

ec. J.	Nr. inw.	2762
-----------	-------------	-----------------

ZABIEGI CHIRURGICZNE W CHOROBAH ŻOŁĄDKA.

PODAŁ

Prof. Dr. Rudolf Trzebicki
prymaryusz oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.



DAR
Prof. Dra J. Zubr

KRAKÓW,
Nakładem autora.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

1898.

ZABIEGI CHIRURGICZNE W CHOROBAH ŻOŁĄDKA.

PODAŁ

Prof. Dr. Rudolf Trzebiecky
prymaryusz oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.



DAR
Prof. Dra J. Zub

KRAKÓW,
Nakładem autora.

DRUKARNIA UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

1898.

Odbitka z dzieła prof. Dr. W. Jaworskiego pod tyt.: „Podręcznik
chorób żołądka“ 1898, wydanie 2-gie.

2-139378

Akc. z l. 2024 nr 1

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 spowodowało zupełny przewrót w tym dziale medycyny. Dzięki wysoce wydoskonalonej dyagnosyce chorób żołądkowych, obfitemu materiałowi statystycznemu, badaniom doświadczalnym na zwierzętach, wykazującym możność najrozmaitszych zabiegów operacyjnych, a wreszcie znakomitej technice operacyjnej całego szeregu genialnych chirurgów, poczęto usuwać drogą operacyjną cierpienia, o których uleczałości nawet pierw zamarzyć nie można było. Może nie ma drugiego działu w medycynie, w którymby osiągnięto właśnie dzięki współdziałaniu medycyny wewnętrznej i chirurgii tak znakomite wyniki, jak 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 wchodzą tu pod uwagę zwężenia, wywołane już to bliznami, albo też daleko częściej nowotworami. Rzadziej daleko przyczyną zwężenia przełyku, wymagającą koniecznego otwarcia żołądka, celem dalszego odżywiania chorego są nowotwory śródpiersia lub szyi, uciskające na przełyk, jak niemniej ciała obce uwieczgłe tuż powyżej wpustu żołądka, a nie dające 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 alkaliami. W podobnych przypadkach rozszerzanie sondami natrafia często na wprost nieprzewyciężone trudności, 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 ¹⁾. 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

¹⁾ Ueber Magenoperationen bei Carcinom und bei narbigen Stenosen. Wien 1895.

pociąganie za drugi koniec przeprowadza przez miejsce zwężone. Rurka taka mocno wyciągnięta przechodzi zazwyczaj łatwo przez miejsce zwężone, a w chwili ustania trakeji stara się wrócić do swej pierwotnej grubości i rozpycha tem samem zwężenie. Droga 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 wszysej chirurgowie zawsze chętnie operację tę wykonywali i wykonują, to nie możemy tego samego powiedzieć o zwężeniach nowotworowych. 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 przy jakiej takiej wprawie i cierpliwości — udaje się zazwyczaj przejść także zgłębnikiem przez miejsce zwężone, takowe powoli rozszerzyć, a więc operacja jest zbysieczną; jeżeli zaś chory i płynów już połykać nie potrafi, to i operacja organizmu wyniszczonego od śmierci uratować nie zdoła. Do tego skeptycznego 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 uporczywych wyprysków na skórze. W miarę jednakże jak technika operacyjna dzięki licznym modyfikacyom, o których wspomniemy mówiąc o technicznej stronie operacji żołądkowych, doznała ulepszenia i pod tym względem zapanował korzystny dla chorych obrót i dziś już znaczna część chirurgów słusznie bardzo wykonywa ga-

strostomią i we wcześniejszym okresie raka przełyku. Woronzow ¹⁾ na podstawie 42 przypadków obserwowanych w klinice Kochera wykazał, że tą operacją zdołano chorych daleko dłużej utrzymać przy życiu aniżeli przez zwykłe rozszerzanie miejsca zwężonego, 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 ²⁾, że po założeniu przetoki żołądkowej zwężenia rakowate przedtem zupełnie dla pokarmów niedrożne — po niejakiem czasie takowe znów przepuszczają. Wobec prostej techniki tej operacji należy tedy w każdym przypadku raka przełyku, w którym odżywienie chorego wskutek utrudnionego przez nowotwór połykania podupada, operację tę wykonać. Natomiast trudno zapalić się do postępowania proponowanego przez Monoda ³⁾, Ponceta ⁴⁾, Nové-Josseranda ⁵⁾, którzy zalecają w każdym przypadku raka przełyku w możliwie najwcześniejszym okresie przyszyć żołądek do przedniej ściany brzucha i wywołać tym sposobem zrosty między powłokami 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.

¹⁾ Beitrag zur Frage von der Anwendung der Gastrostomie. Inaug. Diss. 1895.

²⁾ Archiv. f. kl. Chirurgie. 38. str. 222.

³⁾ Centralbl. f. Chirurgie 1892 str. 892.

⁴⁾ Jahresbericht Virchova i Hirscha 1892. II, 447.

⁵⁾ Centralbl. f. Chirurgie 1892 str. 694.

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 utkwi w przedtem już bliznowato zwężonym przełyku, jak to n. p. opisał Körte¹⁾. W przypadku tym mosiężna muterka od śruby zaklinowała się w bliźnie przełykowej i dopiero po 8 dniach od strony żołądka zdołano ją wypchać ku górze i usunąć. Pod wieloma względami nader ciekawy jest przypadek Mortona²⁾ — dotyczący mężczyzny, który przed przeszło 11½ rokiem połknął sztuczną szczękę. Przez pierwsze 3 miesiące pacjent oprócz ograniczonego bólu nie doznawał żadnych dolegliwości, a dopiero później wystąpiło utrudnienie w połykaniu. Podejrzrywano, 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

¹⁾ Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. XXIV Kongress. Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1895. Nr. 27, strona 78.

²⁾ Centralblatt f. Chirurgie 1896, str. 683.

było rzeczywiście wyczuć ciało obce tam, gdzie jego obecność przypuszczano i po licznych próbach udało się takowe usunąć. Przypadek skończył się niestety niepo-myślnie wskutek ropnego zapalenia otrzewny. Najradyka-
lniej postąpił w podobnym przypadku Finney ¹⁾, który nie mogąc inaczej wydobyć pestki z brzoskwini, która od 5 dni tkwiła w dolnym odcinku przełyku, otworzył tak szeroko żołądek, 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 interwencji 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 żo-
łądka. 2. Ciała obce. 3. Przetoki żołąd-
kowe. 4. Rozstrzenie żołądka. 5. Wrzód żo-
łądka i liczne jego powikłania i następstwa. 6. Rak i inne nowotwory; a wreszcie 7. Zmia-
ny chorobowe sprawiające ucisk na żo-
łądek od zewnątrz i powodujące zwężenia.

1. Rany żołądka dawniej były uważane za niechybnie śmiertelne, a dopiero pierwszy Larrey po-
wiedział „Plaies 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 wy-

¹⁾ Jahresbericht Virchova i Hirscha 1892 II, str. 447.

czekującym zachowaniu się lekarza kończy się niepomysłnie. Rany żołądka bywają zadane albo narzędziami ostrymi, pociskami postrzałowymi, lub wreszcie siłą tępą, — najczęstsze bywają postrzałowe. W pierwszych dwóch razach są one zawsze połączone z raną zewnętrzną, w ostatnich dość często brak tejże. Skaleczenia zadane narzędziem ostrym bywają nader rozmaite co do rozciągnięcia 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 tępą są daleko rzadsze. Jako czynniki wywołujące tu skaleczenie należy wymienić uderzenie pięścią lub nogą, kolbą, kolankowanie, 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 spowodować rozstąpienie się poszczególnych warstw żołądka pomiędzy sobą. Według Rehna¹⁾, 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 bra-

¹⁾ Die Verletzung des Magens durch stumpfe Gewalt. Archiv. f. kl. Chirurgie 53, str. 383.

kuje tam, gdzie błona śluzowa nie doznała skaleczenia, a więc rana nie przeszywa całej ściany żołądka, są wymioty krwaawe. 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 bezwonnych przez ranę, co według Czernego ma być charakterystycznym właśnie dla ran żołądka. Słusznie jednak zwraca uwagę na to Schroeter¹⁾, 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 obserwować 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 w chwili zranienia był próżny, rana niewielka, a kierunek jej w ścianach żo-

¹⁾ O ranach postrzałowych żołądka. Przegl. chir. t. II.

łładka nieco ukośny, mogą się wygoić bez wszelkiego zabiegu chirurgicznego tylko przy zastosowaniu leczenia wyczekującego. Jako ciekawy przykład może tu posłużyć przypadek opisany przez Smitha ¹⁾, 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 stołcem, 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 wprowadzić pod tym względem dokładnych dat statystycznych ²⁾, ale dość wspomnieć tylko, że na 79 ran postrzałowych żołądka z wojny amerykańskiej wyzdrowiało zaledwie 19 chorych — leczonych przeważnie konserwatywnie ³⁾. 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.

¹⁾ Jahresbericht Virchova, Hirscha 1892, II. str. 370.

²⁾ Nader sumienna statystyka Gabszewicza (Gaz. lek. 1892 Nr. 15 i 16) dotyczy ran postrzałowych brzucha wogóle, a nie samego tylko żołądka.

³⁾ Deutsche Chirurgie. Lief. 54 str. 106.

Co do czasu i sposobu wykonania operacyi — musimy to samo powiedzieć co o laparotomii przy samoistnem pęknięciu wrzodów żołądka i dlatego na tem miejscu sprawę dokładnie omówmy. Tu chciałbym tylko wspomnieć, że jakiś odważny chirurg, którego nazwisko poszło w zapomnienie, już w roku 1522 w Ratysbonie 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 całkiem przypadkowo jak np. sztuczne zęby, albo wśród nieudanych 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 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 Hashimoto¹⁾. Do najciekawszych należy jego własny, w którym japońska szczoteczka do zębów przez 15 lat spoczywała w żołądku mimo, że powstała była przetoka

¹⁾ Extraction einer vor 15 Jahren verschluckten Zahnbürste aus dem Magen. Arch. f. kl. Chirurgie 38. str. 169.

żołądkowa ropiejąca. Bardeleben wyjął u 11-letniego chłopca z okolicy kieszki 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 połknęła bezsprzecznie chora operowana przez Frickera ¹⁾, 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 połykanych latami drobnych kawałeczków utworzyły z czasem duże konkrementa. Do pierwszej kategorii należą te rzadkie przypadki, opisane przez Friedländera ²⁾ i Manassego ³⁾, w których pacjenci stolarze, nałogowi pijacy, latami spijali politurę, z której szelak osadzał się w żołądku w formie pokaźnego guza. Do drugiej grupy zaliczyć należy tak zwane Pilo czyli Tricho-Bezoary i Fitobezoary. Pierwsze stanowią guzy powstałe z połykanych latami drobnych kawałków włosów, najczęściej obgryzanych własnych końców tychże albo jak w przypadku Af. Schultén'a ⁴⁾ z włosów krowich, które pacjentka zajęta ich przedzeniem widocznie przez nieostrożność palcami do ust sobie wprowadzała. Podobne przypadki opisał pierwszy Schön-

¹⁾ Ein seltener Fall von Fremdkörpern im Magen. Heilung. Deutsche med. Wochenschr. 1897 Nr. 4.

²⁾ Berl klin. Wochenschr. 1891 Nr. 1.

³⁾ Ueber einen Magenstein. Berl. klin. Wochenschr. 1891 Nr. 33.

⁴⁾ Centralblatt f. Chirurgie 1896 str. 68.

born ¹⁾, a później Thornton ²⁾, John - Berg i Stelzner ³⁾, a oprócz tego skonstatowano 9 razy podobny guz w żołądku na stole sekcyjnym. Bez porównania rzadsze są tak zwane Fitobezoary, w których guz składa się z włókien roślinnych. U zwierząt wydarzają się one częściej np. u koni, natomiast u człowieka mamy jak dotąd jeden wypadek opisany przez Schreibera ⁴⁾. 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 pokniętego 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, lub jeżeli nawet mimo podobnej możliwości obecność tego ciała w żołądku sprawia choremu dolegliwości, przystąpić do wyjęcia takowego zapomocą otwarcia żołądka. Operacja ta jest bardzo dawną, bo już w roku 1635 Daniel Schwabe w Królewcu wydobył drogą operacyjną z pomyślnym skutkiem z żołądka nóż poknięty. Podobne operacje wykonywali

¹⁾ Eine durch Gastrotomie entfernte Haargeschwulst aus dem Magen eines jungen Mädchens. Arch. für kl. Chirurgie t. 29.

²⁾ Lancet. 1886 Nr. 2.

³⁾ Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie 1896.

⁴⁾ Ueber einen Phytobezoar einer Frau u. dessen Diagnose. Mittheilungen a. d. Grenzgebieten 1896, str. 729.

w XVII i XVIII stuleciu Floryan Mathis, Wesener, Hübner, Frizac i inni. Według statystyki Credego ¹⁾ 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 przebiciu 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 ²⁾. 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 i zmiany jego położenia *skutek opadnięcia rzadko tylko stanowią wskazanie do zabiegu operacyjnego. Wprawdzie Rydygier słusznie bardzo radzi, by w każdym przypadku uporczywej rozstrzeni, opierającej się wszelkiej terapii wewnętrznej jamę brzuszną otworzyć, ale w pierwszym

¹⁾ Gastrotomie wegen Fremdkörper. Arch. f. kl. Chirurgie 33 str. 574.

²⁾ Wiener med. Wochenschr. 1877 Nr. 38.

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 ¹⁾, 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 rozstrzeni Grundzach ²⁾. W razie konieczności zabiegu operacyjnego mamy do wyboru dwie operacje, albo tak zwaną *Gastroplicatio* podaną przez Birchera ³⁾ i Brandta ⁴⁾ (Tricomi ⁵⁾ proponuje dla niej nazwę *Gastrostenoplastyki*), albo *gastroenterostomię*. 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 ⁶⁾ na podstawie doświadczeń na zwierzętach dochodzi do przekonania, że zapomocą niej można osiągnąć nietylko

¹⁾ Ueber die chirurgische Behandlung d. Magenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1895 Nr. 1—3.

²⁾ O wskazaniach do pyloroplastyki, pylorotomii i gastroenterostomii. Medycyna 1893, Nr. 48 i 49.

³⁾ Operative Behandlung der Magenerweiterung. Correspondenzbl. f. Schweizer Arzte 1891, Nr. 23.

⁴⁾ Ueber Gastroplicatio. Centralblatt f. Chirurgie 1894, str. 361.

⁵⁾ Hildebrand Jahresbericht. 1895, str. 701.

⁶⁾ Hildebrand Jahresbericht 1895, str. 701.

zmniejszenie pojemności żołądka, ale i zwiększyć jedność warstwy mięśniowej. Gdyby to przypuszczenie się ziściło, to odpadłby najcięższy zarzut przeciw operacyi tej podnoszony, a mianowicie, że mimo zmniejszenia rozmiarów żołądka nie usuwa ona głównej istoty cierpienia t. j. nie podnosi sprawności mechanicznej żołądka ¹⁾. Przypadki, podobne jak opisany przez Borelius ²⁾, gdzie mimo chwilowego polepszenia po operacyi 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 ³⁾ sam wykonał tę operacyę 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 operacyi), we wszystkich innych dolegliwości podmiotowe trwale ustąpiły. Bądź co bądź jednak dotychczas jeszcze operacya ta nie zdołała sobie wywalczyć zupełnego i bezwarunkowego uznania i dlatego w razie konieczności operacyi z powodu pierwotnej trwałej rozstrzeni pewniej wykonać gastroenterostomię, o której wiemy, że przywraca prawidłowe odżywienie chorego. Haberkant ⁴⁾ w pięknej swej pracy zdołał zestawić z całej literatury tylko 4 przypadki gastroente-

¹⁾ Ullmann Klin. Bemerkungen zur chirurg. Therapie der sogenannten Magenerweiterung Centrbl. f. Chir. 1895, str. 958.

²⁾ Hildebrand. Jahresbericht 1895, str. 717.

³⁾ Neue Beiträge zur operativen Behandlung der Magenerweiterung, Correspondenzblatt für schweizer Ärzte 1894, Nr. 18.

⁴⁾ Ueber die bis jetzt erzielten unmittelbaren und weiteren Erfolge der verschiedenen Operationen am Magen. Arch. f. kl. Chir. 51st, r. 484.

rostomii z powodu trwałej rozstrzeni żołądka, a mianowicie: przypadek Selenkowa, który zakończył się śmiercią, i 3 przypadki pomyślnie operowane przez Rentona, Kleefa i Jeannela. Doliczyć tu też wypada przypadek Boreliusza, o którym powyżej wspomnieliśmy.

5. Wobec rozstrzeni następowej 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. Taylor ¹⁾ radzi w przypadkach opadnięcia żołądka przyszyć takowy do powłok brzusznych i usunąć tem samem towarzyszące dość często opadnięciu kątownate zagięcie odźwiernika. Duret ²⁾ zapomocą przyszycia żołądka osiągnął w jednym przypadku znacznego opadnięcia żołądka, połączonego ze znacznymi dolegliwościami podmiotowemi znakomitą poprawę. Jeżeli się jednak z drugiej strony uwzględni, że, jak jeszcze poniżej o tem wspomniemy, niejednokrotnie właśnie znów zrosty żołądka powodują nieprzyjemne przypadłości, trudno z góry bez rozleglejszego doświadczenia nabrać stanowczego zdania o wartości tej operacji.

7. Operacyjne leczenie wrzodów żołądka dopiero w ostatnich latach weszło na tapet ogólnej dys-

¹⁾ Jahresbericht Virchow Hirsch 1891 II, 459.

²⁾ De la gastropexie. (Revue de chir. 1896 Mr. 6).

kussyi lekarskiej, a to dzięki głównie pracom ogłoszonym z klinik Billrotha, Czernego i Mikulicza. Według statystyki Mikulicza ¹⁾, który wogóle przedmiot ten dotychczas najdokładniej z chirurgów opracował, 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%). Statystyczne to zestawienie pouczyło jednak zarazem, że procent śmiertelności przy operacyach wykonywanych z powodu wrzodu żołądka do roku 1886 wynosił 43·3%, od roku 1887 do 1890 zmniejszył się do 32%, od roku 1891—1894 wynosił tylko 19%, a od roku 1895 do początku 1897 spadł do 10%. Dodać tu jeszcze należy, że z ostatnich 20 chorych operowanych z powodu tego cierpienia przez Mikulicza ani jeden nie umarł. Wskazanie do operacyi 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 wikła się z istniejącym jeszcze wrzodem, czyto, że po przed blizną znajduje się jeszcze część wrzodu niezagojona, czy też, że wrzód odruchowo wywołuje skurcz odźwiernika, jak to twierdzi Doyen ²⁾, albo też zgrubienie mięśnia okrężnego odźwiernika, jakto obserwował Mikulicz.

¹⁾ Die chirurg. Behandlung d. chron. Magengeschwürs. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie T. II.

²⁾ Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXIV Kongress. Beilage zum Centralblatt f. Chirurgie 1895 Nr. 27, str. 79.

Statystyka Doyena wykazuje 21 przypadków wrzodów żołądka operowanych z pomyślnym skutkiem z powodu *spasmus pylori*. Wrzód żołądka bez wszelkich komplikacyj rzadko bardzo bywa przedmiotem operacyi, choćby już dla tego samego, że co najmniej w 85% przypadków goi się on samoistnie, a przy należytem lekowaniu wewnętrznem wyniki osiągnięte bywają jeszcze korzystniejsze, jak to wykazał głównie Leube ¹⁾). Pozostałyby tedy dla chirurga jedynie te nieliczne przypadki niepowikłane, które opierają się uporczywie leczeniu wewnętrznemu, lub które sprawiają znaczne bardzo dolegliwości, nie dające się usunąć. Liczba przypadków operowanych z tego wskazania nie dochodzi dwóch tuzinów. Najwięcej rozgłosu nabrał przypadek opisany przez Cahna ²⁾), w którym Lücke 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.

Zadanie każdej operacyi 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

¹⁾ Die chirurg. Behandlung des Magengeschwürs. Arch. f. kl. Chir. 55 t.

²⁾ Gastroenterostomie wegen schmerzhaften Magengeschwürs ohne Stenosenerscheinungen Berl. kl. Wochenschrift 1895, Nr. 28.

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 zacieśniony przez skurcz mięśnia), nastąpiło zupełne wyleczenie.

Głównie 3 operacje znajdują zastosowanie przy wrzodzie żołądka, a mianowicie: resekcyja czy to całkowita, czyli okrężna, czy też częściowa, dotycząca tylko kawałka ściany żołądka, gastroenterostomia i pyloroplastyka Heineke-Mikulicza. Inne jak n. p. forsowne rozszerzenie zwężenia palcem według Lorety samo przez się, albo jak w przypadku opisanym przez Podresa¹⁾, połączone z wyskrobanieniem 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 29⁰/₀. Według statystyki Mikulicza wykonano z powodu wrzodu i zwężenia:

	Przed rokiem 1891	Od roku 1891
Resekcyj	28	18
Gastroenterostomij	23	68
Pyloroplastyk	21	76

¹⁾ Hildebrand, Jahresbericht 1895, pag. 710.

Zapatrzywania 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 resekcji 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. Resekcja wobec wysokiej odsetki śmiertelności i trudnej techniki, słusznie bardzo stosunkowo najmniej bywa wykonywana. 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 resekcji 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 odźwier-

inka jest mocno naciekła, pyloroplastyka staje się nie-
możliwą, jak się o tem przekonali między innymi Löb-
ker¹⁾ i Czerny²⁾.

Ze względu na wyniki funkcyonalne żołądka, a mia-
nowicie zachowanie się jego mechanizmu i chemizmu po
operacjach tych posiadamy tylko skąpe daty, nie da-
jące do tego możności ocenienia z tego stanowiska war-
tości poszczególnych operacyj. Tyle jednak wynika
z obserwacji Jaworskiego³⁾, Dunina⁴⁾, Mintza⁵⁾, Miku-
licza, Kaenschego⁶⁾, Rosenheima⁷⁾, Siegela⁸⁾ i innych,
że mechanizm i chemizm trawienia żołądkowego po tych
operacjach usuwających w pierwszej linii stagnację tre-
ści pokarmowej wraca zupełnie do stanu prawidłowego,
albo przynajmniej niedaleko od niego.

Co do czasu trwania poprawy, czyli inaczej mówiąc,
co do kwestyi recydywy liczby znane są nader szczupłe.
Mikulicz zestawił wszystkie znane pod tym względem

1) Verhandl. des XXI deutsch. Chirurgenkongresses I, 60.

2) Ueber die an der Heidelberger chir. Klinik ausgeführten
Operationen am Magen und Darm. Beitr. z klin. Chirurgie IX.

3) Wr. klin. Wochenschrift 1889, Nr. 5 i 17.

4) O wynikach gastroenterostomii dokonywanej z pow. blizno-
wego zwężenia odźwiernika. Gaz. lek. 1893 Nr. 15 i 16.

5) O czynności żołądka po interwencyi chirurgicznej w cho-
robach żołądka. Przegl. chirurg. T. II.

6) Untersuchungen über d. functionelle Resultat von Operatio-
nen am Magen. D. med. Wochenschr. 1892, Nr. 40.

7) 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.

8) Ueber die functionellen Erfolge nach Operationen am Magen.
Mittheilungen a. d. Grenzgebieten 1896 str. 328.

w literaturze przypadki i doszedł do następujących rezultatów: Z 13 resekcji 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 niezmieniona i dopiero zapomocą pofałdowania ścian żołądka zdołano ją usunąć. Na 20 przypadków pyloroplastyki osiągnięto 17 razy trwały wynik korzystny, 3 razy objawy zwężenia odźwiernika wróciły (2 wyleczone przez następową gastroenterostomię).

Z pomiędzy następstw i powikłań wrzodu żołądka, wymagających interwencji chirurgicznej najczęstszemi są zwężenia bliżnowate. O ile takowe dotyczą odźwiernika, możemy do nich odnieść prawie to wszystko, co wspominaliśmy o leczeniu chirurgicznem samego wrzodu, z którym się nader często wikłają. Zwężenia żołądka po wrzodzie zdala od dwunastnicy sprowadzają zmianę kształtu organu, nadając mu formę klepsydrową, 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 Wölfler¹⁾, a mianowicie albo operacyi plastycznej podobnej do pyloroplastyki, albo założenie anastomozy pomiędzy obydwoma połowami żołądka. Nadmienię tu wreszcie jeszcze wypadka, że trafiają się, choć bardzo rzadko, wielokrotne zwężenia żołądka,

¹⁾ Ueber die Gastro-Anastomose beim Sanduhrmagen Beitr. z. kl. Chir. XIII.

jak o tem wspomina zwłaszcza Hacker ¹⁾ opisując przypadek, gdzie jedno zwężenie nadawało żołądkowi kształt klepsydrowaty, drugie znajdowało się w samym odźwierniku.

Krwotoki z wrzodów żołądkowych wymagające operacji bywają dwojakie, albo ostre, gwałtowne z większej jakiejś tętnicy, albo drobniejsze, ale często bardzo się powtarzające i sprowadzające chroniczną niedokrewność życia 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 odpowiedniem zachowaniu się chorego. Z licznych operacyj z tego wskazania wykonanych 2 tylko były uwieńczone pomyślnym skutkiem, a mianowicie operacya 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 operacyi wrzodu broczącego odnaleźć, jak n. p. w przypadku Eiselsberga ²⁾, Hirscha ³⁾ i innych, albo wreszcie zatamowano krwotok u jednego źródła, a przeoczono drugie, jak np. w przypadku Schuchardta ⁴⁾. Tu wspomnieć też wypada, że jeden z przypadków, w którym Billroth z powodu bliznowatego zwężenia wykonał resekcją odźwiernika, w 5 lat po operacyi

¹⁾ L. c.

²⁾ Arch. f. kl. Chir. T. 39, str. 834.

³⁾ Zur Kasuistik u. Therapie der lebensgefährlichen Magenblutungen. Berl. kl. Wochenschr. 1896, p. 847.

⁴⁾ Verhandl. d. deutschen Gesellschaft für Chir. 1896, str. 1254.

dostał gwałtownego krwotoku z nowego małego wrzodku, któremu mimo operacji uległ (Salzer).

Wobec przewlekłych krwotoków często się powtarzających interwencja chirurgiczna bywa łatwiejszą i nieco skuteczniejszą. Krwotoki z tylnej ściany żołądka, a względnie z naczyń trzustki Küster ¹⁾ z pomyślnym skutkiem zatamował przez przypalenie termokauterem; w razie krwotoku z przedniej ściany, najlepiej wykonać częściową resekcję 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 ²⁾ w nader skrzętnej swej pracy zdołał zestawić z całej literatury zaledwie 15 przypadków samoistnego wyleczenia perforacji; 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 operacji. Laparotomię z tego wskazania według statystyki Mikulicza wykonano 103 razy i osiągnięto 33 razy wynik pomyślny (procent śmiertelności 67·96%). Najczęściej perforacja znajduje się na przedniej ścianie żołądka, pamiętać jednak należy, że często-

¹⁾ Zur operativen Behandlung des Magengeschwürs, Arch. f. kl. Chirurg. T. 48.

²⁾ Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventr. Deutsche med. Wochenschr. 1895, str. 28 i 29.

króć 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 schorzałą ściany wyresekować. W razie gdyby i resekcya okazała się niewykonalną, można próbować wszycia miejsca perforacyi w ranę laparatomijną, albo poradzić sobie idąc za radą Brauna ¹⁾ w ten sposób, że się otwór w żołądku zamyka przez naszytą nań kawałką sieci. Jako ostateczny, choć bardzo niepewny sposób, może służyć próba zamknięcia otworu workiem Mikulicza z gazy jodoformowej. Co do czasu wykonania operacyi należy przystąpić do niej jak najspieszniej po skonstatowaniu pęknięcia. Statystyka Barlinga ²⁾ 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,

¹⁾ Ueber den Verschluss eines perforirten Magengeschwürs durch Netz, Centralbl. f. Chir. 1897, str. 739.

²⁾ Centralbl. f. Chir. 1895, str. 1048.

powstałe wskutek przeżarcia się wrzodu przez całą grubość ściany, a następne 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 wzrostów, wymaga złuznienia czyli przecięcia tychże, *gastrolysis*. Operacja technicznie dość prosta, a cała trudność leży w rozpoznaniu. Korzystne przypadki wyleczone w ten sposób, ogłosili Rosenheim, Hahn, Robson, Terrier, Launstein, Landerer, Riedel i inni ¹⁾. Druga grupa sprawia zazwyczaj daleko silniejsze dolegliwości, wymagające energicznego działania. Operacja polega na oddzieleniu żołądka od powłok brzusznych i resekcji schorzałej części żołądka. W literaturze znanych jest 8 przypadków w ten sposób z pomyślnym skutkiem operowanych (Billroth Hofmeister, Mikulicz, Brenner ²⁾, Drobnik ³⁾, Krogus ⁴⁾).

Jako wreszcie bardzo rzadkie następstwo po wrzodzie żołądka wspomnieć należy o *u c h y ł k a c h* (*diverticulum*) ściany żołądka. Przypadek podobny opisał rodak nasz Kolaczek ⁵⁾. Dotyczył on kobiety 45 lat liczącej,

¹⁾ Patrz Hofmeister: Zur operativen Behandlung des Ulcus ventriculi. Beiträge z. kl. Chirurgie XV, str. 355.

²⁾ Zur Magenresection bei Ulcus ventricul. Wiener kl. Wochenschr. 1889 Nr. 48.

³⁾ O operacyjnem leczeniu owrzodzeń żołądka i ich skutkach. Nowiny Lek. 1897, Nr. 6.

⁴⁾ Kasuistischer Beitrag zur operativen Behandlung des Magengeschwürs Centralbl. f. Chirurgie 1896. str. 538.

⁵⁾ Ein d. ein Magengeschwür hervorgerufenes Magendivertikel, das eine Neubildung vergetäuscht hat. Mittheilungen aus d. Grenzgebieten 1896, str. 163.

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. R a k ż o ł ą d k a w dość znacznej ilości przypadków staje się przedmiotem interwencji chirurgicznej, już to celem wycięcia go radykalnego, albo przynajmniej celem usunięcia spowodowanej przezeń przeszkody mechanicznej dla przedostania się pokarmów z żołądka do niższych części przewodu pokarmowego. W pierwszym rzędzie chodzi tu o raki usadowione na odźwierniku, które według Rosenheima obejmują 60% wszystkich raków żołądka. Zupełne usunięcie nowotworu ma na celu r e s e k c y a o d ź w i e r n i k a. 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 patologicznego 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 ¹⁾ przypadki wolne od przerzutów również są bardzo rzadkie. Zrosty żołądka z organami otaczającymi, oczywiście pomijając poszczególne zrosty zupełnie luźne, stanowią i stanowić muszą wprost przeciwnie 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 pomysłne wyniki operacyjne przy tem cierpieniu. Haberkant zestawiał 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 zmalała 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 doskonalą się techniki jeszcze lepsze wyniki chwilowe. Nad-

¹⁾ Przypadki zejścia śmiertel. z powodu raka na podstawie materiału w prosektoryum szpit. we Lwowie w r. 1894—1896. Now. lek. 1897, Nr. 11.

mienieć jeszcze wypada, że wogóle śmiertelność u mężczyzn po tej operacyi 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 operacyi. Pod tym względem niestety przypadki cieszące się trwałem zdrowiem należą do białych kruków, n. p. przypadek operowany przez Hahna, w którym po $3\frac{1}{2}$ latach jeszcze nie było recydywy, Kochera wolny od recydywy jeszcze po latach 7, Wölflera wolny od recydywy $5\frac{1}{2}$ lat, 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. Mikulicz¹⁾ oblicza przeciętną długość życia po udanej resekcyi żołądka z powodu raka na $16\frac{1}{4}$ miesiąca, Dreydorff²⁾ na 11 miesięcy i 4 dni. Jeżeli zważywszy, że Krönlein³⁾ 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 resekcyja żołądka z powodu raka życie nieco przedłuża. Spodziewać się jednak należy, że w miarę jak chorzy we wcześniejszym okresie choroby będą się poddawali operacyi i wyniki ze względu na trwałość wyleczenia staną się lepsze. Słuszne też wobec tego jest żądanie Czerneho, by do resekcyi wybierać te przypadki, w których wogóle jeszcze guza czuć nie można. Wa-

¹⁾ Bericht über 103 Operationen am Magen. Arch. f. kl. Chirurgie. t. 51.

²⁾ Kasuistischer Beitrag zur Magen Chirurgie. Beiträge z. klin. Chirurgie XI.

³⁾ Chirurg. Erfahrungen über d. Magencarcinom. Beiträge z. klin. Chir. XV.

runkiem koniecznym do uczynienia zadość temu wymaganiu jest więc rozpoznanie bardzo wczesne raka. Niestety medycyna wewnętrzna nieomylnych wskazówek w tym względzie nie posiada. 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 odsyłano do chirurga celem wykonania cięcia próbnego (Matlakowski). Laparatomia zwłaszcza z małym cięciem i w znieczuleniu miejscowym jest zabiegiem zupełnie prostym, nie połączonym dla chorego z żadnem niebezpieczeństwem. Ewentualnie w razie potrzeby można jeszcze naciąć i ścianę żołądka i palcem obmacać i wewnętrzną ścianę odźwiernika. W ten sposób możemy niejako uchwycić nowotwór w początkach jego rozwoju i wykonać resekcyę, jeżeli przypadek się ku temu jeszcze nadaje. Nadmienić tu jeszcze wypada, że jeżeli operacyę zaczęto przy znieczuleniu miejscowym, to wobec raka można ją dość często bez 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 zrostów, czy też dla zbyt wielkich rozmiarów, albo wreszcie dla ogólnego charłactwa do resekcyi 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%, od roku 1886 zaś do 1892 tylko 38·7%. Według Haberkanta przeciętnie wynosi ona 47·5%. Ale i tu nadmienić należy, że statystyki poszczególnych klinik są znacznie lepsze, Lücke n. p. podaje 12·5%. Przyczyny w każdym razie wysokiej śmiertelności szukać znów głównie należy w nędznym stanie, w którym chorzy do operacyi przychodzą, a wywołanym nie należytem odżywieniem wskutek zwężenia odźwiernika. Ze względu na dalszy wynik po operacyi, w pierwszym rzędzie zaznaczyć należy, że chorzy zazwyczaj podmiotowo znaczną bardzo czują ulgę zwłaszcza, że uporeczywe bardzo wymioty w przypadkach udałych ustają zupełnie, znikają też bardzo często bóle wywołane ciąglem drażnieniem nowotworu przez przeciskające się przez zwężenie pokarmy.

Mechanizm i chemizm trawienia żołądkowego zarówno po resekcyi jak i po gastroenterostomii wykonanej z powodu raka były przedmiotem bardzo cennych prac; wspomnę tu tylko o pracach Jaworskiego, Obalińskiego ¹⁾, Rydygiera ²⁾, Imredy'ego ³⁾, Rosenheima, Mintza, Kaen-

¹⁾ J a w o r s k i i O b a l i ń s k i: Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato-zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnością żołądka po wyzdrowieniu. Now. Lek. 1889, str. 167.

²⁾ 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.

³⁾ Ueber die Function d. Magens nach Pylorusresection. Wiener med. Presse 1894, 13.

schego, Siegęła, Zawadzkiego, Solmana¹⁾, Trojanowa²⁾ 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. Dreydorff³⁾ obliczył, że śmierć po gastroenterostomii z powodu raka następuje przeciętnie po 7 miesiącach; w przypadkach Mikulicza przeciętnie śmierć następowała po 9¹/₂ miesiącach. Najdłużej po gastroenterostomii z powodu raka żył pacjent Hahna, 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 żyć przedłuża niż gastroenterostomia, co jest zresztą zupełnie łatwem do zrozumienia.

¹⁾ Zawadzki i Solman: Przyczynek do lecz. chirurg. chorób żołądka. Kron. Lek. 1893, Nr. 4.

²⁾ Hildebrand: Jahresbericht 1895, str. 699.

³⁾ L. c.

Inne operacye paliatywne wykonywane przy raku odźwiernika z wyjątkiem jednej jejunostomii nadającej się w tych przypadkach, w których gastroenterostomia jest wprawdzie wskazana, ale ze względów technicznych niewykonalną, mają wyłącznie znaczenie tylko historyczne. James Russel ¹⁾ i Hahn po założeniu przetoki żołądkowej przeprowadzili zgłębnik do dwunastnicy i w ten sposób chorego odżywiali. W innych przypadkach starali się Hahn, Helferich i Schede palcem wpuklającym przednią ścianę żołądka rozszerzyć zwężenie nowotworowe. Mollière starał się operacją Lorety usunąć zwężenie. Ceccarelli proponował nacięcie nowotworu od wewnątrz, a więc coś w rodzaju pylorotomii wewnętrznej, a wreszcie Bernay ²⁾ chciał wprost wyskrobać masy nowotworowe łyżeczką.

9. Inne nowotwory, a mianowicie mięsaki, torbiele rozmaite i t. p. bywają bardzo rzadkie. O ile bywają dobrotnie, 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 ³⁾ zdołali z literatury zestawieć 19 podobnych przypadków,

¹⁾ Brit. med. Jour. 1884, p. 375.

²⁾ P. Haberkant l. c. str. 494 i Zagórski: Przyczynek do sprawy chir. lecz. nowotw. zwęż. odźwier. Medycyna 1898 Nr. 11 i 12.

³⁾ Des retrécissemens du pylore d'origine hépatique. Revue de Chir. 1897, Nr. 2.

w których zwężenie odźwiernika albo początku dwunastnicy wywoływał pęcherzyk żółciowy kamieniami przepełniony, albo duży kamień uwieczgnięty 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 operacji, 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 fizjologicznych Bassow i Blandlot w r. 1842 i 1843. Na człowieku wykonał ją po raz pierwszy w r. 1849 Sedillot. Niezależnie od niego i prawdopodobnie nie znając wcale prac swych poprzedników wykonał tę operację Fenger. Odtąd operacja 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 uporczywe 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, a to najczęściej przez nadanie przetoce ukłósnego kierunku, przez jej okręcenie koło osi, lub stworzenie sztucznego zwieracza. Tu należą sposób, Hackera ¹⁾, Schnitzlera ²⁾, Fischera ³⁾, Ullmanna ⁴⁾, Helfericha ⁵⁾, Witzela ⁶⁾, Hahna ⁷⁾, Franka ⁸⁾, Kadera ⁹⁾, Nicolaysena ¹⁰⁾,

¹⁾ Ueber die Verwendung des Muscul. rect. abdom. zum Verschluss der künstlichen Magenfistel. Wien med. Wochenschr. 1886 Nr. 31, 32.

²⁾ Zur Technik der Gastrostomie. Wr. Kl. Rundschau 1896 Nr. 30.

³⁾ Mittheilungen über Magenfistelbildung. Archiv. f. klin. Chirurgie Nr. 50,

⁴⁾ Zur Technik der Gastrostomie. Wien. med. Wochenschr. 1894 Nr. 39.

⁵⁾ Albrecht über die Torsion d. vorgezogenen Magenstückes bei der Gastrostomie als Hilfsmittel zur Erzielung eines besseren Verschlusses. Inaug. Diss. 1895.

⁶⁾ Zur Technik der Magenfistelanlegung. Centralbl. f. Chirurgie 1891.

⁷⁾ Eine neue Methode d. Gastrostomie. Centralbl. f. Chir. 1890 str. 193.

⁸⁾ Eine neue Methode der Gastrostomie bei Carcinoma oesophagi. Wiener kl. Wochenschr. 1893 Nr. 13,

⁹⁾ Zur Technik der Gastrostomie. Centralbl. f. Chirurgie 1896 str. 665.

¹⁰⁾ Zur Technik der Gastrostomie. Centralbl. f. Chirurgie. 1894 str. 83.

Ssabanajewa¹⁾, Girarda²⁾, Marwedela³⁾ i wielu innych. Rezultat po operacjach tych odpowiada zazwyczaj wymagom, gdyż przetoki najczęściej funkcjonują należycie, nie pozwalając na wylewanie się treści żołądkowej na zewnątrz.

2. *Resekcyja odźwiernika.* Pierwszy wykonał operacyę 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 operacyi tak, że z małymi wyjątkami dziś operacya powszechnie bywa wykonywana według zasad przez szkołę Billrotha głoszonych. Po otwarciu jamy brzusznej — dziś przeważnie cięciem podłużnem — pierwszy akt operacyi stanowi odosobnienie należyte odźwiernika. Ponieważ jak wyżej wspomnieliśmy, zrosty zwłaszcza młodsze winny stanowić przeciwskazanie do operacyi, rozechodzi się tu przeważnie tylko o przecięcie sieci małej i wielkiej, z których zwłaszcza dużą należy przecinać możliwie blisko żołądka, by nie spowodować obumarcia poprzecznicy. Dalszy akt operacyi stanowi wycięcie części schorzałej i zeszyicie pozostałej części żołądka z dwunastnicą. Podczas tego należy baczyć, by treść przewodu pokarmowego nie wy dostała się do jamy brzusznej. Zapobiega się temu przez podłożenie kompresów wyjałowionych po pod części mające uleść resekcyi i przez zamknięcie światła żołądka

¹⁾ Centralbl. f. Chirurgie. 1893 str. 862.

²⁾ Correspondenzbl. f. schweizer Arzte 1888.

³⁾ Zur Technik der Gastrostomie. Beiträge z. klin. Chirurgie XVII.

i dwunastnicy, czyto zapomocą palców asystentów, czy też zapomocą osobnych uciskadeł (Gussenbauer, Rydygier, Wehr i t. p.). Celem zeszcicia nierównych światel 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. Zeszcicie następuje teraz jak przy zwykłej resekcji 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 resekcji zeszcicie żołądka z dwunastnicą staje się niemożliwem, radził Billroth zamknąć zarówno światło żołądka jak i dwunastnicy, a dla treści pokarmowej utworować nową drogę przez gastroenterostomię.

Celem rozstrzygnięcia pytania, jak wielki kawał wogóle z żołądka wyresekować można, wykonano liczne doświadczenia, z których głównie znane są doświadczenia Czerneho, Kaisera, Pachona i Carvalla, Monariego ¹⁾, 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 ²⁾ i O'Connor, niestety z wynikiem niepomysłnym, a Langenbuch ³⁾ i Schlatter ⁴⁾ z po-

¹⁾ Experimentelle Untersuchungen über die Abtragung des Magens und des Dünndarms beim Hunde. Beiträge z. kl. Chirurgie XVI.

²⁾ Ueber die Magenresectionen in Prof. Billroth's Klinik von März 1885 bis October 1889. Arch. für Kl. Chir. 39 str. 735.

³⁾ Ueber zwei totale Magenresectionen beim Menschen. Deutsche med. Wochenschr. 1894 p. 968.

⁴⁾ Correspondenzblatt fr. Schw. Aerzte 1897 Nr. 23,

myślnym wynikiem. Ten ostatni przyszył pętlę jelita cienkiego do przełyku, a więc wykonał *oesophagoenterostomię*. Nacisk wielki należy położyć na leczenie następowe, a mianowicie na sposób odżywiania chorego. Im dłużej zdołamy żołądkowi zapewnić absolutny spokój przez wyłączenie żywienia chorego ławatywami, 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 płyny, podczas gdy inni radyby aż do tygodnia przedłużyć post absolutny.

3. *Gastroenterostomia* wykonana po raz pierwszy na człowieku przez Wöflera stwarza prostą komunikacyę pomiędzy żołądkiem a początkiem jelita czczego. Wöfler zalecał tak zwaną *gastroenterostomię anterior antecolicą* t. j. przeprowadzał pętlę jelita cienkiego poprzód okrężnicą poprzeczną i przyszywał ją do przedniej ściany żołądka. Ze względu na możliwe ucisnięcie poprzecznicy 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 metod jest najlepszą, trudno powiedzieć, zwłaszcza, że za każdą

z nich pewne względy przemawiają. Zależy tu znów bardzo wiele od indywidualnego zapatrywania operatora. Technicznie najprostszą jest operacya 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 możności 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 przyszyta 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). Najprzykrzejszem powikłaniem mogącym wystąpić po tej operacyi 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 ztamtąd znów pomieszana z żółcią doń wraca, dając powód do uporczywych wymiotów, sprowadzających wreszcie całkowite wyniszczenie i śmierć. W przypadkach podobnych znajdujemy przy sekcyi obie pętle przyszytego 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 napękania 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 jełitem doprowadzającym a odprowadzającym, jak to zresztą Braun ¹⁾ i Jaboulay ²⁾ radzą dla wszystkich gastroenterostomij bez wyjątku. Eiselsberg ³⁾ 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 jełitem. Dodać tu wreszcie wypada, że samo przyszyć jelita do żołądka starano się ułatwić za pomocą płytek z kości, brukwi i t. p., a w ostatnich czasach z bardzo pomyślnym skutkiem przez zastosowanie guzika Murphye'go.

4. Operacya Lorety polega na rozszerzeniu odźwiernika za pomocą palców albo dylatorów wpro-

¹⁾ Ueber Gastro-Enterostomie und gleichzeitig ausgeführte Entero-Anastomose. Archiv. f. kl. Chirurgie 45 str. 361.

²⁾ Centralbl. f. Chir. 1892 str. 893.

³⁾ Ueber Anschaltung inoperabler Pylorus Stricturen nebst Bemerkungen über die Jejunostomie. Arch. f. kl. Chirurgie 50, str. 919.

wadzonych przez ranę zrobioną w przedniej ścianie żołądka, zasadą zaś pyloroplastyki Heineke-Mikulicza jest przecięcie miejsca zwężonego w kierunku osi żołądka, a następnie zespojenie rany w kierunku prostopadłym.

5. Wspomnieć tu ostatecznie jeszcze wypadu, że nie brakło i prób na trupach i zwierzętach celem uczynienia dostępnym dla operacyi także i w pustu żołądka. Wymienić tu wypadu prace Levyego ¹⁾, Bozzi'ego ²⁾, Kendal-Franka ³⁾ 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.

¹⁾ Ueber die Resection der Cardia. Centralbl. f. Chirurgie. 1894. str. 721.

²⁾ Die Plastik der Cardia bei Narbenstricturen. Beiträge zur klin. Chirurgie XVIII.

³⁾ Deutsche med. Wochenschrift 1895. Vereinsbeilage str. 18.



