kwaśnej. W jelitach mierna ilość zbitego kału. Wątroba i śledziona niepowiększone, niebolesne.

Klatka piersiowa płaska, symetrycznie po obu stronach wysklepiona. Granica płuca prawego sięga z przodu w linii sutkowej do 7-go żebra, a lewego do 5-go żebra; z tyłu po obu stronach do 11-go żebra; mało ruchoma. Wypuk z przodu po stronie prawej do 4-go żebra a z tyłu do grzbietu łopatki przytłumiony; zresztą wszędzie jawny. W szczycie prawym szmery oddechowe zaostrome, zbliżone do oskrzelowego, zresztą wdech wszędzie pęcherzykowy, wydech zaostromy. Tor oddechowy przeponowy, regularny; liczba oddechów 20 na minutę.

Uderzenie koniuszkowe serca niewidzialne; daje się słabo wyczuć w V. lewym przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od lewej brodawki sutkowej. Słuchanie serca na mniejszej powierzchni. Tętno serca słabe, głuche; nad głównymi naczyniami przy pierwszych tonach słychać lekkie podmuch.

Mocz czysty, blado-wino-żółty, okazuje zmniejszone znacznie chlorki, nie zawiera białka.

Składniki osadu prawidłowe.

Na podstawie powyższego wyniku badania, rozpoznano klinicznie obecność wrzodu okrągłego w części odzwrotnikowej żołądka (*Ulcus ventriculi rotundum in parte pylorica ss.*

*gastractasia*) i zastosowano odpowiednie leczenie, polegające na codziennem przepłukiwaniu żołądka na czczo lub w pewnym czasie po jedzeniu czystą, letnią wodą, podawaniu w miarę potrzeby łyżeczki soli karlsbadzkiej, stosowaniu w razie silnych bólów, środków odurzających, podawaniu w razie nudności i wymiotów kawałeczków lodu i stosowaniu diety przeważnie mlecznej, przyczem niejednokrotnie posługiwano się odżywianiem sztucznem przez odbytnicę (4 jaja w bulionie dziennie). Chory pod wpływem powyższego lekovania doznawał w ciągu czterech pierwszych tygodni pobytu w szpitalu stósunkowo w dość znacznym stopniu ulgi i polepszenia, zaczął nabierać więcej sił i apetytu; wymioty fusowate rzadziej się pojawiały, bóle w okolicy żołądka były mniejsze; natomiast zgaga, odbijanie i stolec zaparty ciągle się utrzymywały. Tętno wahało między 84 a 130 uderzeń na minutę. Wydobyta codziennie na czczo treść żołądka zwykle nie zawierała resztek pokarmów; przedstawiała się jako treść opalizująca, czasem żółtawa, ze skąpą domieszką śluzu, o woni silnie kwaśnej i kwaśnem oddziaływaniu z powodu obecności wolnego kwasu solnego.

Stan ten nieznacznego polepszenia nie długo jednak się utrzymywał. Od czasu bowiem, jak objąłem kierownictwo oddziału, t. j. od 2/6 pomimo przestrzegania i nadal powyższego leczenia bóle żołądkowe i wymioty żółciowe coraz bardziej się wzmacniały, chory coraz bardziej upadał na siłach, przyczem w treści żołądkowej na czczo wydobywanej, która zwykle nie zawierała resztek pokarmowych, nie można było stwierdzić odczynnikiem Günzburga, jakoteż i papierkiem Congo, ani śladu obecności wolnego kwasu solnego a papierek lakmusowy niebieski nie stwierdzał wcale oddziaływania kwaśnego. Wobec tego zaprzestano podawać choremu sól karlsbadzką w dniu 6/6 i przepłukiwano tylko żołądek na czczo czystą letnią wodą, a skoro przez dziewięć dni następnych powyższy stan ciągle się utrzymywał, podano choremu kwas solny trzy razy dziennie w ilości po 10 kropli w szklance wody. Chory jednak po zastosowaniu kwasu sol-

nego przez jeden dzień doznał tak gwałtownych wymiotów i boleści, iż środek ten nazajutrz musiano odstawić. Badanie treści żołądkowej naówczas zwymiotowanej w ilości około 400 cm. wykazało obecność śladu kwasu solnego wolnego, co jednak należało odnieść do podanego kwasu solnego, gdyż następnego dnia treść żołądkowa, wydobyta na czczo, oddziaływała już obojętnie. Leczenie chorego w dalszym ciągu ograniczono tylko do przepłukiwania na czczo żołądka wodą letnią, stosowania przetworów bizmutowych, wstrzykiwania morfiny po 0,01 gm. dziennie i diety mlecznej, z dodatkiem jaj. Tymczasem upadek sił chorego z każdym dniem stawał się widoczniejszy; bóle i wymioty treści zielonkowej coraz częściej występowały i to przeważnie po spożyciu pokarmów płynnych w nieco większej ilości tak, iż chory wzbraniał się wszelkimi siłami od jedzenia. Równocześnie zauważono obrzęk stóp. Dnia 18/6 stwierdzono przy sondowaniu chorego trudne przedostawanie się sondy w części wpustowej żołądka, a skoro przy dalszych zabiegach objaw ten coraz bardziej się potęgował i koniec sondy, z trudnością wprowadzonej, powalany był krwią świeżą i śluzem, zaprzestano sondowania, a tem samem przepłukiwania żołądka w dniu 30/6 z obawy wywołania sztucznego przebiccia ściany. Dnia 11/7 chory okazywał twarz zapadłą, siną, skroń i ręce potem oblane, tętno nitkowate, słabe, brzuch wzdęty, zaparty stolec, apatya, a 12/7 zmarł nad ranem wśród objawów ogólnego zapadu. Dodać przytem należy, iż badanie kilkakrotne treści żołądka na czczo wydobytej, lub zwymiotowanej w ciągu dnia, nie wykazało aż po koniec życia odczynu na obecność śladów wolnego kwasu solnego.

Wobec tego, uwzględniając brak wolnego kwasu solnego w ciągu ostatnich 6 tygodni życia, wiek chorego, trudność przedostawania się sondy przez część wpustową żołądka skłanialiśmy się rychlej w danym przypadku do rozpoznania sprawy nowotworowej żołądka w następstwie wrzodu okrągłego lub niezależnie od niego powstałej. Rozpoznanie kliniczne też opiewało: *Ulcus ventriculi rotundum. Strictura par-*

*tis inferioris oesophagi ad cardiam ventriculi prob. carcinomatosa.*

Dnia 13/7 została wykonana sekcya w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu jagiell. przez Dra Ciechanowskiego, a odpis protokołu sekcyjnego opiewa pokrótce następująco:

Rozp. anat.: *Ulcus ventriculi triplex, (1) ad cardiam in oesophagum tendens, 2) ad curvaturam minorem, 3) ad pylorum). Haemorrhagia ex ulcere post arrosionem venae coronariae sup. ss. anaemia acuta. Cavernae tuberculosae et gangraenosae apicis et partis supremae lobi inf. pulmonis dextri. Atrophia fusca cordis et hepatis. Atrophia renum.*

W szczycie i górnej części dolnego płatu płuca prawego kilka drobnych jam o ścianach strzępiastych, pokrytych miazgą cuchnącą, szaro-zieloną, miejscami zaś złożonych z mas serowatych. W otoczeniu jam ogniska serowate i świeże nacieki gruźlicze. Zresztą mięszsz płuc powietrzny, suchy, bładny, jędrny.

W dolnej części gardziela, na ścianie przedniej, widoczny wrzód, przechodzący na wpust i część wpustową żołądka, o cechach wrzodu okrągłego, wielkości dwóch srebrnych guldenów. Wrzód ten zajmuje w 2/3 częściach dolną część gardziela, a w 1/3 wpust i część wpustową żołądka. Dno wrzodu stanowi powierzchnia wątroby, dolny brzeg jego obrąbiony jest błoną śluzową, która wystercza w postaci fałdu do światła gardziela. Żołądek znacznie rozdęty, wypełniony treścią fusowatą. Błona śluzowa pomarszczona, groszkowata, szaro-lupkowo zabarwiona. W okolicy części odźwiernikowej znajdują się dwa owrzodzenia okrągłe; oba wielkości guldena. Jeden wrzód leży na krzywiznie małej, a drugi w samym odźwierniku na górnej ścianie, przyczem na dnie tegoż drugiego owrzodzenia widać nadżartą żyłę wieńcową górną (*vena coronaria sup. ventriculi*), do której zgłębnik z łatwością wchodzi. W jelicie cienkiem znajduje się treść fusowata.

Pomijając resztę ustępów odnośnego protokołu sekcyjnego bez uszczerbku dla sprawy, nie możemy zataić przeświadczenia, iż przypadek nasz musi budzić szczególne zajęcie ze względu na niezwykle przebieg kliniczny z jednej strony, a siedzibę anatomiczną sprawy chorobowej z drugiej strony. Wobec objawów klinicznych przemawiających pierwotnie niewątpliwie za wrzodem okrągłym żołądka w części odźwiernikowej, a następnie za zwężeniem części wpustowej żołądka i wobec zupełnego braku wolnego kwasu solnego w ciągu ostatnich 6 tygodni, nasuwało się za życia przypu-

szczenie, iż u naszego chorego wytworzył się w żołądku na tle wrzodów okrągłych nowotwór złośliwy, rakowy, lub też, że obok dawnego, zabliznionego wrzodu okrągłego w odzielniku istnieje równocześnie niezależnie ognisko nowotworowe w dolnej części gardziela. Znane bowiem są w literaturze przypadki, sekcją stwierdzone, gdzie na miejscu owrzodzeń pierwotnie okrągłych lub na tle blizny po wrzodzie okrągłym wytworzył się następnie naciek nowotworowy rakowy. Opisane one zostały przez Hausera <sup>1)</sup>, Flatowa <sup>2)</sup>, Leberta <sup>3)</sup>, Dittricha <sup>4)</sup>. U chorych takich treść żołądkowa, zawierająca pierwotnie nadmiar wolnego kwasu solnego, wykazuje później w czasie rozwoju utajonego nowotworu zupełny brak oddziaływania na kwas solny. Wydarza się to względnie dość często, skoro niektórzy autorowie jak n. p. Dittrich podaje 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a Lebert 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub> rozwoju nowotworu rakowego na tle blizny po wrzodzie okrągłym żołądka.

Przypuszczenie wytworzenia się raka w dolnej części gardziela było tem bardziej usprawiedliwione, o ile spostrzeżenia na stole sekcyjnym wykazują, iż wrzody okrągłe w części wpustowej żołądka i w dolnej części gardziela należą do wielkich rzadkości, jak to już powyżej podniosłem, podczas gdy wrzody rakowe względnie dość często tam się przytrafiają. I tak według Leberta <sup>5)</sup> w części wpustowej żołądka napotyka się w 9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, według Dittricha <sup>6)</sup> w 8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a Brittona <sup>7)</sup> w 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> owrzodzenia rakowe. Trudno zatem było przypuścić wobec obrazu klinicznego i wieku chorego, aby w danym przypadku mogła zachodzić ta wyjątkowa okoliczność, iż zwężenie wywołuje rozległy wrzód okrągły i to przez

<sup>1)</sup> Das chronische Magengeschwür, sein Verarbeitungsprozess und dessen Beziehung zur Entwicklung des Magencarcinoms.

<sup>2)</sup> Centralblatt f. klin. Med. 1888, Nr. 27.

<sup>3)</sup> Krankheiten des Magens p. 342.

<sup>4)</sup> Leube. Krankheiten des Magens.

<sup>5)</sup> Die Krankheiten des Magens.

<sup>6)</sup> Leube. Krankheiten des Magens.

<sup>7)</sup> ibidem.

fałd błony śluzowej, stanowiącej obrąbenie brzegu i wystarczającej pośród światła gardziela. Dopiero przy oględzinach pośmiertnych na zwłokach zdołano wyswiecić dokładnie sprawę chorobową i usunąć wszelką wątpliwość w rozpoznaniu za życia się nasuwającą.

Również i potrójne pojawienie się wrzodu okrągłego żołądka u tego samego osobnika należy do rzadkich wydarzeń.

Wreszcie rozpatrując się w statystykach pojawiania się wrzodu okrągłego i rakowego w pojedynczych miejscowościach i krajach, uderza niezwykła różnorodność. Podczas gdy n. p. we wschodniej Galicyi na 2713 sekcjach mogłem<sup>1)</sup> stwierdzić w 6-ciu przypadkach wrzody okrągłe w żołądku t. j. w 0.22<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a w 59 przypadkach nowotwór rakowy żołądka t. j. w 2.11<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wszystkich przypadków śmierci, inne statystyki wręcz odrębne podają wyniki. I tak według Eichhorsta<sup>2)</sup>, Planga i Ziemse<sup>3)</sup> w 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, w Anglii w 4<sup>0</sup>/<sub>0</sub><sup>4)</sup> według statystyki Liberta<sup>5)</sup> zestawionej dla Wrocławia poniżej 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, według Starka i Müllera<sup>6)</sup> na podstawie statystyki dokonanej w instytucie patologicznym w Jenie w 10 do 11<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, według zaś Grünfelda<sup>7)</sup> w 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> stanowił wrzód okrągły przyczynę zaburzeń chorobowych za życia, a względnie zejścia śmiertelnego; podczas gdy śmiertelność z powodu raka wynosi wogóle około 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Okoliczność ta skłania do przypuszczenia, ażali przyczyny powstawania wrzodów okrągłych nie należy szukać pośrednio w sposobie życia codziennego i w wyborze środków spożywczych przez ludność.

<sup>1)</sup> Krokiewicz. Sprawozdanie naukowe prosektora za rok 1894, 1895, 1896.

<sup>2)</sup> Handbuch der spec. Pathol. u. Therapie.

<sup>3)</sup> Ziemsen Handbuch der spec. Pathol. u. Therap.

<sup>4)</sup> ibidem.

<sup>5)</sup> ibidem.

<sup>6)</sup> Eichhorst. Handb. der spec. Path. u. Ther.

<sup>7)</sup> Eulenburg. Realencyklop. der gesammten Heilkunde.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“. 1897. Nr. 34. i 35.

Kraków, 1897.—Drukarnia Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.