

GAZETA LEKARSKA

T R E Ś Ć. Ś. p. ADAM KARCZEWSKI. Str. 25. I. Z. SEAWIŃSKI. O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych. Str. 29 II. ROBERT BERNHARD. Rentgenoterapia raka ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry. (Dok.) Str. 32. *Dział sprawozdawczy.* 6. WEINBRENNER. O niedrożności dwunastnicy po operacjach. Str. 42.—7. *Wiadomości terapeutyczne.* O wewnętrznym leczeniu chorób skórnych solami wapnia. Str. 43. *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.* Posiedzenie dnia 25-go września 1909 r. Str. 44. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

Ś. p. Adam Karczewski.

[Wspomnienie pośmiertne].



Cicho rozegrał się ostatni akt dramatu życiowego: padł przedwcześnie z ręki nieubłaganego przeznaczenia niepowszedniej miary i zasług człowiek, któremu, zdawało się, po licznych a znojących latach umiłowanej ciężkiej pracy zawodowej, los zaczynał się wreszcie uśmiechać, obiecując w nagrodę szarych i wyczerpujących walk, dać możność rozwinięcia w całej pełni płodnej, a pożytecznej działalności lekarza - chirurga, chirurga uczonego.

Ś. p. ADAM KARCZEWSKI, urodzony w Warszawie w r. 1860, wy-

kształcenie średnie odebrał w gimnazjum plockiem. W roku 1879 wstąpił na Uniwersytet Warszawski, po 3-ich latach przeniósł się do Akademii Lekarskiej w Petersburgu, którą ukończył w r. 1884. W ciągu następnych 4-ch lat odbywał służbę wojskową w charakterze lekarza szpitalnego w Baku.

W roku 1889 powrócił do rodzinnego miasta Warszawy i tu, poznawszy się ze ś. p. WŁ. KRAJEWSKIM, wstąpił na jego oddział chirurgiczny.

Zetknięcie się z tak wybitną jednostką i indywidualnością, jaką przedstawiał KRAJEWSKI, zdecydowało o dalszej karierze lekarskiej i kierunku pracy ś. p. KARCZEWSKIEGO.

Zapatrzony w swego uwielbianego mistrza, którego prawą ręką i nieodstępnym towarzyszem był przez długie lata, ukochał naukę, umiłował chirurgię, służąc im w miarę biegu lat z coraz większym zapalem i oddaniem się, aż wyrósł wreszcie na siłę pierwszorzędną.

Jak cenił WŁ. KRAJEWSKI zdolność i fachowe wyrobienie KARCZEWSKIEGO widać z tego, że powierzył mu dokonanie na sobie trudnej i ciężkiej operacji.

KRAJEWSKI, wiedząc doskonale o nieuniknionym, a bliskim końcu swej ziemskiej wędrówki, starał się hojnie i według zasług uposażyć swego ulubionego ucznia, przyjaciela i spadkobiercę świetnej tradycji oddziału.

Jeszcze za życia swego mistrza został KARCZEWSKI ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus, a po zgonie KRAJEWSKIEGO wszedł w posiadanie obszernej i cennej biblioteki, wspaniale urządzonego oddziału szpitalnego i wzorowego oddziału chirurgicznego w prywatnym Domu zdrowia.

Wszystko składało się, aby piękna przyszłość stanęła otworem dla KARCZEWSKIEGO: sam — chirurg urodzony, obdarzony umysłem badawczym, łączący z gruntowną znajomością przedmiotu sumienną i krytyczną obserwację, doszedł do wyżyn współczesnej chirurgicznej nauki.

Niestety, mocny duch przerastał o wiele słabą powłokę doczesną i nieledwie na początku szczytnych usiłowań przeciętem zostało pasmo żywota, tyle dającego nadziei.

Bądź co bądź puścizna, jaką nam pozostawił KARCZEWSKI, jest niepoślednia a wielostronna.

Chirurg niezwykle wybitny, łączący w sobie zalety doskonałego technika z zaletami umiejętnego dyagnosty, starał się natchnąć zamiłowaniem do chirurgii liczne rzesze swych uczniów.

Lecz nie tylko sala operacyjna i łóżko chorego było terenem pracy ś. p. ADAMA nad wydoskonaleniem pokolenia młodszych kolegów.

Wszakże wszyscy, cośmy Go otaczali, pamiętamy stałe naukowe posiedzenia w mieszkaniu Jego, gdzie żywe słowo KARCZEWSKIEGO w jasnej barwnej i potoczystej formie dopełniało i wyjaśniało przemówienia asystentów oddziału.

Widzieliśmy, jak zapal szefa udzielał się otoczeniu i praca naukowa, pomimo fatalnych warunków ogólnych, szła naprzód, a oddział stawał się uczelnią, której brak tyle nam odczuwać się daje. Nie żałując przytem środków na różne cele pomocnicze, nie tylko zdołał KARCZEWSKI utrzymać poziom po-

wierzonego Mu oddziału na stopie, pozostawionej przez mistrza, lecz bacząc pilnie i śledząc rozwój wiedzy, był sprawcą ciągłego postępu chirurgii.

Niemale są też zasługi ś. p. KARCZEWSKIEGO, jako członka czynnego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Nie było prawie posiedzenia aż do czasu ostatniej choroby, w którym nie brałby udziału, nie zabierałby głosu, a umiał sprawy dyskutowane lub poruszane tak wszechstronnie oświetlić, logicznie umotywić, iż Jego przemówienia były zawsze ze szczerą sympatją i uznaniem przyjmowane przez audytorium, zwłaszcza, że dbałość o czystość i barwność języka ojczystego dodawały im wiele zajmującego uroku.

Prace naukowe ś. p. KARCZEWSKIEGO datują się jeszcze od czasów asystentury u WŁ. KRAJEWSKIEGO.

Hołdując zasadzie—*„Non numerandae sunt, sed perpendendae observationes”*—którą sam umieścił, jako motto w nagłówku swej pracy o ciąży śródmiąższowej, pisał ściśle, treściwie, dawał spostrzeżenia dokładnie zaobserwowane, a wnioski wysnuwał z takim krytycyzmem, jakim mało kto poszczycić się może.

Zaczawszy, jak każdy nowozaciężny, od streszczeń i kazuistyki, przeszedł wkrótce do prac, które stanowią poważny przyczynek w nauce. Ostatnia jego praca „O ciąży śródmiąższowej”, studium niezmiernie ściśle i wyczerpujące, została nagrodzona na konkursie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. W pracy tej, stanowiącej obszerną monografię ciąży śródmiąższowej i świadczącej o dużej erudycji i wysokim umyśle krytycznym autora, KARCZEWSKI uwzględnił całą obszerną swojską i obcą literaturę przedmiotu i poddał je bezstronnej krytyce z właściwą sobie ścisłością. Obok tych zalet należy uznać zasługę KARCZEWSKIEGO, że stwierdził istnienie dwu klinicznych postaci ciąży śródmiąższowej, stosownie do tego, czy legowisko jaja wytwarza się kosztem ściany bocznej macicy, czy też dna macicy. Rozpoznanie kliniczne ciąży śródmiąższowej jest bardzo trudne, często niemożliwe nawet pomimo otwarcia jamy brzusznej [przy operacji]; dopiero wycięcie całej macicy wraz z guzem i anatomiczne i mikroskopowe zbadanie preparatu rozstrzygnąć może o prawdziwości rozpoznania klinicznego.

Jako nieocentony nabytek dla przyszłych badaczy, praca posiada znaczenie długotrwałe.

Z chwilą, gdy KRAJEWSKI zaczął wydawać „Przegląd Chirurgiczny“, od samego początku ś. p. KARCZEWSKI brał żywy udział w wydawnictwie, a w latach ostatnich [1901—1902] stał się razem z KRAJEWSKIM i GROSGLIKIEM faktycznym współredaktorem pisma, w które włożył cały ogrom tej młodszej i sumiennej pracy, jaka zawsze cechowała zgasłego. Pamiętam, jak bolał KARCZEWSKI nad tem, że wydawnictwo „Przeglądu Chirurgicznego“ musiano przerwać.

Lecz sądzonem Mu jeszcze było doczekać się [tej pociechy, że za Jego poniekąd inicjatywą i moralnem poparciem powstał nowy organ „Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny“, w który wkładając, jako członek komitetu redakcyjnego, sporą część swego ducha, jeszcze raz wykazał bardzo wybitne zdolności,

Z czasów, gdy samodzielna praca oddziałowa i [praktyka mniej absorbo-
wały KARCZEWSKIEGO, datują się tłumaczenia: DUEHRSSEN'a [W. JANOWSKI i A.
KARCZEWSKI] „Krótki podręcznik chorób kobiecych“, oraz KOCHERA „Wykład
Chirurgii Operacyjnej.“. Chciałbym jeszcze zaznaczyć, że KARCZEWSKI w osta-
tnich czasach uporządkowywał materiały i notatki ś. p.] WŁ. KRAJEWSKIE-
GO, chcąc pozostawić po mistrzu w piśmiennictwie taką samą trwałą pamią-
tkę, jaką ufundował wspólnie z innymi uczniami, zawiesiwszy tablicę pamiątkową
na I pawilonie w Szpitalu Dzieciątka Jezus, terenie działalności ich obu.

Cześć pamięci człowieka, który wzniośle pojmował swe zadania, i czynił
dobrze dla dobra samego!

Spis prac oryginalnych A. Karczewskiego, drukiem ogłoszonych.

1. O wlewaniu rozczynu soli kuchennej przy cholercze. Medycyna 1892.
2. Kilka przypadków ran drażących brzucha. Przegl. Chir. 1893/4.
3. W sprawie zapobiegania gorączce połogowej. Zdrowie. 1894.
4. Przyczynek do leczenia posocznicy. Przegl. Chir. 1894/5.
5. Przypadek całkowitego wypadnięcia macicy u 15-letniej dziewczyny.
Kron. Lek. 1895.
6. Kilka słów w sprawie dyskrecyi lekarskiej. Kron. Lek. 1896.
7. Pogotowie ratunkowe. Kron. Lek. 1896.
8. Einige geschichtliche Bemerkungen über die Spaltungsmethode bei Ve-
sicovaginalfisteln. Centralbl. f. Gynaek. 1896.
9. Przyrząd do chloroformowania przy operacjach w jamie ustnej. Kron.
Lek. 1896.
10. FRANCISZEK JAWDYŃSKI—wspomnienie pośmiertne. Przegl. Chir. 1896.
11. Odpowiedź na kilka słów w kwestyi słownictwa. Kron. Lek. 1898.
12. Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego o niezwykle ciężkim
przebiegu. Czasop. Lek. 1901.
13. Przypadek torbieli jajnika u dziewczynki 10-letniej, skręcenie szypuły,
skręt kiszki esowatej. Medycyna 1903. Centralbl. f. Gynäk. 1903.
14. Przypadek skrętu kątnicy (*volvulus caeci*). Medycyna 1904.
15. W sprawie operacyjnego leczenia ropienia popołogowego sutki. Gi-
nekologia 1904.
16. Pociągadło. Ginekologia. 1904.
17. Przyczynek do dziejów ginekologii polskiej. Ginekologia. 1904.
18. Przyczynek do leczenia operacyjnego *coxae varae*. Medycyna. 1904.
19. O leczeniu zachowawczem przewlekłego poporodowego wynicowania
macicy. (KARCZEWSKI i KORONKIEWICZ). Odczyty kliniczne. Ser. XVI. № 9. 1904.
20. Życiorys ś. p. WŁ. KRAJEWSKIEGO. Medycyna. 1907.
21. O ciąży śródmiąszowej. Medycyna. 1907.

TŁOMACZENIA:

1. Krótki podręcznik chorób kobiecych A. DUEHRSEN'a (W. JANOWSKI, A. KARCEWSKI).
2. Wykład Chirurgii operacyjnej Th. KOCHER'a.

M. Bełżyński.

I. O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych.

Podał

Z. Sławiński.

Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem.

Przed niedawnym czasem miałem możność zastosowania w praktyce szwu naczyń krwionośnych. Zanim przedstawię wyniki prób odnośnych, uważam za potrzebne zaznaczyć Sz. PP. pokrótce z obecnym stanem wykonania i używania tego nowego zabiegu operacyjnego.

Pomysł szycia tętnic podany został w drugiej połowie ośmnastego wieku przez znanego LAMBERT'a i zastosowany z wynikiem pomyślnym przez HALLOWELL'a w r. 1759 do zaszycia tętniaka urazowego t. barkowej z zachowaniem jej drożności. Brzegi rany podłużnej tętnicy przekłuto cienką szpilką i dokoła jej końców nawinięto nitkę w sposób, stosowany dawniej powszechnie dla zeszywania wargi zajęczej. Pomysł powyższy został jednak zarzucony i w literaturze nie spotykamy wskazówek co do szycia naczyń krwionośnych. Przeciwnie, istniało przekonanie, że szew zawsze przecina ścianę naczyniową i dlatego nie powinien być stosowany; takiego zdania był np. i GLUCK, który następnie przyczynił się tak znacznie do zbadania tej sprawy. Początkowo jednak [w r. 1881] próbował on zamykać rany naczyniowe u zwierząt specjalnymi kleszczykami [klampami], pozostawionymi na naczyniu *in situ* przez czas pewien. Dopiero udane doświadczenia JASSINOWSKIEGO [1889] zapoczątkowały szereg badań nad zeszywaniem naczyń. JASSINOWSKI wykazał mianowicie, że rana tętnicy goi się przez rychłozrost, że światło naczynia przytem zmianie nie ulega i że płonna jest obawa następczego krwotoku; unikał on jeszcze przenikania jedwabiu do światła naczynia z obawy zakrzepu i dlatego starał się przesywać tylko część ściany naczyniowej. Zwyczajne węzełkowe szwy jedwabne nakładane były z zachowaniem dokładnej aseptyki tylko na równe i gładkie brzegi rany naczynia; JASSINOWSKI ograniczał wskazania do szwu do ran podłużnych naczyń oraz poprzecznych, nie dłuższych od połowy obwodu. Dalsze badania [DÖRFLEB] dowiodły, że można bez obaw

przekłuwac i błonę wewnętrzną ściany naczyniowej czyli całą grubość ściany, oraz że i zupełnie przecięte naczynia dają się zeszyć na całym obwodzie.

Drogą stopniowego rozwoju i doskonalenia powstały główne sposoby leczenia ran naczyniowych, mianowicie różne rodzaje szwu oraz zespolenie za pomocą przyrządów, wprowadzone przez PAYR'a. Drobne rurki magnezyowe, używane w tym celu, posiadają wgłębienie poprzeczne [brózdę] na zewnętrznej powierzchni. Przez taką rurkę, odpowiedniego kalibru, przeciąga się dośrodkowy odcinek przeciętego naczynia, wolny jego brzeg wywija się i umocowuje w tem położeniu przez związanie nitki w owej brózdzie. Tak umocowany odcinek dośrodkowy wprowadza się w obwodowy, który również zostaje przywiązany w tej samej brózdzie. W ten sposób w świetle naczynia niema żadnego ciała obcego, [t. zw. przez PAYR'a *invaginatio*]. Później PAYR zalecał do łączenia naczyń też same rurki magnezyowe, lecz zaopatrzone w podstawę, ustawioną pod kątem prostym. Podstawa t. zw. rurki męskiej ma 4 sztyfciki, żeńska zaś 4 odpowiednie otwory. Po nasunięciu tych rurek na końce naczynia, wywinięciu i umocowaniu ich na sztyfcikach lub w otworach [zapomocą szwów], zbliżano oba końce naczynia, wprowadzano sztyfciki w otwory i przez zagięcie sztyfcików łączono szczelnie końce naczynia. I sam PAYR i inni badacze [LEXER, EXNER] stosowali z powodzeniem ten sposób zespalania, a mimo to coraz więcej używane są rozmaite rodzaje szwu.

JASSINOWSKI używał zwyczajnych szwów węzłkowych. MURPHY, który rości pretensje do pierwszeństwa w zastosowaniu szwu tętnicy u człowieka, dąży do umieszczenia wszystkich szwów na zewnątrz światła i w tym celu przesywa w trzech punktach ścianę dośrodkowego odcinka przeciętego naczynia, lecz nie łączy szwu. Obie nitki każdego szwu przeprowadzone zostają następnie poprzez ścianę odcinka obwodowego, lecz w kierunku od wewnątrz na zewnątrz; przez pociąganie za owe nitki odcinek dośrodkowy wprowadzony zostaje [wgłębia się] w obwodowy, do czego nieraz wypada przeciąć podłużnie ten ostatni, wreszcie zawiązanie tych nitok utrwała nowe położenie obu odcinków. MURPHY nazywa ten rodzaj szwu także wgłobieniem [*invaginatio*]. Istnieje kilka odmian szwu naczyniowego, lecz przytaczać ich tutaj nie będę, zaznaczę tylko, że największe uznanie i powszechne prawie użycie zdobył sobie obecnie szew wprowadzony przez CARREL'a.

Podstawę szwu CARREL'a [dla poprzecznie przeciętych naczyń] stanowią trzy szwy węzłkowe zasadnicze [points d'appui], rozmieszczone w równych odstępach, przenikające przez całą grubość ściany i zbliżające brzegi obu odcinków. Przez naciągnięcie dwu sąsiednich szwów z obwodu naczynia powstaje trójkąt równoboczny, brzegi rany wyprostowują się i dają się wtedy łatwo łączyć szwem ciągłym, również przenikającym całą grubość ściany. Druga ważna cecha i warunek powodzenia tego szwu leży w używaniu najcieńszych igieł i nitok, wyjałowionych w wazelinie. Cienka igła pozostawia drobne otwory, przez które ani krew nie przenika ze światła na zewnątrz, ani też sok tkankowy [mięśniowy] nie przedostaje się do krwi i nie powoduje jej krzepnięcia; nadto CARREL radzi zwilżać naczynia podczas zabiegu wazeliną płynną, żeby je uchronić od wyschnięcia. Wreszcie, powstrzymanie krwiobieg

na czas operacji osiągnięte zostaje obecnie nie zapomocą zaciskania naczyń w kleszczykach, lecz przez podnoszenie ich na grubym katgucie lub taśmie, doświadczenie bowiem nauczyło, że nawet najdelikatniejsze kleszczyki, otoczone gumą, powodują niekiedy złuszczenia nabłonka na miejscu zaciśnięcia i następcze zakrzepy [LEXER]. W tym samym celu ostrzega CARREL przed ujmowaniem ścian naczyń szczypczykami i w ogóle zaleca jaknajdelikatniejsze obchodzenie się z nimi; pozatem dokładna aseptyka i wprawa stanowią jeszcze o powodzeniu zabiegu.

Jak już wspomniałem, w przeważnem użyciu jest obecnie ten rodzaj zwu; posiłkując się nim, CARREL doszedł do zadziwiających wyników, które za chwilę przytoczę, przedtem jednak zaznaczę ogólne działy podjętych do świadczeń.

Do zabiegów najpewniejszych należy łączenie bezpośrednie tętnic i żył oraz przenoszenie naczyń danego osobnika na inne tegoż samego osobnika [*transplantatio autoplastica*]. Na wewnętrznej powierzchni zeszytego naczyni odkłada się zawsze włóknik na poziomie szwu, lecz cienką warstwą; z czasem znika on i nie tamuje w ogóle krążenia, o ile średnica naczynia nie jest mniejszą od 2 mm. Bliznę tworzy zrazu tkanka łączna włóknista, po pewnym czasie blizna zawiera i tkankę sprężystą i komórki mięśniowe. Jakkolwiek blizna składa się przeważnie z tkanki łącznej włóknistej, nie rozciąga się ona ani też nie zwęża światła tętnicy, lecz zarazem nie odtwarza nigdy w zupełności ściany naczyniowej.

Następny rodzaj doświadczeń—przeszczepianie naczyń obcych dla danego osobnika, lecz pochodzących od innego osobnika tegoż samego rodzaju [*transplantatio homeoplastica*] — również udaje się przeważnie. Obce dla danego osobnika naczynie wgaja się, spełnia swą czynność i mikroskopowych zmian nie uwydatnia, a mimo to badanie mikroskopowe dowodzi, że tkanki obce ulegają powolnemu zanikowi i zastąpione zostają stopniowo przez tkanki organizmu macierzystego; nowotworzenie idzie ze ścian naczynia stałego [niekiedy zachowuje się obca tkanka sprężysta].

Takż sam los, mianowicie zanik, spotyka tkankę naczyniową, pochodzącą zwłaszcza od zwierząt innego rodzaju [*transplantatio heteroplastica*]. Wynik czynnościowy może być zupełnie pomyślny, a jednak i tutaj ginie tkanka obca dla danego organizmu. Kot CARREL'a żyje od lat dwu ze wszczepioną w aortę tętnicą psią, stan czynnościowy był w tym czasie kontrolowany dwukrotnie. SMITH wgajał psom w aortę tętnice ludzkie, królicze i kocie. Na wewnętrznej powierzchni obcej tętnicy uwydatnia się cienka warstwa włóknista, nie powstrzymująca krążenia lecz zapewne izolująca naczynie od krwi. Po 3-ch tygodniach naczynie to ulega rozszerzeniu, zgrubiła ściana spełnia swą czynność, jakkolwiek składa się wtedy przeważnie z tkanki łącznej włóknistej, gdyż elementy sprężyste i mięśniowe giną; po 2 miesiącach ścianę tworzy już tylko tkanka bliznowata.

Dodać tu trzeba, że próby przeszczepiania heteroplastycznego dotyczyły nie tylko naczyń żywych i świeżych, lecz również i przechowywanych w rozmaitych warunkach. Tętnica ludzka, przeszczepiona przez CARREL'a psu w aortę

po 24-ch godzinach przechowania jej na zimnie, tętni dobrze po 2 latach. Ten sam badacz wgajał pomyślnie tętnice przechowywane w roztworze soli przy 0° w zatopionych rurkach w przeciągu nie tylko dni, lecz nawet 11 miesięcy. Po tygodniu wszczepione naczynia są mniej sprężyste, luźna tkanka powierzchni zewnętrznej nabiera konsystencji mydła, lecz nawet po miesiącu, jak twierdzi CARREL, mięśnie wyglądają normalnie w obrazie mikroskopowym; toż samo ma się spostrzegać nawet po 1½ roku. GUTHRIE wszczepił psu w tętnicę odcinek aorty kocięj, przechowywanej 4 tygodnie w formalinie, następnie odwodnionej w alkoholu i przepojonej wazeliną, innemu zaś psu odcinek aorty psiej w ten sam sposób traktowanej; w drugim przypadku ściana po 10-u dniach składała się z masy amorfnej z widocznymi włóknami tkanki sprężystej, w pierwszym zaś po 20-u dniach masa zupełnie bezstrukturalna otoczona była przez zbitą tkankę łączną. W opisie tych przypadków brak wszelkich dalszych szczegółów, jak również nie podana została wielkość przeniesionych odcinków. LEVIN podaje, że wszczepiał w aortę psa odcinki martwej aorty psiej, co sprowadzało zakrzep i śmierć wtedy, gdy odcinek wszczepiony był węższy od macierzystej aorty. Jeżeli jednak odcinek martwej aorty psa większego wszczepiano w aortę psa mniejszego, krążenie odbywało się bez zakrzepu przez dni 10: co potem następowało, w opisie nie podano. Dla zupełności obrazu heteroplastyki wspomnę jeszcze o zastąpieniu ściany przez otrzewną. CARREL wyciął psu część przedniej ściany aorty na przestrzeni 2 cm. i załatał tę lukę kawałkiem otrzewnej ściennej, wyciętej razem z warstwą mięśnia poprzecznego brzucha. W 22 miesiące po operacji aorta tętni na miejscu zeszyta, kaliber jej nie zmieniony, lecz barwa ściany nieco odmienna. Mikroskop wykrywa, że mięśnie prążkowane zginęły i ściana składa się ze zbitej tkanki łącznej; pomimo braku tkanki sprężystej niema rozszerzenia naczynia.

[D. c. n.]

II. Rentgenoterapia raka ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry.

Podał

Robert Bernhardt,

ordynator szpitala Św. Łazarza w Warszawie.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 2).

6. 42-letnia M. B. Rak sutki prawej. Wycięcie guza i wyłuszczenie gruczołów pachowych prawych. Spostrzeżenie zupełnie podobne do poprzedniego, z tą różnicą, że prócz blizny w miejscu gruczołu sutkowego naświe-

tląłem też i bliznę pod pachą. Początek leczenia w październiku 1908 r. 4 serie naświetlań. Bez objawów od 11-u miesięcy.

7. 52-letni M. Rak języka i dna jamy ustnej po stronie prawej. Wycięcie nowotworu i wyluszczenie gruczołów podżuchwowych prawych.

Blizna na języku miękka, pod żuchwą głęboka, zrosnięta, nacieczona. Świeżą bliznę na języku naświetlałem przez usta i poprzez policzek prawy. Dano po 5H. 26. VIII. 1907 r. przez usta i 27. VIII. poprzez policzek. Również po 5H dano 27 i 28. IX.—18. XI. notowałem: blizna na języku w stanie dobrym, miękka nienacieczona, gładka. 19. XI. — 2H $\frac{1}{2}$ przez usta. 22-go i 23-go I. 1908 r. dałem jeszcze 4H $\frac{1}{2}$ przez usta i policzek.

Naświetlanie blizny w okolicy podżuchwowej prawej. 27. VIII. 1907 r. dano 5H.—28. IX. idem.—18. XI. stan był następujący. Nacieczenie dokoła blizny znikło niemal zupełnie. Pewną pozostałość o ciastowatej spistości chirurg określa jako resztę, zrosniętej z blizną ślinianki. Zaaplikowałem 4H. 22. I. 1908 r. głębokie twarde nacieczenie dokoła blizny. Bole. Dokonano powtórnej operacji w okolicy podżuchwowej. Chory wkrótce zmarł w skutek przerzutów w narządach wewnętrznych.

8. 60-letni P. Głęboki nabłoniak skóry w okolicy nadsutkowej lewej. Owrzodzenie twarde wielkości ćwierci dłoni. Wycięcie w granicach zdrowej tkanki. Naświetlania rozpocząłem trzeciego dnia po operacji [7. XI. 1908 r.]. Dałem po 5H na każdą połowę. 15. XII. Rana operacyjna zablizniona niemal zupełnie. W środkowej części pozostało naskórkiem niepokryte miejsce wielkości 5 - kopiejkowej monety miedzianej. Powtórnie dano po 4H. W styczniu 1909 r. wszystko zabliznione. Blizna miękka.

9. Głęboki nabłoniak skóry głowy u 40-letniej kobiety Z. Guzowate owrzodzenie wielkości rubla w czołowej okolicy uwłosionej skóry głowy. Operacja jak wyżej. Rentgenoterapię rozpocząłem w tydzień po operacji 10. VIII. 1908 r. dano 7H $\frac{1}{2}$. 21. IX. doskonale się zabliznia. Dodano 4H. 4. XII. wszystko zabliznione. 13. I. 1909 r. zaaplikowano 2H $\frac{1}{2}$. Od tej pory bez objawów.

10. 55-letni A. D. Głęboki nabłoniak okolicy skroniowej lewej. Twór wielkości niemal połowy dłoni. Postępowanie operacyjne jak w spostrzeżeniu 9-em. Naświetlanie z ustawieniem dwuogniskowem [bilokularnem] w 3-ch seriach po 5—6H. Niewielki nawrót w 10 tygodni po ostatniem naświetlaniu [guzki w bliznie i na jej brzegach]. Wycięcie guzków. Naświetlanie pełną dążą. Obecnie bez objawów od 5-u miesięcy.

11. 44-letnia O. Rak skóry czoła [patrz rys. 1]. Rozległy twór ten zajmuje środkową część czoła, przechodząc też na lewą powiekę i widocznie sięgając do lewego oczodołu, gdyż wywiera ucisk na lewą gałkę oczną, przesuwając ją ku dołowi i na zewnątrz. Głębokie twarde i nieruchome dno owrzodzenia sięga okostnej kości czołowej. Brzegi wysokie guzowate twarde. Sąsiednie gruczoły chłonne są niepowiększone.—28. VI. 1908 r. pod uspieniem chlorkoformowem szeroko wyciąłem brzegi w granicach zdrowej tkanki [prócz po-

wiek] i dokładnie wyłyżczkowałem brzegi oraz dno. Następnego dnia przystąpiłem do naświetlań. Ustawienie dwuogniskowe. 29. i 30. VI. dano po 4H=8H.—11. VIII. wszystko zabiłiło się prócz przestrzeni wielkości 2-u kop. w środkowej części byłego owrzodzenia. Miejsce to jest widocznie zrosnięte z okostną. Brzegi wchłonęły się dokładnie. Tylko prawy brzeg jest nieco nacieczony i tutaj widać liczne rozrosty brodawkowate.—12. VIII. powtórnie wyłyżczkowałem jeszcze niezabiłione miejsce, a także wzmiankowane wyrosty brodawkowate.—13. VIII. zaaplikowałem 5H.—26. VIII. wszystko się zabiłiło. Środkowa część blizny jest zrosnięta z kością, pozostała—mięka i przesuwalna. Gałka oczna powróciła do prawidłowego stanu. Nie wyczuwa się nacieczenia w lewym oczodole. Chora jest do tej pory bez objawów ¹⁾.

Z przytoczonych jedenastu spostrzeżeń nie pragnę wyciągać żadnych dalej sięgających wniosków. Zwrócę tylko uwagę na ten fakt, że przez skombinowane leczenie chirurgiczno-rentgenowskie można niekiedy osiągnąć zupełnie zadowalające wyniki nawet w przypadkach ciężkich i poważnych. Możliwie wczesne zastosowanie rentgenoterapii po operacji należy do jednego z warunków powodzenia. Stałe zaś opiekowanie się chorym przez chirurga, kontrolowanie ogólnego i miejscowego stanu zdrowia, dokonywanie—w razie potrzeby—dodatkowych zabiegów operacyjnych,—uważam za rzecz niezbędną w tem skombinowanym postępowaniu leczniczym.

Przechoǳę teraz do 3-ej grupy moich spostrzeżeń, która mię najbardziej interesuje jako dermatologa. Grupa ta, złożona z 76-u spostrzeżeń, obejmuje t. zw. raki skórne różnorakiego typu klinicznego. A więc *epithelioma superficiale et vegetans*, *epithelioma perlé*, *ulcus rodens*, *epithelioma senile multiplex* i t. p. Jednakże nie wszystkie przypadki tej grupy dotyczą wyłącznie powierzchownych postaci. Niektóre nabłoniaki sięgały mniej lub więcej głęboko, zajmując nieraz całą grubość skóry, niekiedy zaś przechodziły nawet na tkankę podskórną. Nazywałem je ogólnem mianem *epithelioma cutis*, zaliczając do *epithelioma profundum cutis* (*carcinoma cutis* niemieckich autorów) tylko te przypadki, w których sprawa nowotworowa przy większej rozległości sięgała b. głęboko i najoczywiściej wymagała b. energicznej interwencji chirurgicznej. Tego rodzaju przypadki zaliczyłem do grupy 2-giej. Tutaj zaś omawiać będę głównie te spostrzeżenia, z którymi się codziennie spotykamy w prywatnej i szpitalnej praktyce dermatologicznej i które na zasadzie nabytego doświadczenia uważałem za nadające się do leczenia promieniami ROENTGEN'a.

W pewnej liczbie przypadków stosowałem wyłącznie rentgenoterapię. Promieniami X o średnim lub nieco większym stopniu przenikania [4—5 o wiele rzadziej 6 W.—stosownie do przypadku] dawałem jednorazowo większą dawkę [5—7H.], powtórnie naświetlając dopiero po ustaniu zapalnego odczynu, albo też aplikowałem po 4—5H. w odstępach trzytygodniowych. Do zupełne

¹⁾ W grudniu 1909 r. chora powróciła do szpitala z nowotworem głównie na brzegach blizny.

Rys. 1.



Przed leczeniem.



Po leczeniu.

Rys 2.



Przed leczeniem.



Po leczeniu.

Rys. 3.



Przed leczeniem.



Po leczeniu.

go wyleczenia częstokroć wystarczało jedno jedyne naświetlanie. W innych razach posiedzeń było kilka. Jednakże, dążąc do możliwego skrócenia terminu wyleczenia i pragnąc w miarę możliwości zabezpieczyć się od nawrotów, przeszedłem stopniowo do metody skombinowanej, którą obecnie stosuję w przeważającej większości przypadków. Akt wstępny polega na interwencji chirurgicznej lub chemicznej. Dno i brzegi tworów nowotworowych podlegają dokładnemu wyłuszczeniu, przyczem twarde a wysokie brzegi uprzednio ścinam (*abrasio*). Po zatamowaniu krwawienia—przeważnie zapomocą H_2O_2 —natychmiast przystępuję do drugiego aktu leczenia—do naświetlań, które wykonywane bywają, jak wyżej powiedziano. U ludzi wrażliwych naświetlam dopiero następnego dnia. W niektórych przypadkach w akcie wstępnym leczenia stosuję metodę CZERNY'ego, a w tych razach do rentgenoterapii przechodzę dopiero po oddzieleniu się strupa martwicowego.

Rys. 4.



Przed leczeniem.



Po leczeniu.

Ostateczne wyniki leczenia, osiągnięte zapomocą metody wyłącznie rentgenowskiej i zapomocą metody skombinowanej, postarałem się zestawzić w dwu niżej podanych tablicach. Obejmują one tylko te przypadki, które obserwowałem przynajmniej 6 miesięcy, licząc od chwili zakończenia leczenia.

W taki sposób w I-szej kategorii spostrzeżeń, gdzie stosowałem wyłącznie rentgenoterapię, na ogólną liczbę 28-u przypadku: wyleczenia 16 przypadków = 57^o%, poprawy 6 = 21,4%, nawrotów 4 = 14,2%, bez poprawy 2 = 7%. W II-giej zaś kategorii, obejmującej 48 spostrzeżeń, przy leczeniu metodą skombinowaną wyniki były następujące: wyleczenia przypadków 42 = 87,5%, poprawy 2 = 4%, nawrotów 4 = 8,3%.

Uwzględniwszy, że w obu kategoriach spostrzeżeń materiały kliniczny był bardzo jednolity pod względem jakościowym, że zawsze stosowałem jeden i ten sam sposób naświetlania i że podane spostrzeżenia obejmują mniej więcej jeden okres czasu, łatwo dojdziemy do wniosku, że w leczeniu tak zw. raków

Przypadki leczone tylko zapomocą promieni ROENTGEN'a.

Nr. porządkowy		Początek leczenia	Dawka	Koniec leczenia	Okres spostrzegania	Wynik
1	Nabłoniak wybujały ¹⁾ prawego policzka	3. III 1906	12 H.	29. IV. 1906		Poprawa
2	Nabłoniak głęboki nosa	11. IX. "	20 H.	2. I. 1907		"
3	Wrzód żrący ²⁾ lewego skrzydła nosa	15. X. "	7 H.	21. XI. 1906	34 m.	Wyleczenie
4	Nabłoniak powierzchowny końca nosa	22. XI. "	5—6 H.		34. m.	"
5	Nabłoniak czoła	3. XII. "	12 H.	10. II. 1907		Nawrót (V. 1907)
6	Nabłoniak wieloliczny starczy ³⁾	17. XII "	15 H.	15. III. "	30 m.	Wyleczenie
7	Nabłoniak czoła	27. II. 1907	18 H.	29. IV. "		Nawrót (17. III. 08)
8	Wrzód żrący skrzydła i końca nosa	11. III. "	12 H.	1. V. "	28 m.	Wyleczenie
9	Nabłoniak grzbietu ręki prawej	26. V. "	18—20 H.	7. IX. "		Poprawa
10	Wrzód żrący wewn. kąta praw. oka	6. VII. "	5 H.		26 m.	Wyleczenie
11	Nabłoniak brodawkowaty ⁴⁾ skroni prawej	13. IX. "	18 H.	7. XII. "		Poprawa
12	Wrzód żrący lewego skrzydła nosa	21. X. "	7 H.	5. XII. "	21 m.	Wyleczenie
13	Nabłoniak — wilk twarzy (lupus-carcinoma)	12. XI. "	15 H.	12. I. 1908		Bez poprawy
14	Nabłoniak bródki	17. XII. "	10 H.	9. I. "	20 m.	Wyleczenie
15	Nabł. wybujały grzbietu ręki	10. II. 1908	18 H.	1. V. "		Bez poprawy
16	Wrzód żrący nosa	12. II. "	5 H.		19 m.	Wyleczenie
17	Nabłoniak wargi sromowej więk.	13. II. "	15 H.	16 IV. "		Poprawa
18	Nabłoniak wieloliczny starczy	18. II. "	15 H.	2. V. "	16 m.	Wyleczenie
19	Nabłoniak perełkowaty ⁵⁾ policzka	19 IV. "	10 H.	12. V. "	16 m.	"

¹⁾ Nabłoniak wybujały = *epithelioma exuberans*.

²⁾ Wrzód żrący = *ulcus rodens*.

³⁾ Nabłoniak wieloliczny starczy = *epithelioma multiplex senile*.

⁴⁾ Nabłoniak brodawkowaty = *epithelioma papillare*.

⁵⁾ Nabłoniak perełkowaty = *epithelioma perlé*.

Nr. porządkowy		Początek leczenia	Dawka	Koniec leczenia	Okres spostrzegania	Wynik
20	Nabłoniak wybujały policzka	4. VI. 1908	18 H.	14. IX. 1905		Poprawa
21	Nabłoniak powierzchowny brwi prawej	29. VII. "	10 H.	2 IX. "	12 m	Wyleczenie
22	Wrzód żrący czola	30. VII. "	15 H.	21. X. "		Nawrót (IV. 1909)
23	Nabłoniak powiek praw. oka	2. IX "	10 H.	12. X. "		Nawrót (IV. 1909)
24	Wrzód żrący zewn. kąta praw. oka	6. IX. "	10 H.	6. X. "	11 m.	Wyleczenie
25	Nabłoniak lew. skrzydła nosa	7. IX. "	6 H.		12 m.	"
26	Nabłoniak perłkowaty końca i prawego skrzydła nosa	6. X "	12 H.	19. XI. "	10 m.	"
27	Wrzód żrący zewn. kąta prawego oka	8. X "	10 H.	7. XI. "	10 m.	"
28	Nabłoniak górnej powieki lewego oka	21. X. "	6 H.		11 m.	"

Przypadki leczone metodą skombinowaną.

Nr. porządkowy	Zabieg wstępny	Początek leczenia	Dawka	Koniec leczenia	Okres spostrzegania	Wynik
1	Wrzód żrący okolicy prawej brwi	Wył. *)	19. X. 1906	5 H.		35 m. Wyleczenie
2	Nabłoniak skroni praw.	Wył.+Ab.**)	28. X. "	12 H.	28. XI. 1906	34 m. "
3	Nabłoniak nosa. Zniszczenie skrzydeł i przegrody chrząstkowej nosa	Czerny	29 X. "	12 H.	29. XI. "	34 m. "
4	Nabłoniak perłkowaty nosa	Wył.	14. XI. "	7—8 H.	26. XII. "	33 m. "

*) Wył. = Wyłyżeczkowanie.

***) Ab. = Ścięcie brzegów.

Nr. porządkowy		Zabieg wstępny	Początek leczenia	Dawka	Koniec leczenia	Okres spostrzegania	Wynik
5	Wrzód żrący dolnej powieki prawego oka i policzka prawego	Wył.	9. XII. 1906	6 H.		33 m.	Wyleczenie
6	Nabłoniak brodawkowaty prawej ręki	"	17. I. 1907	10 H.	10. II. 1907		Nawrót (IV 1907)
7	Wrzód żrący lewej muszli usznej	"	22. II. "	6 H.		31 m.	Wyleczenie
8	Wrzód żrący zewnętrznego kąta lewego oka	"	5. III. "	5 H.		30 m.	"
9	Wrzód żrący policzka lewego	Wył.+Ab.	11. IV. "	12 H.	20. V. "	28 m.	"
10	Nabłoniak wybujały uwłosion. skóry głowy	Wył.+Czer-ny	19. VI. "	15 H.	25. VIII. "	25 m.	"
11	Nabłoniak perłkowaty nosa	Wył.	3.VIII. "	7—8 H.	2. IX. "	24 m.	"
12	Nabłoniak drażący skrzydła nosa	Wył.+Ab.	7. X. "	8—9 H.	28 X. "	23 m.	"
13	Nabłoniak górnej wargi ust oraz przegrody nosa	Wył.	0. XII "	20 H.	4. III. 1908	18 m.	"
14	Nabłoniak okolicy żuchwowej prawej	Wył.+Ab	28. XII. "	15 H.	24. II. "	19 m.	"
15	Nabłoniak wieloliczny stareży (p. rys. 2)	Wył.	14. I. 1908	10 H.	10. II "	19 m.	"
16	Wrzód żrący policzka lewego	"	6. II. "	7—8 H.	2. III. "	18 m.	"
17	Nabłoniak okolicy krzyżowej	Wył.+A ^b .	21. III "	15 H.	29. V. "		"
18	Wrzód żrący okolicy oka prawego, po części powiek prawego oka. Nawrót po operacji	Wył.	12. IV. "	10 H.	12. V. "	16 m.	"
19	Wrzód żrący wewnętrzn. kąta prawego oka	"	6. V. "	6 H.		16 m.	"

Nr. porządkowy		Zabieg wstępny	Początek leczenia	Dawka	Koniec leczenia	Okres spostrzegania	Wynik
20	Nabłoniak uda	Wył.+Czer- ny	13. V. 1908	18 H.	5. VIII. 1908		Poprawa
21	Wrzód żrący lewego skrzydła nosa	Wył.	14. V. "	6. H.		16 m.	Wyleczenie
22	Nabłoniak wybujały palca ręki	Wył.+Czer- ny	22. VI. "	12 H.	22. VII. "	14 m.	"
23	Wrzód żrący (rozległy) lewej okolicy skroniowej oraz czołowej	Wył.	29. VI. "	18 H.	20. IX. "		Nawrót częściowy
24	Nabłoniak czoła	Wył.+Ab.	30. VI. "	12 H.	12. VIII. "	13 m.	Wyleczenie
25	Nabłoniak okolicy skroniowej prawej	Wył.	7. VIII. "	10 H.	2. IX. "	12 m.	"
26	Nabłoniak perelkowany nosa i prawego policzka	"	13. VIII. "	10 H.	10. IX. "	12 m.	"
27	Wrzód żrący nosa	"	21. VIII. "	15 H.	12. X. "	11 m.	"
28	Wrzód żrący lewego skrzydła nosa	"	9. IX. "	6 H.		12 m.	"
29	Nabłoniak czoła	Czerny	2. XI. "	10 H.	2. XII. "	9 m.	"
30	Wrzód żrący lewego skrzydła nosa	Wył.	3. XI. "	5 H.		9 m.	"
31	Nabłoniak wewn. kąta lewego oka	"	21. XI. "	6 H.		9 m.	"
32	Nabłoniak końca i przegrody nosa	"	5. XII. "	10 H.	3. I. 1909	8 m.	"
33	Nabłoniak nosa (patrz rys. 3.)	"	5. XII. "	6-7 H.	2. I. "	8 m.	"
34	Nabłoniak wybujały nosa	Wył.+Ab.	7. XII. "	6 H.		9 m.	"
35	Nabłoniak praw. uda	"	12. XII. "	15 H.	8. II. "	7 m.	"
36	Nabłoniak bródki	Wył.	17. XII. "	10 H.	10. I. "	8 m.	"

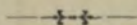
Nr. porządkowy		Zabieg wstępny	Początek leczenia	Dawka	Koniec leczenia	Okres spostrzegania	Wynik
37	Nabłoniak brodawkowaty grzbietu stopy lewej . . .	Wył.+Ab.	21. XII. 1908	15 H.	25 II. 1909	7 m.	Wyleczenie
38	Wrzód żrący powieki górnej oraz wewn. kąta praw. oka	Wył.	28. XII. "	10 H.	22. I. "		Nawrót (III. 1909)
39	Wrzód żrący zewnętrz. kąta praw. oka	"	3. I. 1909	5 H.		8 m.	Wyleczenie
40	Nabłoniak okolicy skroniowej lew.	Wył.+Czer-ny	11. I. "	6 H.		8 m.	"
41	Wrzód żrący nosa	Wył.	14. I. "	5 H.		8 m	"
42	Nabłoniak nosa. Zniszczenie częściowe skrzydeł oraz przegrody nosa (rys. 4) . . .	Wył.+Czer-ny	15. I. "	15 H.	20. III. 1909	6 m.	"
43	Nabłoniak nosa	Wył.	23. I. "	5 H.		8 m.	"
44	Wrzód żrący okolicy lewej kości łicowej	"	2. II. "	6-7 H.		7 m.	"
45	Nabłoniak brodawkowaty nosa	"	13. II. "	6 H.		7 m.	"
46	Wrzód żrący nosa i prawego policzka	"	17. II. "	5 H.		7 m.	"
47	Nabłoniak perełkowany nosa, policzka praw. i dolnej powieki prawego oka	"	26. II. "	15 H.	20. IV. 1909		Nawrót (pod okiem VI. 09)
48	Nabłoniak nosa	"	2. III. "	8 H.	24. III. "	6 m.	Wyleczenie

skóry należy oddać pierwszeństwo metodzie skombinowanej. Żadna inna metoda nie daje dzisiaj lepszych wyników. Należy ją, mojem zdaniem, stosować w każdym przypadku raka skóry, nawet w tak zw. postaciach powierzchownych. Jeżeli pacjent nie zgadza się na zabieg krwawy, zazwyczaj proponuję metodę CZERNY'ego, jako leczenie wstępne. Na wyłącznie rentgenoterapeutyczną metodę decyduję się tylko wtedy, gdy chory nie zgadza się na żadne leczenie wstępne.

Dodam jeszcze, że metodę skombinowaną w leczeniu rakowatych tworów skóry w ostatnich czasach bardzo gorąco zalecono w pracy, którą wyszła z oddziału L. BROCH'a w szpitalu Ś-go Ludwika w Paryżu ¹⁾.

29 XI 1909.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.



6. Weinbrenner. O niedrożności dwunastnicy po operacjach.

W. omawia postać pooperacyjnej niedrożności, przy której dwunastnica zaciśnięta zostaje przez mocno naciągnięty korzeń krezki wraz z *a. mesaraica superior*. Anatomopatologicznie owo zamknięcie światła dawno już zostało zaobserwowane w przypadkach ostrego porażenia żołądka, wszelako wydatne jego znaczenie kliniczne oceniono zaledwie od lat kilku. Polega ono na tem, że przy nieodpowiednim traktowaniu ciężkie przypadki dają najgorsze rokowania, atoli w porę spostrzeżone i rozpoznane, mogą być uleczone w sposób względnie dość łatwy. Niezupełnie jeszcze zostało rozstrzygnięte zagadnienie, jaką mianowicie drogą powstaje owo zamknięcie światła. Czas jakiś przeważał pogląd, że powstaje pono wtórnie w następstwie porażenia żołądka, przytem w ten sposób, że rozszerzony żołądek wytłacza jelita czcze z jamy brzusznej ku miednicy, a przy pewnych stosunkach anatomicznych napina krezkę i tą drogą wywiera ucisk na dwunastnicę. Niezawsze jednak sprawdza się, iżby tego rodzaju mechanizm miał działać. Zamknięcie bowiem światła powstawać też może pierwotnie w ten sposób, że ciężar jelit czczych przy krzywiznie kręgosłupa w położeniu na wznak i przy pewnej długości krezki powodować może pociąganie krezki w kierunku osi miednicy, przyczem dwunastnica zostaje zaciśnięta przez korzeń krezki. Mechanizm taki uważa autor za możliwy na zasadzie swoich doświadczeń na trupie, nie wierzy jednak, iżby w normalnych warunkach wystarczać miało owo pociąganie, do wywołania całkowitego odśnurowania dwunastnicy. Przy pierwotnych uwięźnięciach prócz pociągania kiszek mamy równocześnie do czynienia z czynnościowym niedowładem żołądka [chloroform], który też nie jest w stanie przemóżyć częściowego przemieszczenia kiszek, ale, co bardziej się nasuwa, powstają też okoliczności, które mechanicznie wywołują owo pociąganie krezki, ew. zatrzymują leżące w miednicy kiszek. Z tych względów zasługują na baczną uwagę zrosty i tamponada po operacjach w jamie brzusznej. WEINBRENNER opisuje przypadek,

¹⁾ Lenglet et Sourdeau. Une statistique et quelques réflexions à propos du traitement radiothérapique du cancer épithélial etc. *Annales de Dermatologie et Syph.* 1909 T. X., str. 99.

jaki obserwował przy sączkowaniu jamy DOUGLAS'a i po laparotomii, w którym powyższa etiologia się sprawdziła. Po oddzieleniu zrostów macicy i przydatków oraz umocowaniu macicy według OLSHAUSEN'a, konieczną okazała się tamponada celem zatamowania rozległych powierzchni krwawiących w małej miednicy. W 12 godzin po operacji częste wymioty żółciowe, brzuch wzdęty i napięty, ciepłota 38,3°, tętno 128. Usunięcie tamponu. Brak wiatrów, wymioty wzmagają się. Silne pragnienie, potęgujący się niepokój, przyspieszony oddech, szybko postępująca zapaść. Po wprowadzeniu zgłębnika żołądkowego wyszło dużo powietrza; wydzielenie zawartości żołądkowej, dużych ilości żółcia zabarwionych mas, bez kałowego zapachu. Brzuch potem opadł, poprawa. Wpół godziny potem znów wzdęcie brzucha, wznowienie wymiotów. Stan rozpaczliwy, tętno słabe, 143, ciepłota 38,2°. Obraz septyczno-paralitycznego zamknięcia światła kiszek; jedynie wyjątkowy udział żołądka każe się domyślać odcięcia światła dwunastnicy. Wskutek tego zastowano ułożenie chorej kolanowo-łokciowe. Efekt natychmiastowy: wymioty niezwłocznie ustały, chora życzyła sobie pozostać w tej pozycji. Samoistne odejście wiatrów. Po 3-ch kwadransach przełożenie chorej; brzuch opadł, wygląd lepszy, odbijanie, żadnych mdłości ani wymiotów. Dalszy przebieg prawidłowy. Godnymi uwagi są: burzliwy przebieg z podniesioną ciepłotą, świadczący o zamknięciu światła dwunastnicy, szybki skutek przy położeniu kolanowo-łokciowem [na brzuch], rozstrzeżenie żołądka, tudzież pozbawione zapachu wymioty żółciowe. Objawy te przemawiają za pierwotnem zaciśnięciem. Powstało ono wskutek tego, że przy niedostatecznem obejrzeniu miednicy w czasie wprowadzania tamponu, ta jedyna pętla jelitowa przymocowaną została do leżącego poza nią wzgórką kręgosłupa i tem samem spowodowała pociągnięcie krezki; w doświadczeniach na trupach takie zamknięcie światła dwunastnicy z łatwością powstaje przy pociąganiu za kreskę w kierunku osi miednicy. Pociąganie takie przygotowane było przez rozszerzenie żołądka i dwunastnicy; po usunięciu sączka żołądek tak dalece był już rozszerzony, iż sam w dalszym ciągu podtrzymywał i wzmacniał ów ucisk. Przypadek ten wskazuje, jak trudne jest niekiedy rozpoznanie. Ważną wobec tego jest rzeczą, aby przy nieustających wymiotach żółciowych po operacji ze względów rozpoznawczych więcej brać pod uwagę zamknięcie światła dwunastnicy, aniżeli dotychczas to czyniono. Działanie tedy położenia na brzuchu, po raz pierwszy zalecone przez SCHMIDLER'a, ma polegać na tem, że wraz ze zmianą położenia kierunku pociągania od jelit i ucisk, pochodzący od żołądka, ulegną o tyle zmianie, iż w następstwie tego będzie zwolnienie krezki oraz dwunastnicy. Lżejsze przytem zrosty, warunkujące również pociąganie krezki, mogą się oddzielić lub rozluźnić, ewentualność, która nakazuje przy wszelkich pooperacyjnych objawach zaciśnięcia kiszek dokonać próby ze zmianą położenia, zanim wypadnie zdecydować się na otwarcie jamy brzusznej.

(Centralblatt für Gynaekol.).

St. Leyzerowicz.

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

1. O leczeniu wewnętrznem chorób skórnych solami wapnia.

Punktem wyjścia do wewnętrznego stosowania soli wapnia było początkowo twierdzenie, że krew o zmniejszonej zdolności krzepnięcia przez dodatek tych soli nabiera utraconych własności.

Na tej podstawie pierwszy WRIGHT [1896] gorąco polecał stosowanie chlorku wapnia w krwotocznych i pokrzywkowych stanach skóry, zależnych przypuszczalnie od zmniejszonej krzepliwości krwi. Po nim inni autorzy angielscy zaczęli gromadnie stosować sole wapnia w najrozmaitszych sprawach, jak: krwawienia (*haemophilia*, *purpura*, *epistaxis*), krwimocz, tętniaki, odmrożenia, dermatozy swędzące pokrzywkowe i pęcherzykowe i t. d. Doniesienia tych autorów o dodatnich wynikach pozostały jednakże prawie bez echa zarówno w niemieckiej, jak francuskiej prasie.

BETTMANN (*Münch. mediz. Woch.* 1909. Nr 25) stosował *Calcium lacticum* w rozmaitych cierpieniach skórnych. Zastrzega jednak, że trudno przypuścić, aby w odnośnych stanach w krwi znajdowała się niedostateczna ilość soli wapniowych i żeby dodanie ich *per os* mogło podnieść krzepliwość krwi w jakimkolwiek stosunku ilościowym. WRIGHT po szeregu badań doszedł nawet do wniosku, że skutek soli wapniowych, przyjmowanych przez dłuższy czas, może być w końcu wprost odwrotny, t. j. wywołać zmniejszenie krzepliwości krwi. Nie podając bliżej farmakodynamiki soli wapnia, autor stwierdza, że w niektórych przypadkach chorób skórnych, gdy zwykłe środki były bezowocne, sole wapniowe dawały wyniki zachęcające.

Z 70-u obserwowanych przez BETTMANN'a przypadków względnie najlepszych rezultatów osiągnięto w pokrzywce, *purpura* i *herpes gestationis*; były to dłuższe czasowe poprawy, niekiedy zupełne wyleczenia. Warto zaznaczyć efekt soli wapniowych w tem ostatniem cierpieniu. W przebiegu dwu ciąży zjawiała się obfita wysypka pęcherzykowa i trwała uporczywie do rozwiązania; z chwilą ukazania się pęcherzy w pierwszych miesiącach trzeciej ciąży zastosowano *Calc. lacticum*; pęcherze szybko zginęły i nie występowały więcej do końca ciąży.

W kilku typowych przypadku *prurigo Hebrae*, gdy inne zabiegi były bezowocne, *Calc. lact.* dało wynik zupełnie pomyślny.

W *pruritus senilis*, *pruritus localisatus genitalium*, działanie wapnia było niepewne, jednakże niekiedy i tu spostrzegano polepszenie.

Eczema, *lichen ruber planus*, *pemphigus* pozostawały bez zmiany.

Istotna różnica w działaniu rozmaitych soli wapnia nie jest jeszcze ustanowiona. Używano *Calcium chloratum*, *Calc. iodatum*, *Calc. lacticum*, *Calc. phosphoricum*, *Calc. saccharatum* i inn. BETTMANN stosował wyłącznie *Calc. lacticum*, jako środek łatwo rozpuszczalny, znośny w smaku i tani. Osobliwych ubocznych działań przy *Calc. lact.* nie spostrzegano; połowa chorych skarżyła się na lekką obstrukcję, którą zresztą łatwo było zwalczyć [lecz nie mineralnymi środkami czyszczącymi].

Sposób użycia: 5—10% - wy wodny roztwór, bez *corrigens*, trzy razy dziennie po 1—2 łyżki stołowe na godzinę przed jedzeniem. Specjalna dyeta nie jest wskazana. Czas trwania leczenia: 2—3 tygodni. *Al. Racinowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie dnia 25-go września 1909 r.

1. GEBARSKI przedstawił przypadek choroby ADDISON'a, spostrzegany w oddziale K. CHEŁCHOWSKIEGO. Chory 30-letni, od 2 miesięcy wybitnie schudł, osłabił tak, że mdleje przy próbach chodzenia. Skarży się na zaparcie stolca i pobudliwość do wymiotów. Stwierdzono plamy ciemnocisawej barwy na war-

gach, dziąsłach i wewnętrznej powierzchni policzków; brązowe zabarwienie twarzy, szyi i zwłaszcza grzbietowej powierzchni rąk. Stan podgorączkowy; tętno małe, 120 na minutę. W żołądku, po próbie trawienia, brak wolnego HCl. Poprawa subiektywna i obiektywna (tętno 80—90, pełniejsze i przyrost na wadze) po parotygodniowym stosowaniu suprarenaliny РОЕНЛ'а. (Po kilku tygodniach ponownie pogorszenie i śmierć. Badanie pośmiertne stwierdziło gruźlicę obu nadnerczy).

2) KARWACKI pokazał preparaty drobnoustrojów, wyhodowane ze krwi w przypadku ciężkiej płonicy. Krew zawierała spirylle, ziarniki o typie *micrococcus catarrhalis* i laseczki, które K. nazwał *bac. ciliatus fragilis*. Płonice wykłóło obustronne zapalenie ucha średniego i głęboka ropówka na szyi. Chory zmarł. Seroterapię paciorkowcą K. radzi stosować w płonicy w tych tylko przypadkach, w których badanie bakteriologiczne wykryje powikłanie paciorkowce.

3) RZĘTKOWSKI odczytał referat „O leczeniu gruźlicy“. R. rozważa sprawę kryteriów wyleczenia gruźlicy płuc z punktu widzenia anatomo-patologa, socjologa, higienisty i klinicysty; stwierdza, że zupełne pod względem klinicznym wyleczenie chorego na gruźlicę płuc jest możliwe, choć w praktyce rzadko i trudno osiągnąć się daje; zastanawia się nad tem, w jakich przypadkach leczenie ma tu szanse najlepsze. Wreszcie omawia rozmaite metody leczenia gruźlicy płuc, jak oto: 1) farmakoterapię, 2) leczenie sanatoryjne, 3) leczenie specyficzne (zwłaszcza leczenie tuberkuliną) 4) leczenie chirurgiczne. Pod względem liczby wyników dodatnich z powyższych metod na miejscu najpierwszem stawia metodę leczenia sanatoryjnego.

W dyskusji PRĘGOWSKI podnosi, że w zagojeniu nawet miejscowych tylko zmian gruźliczych bierze udział zawsze cały ustrój. Myśl ta stanowi podstawę leczenia gruźlicy płuc. W leczeniu powietrzem, obok jego czystości, działa także łatwe uchodzenie powietrza wydechowego i ułatwiony dostęp tlenu. Stąd idea leczenia powietrzem w ruchu, przewiewem. Oczywiście chodzi o przewiew, wiatr bez kurzu, również niezbyt suchy. W ubogiej praktyce P. zaleca otwieranie w nocy drzwi i okien na przestrzał. P. zauważył, że na osoby osłabione wogóle, gruźlicze zaś w szczególności, pokrzepiająco wpływa sen w ciągu dnia, drzemki przed i poobiednie, zwłaszcza w przewiewie. Za pożyteczne uważa umiejętnie, oględne stosowanie insolacji całego ciała. Krótkotrwałe kąpiele chłodne wpływają pobudzająco na wymianę materii, i stąd mają być, według P., racjonalne. Za polecenia godne uważa okłady ogrzewające, t. zw. krzyżowe, na klatkę piersiową, które pobudzać mają do reakcji tkanki dotknięte gruźlicą w płucach. P. za niewłaściwe uważa trzymanie chorych przez lata całe w jednej miejscowości leczniczej, jak Zakopane, gdyż ustrój szybko przyzwyczaja się do nowych warunków; zaleca częste zmiany w sposobach leczenia gruźlicy. Goerbersdorf uważa za nieodpowiedni do leczenia suchot, jako pozbawiony światła, bo zwrócony na północ.

Sekretarz stały SOKOŁOWSKI zgadza się w głównych zarysach z poglądami prelegenta. Również metoda sanatoryjna ściągá poważne zarzuty: jest długa i kosztowna, rezultaty daje nie tak świetne. Do sanatoryjów dostają się przypadki lżejsze suchot; bardziej zjadliwe giną prędko. Przytacza statystykę 4000 chorych z sanatorium Heiligenschwendi w Szwajcaryi, zebraną w ciągu 12-u lat istnienia zakładu. Przeciętna długość życia dla chorych, leczonych w tem sanatorium w I okresie, wyniosła lat 10, w drugim 5 lat i w trzecim 2 lata. Wpływ zawodu na cyfrę śmiertelności był prawie żaden. Co się tyczy zdolności do pracy, to pośród chorych w I okresie dopiero po 10-u latach liczba niezdolnych do pracy przewyższa połowę, gdy z okresu III już po roku zaledwie 1/5 mężczyzn zdolna była do pracy. Dodać należy, że czas trwania zdolności do pracy u chorych leczonych ambulatoryjnie w klinice marburskiej był

jeszcze o 3 lata krótszy. Przyczyny niepowodzeń leczenia sanatoryjnego szukać zapewne należy w zbyt krótkim trwaniu leczenia oraz zbyt wczesnym powrocie do pracy większości chorych. Dłuższe leczenie dostępne jest tylko dla ludzi zamożnych. Stąd potrzeba dalszych wytrwałych poszukiwań kliniczno-laboratoryjnych i choćby farmaceutycznych. Leczenie tuberkuliną daje zachęcające wyniki; ulepszone preparaty dadzą może jeszcze lepsze. Należy zbadać przyczynę nieraz spostrzeganego szybkiego przebiegu gruźlicy w przypadkach pozornie najpomyślniejszych i odwrotnie przebiegu dobrotliwego w warunkach jak najbardziej ujemnych. Należy zgłębić dokładniej warunki powstawania włóknistych postaci suchot płucnych

KARWACKI zwraca uwagę, że tuberkulina jest pojęciem zbiorowem; można przeto omawiać działanie tuberkulin, a nie tuberkuliny. Wbrew twierdzeniu prelegenta tuberkulina daje odchylenie dopełniacza z surowicą gruźliczych, (BECK i WASSERMANN, GAUCHER i ABRAMI i in.). K. nie zgadza się z poglądem prelegenta, że zastrzykiwanie tuberkuliny suchotnikowi jest tuberkulinizacją, a nie uodpornianiem przeciw gruźlicy. Cytuje przytem skład różnych tuberkulin, zawierających w przewodzie te lub inne jady gruźlicze. Nawet stara tuberkulina KOCH'a, pomimo całej brutalności przyrządzania, może zawierać swoiste jady gruźlicze, gdyż, jak wynika z badań KARWACKIEGO i BENNIEGO, antygeny gruźlicze są daleko bardziej wytrzymałe na podniesioną ciepłotę, niż wszelkie inne. Z powodu teoretycznego rozumowania prelegenta, że choremu, u którego i tak w ustroju jest dużo jądów gruźliczych, nie należy wprowadzać nowych jądów, K. przytacza dwa przypadki posocznicy gonokokowej z zajęciem wsierdza, wyleczone zapomocą zastrzykiwań endotoksyn gonokokowych. Ryczałtowe i pesymistyczne traktowanie sprawy tuberkulin zniechęca do doskonalenia samej metody.

DĘBIŃSKI zaznacza, że gorączka nie stanowi przeciwskazania do stosowania tuberkuliny, o ile trzymać się metody minimalnych dawek, zaproponowanej przez GOETSCH'a. Na tej zasadzie oparte są wszystkie nowe tuberkuliny — DENYS'a, BERANECK'a, JACOBI'ego, dające, według ogólnego zdania, wyniki lepsze, niż stara tuberkulina Kochowska.

Statystyka szwajcarska, wykazująca, że suchotnicy I okresu żyją przeciętnie tylko lat 10, nie zgadza się z powszechnie znanym faktem, że przynajmniej u 60% ludzi zmarłych na inne choroby znajdują się blizny gruźlicze. Przyszłość leczenia gruźlicy leży w zbadaniu warunków tego samowyleczenia.

KNAPPE podnosi ważność stopniowego powrotu do pracy chorych, opuszczających sanatoria, i opisuje niemieckie t. zw. sanatoria przejściowe (Uebergangsstationen). Obok stopniowego wdrażania się do pracy, chory w sanatorium przejściowym ma okazję nauczenia się nowego fachu, o ile zawód dotychczasowy był nieodpowiedni. Z pośród operacyjnych metod leczenia suchot płucnych, R. pominął sztuczną odmę płucną. K. stosował ją z dodatnim, acz krótkotrwałym wynikiem w przypadkach gruźlicy płuc jednostronnej. K. zaleca też sposób powyższy w przypadkach krwawienia płucnego. Wstrzykiwaniom żelatyny K. odmawia działania hemostatycznego.

JANOWSKI jest zdania, że leczenie gruźlicy daje pomyślne i trwałe wyniki pod warunkiem rozpoznawania najpierwszych jej okresów, wyprzedzających na lata całe to, co się zowie „pierwszym okresem“ w wykazach sanatoryjnych.

Metodom rozpoznawczym PIRQUET'a, CALMETTE'a, MORO i innym J. nadaje nazwę parady naukowości na tej zasadzie, że np. próba CALMETTE'a w 20% przypadków niewątpliwiej gruźlicy daje wynik ujemny i odwrotnie, świadczy o jej istnieniu w 20% przypadków, w których badanie pośmiertne gruźlicy nie wykrywa. Rozpoznanie opierać należy na dawnych metodach: dokładnych wywiadach, ściślej termometrii, sumiennem badaniu fizykalnem. W leczeniu tych najpierwszych okresów gruźlicy podkreśla ważność pedantycznego wietrzenia

mieszkania, dużej ilości snu, dłuższego leżenia po obiedzie, odpowiedniego odżywiania, właściwego uregulowania pracy. J nie zaniedbuje leczenia farmaceutycznego, które wbrew opinii stosują wszędzie i w sanatoryjach. Leczenie sanatoryjne, względnie klimatyczne potrzebne jest wtedy, gdy leczenie powyższe zawiedzie. Przyszłość leczenia gruźlicy dla J. jest niewątpliwie jasna, a polegać będzie niezawodnie na powyższym leczeniu ogólnem i stosowaniu leków swoistych, otrzymanych z laseczników gruźliczych.

Rzętkowski w odpowiedzi zaznacza, że statystyka szwajcarska, cytowana przez Sokołowskiego, potwierdza pogląd, iż leczenie sanatoryjne daje jeszcze najlepsze wyniki. Badania nad tuberkulinami R. uważa za konieczne, przemawiał tylko przeciwko bezkrytycznemu stosowaniu tuberkulin w sanatoryjach prywatnych. Objawy ogólne zatrucia gruźliczego [anemia i t. p.] przy żadnych lub bardzo małych zmianach miejscowych, świadczą o ciężkości zakażenia. Przypadki takie gruźlicy, według R., leczą się nie łatwiej, a raczej trudniej, niż inne. Leczenie sanatoryjne w takich przypadkach uważa za niezbędne.

W. Starkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Wyszedł z druku 2-gi tom dzieła prosektora Uniwer. Warszaw., Dra med. Z. Dmoszowskiego p. t. „Dyagnostyka anatomo-patologiczna Cz. II, Jama brzuszna. Pozostawiając specjalnemu sprawozdawcy ocenę treści, nie możemy się powstrzymać od zaznaczenia na tem miejscu, iż zewnętrzna szata tej olbrzymiej pracy przedstawia się niezwykle wspaniale. Dzieło zawiera 1000 stron druku, 478 pięknych rysunków prawie wyłącznie oryginalnych i doskonały portret ś. p. dziekana Budowskiego, którego pamięci jest poświęcone. Druk i papier w jak najlepszym smaku i gatunku (drukarnia P. LASKAUBERA), Praca kol. Dmoszowskiego, wydana kosztem autora przy współudziale Kasy Mianowskiego, jest niezwykle zjawiskiem w ubogiem naszym wydawnictwie naukowym. Pierwszy tom tego dzieła (Klatka piersiowa) wyszedł w r. 1903, jako wydawnictwo Gazety Lekarskiej (przy współudziale Kasy Mianowskiego).

— Otwarcie szpitala tymczasowego przy ul. Złotej, przez czas długi powstrzymywane przez wzgląd na oczekiwaną epidemję cholery, obecnie w zasadzie zostało postanowione. Szpital ten ma funkcyonować jako filia szpitala Dziec. Jezus. Mimo poważnych braków, jakie szpitalik ów, prowizorycznie urządzony, z natury rzeczy musi przedstawiać, otwarcie jego w naszych smutnych warunkach uznać należy za pożądane: może w ten sposób przynajmniej częściowo zapobiec się lokowaniu nadmiaru chorych na podłodze w korytarzach szpitalnych w porze zimowej, co z powodu spowszednienia, wprost już przestało nas razić. Z drugiej strony należy mieć nadzieję, że szpital przy ulicy Złotej stanowić będzie zjawisko przejściowe i nienormalnością swoją przypominać tylko o potrzebie budowy nowych racjonalnych pawilonów szpitalnych. Z tego punktu widzenia niepożądane byłoby, żeby od razu nadawać mu charakter zakładu przytułkowego, w rodzaju oddziału dla „chroników“, istniejącego przy szpitalu „Przemienienia Pańskiego na Pradze. Zdaje się, że wogóle w organizacyi szpitalnictwa raczej dążyć należy do ściślejszego rozgraniczania typu zakładów leczniczych od

przytulkowycel, nie zaś do zacierania tej granicy przez stwarzanie zakładów o typie pośredni.

— Gniazdo Towarzystwa Opieki nad dziećmi, utrzymujące od czasu zamknięcia Macierzy Szkolnej szkołę im. Boduena przy ul. Solnej Nr. 17 z funduszu składanego wyłącznie przez lekarzy warszawskich, ogłosiło drukiem sprawozdanie ze swej działalności w r. 1908/9. Do szkoły w 2-u oddziałach uczęszczało 86 dzieci. Dzieci w zimie otrzymywały w szkole gorący posiłek. Dwa razy w miesiącu prowadzono je do kąpieli. Każde z dzieci otrzymywało w szkole szczoteczka do zębów. Koło opieki pań (żon lekarzy), utworzone przy Gnieździe, zajmowało się urządzaniem dla dzieci wycieczek (do ogrodu, na wystawy i t. p.) i rozrywek (gwiazdka, jasełka). W lecie kilkoro dzieci wysłano z nauczycielką i kucharką na wieś w Lubelskie.

— W szpitalu Dzieciątka Jezus wakują obecnie dwie posady-ordynatorów oddziałowych—na sali chorób wewnętrznych i chirurgicznych. W obecnej porze wzmożonego napływu chorych do szpitali brak stałych kierowników oddziałowych daje się dotkliwie odczuwać. Niezawodnie też władze miarodajne dołożą usilnych starań, żeby stan tymczasowości w oddziałach powyższych zbytnio się nie przeciągał z istotną krzywdą dla chorych i nauki szpitalnej.

— W Warszawskim Towarzystwie Lekarskim dokonano w dniu 4-m b. m. wyboru prezydium na r. 1910. Wybrani zostali: na prezesa kol. ANTONI GĄBSZEWICZ, na wiceprezesa kol. OTTON HEWELKE, na Sekretarza kol. TADEUSZ WILCZYŃSKI.

— Tow. Lekarskie Lwowskie powołało na nowo do życia komisję przemysłowo-lekarską, w której na przewodniczącego wybrany został dr KRZYŻANOWSKI, na zastępcę—prof. RENCKI i na sekretarza—dr SOBOTOWSKI.

— W „Spółku lekarzy českých“ wybrani zostali na przewodniczących 4 sekcyi profesorowie: MAKES, HNATEK, KUKULA i KARRHEL.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu tygodnia od d. 19-go do 25-go grudnia r. ub. do szpitali warszawskich przybyło 76 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 14, odrą 5, płonicą 8, błonicą 5, różą 13, tyfusem brzuszny 15, tyfusem plamistym 8, grypą 7 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło osób 12, mianowicie: na ospę 3, odrę 1, płonicę 3, tyfus brzuszny 4 i na tyfus plamisty 1.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 19-m grudnia wynosiła 3001, w dniu zaś 25-m grudnia 2922 osób.

— ZMARLI: Dr EDWARD KRZYŻANOWSKI, lekarz miejski w Buczaczu, członek-założyciel Tygodnika Lekarskiego, żył lat 60; dr CZESŁAW BITNER w Mosiewiczach na Litwie, przeżywszy lat 50.

Do numeru niniejszego dołącza się dla wszystkich odbiorców ogłoszenie fabryki

W. NATTERER'a o antysklerozynie.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.