

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

№ 40.

Warszawa d. 20 Września (3 Października) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego Podał d-r A. Bossowski. (Ciąg dalszy) O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych Napisał M. Halpern (Dokończenie). — **WYKŁADY-KLINICZNE.** O operacyjnym leczeniu niektórych chorób płuc i o odpowiednich wskazaniach. — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI** 121. Dwa przypadki wpochwienia jelita u dorosłych zakończone wyzdrowieniem drogą operacyjną. 122. Przypadek purpurae Henoch'a. 123. Studya bakteriologiczne w 46 przypadkach operacyi na drogach żółciowych wraz z przyczynkiem do otologii niezytu kamieniotwórczego pęcherzyka żółciowego. — **Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO.** Posiedzenie z dnia 16 czerwca r. b. — **KRONIKA.** — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w wrześniu 1903 r. — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Bossowski — Sur des atrésies innées de l'intestin grêle. 2) M. Halpern — Sur la division de l'azote dans l'urine dans les états morbides.

Redaction Dr M Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r A. Bossowski — Ueber angeborene Atresien des Dünnarmes. 2) M. Halpern — Ueber die Vertheilung des Stickstoffes im Harnе in krankhaften Zuständen.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

O wrodzonych atrezyach jelita cienkiego.

Podał

D-r Aleksander Bossowski.

Docent chirurgii Uniwers. Jagiell. w Krakowie.

Według odczytu wygłoszonego na XIII Zjeździe Chirurg. polsk. w Krakowie d. 13 lipca 1903 r.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 39)

I. F. S. noworodek płci żeńskiej, 4 dni liczący, przywieziony został wieczorem d. 2.X. 1902 r. do szpitala św. Ludwika z tem nadmie-

nieniem, że od przyjścia na świat nie oddawał wcale smolki, natomiast doznaje bardzo częstych wymiotów. Według podania posługaczki szpitalnej, pieluchy z nocy, spędzonej w szpitalu, zawierały małą ilość odchodów stołcowych, lekko żółto zabarwionych. Badanie wykazało brzuch miernie wzdęty, jedynie w górnych częściach; otwór stołcowy drożny dla palca małego, dozwala na wprowadzenie grubego zgłębnika aż do wysokości 12 cm. Rozpoznano niedrożność jelita i przystąpiono zaraz do otwarcia jamy brzusznej w linii środkowej. W dolnej lewej części

jamy brzusznej, w miejscu, gdzie znajduje się prawidłowo pętla esowata, leżało jelito cienkie, silnie rozdęte, kończące się ślepo, a kilka centymetrów poniżej tego zakończenia ślepego z pod zrostów silnych, częściowo przeciętych, wyłonił się dalszy ciąg jelita, ściągniętego pod postacią taśmy zaledwo 5 — 6 mm. szerokiej. Śledząc przebieg odcinka górnego, rozdętego nadmiernie, stwierdzono, że ciągnął się od strony lewej i zdołu skośnie ku górze i na prawo i odpowiadał najprawdopodobniej górnej części jelita cienkiego, gdzie założenie rzyci sztucznej nie daje rękami dostatecznego odżywienia. Mimo tego przypuszczenia obrano zabieg powyższy, jako jedynie możliwy do wykonania wobec słabych sił dziecka, i wszyto rozdętą pętlę w ranę laparotomijną, wytwarzając w niej sztuczny otwór stolcowy. Nagromadzony kał w rozdętym jelicie odpłynął w większej części wśród operacji, a przez wprowadzony do odcinka dowodzącego sączek rzyć sztuczna przez całe trzy doby funkcyonowała zupełnie należycie; siły dziecka jednak, mimo troskliwego odżywiania go, wyczerpywały się coraz bardziej, tak że d. 6.X. zakończyło życie.

Na sekeji tego noworodka można było stwierdzić, co następuje: W obrębie czaszki i jej treści, ani w narządach klatki piersiowej nie ma żadnych nieprawidłowości. Na brzuchu widoczna świeża rana polaparotomijna, w której umocowano jedną z rozdętych pętli jelitowych wraz z wprowadzonym do jej części doprowadzającej drenem kauczukowym. Po wyjęciu drenu, zdjęciu szwów i dokładniejszym otwarciu jamy brzusznej, znaleziono obraz następujący: W częściach, najniżej położonych, widoczna jest mała ilość na pół skrzepłej krwi. W dolnej połowie jamy brzusznej oraz po stronie prawej widzieć można w prawidłowych skrętach przebiegające pozapadane pętla jelitowe; natomiast w górnej połowie jamy brzusznej, więcej ku stronie lewej, znajduje się cały splot ściśle pozrastanych ze

sobą, znacznie rozdętych, pozornie nie dających się rozwikłać pętli jelitowych.

Po częściowem oddzieleniu zrostów, przekonano się, że żołądek i dwunastnica ułożone są prawidłowo; już jednak początkowe pętla jelita czeze go wchodzą w skład wspomnianego splotu jelitowego, okręcając się przytem kilkakrotnie około krezki, jak około osi, i układając się ponad sobą ślimokowato w $3\frac{1}{2}$ zakrętach. Na całej tej przestrzeni jelito czeze, podobnie z resztą jak żołądek i dwunastnica, posiadają ściany zgrubiałe, są znacznie rozdęte i to w ten sposób, że w miarę zwiększenia się odległości od odźwiernika stopień ich rozdęcia znacznie wzrasta; ostatni zakręt, leżący na szczycie tego splotu jelitowego, kończy się dużem, workowatym, ślepem rozdęciem, pozornie gubiąc się całkowicie pośród rozległych, znajdujących się tutaj zrostów; zwrócone ku sobie powierzchnie pętli jelitowych są również ze sobą pozrastane. Przy dokładniejszym badaniu udało się jeszcze w obrębie opisanego wyżej splotu jelitowego odszukać dalszy ciąg jelita cienkiego, a mianowicie, po odpreparowaniu zrostów na szczycie splotu zauważono, iż we wklęsłości ostatniego leżącego tutaj, workowato rozdętego zakrętu znajdował się z obydwu stron zarośnięty, $3\frac{1}{2}$ ctm. długi odcinek jelita; obwód tego odcinka wynosi przeszło 2 ctm., jego światło wypełnione jest białawą treścią, składającą się mikroskopowo ze śluzu i ze złuszczonego nabłonków.

Odcinek ten na szczycie splotu jelitowego był niejako wtłoczony pomiędzy wklęsłą powierzchnię ostatniego rozdętego zakrętu a znajdujący się tutaj gruby postronek łączno-tkankowy (przecięty przy operacji) w ten sposób, iż postronek ten uciskał na zarośnięte końce tego odcinka.

Za pośrednictwem cienkich, około $\frac{1}{2}$ ctm. długich, nitkowatych (nie posiadających własnego światła) pasemek odcinek ten łączy się z jedną stroną ze szczytem ostatniego, ślepo się

kończącego, rozdętego zakrętu, z drugiej zaś strony z dalszą zapadniętą częścią jelita cienkiego, które początkowo biegnie jeszcze w obrębie całego tego splotu jelitowego ślimakowato, tworząc tutaj trzy zakręty, ukryte pomiędzy zakrętami rozdętej części jelita i ciągnące się od szczytu splotu ku jego podstawie w kierunku wprost odwrotnym, niż zakręty rozdętej części. Po wyjściu z tego splotu jelita cienkie biegną dalej w prawidłowych skrętach jeszcze na przestrzeni 79 cm. (w preparacie, zachowanym w formalinie), są wogóle zapadnięte i tylko w początkowych pętłach zawierają smółkę, w dalszych zaś, podobnie jak i kiszka, tylko małą ilość treści śluzowej, białawej. Z wyjątkiem rozległych dość ściśniętych zrostów w obrębie opisanego splotu jelitowego, otrzewna jest cienka, gładka, lśniąca; jedynie tylko w częściach, przylegających do splotu skłębionych jelit, widoczny był jeden cienki, nitkowaty zrost pomiędzy dwiema pętłami jelita cienkiego. Kopuła kątnicy leży stosunkowo wysoko, na wysokości dolnej poziomej gałęzi dwunastnicy. Wyrostek robaczkowy — odchylony ku górze i ukryty po za kątnicą, z którą jest zrosnięty. Wątroba, śledziona, trzustka, nerki i inne narządy nie okazywały nieprawidłowego.

II. J. K., noworodek płci męskiej, przyniesiony dnia 8.X. 1902 do szpitala św. Ludwika w trzecim dniu życia z powodu, że od urodzenia nie oddaje stolca, a od drugiego dnia po przyjęciu na świat wymiotuje treścią żółtawą.

Badaniem stwierdzono, że brzuch wzdęty był znacznie w całości, naprężony; otwór stolcowy prawidłowy przepuszcza koniec palca, a zgłębnik gruby wchodzi bez przeszkody do wysokości 10 cm. Rozpoznano niedrożność jelita i bezzwłocznie wykonano laparotomię ciętą w linii środkowej, wśród której stwierdzono, że jelito cienkie w całości silnie rozdęte, kończyło się jako worek ślepy w pobliżu kątnicy, poczem następowała przerwa w jelicie biodrowym na dłuższej przestrzeni. Kątnica, po-

dobnie jak cały dalszy ciąg kiszek grubej, okazywała ściągnięcie, nie przechodzące grubością ołówka. Wykonano entero-enteroanastomozę łącząc rozdęte jelito biodrowe tuż powyżej jego ślepego zakończenia z początkiem okrężnicy wstępującej. Założenie szwu z powodu różnicy światel w łączonych jelicach przedstawiało znaczne trudności, które wprawdzie technicznie pokonać się dały, lecz nie wróżyły swobodnej komunikacji między jelitem rozdętym a zapadłą kiską grubą. Osłabienie znaczne już przedtem i zapaść, jaka wystąpiła w czasie operacji, nie dozwalały jednak na dalsze manipulacje, tak, że zamknięto szybko jamę brzuszną i poczęto krzepić wyczerpane siły dziecka. Pomimo zastosowania jednak środków podniecających udało się tylko chwilowo poprawić stan dziecka, tak, że zgon nastąpił już w nocy w 12 godzin po operacji.

Badanie pośmiertne wykazało: Zwłoki płodu niedonoszonego, słabo rozwiniętego; w dolnych nasadach kości udowych brak jądra kostnego.

Na powłokach brzusznych świeża, zespółona szwami, czysta rana polaparotomijna. Czaszka i jej treść oraz narządy klatki piersiowej nie okazują nieprawidłowości; płuca wcale dobrze powietrzne.

Po otwarciu jamy brzusznej zaraz na pierwszy rzut oka zwraca na siebie uwagę niestosunek pomiędzy zachowaniem się jelit cienkich, a kiszek (jelit grubych). Ta ostatnia (kiszka) leży prawidłowo, tworzy w swoim przebiegu prawidłowe skręty, jest zupełnie zapadnięta, a w świetle jej znajduje się tylko mała ilość treści białawej, makroskopowo do śluzu podobnej, mikroskopowo składającej się ze śluzu i z licznych złuszczonej nabłonków. Jelita grube w całym swym przebiegu są na pierwszy rzut oka niewidoczne i ukazują się dopiero po usunięciu na bok rozdętych jelit cienkich. Te ostatnie, podobnie jak i żołądek, są w całym swym przebiegu znacznie rozdęte i to w ten sposób, że w mia-

rę posuwania się ku dołowi stopień rozdęcia wzrastał coraz więcej, aż wreszcie w odległości 159 ctm. (na preparacie, zachowanym w formalinie) poniżej odźwiernika przechodzi jelito cienkie w ślepy, znacznych rozmiarów worek, częściowo wypełniony smołką. W odległości około 3 ctm. powyżej ślepego zakończenia tego worka znajduje się sztuczne, operacyjnie wykonane połączenie pomiędzy jelitem cienkiem a kiszka wstępującą; cała ta workowato rozdęta część jelita cienkiego osadzona jest na długiej krezce.

Poniżej tego workowatego rozdęcia na pierwszy rzut oka ciągłość jelita przerywa się całkowicie na dość znacznej przestrzeni, gdyż dopiero w odległości 12 ctm. poniżej ślepego zakończenia znajduje się dalszy ciąg jelita cienkiego, które biegnie dalej na przestrzeni 3 ctm. i uchodzi następnie do prawidłowo już wykształconej kątnicy. Ten dolny odcinek jelita biodrowego przedstawia się w postaci stożkowato i ślepo rozpoczynającej się, zapadniętej cewki, w której świetle znajdują się białawe masy. Obydwa te ślepe odcinki jelita cienkiego łączą się ze sobą za pośrednictwem krezki, której wolny brzeg jest sierpowato wklęsły i nie wszędzie posiada jednostajną grubość, a mianowicie, najcieńszy jest w częściach, przylegających do ślepych odcinków jelit, najgrubszy — w częściach pośrednich: poczynając od szczytu ślepego rozdętego odcinka na przestrzeni około 2 ctm., brzeg ten przedstawia się w postaci zaledwo grubej nitki, następnie grubieje nieco i tworzy tutaj kilka po zrastanych ze sobą zagięć; w dalszym przebiegu dochodzi grubości 4 mm. (na poprzecznym przekroju), następnie zaś znowu staje się cieńszym i w końcu w postaci około 2 ctm. długiej nitki przyczepia się do szczytu dolnego ślepego odcinka.

W części, odpowiadającej przerwie w ciągłości jelita, krezka jest lekko zgrubiała, włóknista zwyrodniała. Prócz zmian, powyżej opisanych, sekcyja nie wykazała zresztą nic niepra-

widłowego w obrębie jamy brzusznej; otrzewna cienka, gładka, częściowo pokryta krwią wynaczynioną przy operacji; wątroba, śledziona, trzustka, nerki i t. d. leżały w miejscach właściwych i nie okazywały żadnych zmian.

Badanie drobnowidzowe dwóch kawałków, pochodzących z obwodowych części miejsca przerwy w jelicie, prócz znacznej ilości tkanki włóknistej wykazało tylko gdzieś od dzielnie leżące pęczki mięśni gładkich; natomiast w trzecim kawałku, wyciętym mniej więcej ze środkowej części wolnego (pozornie) brzegu krezki, znaleziono pewny dowód istnienia tutaj zarosniętej cewki jelitowej, a mianowicie: pod otrzewną widoczne były dobrze zachowane zewnętrzna i wewnętrzna warstwa mięśni gładkich o układzie włókien, odpowiadającym przebiegowi włókien mięsnych w jelicie; z błony śluzowej nie wykryto już ani śladu, natomiast całe światło utworzonej przez warstwy mięsne cewki było wypełnione tkanką łączną, pozostającą w bezpośrednim związku z dającą się jeszcze wyróżnić warstwą podśluzową. Wypełniająca światło tkanka łączna jest włóknista, zbita, bliznowata, wśród niej znajdują się szczeliny, wypełnione masami o wejrzeniu mikroskopowym smółki. Na podstawie tego wyniku badania drobnowidzowego badający wysnuli wniosek, iż wolny zgrubiały brzeg krezki odpowiadał zanikłemu jelitu, przyczem jelito zanikło tutaj nierównomiernie: w częściach obwodowych nastąpił zanik prawie całkowity, w częściach pośrednich cewka jelitowa dawała się jeszcze wcale dobrze wyróżnić.

W krótkich słowach zamknę objawy, rozpoznanie i dotychczasowe leczenie chirurgiczne atrezji wrodzonych jelita. Pod względem objawów nie odbiegają one wiele od niedrożności jelita, z innych przyczyn wynikłych; zazwyczaj bowiem u noworodków, dobrze rozwiniętych, brak wydalania smółki, niedostatek moczenia i wymioty zwracają rychło uwagę rodziców i otoczenia na sprawę chorobową, dotyczącą przewodu po-

karmowego. Z otworu stolcowego drożnego dla palca wydobywa się skąpa ilość śluzu szarego lub żółtawo zabarwionego. Zgłębnik, wprowadzony do odbytnicy, sięga bez przeszkody do wysokości 10—12 ctm., a kiszka stolcowa pojemna jest dla 60—70 ctm. sz. cieczy.

Wobec zamknięcia żołądka lub dwunastnicy wymioty bez domieszki żółci zwykły występować rychlej i to natychmiast po spożyciu pokarmu, podczas gdy przy niskiej siedzibie atrezyi dołączają się później i okazują zabarwienie żółciowe. Jak dowodzą jednak poszczególne spostrzeżenia, za regułę stałą uważać tego nie można, bo np. w przypadku CHARRIER'a¹³⁾ przy atrezyi, tuż po nad zastawką BAUHIN'a położonej, wymioty pojawiły się już w pierwszej godzinie życia dziecka. Pewniej kierować się można co do miejsca zamknięcia jelita tem, że wobec atrezyi, wysoko położonych, tylko górne okolice brzucha są wzdęte, a po wymiotach wzdęcie to ustępuje, natomiast przy atrezyach, nisko usadowionych, brzuch w całości jest silnie wzdęty i naprężony. Częstokroć jednak, podobnie jak w przypadkach niedrożności, nabytej w wieku późniejszym, nawet podczas zabiegu operacyjnego, trudne jest jeszcze odszukanie miejsca niedrożnego w jelicie, zwłaszcza, gdy nadmiernie rozdęte pętle jelita zakrywają siedzibę atrezyi.

Po wyłączeniu wysoko leżącej atrezyi w odbytnicy, z największym prawdopodobieństwem na podstawie przytoczonych wyżej objawów rozpoznać można niedrożność, pochodzącą z wrodzonej atrezyi jelita, lubo również o tem pamiętać należy, iż u noworodków stwierdzono niejednokrotnie, że przyczyną niedrożności w podobnych razach było skręcenie świeże jelita, *peritonitis*, zaciśnięcie jelita przez nowotwór lub powiększoną wątrobę, przerosłą trzustkę, lub torbiel, z przewodu pępko-krezkowego wychodząca.

(D. n.).

¹³⁾ CHARRIER. Memoire sur un cas de division congénitale du tube digestif. Ballet. de la soc. anat. de Paris. XXXIII. 1858.

Z III kliniki wewnętrznej w Berlinie (Dyrektor prof. d. r. H. Senator).

O rozczłonkowaniu azotu w moczu w stanach chorobowych.

Napisał

MIECZYŚLAW HALPERN.

(Dokończenie.— Patrz Nr 39).

Przechodzę do przypadków raka.

Przypadek 7. K. lat 70. Wyrobnik. Choroba rozpoczęła się przed rokiem od skarg żołądkowych. Chory nie był w stanie zatrzymać ani pokarmów stałych, ani płynów, lecz wymiotował zaraz po jedzeniu. W ostatnich czasach bardzo schudł. Skarży się na bolesność okolicy żołądka, brak apetytu. *St. pr.* Znaczne wychudnięcie, fałdy skóry bardzo wolno znikają; skóra blada. Płuca i serce bez zmian chorobowych. Zgłębnik żołądkowy napotyka przeszkodę na wysokości 46 ctm. od przednich zębów. Brzuch zapadnięty, nie bolesny. W okolicy żołądka daje się wyczuwać rezystencya. Wątroba i śledziona bez zmian. Rozpoznanie: *Carcinoma cardiaae*. Rozpoznanie anatomiczne: *Carcinoma cardiaae*; liczne przerzuty w wątrobie. *Nephritis interstitialis*.

Przypadek 8. M. lat 66. Wyrobnik. Przed 8—9 miesiącami chory zauważył, że pokarmy zatrzymują się w gardzieli, ale po wypiciu przechodziły na dół. Stan ten zjawiał się pierwotnie tylko czasowo. Chory często wymiotował naczeczno lub po jedzeniu. Krwi lub żółci w wymiocinach nigdy nie zauważył. Od 4 miesięcy chory nie jest w stanie przełknąć pokarmów stałych, pokarmy płynne wkrótce po spożyciu wymiotuje. Zaparcie stolca. Znaczne wychudnięcie. *St. pr. Status cachecticus*. W lewym dole nadobojczykowym, gruczoł wielkości wiśni; to samo w lewej pachwinie. Sonda żołądkowa napotyka przeszkodę na wysokości 34 ctm. od przednich zębów. Płuca, serce normalne. Brzuch

silnie zapadnięty. Bolesność przy palpacji tylko w okolicy wątroby. Wątroba nie wyczuwa się wyraźnie. Śledziona nie wyczuwa się. Rozpoznanie: *Carcinoma oesophagi*. Rozpoznanie anatomiczne: *Carcinoma oesophagi*. Przerzuty w gruczołach limfatycznych i w wątrobie.

Przypadek 9. K. lat 65. Nauczyciel. Zachorował stopniowo przed 2 — 2½ miesiącami przy objawach silnego zaparcia stolca i braku apetytu; wkrótce wystąpiły silne bóle w okolicy żołądka i wątroby, a po 2 tygodniach zjawiała się żółtaczka. Skarży się prócz tego na bóle w krzyżu i w plecach. *St. praes.* Dość znaczne wychudnięcie. Skóra żółta, łącznie również. Płuca i serce normalne. Brzuch płaski, wrażliwy na dotyk na całej przestrzeni, szczególnie w okolicy wątroby i pęcherzyka żółciowego. Dolny brzeg wątroby znajduje się kilka centymetrów poniżej łuku żebrowego. Badanie *per rectum* nie wykazuje nic nienormalnego. Mocz zawiera dużo barwników żółciowych. Rozpoznanie: *Carcinoma* w okolicy *porta hepatis*.

Przypadek 10. E. lat 46. Zdun. Przed pół rokiem chory zauważył, że przy jedzeniu doznaje uczucia dławienia się. Po kilkakrotnem odbijaniu doznawał ulgi. W tym czasie przechodził dwukrotnie kurację przeciwko tasiemcowi, za drugim razem skutecznie. Nastąpiła krótkotrwała poprawa. Chory mógł lepiej jeść i pić. Wkrótce jednak stan znowu się pogorszył. Chory czuł się bardzo osłabionym i doznawał pulsującego bólu w okolicy żołądka po jedzeniu. Często wymiotował spożyte pokarmy, zmieszane ze śluzem. Od 5 miesięcy chory nie jest w stanie połykać pokarmów stałych. Skarży się na bóle w okolicy żołądka i stałe uczucie głodu. *St. pr.* Chory jest wychudzony i blady, nie ma obrzęków; gruczoły limfatyczne nie powiększone. Przy sondowaniu żołądka natrafia się na przeszkodę na wysokości 45 ctm. od siekaczy. Brzuch płaski. Wątroba i śledziona nie wykazują nic patologicznego. *In epigastrio* w linii przymostkowej wyczuwa się guz wielkości pięści o po-

wierzchni nierównej, przy ucisku bolesny. Rozpoznanie: *Carcinoma cordiae*.

Badanie moczu dało w tych 4 przypadkach wyniki następujące (Tablica IV). (Patrz str. 906).

Wszyscy ci chorzy otrzymywali przez cały czas badania jednakową dyetę płynną, i dlatego otrzymane wyniki nadają się w zupełności do porównania. Przedewszystkiem daje się zauważyć, iż zawartość procentowa mocznika w przypadkach 8, 9 i 10 była zupełnie normalna, podczas gdy w przypadku 7 ilość azotu mocznika znajduje się poniżej normy. Nie mogę prowadzić tego zmniejszenia bezpośrednio do zmian w wątrobie, stwierdzonych przy badaniu w postaci licznych przerzutów raka, gdyż analogiczny stan wątroby w przypadku 8 żadnego wpływu na zawartość mocznika nie wywarł. W każdym razie mogę potwierdzić dawniejsze dane, iż zmiany w wątrobie nie zawsze wywołują zmniejszoną zawartość mocznika w moczu w stosunku do ilości azotu całkowitego. Przemawia zatem również przypadek 9, gdzie była silna żółtaczka, i komórki wątrobowe znajdowały się, bądź co bądź, w warunkach nienormalnych.

W przypadku 7 zmniejszonej ilości mocznika odpowiada przeważnie powiększona ilość amoniaku, jakkolwiek nieznaczne powiększenie wykazuje tu, zarówno jak i w następnym przypadku 8, czyli w obu przypadkach ze zmianami w wątrobie, również t. zw. frakcyja amidokwasów. Różnica ta jednak w porównaniu do innych przypadków jest tak niewielka, że nie mamy prawa wyprowadzać z niej jakichkolwiek głębszych wniosków. Wypada mi jeszcze zaznaczyć, iż obok wspomnianego zmniejszenia ilości mocznika nie mogłem stwierdzić w tym przypadku znaczniejszych zmian w zawartości substancji wyciągowych, co niezupełnie odpowiada danym, otrzymanym przez TÖPPER'a¹⁶⁾, SETTI'ego¹⁷⁾, GUMBLICH'a, gdyż TÖPPER znajdo-

¹⁶⁾ TÖPPER. Ueber die Relationen der Stickstoffhaltigen Bestandtheile im Harn bei Carcinom. Wiener kl. Woch. 1892. N. 3.

¹⁷⁾ SETTI. Cyt. według Maly'ego. 1899. Str. 741.

T A B L I C A IV.

Przypadek	Data	Ilość mocznika	Ciężar gatunkowy	Azot całkowity	Azot osadu od kw. fosfor.	Azot osadu wol.	Azot filtr. od kwasu fosforow.	Azot mocznika	Azot puryn.	Azot amoniaku	Azot amidokwas.	ZAWARTOŚĆ PROCENTOWA								Dyeta
												N osadu od k.P.Wo	N filtr. od k.P.Wo	N filtr. od k.P.Wo	Błąd	N moczn.	N gład purynow.	N amoniaku	N amidokwas.	
7	25/IV	430	1024	4.78356	1.02099	3.60598	3.44344	0.15505	0.80668	0.16254	21.79	76.99	1.3	73.52	4.16	17.22	3.47	1.63	Płynna	
	26/IV	375	1027	5.24776	0.829	4.368	4.1895	0.14018	0.57225	0.1785	15.62	83.28	1.1	79.88	2.67	10.91	3.4	3.14		
	27/IV	310	1029	4.6872	0.60499	4.0362	3.87562	0.12152	0.434	0.16058	12.9	86.11	0.99	82.68	2.59	9.26	3.43	2.04		
	Srednio										16.7	82.13	1.1	78.69	3.14	12.46	3.43	2.27		
8	11/V	860	1022	11.36877	0.93551	10.25808	9.87882	0.15803	0.55986	0.37926	8.23	90.23	1.54	86.89	1.39	4.92	3.34	3.46	" "	
	12/V	480	1029	8.64192	0.07694	7.8288	7.57344	0.1008	0.45024	0.25536	8.18	90.59	1.23	87.64	1.17	5.21	2.95	3.03		
	Srednio										8.21	90.41	1.38	87.27	1.28	5.07	3.15	3.24		
9	17/V	470	1027	6.94848	0.87382	6.0096	5.88936	0.14805	0.45402	0.1116	12.88	86.36	1.06	84.47	2.13	6.53	1.89	4.98	" "	
	18/V	670	1023	7.24136	0.96051	6.23032	6.04072	0.17822	0.53466	0.1896	13.26	86.01	0.73	83.42	2.46	7.38	2.59	4.15		
	19/V	780	1017	5.91318	0.84521	5.02047	4.89762	0.13595	0.41769	0.1285	14.29	84.9	0.81	82.83	2.3	7.06	2.08	5.73		
	Srednio										13.38	85.76	0.86	83.57	2.29	6.99	2.19	4.95		
10	26/VI	1150	1020	5.8926	0.70635	5.14345	4.99905	0.14007	0.30188	0.1449	11.88	87.29	0.83	84.83	2.38	5.12	2.46	5.21	" "	
	27/VI	1230	1016	6.8019	0.76801	5.95812	5.75148	0.12915	0.33301	0.20664	11.29	87.59	1.12	84.56	1.89	5.19	3.03	5.33		
	28/VI	1450	1015	7.7545	0.8323	6.8817	6.6178	0.15022	0.38555	0.2639	10.73	88.74	0.53	85.34	1.94	4.84	3.4	4.48		
	Srednio										11.3	87.87	0.83	84.91	2.07	5.05	2.96	5.01		

wał przy raku 13 — 23% azotu całkowitego w postaci substancji wyciągowych, SETTI często więcej niż 10%, a GUMMICH 10,9% do 13,2%; w każdym razie znajdowali i ci autorowie mniej lub więcej wybitne powiększenie ilości azotu amoniaku, która np. u TÖPFER'a dochodziła do 13%, a z moich przypadków daje się zauważyć względnie duża ilość substancji wyciągowych w 9 i 10 przypadku.

Wahania dobowe w znaczniejszym stopniu obecne były jedynie w tym właśnie przypadku, który wykazywał naogół największą różnicę w porównaniu do normy, t. j. w 7. Podczas gdy w przypadkach 8, 9 i 10 dochodziły one zaledwie do jakich 15%, możemy w przypadku 7 znaleźć wahania, dochodzące do 9% dla mocznika, czemu znowu odpowiadają wahania przeważnie w zawartości amoniaku.

Porównyując moich 11 badań do 4 odpowiednich badań ASCOLI'ego i de GRAZIA'ci, nie mogę znaleźć w nich potwierdzenia wyników wymienionych tu autorów. Znajdowali oni mianowicie w przypadku raka żołądka tylko 59%, resp. 66% azotu w postaci mocznika, a obok względnie dużych wartości dla azotu osadu od kwasu fosforowolframowego (co z resztą miało miejsce i w moim przypadku 7) niezmiernie wysokie liczby dla t. zw. frakcji amidokwasów z wahaniami od 10% — 26% w stosunku do azotu całkowitego. Jak widać z tablicy IV, frakcja ta w żadnym z moich badań nie dosięgła tak wysokich liczb.

Ponieważ przy raku mamy zazwyczaj jednocześnie stan kachektyczny, i wszyscy moi 4 wyżej wymienieni chorzy w mniejszym lub większym stopniu, ale stale znajdowali się w stanie wyniszczenia, to odpowiedniem wydało mi się porównanie tych przypadków do takich stanów wyniszczenia, które nie były wywołane przez raka, w celu przekonania się tą drogą, czy na podstawie podobnych badań dadzą się wprowadzić jakieś charakterystyczne dla raka zmiany. Z przytoczonych powyżej wyników badań

u chorych na raka trudno było wprawdzie czegoś podobnego oczekiwać, gdyż zmiany te, jak powiedziałem, nie są stałe i nie wykazują żadnych osobliwości.

Przypadki wyniszczenia bez raka, które miałem sposobność zbadać, były następujące.

Przypadek 11. S. lat 42. Ślusarz. W roku 1896 miał krwotok płucny, od tego czasu leczył się od czasu do czasu na cierpienie płuc. 1.II 1903 chory wypił około 25 ctm. sz. dymiącego kwasu solnego. Przebieg cierpienia, którego tu dokładniej przytaczać nie będę, był, jak zazwyczaj w tych razach, bardzo ciężki, i do czasu badania przeze mnie moczu (w początku maja, czyli po 3 miesiącach) wytworzyło się wybitne zwężenie bliznowate przelyku. Chory nie był w stanie przez cały czas pobytu w szpitalu przyjmować pokarmów stałych, jedynie nieco płynów. Od czasu do czasu musiał być karmiony *per rectum*. Stopniowo rozwinął się stan najwyższego wyniszczenia, i chory zmarł 12.V.

Badanie pośmiertne wykazało, co następuje. Płuca w niektórych miejscach przyrośnięte do klatki piersiowej, szczególnie lewe. W lewym szczycie jama wielkości wiśni; w jej otoczeniu, zarówno jak w dolnym płacie liczne ogniska zserowaciałe. W prawym szczycie również kilka ognisk serowatych. Przelyk w dolnej części jest węższy, niż w górnej (3 *resp.* 3,5 ctm.). W miejscu przejścia przez przeponę nad *cardia* szerokość przewodu pokarmowego wynosi 1,4 ctm., 20 ctm. ponad *cardia* brak nabłonka. W dolnej części błona śluzowa zniszczona, muskulatura zgrubiała. Żołądek: *muscularis*, szczególnie u odźwiernika, zgrubiała, błony śluzowej poniżej *cardia* brak. W otoczeniu blizny granulacje; żyły otoczki surowiczej silnie wypełnione krwią. Rozpoznanie: *stenosis oesophagi*, skomplikowana gruźlicą płuc.

Przypadek 12. N. lat 57. Garniarz. Zachorował w roku 1898 na cierpienie żołądka przy objawach braku apetytu, uczucia pełności w żołądku po jedzeniu, wymiotów. Z powodu teje

choroby przebywał w klinice raz w roku 1898 i dwa razy w roku 1900. Od r. 1900 czuł się dość dobrze, przemywając sobie żołądek co 2 tygodnie. Przed 2 tygodniami przestał pracować z powodu pogorszenia: od tego czasu czuje się bardzo osłabionym, nie ma apetytu i wymiotuje często albo bezpośrednio po jedzeniu, albo też w kilka godzin później. Wymiociny bardzo obfite. Stolec w ostatnich czasach miewał chory tylko po ławatywie. *St. pr.* Chory jest bardzo wychudzony; skóra o zabarwieniu żółtawo-brunatnem, daje się ująć w duże fałdy, które pozostają w ciągu jakiejś $\frac{1}{2}$ minuty. Płuca i serce normalne. Brzuch nie wrażliwy na ucisk. Przy opukiwaniu górnej części brzucha zjawiają się fale perystaltyczne. Wątroba i śledziona nie wyczuwalne. Żołądek opuszczony, duża krzywizna sięga prawie do spojenia łonowego. W treści żołądkowej bardzo dużo ziarniaków i drożdży. Rozpoznanie: *Ectasia ventriculi e cicatrice ad pylorum. Insufficiencia motorica ventriculi. Inanities*. Aż do dnia, w którym mocz chorego był przeze mnie badany, t. j. od 20 do 22 czerwca, chory otrzymywał jedynie ławatywy z roztworu soli kuchennej. Stan chorego stopniowo się poprawiał.

Badanie moczu wykazało w tych dwu przypadkach, co następuje: (Tablica V).

(Patrz str. 908).

Widzimy przedewszystkiem, iż wyniki w tych dwu przypadkach były rozmaite: podczas gdy w pierwszym daje się zauważyć zmniejszenie ilości mocznika, w drugim procentowa jego zawartość jest zupełnie normalna, chociaż w tym przypadku chory nie otrzymywał absolutnie żadnych pokarmów. Tak samo, jak u chorych na raka, widzieliśmy rozmaitą zawartość w moczu substancji wyciągowych, widzimy to i przy zwykłym wyniszczeniu. Zawartość azotu amoniaku jest nieco podniesiona w porównaniu do normy zupełnie tak samo, jakśmy to widzieli przy raku. Zaznaczyć jeszcze wypada, iż procentowa zawartość azotu t. zw. frakeji amidokwasów

w przypadku 11 wykazuje nieznaczne podniesienie odpowiednio do przypadku 7—raka; jednego dnia otrzymałem tu nawet największą liczbę dla wspomnianej frakcji, jaką wogóle wśród moich badań napotykałem, mianowicie 4,01%. I ta ilość należy jednak w zupełności do normalnych. Możemy zatem przypuszczać, że zmiany w rozczłokowaniu azotu w moczu przy raku stanowią jedynie wyraz wyniszczenia i nie wykazują nic dla raka charakterystycznego.

Ponieważ w przypadku 9 miałem do czynienia z chorym z żółtaczką z powodu raka, uważałem za odpowiednie porównanie go do innego przypadku żółtaczki, w którym przyczyną żółtaczki było cierpienie natury łagodej. Jest to przypadek następujący.

Przypadek 13. D. lat 39. Od roku 1895 miał chory 7 — 8 napadów kolki żółciowej stale przy jednakowych objawach: silne bóle w dołku, żółtaczka, stolce odbarwione, nieco gorączki (do 38°), wymioty. Ostatni napad przed rokiem. 4.V. 1903 zjawiał się zupełnie taki sam napad, wskutek czego chory 7.V. przyjęty został do szpitala. *St. pr.* Dobrze zbudowany, otyły mężczyzna. Skóra o żółtem zabarwieniu, łącznie wyraźnie żółte. W tylnej dolnej i bocznej części prawej strony klatki piersiowej lekki szmer tarcia, brak stłumienia. Serce normalne. Brzuch wzdęty, miękki, wrażliwy na dotyk, szczególnie w dołku i okolicy wątroby. Wątroba niewyraźnie wyczuwalna, śledziona nie daje się wyczuć. 10.V. bóle ustały. 11.V. znaleziono w stolcu kamyczek żółciowy. Rozpoznanie: *Cholelithiasis. Icterus.*

Badanie moczu wykazało w tym przypadku, co następuje: (w tabelcy V).

Jak widać z powyższej tabelicy, wszystkie składniki azotowe moczu zachowywały się tu normalnie.

Reasumując pokrótce otrzymane wyniki, dochodzimy do wniosku, iż w przypadkach cierpienia krwi, jako to: białaczki limfatycznej, ane-

T A B L I C A V.

Przypadek	Data	Ilość moczu	Ciężar gatunkowy	Azot całkowity	Azot osadu fosf-wolfr.	Azot filtr. od kwasu fosf-wolframow.	Azot moczniaka	Azot ciała puryn.	Azot amoniaku	Azot amidokwasow.	ZAWARTOŚĆ PROCENTOWA								
											N osadu od k P Wo	N filtr od k P Wo	Biał	N moczni.	N ciała purynow.	N amoniaku	N amidokwas.	N ciała wydal.	Dyeta
11	2/V	22	1029	3,68676	0,48418	3,15084	3,02148	0,107184	0,2079	0,12936	13,13	85,46	1,41	81,95	2,9	5,64	3,51	6,00	Płynna
	3/V	345	1031	5,54001	0,78246	4,70925	4,48707	0,161322	0,30429	0,22218	14,12	85,00	0,88	80,99	2,93	5,49	4,01	6,58	"
	4/V	275	1034	4,58535	0,75191	3,77685	3,61515	0,0924	0,30608	0,1617	16,39	82,37	1,24	78,84	2,92	6,67	3,53	9,94	"
	Srednio										14,55	84,28	1,17	80,59	2,62	5,93	3,68	7,51	"
12	22/VI	665	1022	12,166	1,4084	10,389	10,388	0,4354	0,805	0,301	11,58	87,86	0,56	85,39	3,58	6,62	2,47	1,94	Law. z NaCl.
	9/V	880	1034	22,1144	2,13752	19,7786	19,25	0,62832	0,693	0,5236	9,67	89,4	0,93	87,05	2,84	3,13	2,35	4,63	Płynna
13	10/V	800	1030	16,954	1,8256	14,98	14,588	0,4144	0,7	0,392	10,77	88,36	0,87	86,04	2,44	4,13	2,44	4,95	"
	Srednio										10,22	88,88	0,9	86,55	2,64	3,63	2,39	4,79	"

mii złośliwej, anemii z powiększoną śledzioną (*anaemia splenica*), następnie w przypadkach gruźlicy płuc i kamicy żółciowej rozczłonkowanie azotu w moczu nie wykazywało żadnych zmian w porównaniu do normy. Natomiast w niektórych przypadkach zapalenia nerek chronicznego, raka i wyniszczenia można było zaużyć zmniejszoną zawartość procentową azotu mocznika, co występuje jednak niestale, gdyż w innych przypadkach tych samych postaci chorobowych otrzymywałem liczby zupełnie normalne. Powtórę, zmniejszonej ilości mocznika odpowiada we wspomnianych cierpieniach powiększenie ilości amoniaku i ciał wyciągowych. Natomiast badania moje nie wykazują żadnej zależ-

ności w zawartości mocznika i t. zw. frakcyi amidokwasów. Jeżeli zwrócę tu jeszcze uwagę na przypadki 2, 5, 7, 8, 9 i 13, w których badanie kliniczne lub też autopsya wykazywały zmiany w najbardziej godnym pod tym względem uwagi organie, a mianowicie w wątrobie, to i w tych przypadkach żadnych zmian patologicznych co do zachowania się t. zw. frakcyi amidokwasów zauważyć nie byłem w stanie. Przypadków znacznych zmian w wątrobie, jakie się zdarzają w ostrym jej zaniku lub otruciu fosforem, dotychczas badać nie miałem okazji, dlatego też o zachowaniu się wspomnianej frakcyi w tych cierpieniach wątroby powiedzieć nie mogę.

WYKŁADY KLINICZNE.

TREUPEL.

O operacyjnem leczeniu niektórych chorób płuc i o odpowiednich wskazaniach.

Początki operacyjnego leczenia chorób płuc sięgają czasów HIPPOKRATES'a: wiedział on już, iż ropnie płucne niekiedy otwierają się do oskrzeli i wtedy powoli zagoić się mogą, i dla tego też ropnie, drażące do jamy opłucny, radził odprowadzać nazewnątrż przez cięcie lub przypalanie żegadłem. W Anglii na początku XVIII wieku De BARRY i w końcu tegoż wieku SCHARPE starali się wpłynąć na rozwój chirurgii płuc, a w Niemczech już około 1800 roku A. G. RICHTER wypowiedział się, iż ropnie płucne otwierać można „śmiało i pewnie, częstokroć z pomysłnym wynikiem“. Pomimo to chirurgia płuc pozostawała na tej samej wysokości przez większą część XIX wieku, i dopiero około 30 lat

temu nadał jej większy rozgłos MOSLER na zjeździe internistów. Prace doświadczałne GLUCK'a, SCHMIDT'a, BIONDI'ego i innych i dochodzenia kliniczne, szczególnie QUINCKE'go, zdobyły dla chirurgii płuc naukową podstawę. Do ujęcia w całość i wytknięcia granic chirurgii płuc wiele przyczynili się QUINCKE, TUFFIER, GLUCK, SONNENBURG i inni.

Wszystkie rodzaje chorób płuc, względem których dotychczas zastosowywane było operacyjne leczenie, podzielić można na takie, dla których skuteczność operacyjnego zabiegu, podług dotychczasowego doświadczenia, jest niezaprzeczalna, i na takie, wobec których zdania o korzyści operacji jeszcze bardzo się rozchodzą. Do uzasadnienia takiego podziału posłużyć powinna statystyka, wykazująca następujący porządek chorób w zależności od lepszych wyników operacyjnego leczenia: bąblowiec płuc (około 90% wyzdrowień), ropień płuc (około 80% wyzdrowień), zgorzel płucna (około 70% wyzdrowień).

wień), rozstrzenie oskrzeli (około 65% polepszenia lub żadnego pogorszenia), gruźlica, promienica i nowotwory płuc.

Bąblowiec już dlatego najbardziej sprzyja operacyjnemu zabiegom, iż występuje na ściśle ograniczonym miejscu płuca, nie wciągając w cierpienie pozostałej tkanki płucnej. Objawy tego pasorzyta, który często umiejscawia się w prawym dolnym płacie płuca, są następujące: wypuklenie klatki piersiowej w okolicy guza, klucie w piersi, konwulsyjny kaszel z wydalaniem krwawej lub koloru wina płwociny, w której niekiedy wykryć można składowe części torbieli (błonki z równoległym uwarstwieniem, haczyki i t. d.); dalej, gorączka, występująca zawsze w razie zropienia torbieli, stłumienie wypukowe z nieokreślonym lub oskrzelowym oddechem, rżenia trzeszczące lub dźwięczne. Z pomocą rozpoznaniu przychodzą niekiedy dane wywiadowe. W razie znalezienia części składowych torbieli rozpoznanie bywa zapewnione. Trudności rozpoznawcze powstają tylko wtedy, gdy umiejscowienie lub granice stłumienia są tego rodzaju, iż zachodzą wątpliwości, czy bąblowiec ma swe siedlisko w płucu, czy zaś w wątrobie. Rozpatrzenie jednak szczegółowe danych wysłuchowych, oględzinowych, palpacyjnych i t. d. pomaga i tutaj do trafnego rozpoznania.

Sama operacja składa się z 2 momentów: rezeceki żeber i cięcia płuc.

Jeżeli przy bąblowcu płuca rozpoznanie i wskazania do operacji po większej części bywają zupełnie jasne, to natomiast wszystko przedstawia się o wiele trudniej w tej grupie chorób płuc, której wspólną cechą jest jamistość (ropień, zgorzel, oskrzelowe rozstrzenie i gruźlicze jamy). Tutaj przedewszystkiem występuje trudność dokładnego umiejscowienia cierpienia, nie mówiąc już o tem, iż samo wykrycie niewątpliwiej jamy jest niezbyt łatwe. Nawet po określeniu rodzaju, formy i liczby chorobowych ognisk pozostaje jeszcze jedno poważne pytanie, jak głęboko leży ognisko w płucu.

Wykrycie obecności jamy w płucu jest dlatego trudne, iż ani opukiwanie, ani osłuchiwanie nie daje nam żadnego swoistego i zupełnie pewnego objawu: odgłos stłumiono-tympaniczny, zmienność jego przy oddychaniu, oddech dzbanowy i rżenia metaliczne powstawać mogą i w innych sprawach chorobowych. Pewniej-

sze jednak objawy obecności jamy są: przerywana przemiana odgłosu opukowego WINTRICH'a, przemiana odgłosu opukowego GERHARDT'a, metamorfozyjny szmer oddechowy i stała obecność metalicznych rżeń w okolicy górnych płatów. Wykrycie przy badaniu mikroskopowym włókien sprężystych i bakterii ropnych i gnilnych, jak również wykrztuszanie przy kaszlu znacznej ilości płwociny, dzielącej się na 3 warstwy, uzupełnia rozpoznanie obecności jamy. Co się tyczy badania radiograficznego, to daje ono dodatnie wyniki tylko w przypadkach dużych jam, które wtedy wykazują się jako jasne plamy, otoczone ciemnym brzegiem.

Określenie liczby jam posiada w chirurgii płuc też nie małe znaczenie, szczególnie w przypadkach jam rozstrzeniowych oskrzeli, gdyż rezultaty operacji o wiele będą lepsze, jeżeli przy obszernej rezeceki żeber otworzona zostanie nie tylko jedna jama rozstrzeniowa (GARRÉ). Obecność jednej tylko jamy w wysokim stopniu bywa prawdopodobna, gdy przy ropniu lub zgorzeli w krótkim czasie wykrztuszona zostaje nadzwyczaj duża ilość tkanki płucnej (FRAENKEL); dalej, gdy wyżej wzmiankowane objawy jam dają się wykazać zawsze w jednej i tej samej okolicy. Liczne jamy przypuścić zaś należy, jeżeli objawy ich występują na rozmaitych, ściśle odosobnionych miejscach, lub w razie, gdy rozmaite metamorfozyjne szmery oddechowe stale wysłuchują się na sąsiednich miejscach. Niestety, w bardzo wielu przypadkach określenie liczby jam w płucach bywa zupełnie niemożliwe.

Rozpoznanie głębokości, na jakiej znajdują się jamy, skutecznie można dopiero po wypłukaniu żeber na obnażonym płucu, posiłkując się ku temu inspekcją, palpacją i auskultacją. Zabarwienie płucnej opłucny, nastrzyknięcia i nawarstwienia na niej, zgrubienie lub wiotkie zapadnięcie ściany na ograniczonym miejscu świadczą o niezbyt głębokim położeniu ogniska. Obmacywanie wykrywa przemianę oporności tkanki płucnej w pobliżu ogniska. Wysłuchiwanie, które skutecznia się za pomocą specjalnie zmodyfikowanego dwuuszego stetoskopu, wykrywa miejsce, gdzie zjawiska wysłuchowe najbardziej stają się wybitne, świadcząc o bliskiej siedzibie jamy. Punkty próbne płuca często nie dają żadnych wskazówek, a nie będąc zupełnie bezpieczne, zaniechane być powinny.

Niebezpieczeństwo zakażenia przez otwarcie jamy opłucny najlepiej uprzeda szew opłucno-płucny i tamponada (ROUX). W razie gdy przy otworzeniu klatki piersiowej płuco spada się, zaleca się szybkie wyciągnięcie jego i przyszyście. Sama operacja składa się z obszernego wypilowania żeber, cięcia opłucny i cięcia, *resp.* rezekeyi płuca za pomocą przyrządu PAQUELIN'a. Szczególniej zaleca się obszernie wypilowanie żeber, gdyż bardzo wiele przyczynia się ono do późniejszego zmniejszenia i zabliznienia dotkniętego chorobą miejsca, a z drugiej strony ułatwia odpływ ropy z płuca, gdzie warunki ku temu nie są wogóle pomyślne ze względu na położenie, budowę i czynność organu.

Najlepsze wyniki z całej grupy chorób płuc, wytwarzających jamy, daje operacja zwykłych ostrych lub też ograniczonych ostrych gnilnych ropni. Z pośród przewlekłych gnilnych ropni najbardziej nadają się do chirurgicznego zabiegu ropnie powstałe skutkiem uwięźnięcia ciał obcych, podczas gdy w przewlekłych, bardziej rozlanych postaciach zgorzelinowych dobrego wyniku od operacji ledwie że można oczekiwać. Najusilniej zalecana być powinna operacja w przypadkach, zagrażających otworzeniem się ropnia lub ogniska zgorzelinowego do jamy opłucny, gdyż dokonana w odpowiednim czasie, zabezpiecza przed powstaniem posokowatego otoku ropopowietrznego (*pyopneumothorax*).

Zwykle ostre i przewlekłe ropnie płucne powstają najczęściej po zapaleniu płuc, szczególnie wywołanem przez gripę (prawie w połowie dotychczas operowanych przypadków); dalej, skutkiem zatorów, przyczem zakażony czopek pochodzi po większej części z zakrzepów żylnych, rzadziej z prawego serca; wreszcie powstają one jako ropnie przerzutowe przy ropniach podprzeponowych, ropniach wątroby, okołonerkowych lub w następstwie zapalenia wyrostka robaczkowego.

Świeże ropnie otwierać należy natychmiast i szeroko (SONNENBURG, TUFFIER). Stare ropnie wymagają operacji ze względu na częste obstrzenia i sposoczenia. Ropnie, powstałe skutkiem ciał obcych, po większej części przewlekłe i z gnilną zawartością, podlegać powinny operacji już dłatego, iż bez wydalenia obcego ciała wyleczenie nastąpić nie może. Ostre ropnie goją

się w przeciągu 2—8 tygodni i najprędzej, gdy tkanka otaczająca je nie jest bliznowato zwyrodniała; przewlekłe ropnie wymagają do wyleczenia wielu miesięcy i często dają wznowy, zanim nastąpi zupełne wyzdrowienie.

Zgorzel płucna występuje również najczęściej po sprawach zapalnych w płucu; następnie w etiologii jej najważniejszą rolę odgrywają zatory; daleko rzadziej przyczyną jej są ciała obce, sprawy rozstrzeniowe i gruźlicze i t. p. Tutaj najbardziej zaleca się użycie żegadła PAQUELIN'a i tamponada jamy.

Jamy rozstrzeniowe niegruźlicze operowane dotychczas były niezbyt często, czego przyczynę widzieć należy w tem, iż występują one zwykle w znacznej liczbie w obydwóch płucach, a nadto spotykają się najczęściej u chorych wiekowych, dotkniętych pneumokoniozami, cierpieniami serca i naczyń. Wyleczenia po operacji jam rozstrzeniowych, bez wytworzenia przetok, wogóle dotychczas były rzadkie.

Kwestya operacyjnego leczenia gruźlicy płuc wymaga specjalnego omówienia. Posiada ona i swoich zwolenników (QUINCKE, GARRÉ, SARFERT, LANDERER) i swoich przeciwników (BORCHERT, RIEGNER, JORDAN), przyczem tak jedni, jak i drudzy powołać się mogą na pewne doświadczenie praktyczne.

Również bezstronne rozważenie zmian patologicznych w gruźlicy płucnej przemawia po części za zabiegiem operacyjnym, poczęści zaś przeciw niemu. Wiadomo bowiem, z jednej strony, iż początkowa gruźlica płuc dowolnie wyleczy się może przez wytworzenie dokoła ogniska tkanki bliznowatej; lecz z drugiej strony wiadomo też, iż odgraniczenie takie ogniska gruźliczego bardzo często nie występuje w należytych stopniu, narażając chorego na aspirowanie zakażonej wydzieliny do zdrowych jeszcze części płuca, a w razie wytworzenia się większej jamy, zagrażając choremu masą powikłań. Godząc więc obie strony, jako wskazanie do operacji gruźlicy płuc, przy obecnym stanie rzeczy, służyć powinny te przypadki, w których jamy gruźlicze nie mają dążności do samowyleczenia. Jamy, umiejscowione w dolnym płacie, skłaniają ku szerokiemu otworzeniu ich i rezekeyi tkanki płucnej wraz z rozległą torakoplastyką (GARRÉ, SARFERT); względem zaś jam, położonych w górnym płacie, zastosowane być może albo samo

zawieszenie czynności płuca przez wypłowanie 3 pierwszych żeber bez utworzenia jamy opłucny, lub też wypłowanie żeber wraz z cięciem opłucny i rezekeją wierzchołka płuca (SARFERT).

Że już samo unieruchomienie dotkniętej gruźlicą części płuca dodatnio wpływa na sprawę chorobową, najlepiej przekonać się można, gdy w przebiegu gruźlicy nastąpi wysięk lub odma płucna, znosząc tym sposobem czynność organu w pewnej jego części.

Co się tyczy leczenia operacyjnego początkowej gruźlicy, to sprawa ta obecnie jest jeszcze mało opracowana. Najbardziej powstrzymuje ją fakt, iż początkowa gruźlica nierzadko samowolnie wyleczy się może też wielkich ku temu zabiegów.

Promienica płuca nie wymaga żadnych nowych wskazań nad te, które wyżej podane zostały. Przebieg jej bywa przewlekły. W płocinie śluzo-ropnej, niekiedy krwawej, wykrywają się

znamienne gruźelki grzybka. Skutkiem infekcji mieszananej i w tej postaci chorobowej w płucu powstawać mogą ropnie i ogniska zgorzelinowe.

Nowotwory płuca wogóle spotykają się rzadko. Pierwotne guzy po części bywają łagodne, jako to: włókniaki, tłuszczaki, kościochrzęstniaki, cylindromaty; po części rzecz dotyczy raka lub najrzadziej mięsaka. Wiele z pośród tych guzów klinicznie nie daje żadnych objawów; inne, szczególnie rak, rozpoznawane bywają po przerzutach do innych organów. Częściej, niż nowotwory pierwotne, zdarzają się w płucu wtórne raki i mięsaki. W razie wczesnego rozpoznania nowotworu możliwą jest rzeczą dokonanie wyluszczenia guza, a nawet, podług nowych doświadczeń, odjęcie całego płata płucnego (HELFERICH).

(*Berliner Klinik. Heft 176, 1903.*)

Fr. Csernák.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

121. ELGART. Dwa przypadki wPOCHWIENIA jelita u dorosłych zakończone wyzdrowieniem drogą operacyjną.

Leczenie chirurgiczne wPOCHWIENIA jelita coraz więcej zyskuje zwolenników. Wszelkie wdmuchiwanie, wlewania oraz przekłuwania rozdętego jelita cierpienie rzadko usuwają i nie zabezpieczają od nawrotu. Zalecane w każdym razie bywają przez wielu chirurgów przed przystąpieniem do laparatomii. Rękoćzyny te jednakże znajdują usprawiedliwienie u dzieci, u których przyczyną wPOCHWIENIA jelita często bywa kurez jelita, u dorosłych zaś inne bywają przyczyny anatomiczne i mechaniczne, wywołujące powyższe cierpienie i wymagające przeważnie leczenia operacyjnego. Rozróżniamy tu leczenie operacyjne zapobiegawcze i doszczętne. Do metod zapobiegawczych należy: odbyty sztuczny, enteroanastomoza, wyłączenie jelita częściowe lub całkowite. Wszystkie te rękoćzyny znajdują za-

stosowanie w tych przypadkach, w których rękoćczyn doszczętny z różnych względów zastosowany być nie może. Jako operację doszczętną uważać należy dezinwaginację z następczem umocowaniem jelita i wycięcie bądź całej części wPOCHWIENIEJ, bądź też tylko *intussusceptum* (RYDYGIER). RYDYGIER podaje następujące wskazania do wycięcia jelita przy wPOCHWIENIU: 1) przy ostrem wPOCHWIENIU należy zaraz operować, 2) dezinwaginacja ma pierwszeństwo, jeżeli łatwo daje się wykonać, 3) jeżeli dezinwaginacja nie daje się wykonać, należy wyciąć *intussusceptum*, 4) całkowite wycięcie jest wskazane tam, gdzie *intussusciens* wykazuje znaczne zmiany i grozi przedziurawieniem, 5) *anus praeternaturalis* i enteroanastomoza nie dają się zastosować przy ostrem wPOCHWIENIU, 6) przy wPOCHWIENIU przewlekłym wskazana jest dezinwaginacja lub rezekeja według RYDYGIERA.

ELGART przytacza dwa przypadki wPOCHWIENIA jelita, operowane jeden za pomocą rezeceji, drugi za pomocą dezinwaginacji z następczem przymocowaniem jelita. W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Jest on zdania, że u dorosłych przy wPOCHWIENIU jelita jedyną racjonalną metodą leczenia jest rękoczyn doszczętny. WEISS jest zdania, że dezinwaginacja daje lepsze wyniki, niż rezeceja, i należy wykonać dezinwaginację nawet z pewnym wysiłkiem i tylko wtedy gdy, w żaden sposób wykonać jej nie można, lub jelito bardzo jest zmienione, należy przystępować do wycięcia jelita.

(*Wiener klin. Wochenschr.* 1903. N. 32).

L. Krauze.

122. O. ROMMEL. Przypadek purpurae Henoch'a.

Choroba ta po raz pierwszy opisana została przez HENOCH'a (1868), a od tego czasu ogłoszono wszystkiego około kilkunastu przypadków tego rzadkiego cierpienia. *Purpura HENOCH'a* jest mało znana lekarzom, gdyż w większości podręczników chorób dziecięcych wcale niema o niej wzmianki, albo też niesłusznie zaliczają ją do *purpura fulminans*, od której znacznie różni się zarówno zbiorem objawów, jakoteż przebiegiem. Obraz kliniczny choroby HENOCH'a cechuje się tem, że do istniejących wybroczyn na skórze z obrzmieniem stawów przylączają się burzliwe objawy brzuszne, jako to: wymioty, krwotoki kiszkowe, kolki i wydymanie, oraz tem, że cierpienie przebiega z nasileniami i zwolnieniami, trwającemi po kilka dni, tygodni i miesięcy. Podczas nasileń występuje gorączka, która dosięga niekiedy 39° i wyżej. Choroba najczęściej napastuje starsze dzieci oraz dorosłe osoby, przyczem u tych ostatnich przebiega po większej części ciężko, a nawet śmiertelnie. Przypadek ROMMEL'a dotyczył dziecka 3-letniego i zakończył się po 5 nawrotach zupełnem wyzdrowieniem. Za zakaźną przyrodą cierpienia w przypadku autora przemawia ta okoliczność, że w kilka tygodni po zachorowaniu dziecka zapadła także matka, która to dziecko pielęgnowała, lecz na formę łżejszą tego cierpienia. Bakteryologiczne badanie krwi wypadło ujemnie, i krótkie laseczniki opisane przez LETZERICH'a, nie zostały znalezione. Na uwagę zasługuje także brak zajęcia wsierdzia przy charakterze zakaźności choroby HENOCH'a. Być może, że

źródłem zakażenia jest tu przewód pokarmowy. Leczenie jest czysto objawowe i często bezsilne. Stosunkowo najlepiej jeszcze działają przetwory makowca. Od atropiny i sporyszu autor nie spostrzegł żadnych skutków. Być może, że żelatyna *per os* lub podskórnice byłyby skuteczniejsza, sądząc z wyników, otrzymanych przy stosowaniu jej w *melaina* i podobnych cierpieniach, przebiegających z krwawieniem.

(*Berlin. klin. Wochenschrift* N 33. 1903 r.).
Pechlkranc.

123. HARTMANN. Studya bakteryologiczne w 46 przypadkach operacji na drogach żółciowych wraz z przyczynkiem do etiologii nieżytu kamieniotwórczego pęcherzyka żółciowego.

Autor w 46 przypadkach badał żółć, otrzymaną podczas operacji z powodu kamicy; w 36 przypadkach ciecz zawierała drobnoustroje, w 10 — żółć była jałowa. W 23 przypadkach drobnoustrój zakażający okazał się lasecznikiem okrężnicy, dwa razy łańcuszkowcem, trzy razy gronkowcem, raz gronkowcem białym, w 6 przypadkach znaleziono obok siebie rozmaite gatunki bakteryi. Powodem zapalenia pęcherzyka żółciowego jest zakażenie drobnoustrojami. Czynnikiem zaś usposabiającym i stawiającym warunki dogodnie dla rozwoju bakteryi jest zaleganie żółci. Co się tyczy dróg, któremi bakterye przenikają do pęcherzyka, to należy wziąć pod uwagę trzy. Najczęściej drobnoustroje przedostają się do pęcherzyka przez przewód żółciowy z dwunastnicy, zwłaszcza w przypadkach, gdzie ten ostatni, jak również i brodawka dwunastnicy są rozszerzone i rozpulchnione wskutek przechodzenia kamieni. Badania bakteryologiczne dowiodły, że, podczas gdy zawartość normalnego pęcherzyka, przewodu pęcherzykowego i wątrobowego — jest jałowa, część obwodowa przewodu żółciowego w najbliższem sąsiedztwie z jelittem zawiera zazwyczaj drobnoustroje. Dopóki wydzielanie żółci odbywa się prawidłowo, pod ciśnieniem dodatnim, bakterye zawarte w wyż wymienionym odcinku przewodu żółciowego, porwane prądem żółci, przechodzą do kiszki. Dopiero rozmaite przeszkody ze strony dróg żółciowych, jak zrosty, kamienie i t. d. sprawiają, że zalegająca żółć szybko ulega zakażeniu przez bakterye, w sąsiednim odcinku jelita zawarte. Mamy wówczas do czynienia z t. zw. *cholecystitis ascendens*.

Dzięki bezpośredniemu sąsiedztwu szyi pęcherzyka z dwunastnicą a dna z poprzecznicą, możliwe jest bezpośrednie przenikanie bakterii przez ścianę jelita do pęcherzyka, zwłaszcza w przypadkach spraw wrzodziejących w kiszka-kach. Na poparcie tego poglądu autor cytuje dwa przypadki, w których drobnoustroje *per diapidesin* przeniknęły z pęcherzyka do sieci, powodując ropnie w tej ostatniej. Droga odwrotna nie jest przeto wyłączoną. Trzecią drogą dla bakterii, przenikających do pęcherzyka, autor upatruje we krwi. W tych przypadkach zapalenie pęcherzyka uważać należy za jeden z objawów zakażenia ogólnego ustroju przez bakterie, które, wdarłszy się doń drogą naturalną lub jakiegokolwiek uszkodzenia zewnętrznego, rozwijają się tam, gdzie tkanki przedstawiają ku temu warunki pomyślne. Powodem pośrednim takiego zakażenia bywa niekiedy przebyta dawniej choroba infekcyjna, np. zapalenie szpiku kostnego, tyfus i t. d. Znany jest przypadek DROBY, w którym po upływie 17 lat od czasu przebycia tyfusu znaleziono laseczniki duru w żółci i jądrach 3 kamyków żółciowych.

Powstawanie nieżyty kamieniotwórczego, polegającego na zakażeniu drobnoustrojami, autor czyni zależnem od rodzaju zajęcia i trybu życia chorego. Im ten ostatni jest ruchliwszy, im fizyczny wysiłek chorego jest większy, tem prędzej występuje kamica. Nie siedzący tryb życia i dobrobyt mają usposabiać do wytwarzania się zło-żów, ale naprężenie mięśni, praca fizyczna. Wskutek wysiłku mięśniowego ilość krwi, zasilającej organy brzuszne, a więc i układ żółciowy—zmniejsza się; ciśnienie żółci w przewodach opada, tama przeciwko przenikaniu drobnoustrojów z przewodu pokarmowego słabnie. Natomiast spokój i rozprężenie mięśni sprowadza zwiększony napływ krwi do trzew brzusznych i wzmożone wydzielanie żółci. W ten sam sposób wyjaśnić sobie należy wpływ miesi-ączkowania i ciąży na częstsze występowanie kamicy żółciowej u kobiet.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 68. Z. 3 i 4.*)

A. Wertheim.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 czerwca r. b.

TREŚĆ: 1) F. NEUGEBAUER — przedstawienie przypadku obojnaetwa wrzekomego. 2) PILTZ — przedstawienie przypadku krwawiaączki (*haemophilia*) z zajęciem stawów i nerwu goleniowego. 3) HEIMAN — „Przyczynę do leczenia spraw ostrych zapalnych ucha środkowego“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił 26-letniego męskiego wrzekomego obojnaka, wychowanego mylnie za dziewczynę. Ogólny wygląd kobiecy, sutki tłuste, bez gruczołów. *Penis hypospadiacus* normalnej wielkości, *scrotum fissum*, cewka otwiera się *in scroto fisso*. W kanale pachwinowym lewym znaleziono jądro, przyjądrze i *vas deferens*. Po drugiej stronie *kryptorchismus*.

2) Kol. J. PILTZ, a) przedstawił chorego, pochodzącego z rodziny, dotkniętej w wysokim

stopniu krwawiaączką (*haemophilia*). Każde złe stąpnięcie wywołuje u chorego obrzęk w stawach, bolesność, brak ruchów. Po jednym upadku z roweru dostał bólu w prawej pachwinie, stracił władzę i czucie na prawej nodze. P. stwierdził zanik siły mięśniowej i samych mięśni rozginaczy prawej goleni, brak odruchu kolanowego prawego, zniesienie wszelkiego rodzaju czucia na przedniej powierzchni prawego uda. P. przypuszcza wylew krwawy do mięszu prawego nerwu goleniowego. Oprócz tego u chorego istnieje jednostronny objaw ARGYLL-ROBERTSON'a prawdopodobnie wskutek wybroczyny krwawej do mózgu.

Przypadek drugi, o którym opowiedział P., dotyczył brata poprzedniego chorego, który również dotknięty został identycznym cierpieniem prawego nerwu goleniowego. Oprócz tego wskutek urazu stracił wzrok w jednym oku. Podobno i trzeci ich brat miał już „schnięcie lewego uda i znieczulenie na lewym udzie“.

b) Kol. PILTZ przedstawił chorego, dotkniętego rozszczepieniem czucia termicznego, o którym mówił na posiedzeniu poprzednim.

3) Kol. T. HEIMAN wypowiedział rzecz p. t. „Przyczynę do leczenia spraw ostrych zapalnych ucha środkowego“. (Praca ta w całości wyszła w „Medycynie“).

W dyskusyi kol. GURANOWSKI zaznacza, iż ZAUFAL jest przeciwnikiem przekłucia błony bębenkowej, że podział na *otitis media simplex* i *otitis media purulenta* nie może być ściśle przeprowadzony dla całego szeregu powodów, że w wielu przypadkach ostrych zapaleń ucha środkowego, powstałych po operacyach w nosie i w gardzieli, potrzebne jest wczesne przekłucie błony bębenkowej. W końcu G. mówił o trudnościach rozpoznawczych przy określaniu charakteru wysięku.

Kol. SZUMLAŃSKI podnosi, iż nacięcie błony bębenkowej jest rękoczynem nadzwyczaj ważnym, zapobiegającym nieraz trepanacyi wyrostka. Wypuklenie błony i przeświecanie przez nią ropy jest wskazaniem do wykonania nacięcia błony, rękoczynu naogół niewinnego.

Kol. DOBROWOLSKI na mocy własnej praktyki, zwłaszcza szpitalnej, twierdzi, że u nas zbyt rzadko stosuje się nacięcie błony bębenkowej. Do ważnych wskazań D. zalicza: zwężenie lub zamknięcie trąbki EUSTACHIUSZ'a i niemożność wypływania wysięku przez trąbkę do gardła.

Kol. BĄCZKIEWICZ zaznacza, iż nieraz, zwłaszcza u dzieci, zapalenie ucha środkowego przebiega bardzo burzliwie, dając obraz kliniczny zapalenia opon mózgowych, i nim rozpoznanie zostanie ustalone, z ucha poczyna wypływać ropa przy spadku objawów burzliwych. Nieraz więc tu natura wyręcza chirurga, i dlatego z tym rękoczynem spieszyć się nie należy.

Kol. BRUDZIŃSKI potwierdzał zdanie kol. BĄCZKIEWICZA, podnosząc, iż u dzieci błona bębenkowa łatwo pęka samodzielnie.

Kol. DOBROWOLSKI odpowiada poprzednim mówcom, iż nawet u niemowląt w pierwszym roku życia paracentezę należy robić weześnie, gdyż stosunki anatomiczne sprzyjają u dzieci ropieniu czaszki, opon i mózgu.

W odpowiedzi kol. HEIMAN streszcza się i zaznacza, że w przypadkach cierpień ostrych ucha środkowego u dzieci z objawami zajęcia opon nacięcie błony stosować należy jaknajweześnie.

St. Kopczyński.

K R O N I K A.

Ambulatorya szpitalne.

O ambulatoryach szpitalnych pisano już u nas niejednokrotnie, a sąd piszącego nie zawsze wypadł pomyślnie dla tej instytucyi. Ze wszystkich uwag, robionych nad stanem i prowadzeniem ambulatoryów szpitalnych, to jedno wynika bezspornie, że są one traktowane po macoszemu,

jako dodatek do szpitala, który można tolerować, bez którego jednak można byłoby się obejść. Tak musi też sądzić i część lekarzy, udzielających w ambulatoryach porad, i zarządy szpitalów i władze szpitalne, bo w przeciwnym razie pierwsi inaczejby obowiązki swoje pełnili, a dru-

gie nie pozwoliłyby na niemal humorystyczne czasem tych obowiązków traktowanie. Tak może myśli i część prasy lekarskiej warszawskiej, inaczej bowiem pismo, które udało się pod skrzydła opiekuńcze inspekcji szpitalnej z powodu rzekomego *horrendum*, popełnionego przez komitet budowy jednego ze szpitalów, powinno byłoby zwrócić uwagę tejże inspekcji na niesystematyczność, dorywczość i pośpiech w udzielaniu porad ambulatoryjnych, jak nie mniej na urągający wymaganiami współczesnym sposób urzędzenia większej części ambulatoryów szpitalnych.

Przy takim pojmowaniu pomocy, udzielanej w wielu ambulatoriach szpitalnych, ani chorzy, ani prowadzący je lekarze korzyści odnosić nie mogą. Że jednak ludność miejska, zarówno jak przybywająca z poza granic miasta pomocy ambulatoryjnej potrzebuje, zwłaszcza wobec braku miejsc w szpitalach, tego dowodzą cyfry. Nie rozporządzam materiałem cyfrowym, któryby słowa powyższe mógł potwierdzić, wiem jednak z rozmowy ustnej, że, na przykład, w odległym od miasta szpitalu wolskim liczba porad, udzielonych w roku ubiegłym, przewyższała 32,000, a w roku bieżącym dojdzie zapewne do 40,000. Ileżby to więc korzyści mogły przynieść wszystkie nasze ambulatoria szpitalne, gdyby właściwie zadanie swe pojmowały!

Nie wszędzie jednak zapatrują się tak lekceważąco na przeznaczenie ambulatoryów szpitalnych. Przypomnę tylko, że tak dzielny klinicysta i badacz, jak prof. SENATOR w Berlinie, był przez długie lata tylko kierownikiem polikliniki w szpitalu Charité, a iluż chorým okazał w niej cenną swą pomoc, ileż korzyści wyciągnął z materiału poliklinicznego dla siebie i dla nauki!

Ambulatoria szpitalne mogą i powinny odgrywać poważną rolę w sprawie niesienia pomocy chorým ubogim. Potrzeba tylko, aby były odpowiednio urządzone i zaopatrzone w niezbędne środki pomocnicze, potrzeba, aby odpowiednio wyrobieni lekarze przejęli się ważnością zadania ambulatoryów, aby traktowali chorych sumienie i naukowo.

Tak też widocznie zapatrywał się i prowadzący na ewentualną doniosłość omawianej instytucji, o czem świadczy § 23 ustawy o konkursach szpitalnych: „Gdyby w przyszłości ustanowione zostało biuro centralne, tak

do kwalifikowania chorych do szpitali, jak i do udzielania porady lekarskiej lub pod inną nazwą temu podobna instytucja lekarsko - szpitalna, lekarze do składu tej instytucji przeznaczani będą z konkursu, a pełnienie w niej służby uważane będzie jako konieczny warunek do dopuszczenia nadal do służby lekarsko - szpitalnej“.

Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, że pod nazwą owego „biura centralnego“ prowadzący rozumiał dzisiejsze ambulatoria szpitalne, a z całego tekstu § 23 jasno przebija myśl, że ma to być instytucja, prowadzona poważnie ku pożytkowi chorych i przeznaczonych do niej lekarzy. Według brzmienia powyższego paragrafu ustawy posady lekarzy ambulatoryjnych mają być obsadzone z konkursu, a ztąd wniosek, że powinni to być ludzie fachowo wyrobieni, warunek zaś koniecznego pełnienia służby w ambulatorium dla ewentualnego otrzymania posady ordynatora dowodzi, że ambulatorium szpitalne ma być instytucją kształcąca dla lekarzy. O powyższych wymaganiach ustawy zapomina się przy obsadzaniu posad szpitalnych, a ztąd konsekwentnie wynika pogląd na ambulatoria szpitalne, jako na instytucję niższego rzędu, której prowadzenie powierzyć można każdemu, i która byle jak funkcjonować może.

Dlaczego utarło się takie przekonanie, dlaczego chory, zgłaszający się o pomoc do szpitala, ma mieć mniej prawa do dokładnego zbadania oraz trafnego leczenia, niż jego współtowarzysz, leżący na łóżku szpitalnym, docieć trudno. A wszakże i uczucie nakazywałoby np. chorego ze skompensowaną wadą serca, przychodzącego do szpitala na poradę, traktować na równi, zaś zmysł praktyczny każe nawet szczerzej się nim zająć, niż dogorywającym w szpitalu nędzarzem z obrzękami i przesiękami wskutek dyskompensaty takiejże wady; wszakże człowiek z małemi zmianami w szczytach płuc, żądający w ambulatorium szpitalnym pomocy, ma prawo przynajmniej do takiej samej troskliwej opieki, jak umierający w szpitalu suchotnik. Nie mniej w przypadku skomplikowanym, niejasnym, należy się choremu przychodniemu ta sama staranność ze strony lekarza i wszystkie te środki pomocnicze, jakimi posługujemy się przy rozpoznawa-

niu chorób stałych pensjonarzy szpitalnych. A i lekarz sam czyż powinien obojętniej się zachować wobec trudnego do rozpoznania przypadku, gdy idzie o chorego ambulatoryjnego, niż w takimże przypadku, dotyczącym pacjenta szpitalnego?

A jednak wystarczy przypatrzenie się „wizycie“ ambulatoryjnej, aby zrozumieć, jak dalekie są niektóre ambulatoria szpitalne od ideału, do którego dążyć powinny. To też nie dziwić się wcale chorem, którzy na propozycję leczenia się ambulatoryjnego w szpitalu, pogardliwie machają ręką, nazywając leczenie to byle jakim. Niepodobieństwem jest zresztą w wielu razach nawet przy najlepszych chęciach w ciągu godziny, a nawet dwóch zbadać dokładnie tłumów chorych, zalegających poczekalnie ambulatoryjne.

Zastrzegam się w tem miejscu, że zarzut powyższy nie dotyczy wszystkich ambulatoriów szpitalnych, ale niestety, stosuje się do większej ich części, i ta też część domaga się radykalnej a szybkiej reformy w sposobie prowadzenia.

A więc przede wszystkim pomieszczenie, przeznaczone na ambulatorium, powinno być obszerne, czyste i wygodne. Przypominam sobie klitki ambulatoryjne w dawnym szpitalu żydowskim i nie mogę wyjść z podziwu, jak można było w miejscu, mającem 8—10 łokci kwadratowych przestrzeni, kazać przyjmować chorych. Z podziwem przypatrywałem się zręczności lekarzy, którzy w takim „lokalu“ badali chorych i zapisywali recepty, ocierając się z jednej strony o pomagającego felezera, z drugiej o samego pacjenta. A przed tą klitką ciżba ludzi, cisnących się do wrót zbawienia! A w tej ciżbie chory ze świerzbą dotyka zarażoną ręką ciała zdrowego, dziecko z dyfterytem kaszle na niemowlę, dotknięte biegunką i t. d. Takie rzeczy nadal istnieć nie powinny. Lekarz, który ma przyjąć kilkadziesiąt osób, musi mieć przede wszystkim trochę przestrzeni, gdzieby swobodnie mógł oddychać i obracać się, a czekalnia powinna być, przynajmniej tak obszerna, aby jeden chory nie leżał na drugim. Ambulatorium powinno być zaopatrzone w niezbędne meble i we wszelkie środki dyagnostyczne, a ewentualnie w narzędzia chirurgiczne i stół operacyjny. Do pomocy lekarzowi powinien być dodany felezer i posługacz, ewentualnie akuszerka i posługaczka. Pożądane, a nawet ko-

nieczne byłoby ustanowienie przy lekarzach ambulatoryjnych asystentów-wolontaryuszów, którzyby pomagali swoim przewodnikom w przyjmowaniu chorych, dokonywając np. badań wydzielin. Nie powinno stanowić punktu honoru dla lekarza przyjęcie jaknajwiększej liczby chorych, lecz obsłużenie ich możliwie sumienne; lepiej, aby danego dnia dostali się do lekarza nie wszyscy czekający chorzy, niż, aby wyszli od niego pobieżnie zbadani, bez trafnych przepisów.

Pomoc w ambulatoriach musi być udzielana systematycznie i punktualnie, bez narażania chorych, nieraz napróżno, na wyczekiwanie pana doktora całemi godzinami. Epizody w rodzaju bezskutecznego nagabywania przez „ślepią Julkę“ jednego po drugim lekarzy szpitalnych, aby zlitowali się nad czekającą w ambulatorium chmarą chorych, powinny przejść do historii.

Najeźdźcą opieszałość taka w udzielaniu porad ambulatoryjnych zauważyć się daje tam, gdzie chorem przychodzącym ma dawać pomoc ordynator szpitala. Nie można bardzo dziwić się temu, że ordynator, zajęty kilka godzin w oddziale, po skończeniu czynności swojej znika ze szpitala, pozostawiając czekających napróżno chorych ambulatoryjnych. To też ordynator szpitala nie powinien mieć żadnej styczności z ambulatorium szpitalnem. Stanowiska lekarzy ambulatoryjnych zajmować powinien oddzielny personel lekarski, jak tego zresztą wymaga ustawa. Jeżeliby zaś przepisy szpitalne wogóle miały być szanowane, to stanowiska te musiałyby być obsadzane z konkursu.

W każdym razie jednak lekarzami ambulatoryjnymi powinni być ludzie z pewnem doświadczeniem fachowem, którym z całym spokojem tak ważną placówkę powierzyćby można było. Ściśle rzecz biorąc, stanowisko lekarza ambulatoryjnego bywa nieraz bardziej odpowiedzialne, niż posada ordynatora, i wymaga sztuki szybkiego orientowania się, co tylko drogą doświadczenia nabyć można. Lekarz ambulatoryjny w czasie kilku- lub kilkunastominutowej wizyty musi ocenić doniosłość danego przypadku, stopień niebezpieczeństwa, grożącego życiu, postanowić, jak i gdzie leczyć chorego, a do tego wszystkiego potrzeba czegoś więcej, niż dyplomu z ukończenia wydziału lekarskiego przed rokiem lub dwoma laty.

Wobec tak pojmowanych obowiązków lekarzy ambulatoryjnych stanowiska ich powinny być równoznaczne z posadami ordynatorów szpitalnych, zwłaszcza, jeżeliby miał być przestrzegany warunek odbywania konkursów na owe stanowiska. W każdym zaś razie sprawiedliwość nakazywałaby bezwarunkowo wyznaczyć lekarzom ambulatoryjnym pensje i przyznać im prawa służby rządowej.

Powyżej naszkicowane reformy w urządzeniu i kierowaniu ambulatoriami szpitalnymi domagają się jaknajrychlejszego przeprowadzenia. Przy obecnym swym stanie większa część tych ambulatoryów nie odpowiada włożonemu na nie zadaniu, gdy, przeciwnie, urządzone i prowadzone prawidłowo, mogą się stać instytucją wielkiej doniosłości publicznej.

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= 29 lipca 1903 roku dokonane zostało w tutejszym szpitalu św. Stanisława badanie pośmiertne dziewczynki 7-letniej — zmarłej na szkarlatynę krwotoczną, przyczem obok innych zmian w rozmaitych organach znaleziono 16 glist (*ascaris lumbricoides*) w kiszce ślepej, zwiniętych w kłębek, a dwie spore mieściły się w wydłużonym, zgrubiałym, nacieczonym wyrostku robaczkowym. Błona śluzowa kiszki w ogólności, jak również i kiszki ślepej — anemiczna; gruczoły limfatyczne, zwłaszcza w okolicy *caecum*, zgrubiałe i nacieczone. Tkanka okoliczna a także otrzewna nie przedstawiała wyraźnych objawów reakcji; tylko jedynie wyro-

stek robaczkowy był w stanie zapalenia przewlekłego, stwardniały i zaczerwieniony. Czy za życia były jakie wyraźne objawy, manifestujące zapalenie wyrostka robaczkowego — nie wiadomo, gdyż dziewczynka przybyła z rozwiniętą szkarlatyną prawie nieprzytomna, z objawami zajęcia opon mózgowych i przebyła nie całe 2 dni w szpitalu; przy badaniu pośmiertnym opony mózgowie okazały się wysoce nacieczone, a także substancja szara była daleko ciemniejsza, niż normalnie. Preparat kiszki ślepej wraz z wyrostkiem robaczkowym jest zachowany w szpitalu Ś-go Stanisława.

S.

Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w wrześniu 1903 r.

Gazeta Lekarska.

N. 36. 1) Jan PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych.

2) WASSERTHAL. Przyczynki do kazuistyki i etiologii cystynurii. (Dok.).

3) Wacław STERLING. Syfilis nerek. (Dok.).

N. 27. 1) Robert BERNHARDT. *Granulosis rubra nasi* (JADASSOHN).

2) Henryk FRENKEL. O pierwotnym skurczu w obrębie nerwu twarzowego z nieustannymi ruchami włókienkowymi (*myokomia*).

3) Jan PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. (C. d.).

N. 38. 1) Alfred HEIMAN. O stosunkach ucha do t. zw. sfery noso-pleiowej u kobiet.

2) Jan PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych. (Dok.).

3) Robert BERNHARDT. *Granulosis rubra nasi* (JADASSOHN). (Dok.).

4) B. FINKIELKRAUT. Przypadek „*Chorio epithelioma malignum*“.

N. 39. 1) L. RYDYGIER. Kilka uwag o najnowszych zmianach zapatrywań w sprawie leczenia wyrostka robaczkowego.

2) Józef SAKS. Przypadek niezwyklej przeszkody podczas porodu.

3) Ludwik ZEMBRZUSKI. Przypadek dwustronnego zapalenia ropnego przyusznicy po laparotomii.

Kronika Lekarska.

Zeszyt 17. 1) L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psycho-fizyologicznej teorii histeryi. (C. d.).

2) H. FIDLER. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej. (C. d.).

Zeszyt 18. 1) L. BRĘGMAN. Porażenie urazowe gałęzi głębokiej dłoniowej nerwu łokciowego.

2) H. FIDLER. Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej. (C. d.).

3) L. RZECZNIOWSKI. Podstawy psycho-fizyologicznej teorii histeryi. (C. d.).

Krytyka Lekarska.

N. 9. 1) St. MARKIEWICZ. Świadczenia lekarskie.

2) Zygmunt KRAMSZTYK. Zaniedbane katedry.

3) Ktoś. W sprawie piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

4) Kazimierz RZĘTKOWSKI. W sprawie świadectw dla uczniów.

5) Józef BIELIŃSKI. Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie.

Zdrowie.

Zeszyt 9. 1) Bolesław HEYMAN. Nowa metoda ilościowego określania cukru mlecznego w mleku.

2) Tadeusz WAGNER. Jak odróżnić surowe mleko od gotowanego?

3) Stefan PIĄTKOWSKI. Nowa metoda wyosobniania kwasoodpornych bakterii.

4) Mieczysław DOMINIKIEWICZ. *Bacterium lactis aërogenes* w mleku.

5) Maryan WOJCIECHOWSKI. O stosowaniu metody KOTHBERGER'a w celu wykrycia w wodzie bakt. *coli communis* i b. gnilnych.

6) Mieczysław DOMINIKIEWICZ. Gąsienice owoców, jako przypadkowe pasorzyty ludzi.

7) W. CZARNOMSKI i M. SZOSLAND. Określenie twardości wody.

8) Stefan PIĄTKOWSKI. Lycopodium i laseczniki gruźlicy w plwocinie.

Przegląd dentystyczny.

N. 8. 1) G. WILGA. Zęby idyotów, chorych umysłowo, zbrodniarzy, prostytutek i karłów.

2) Wł. ZIELIŃSKI. Metale, używane w dentystyce, ich topliwość i odporność.

Przegląd Felczerski.

N. 17. 1) D-r B. Leczenie ran. (Dok.).

2) B. ŁUCZAK. Przypadek nosacizny przewlekłej.

N. 18. 1) D-r E. L. O gruźliczem zapaleniu gruczołów chłonnych. (Dok.).

2) D-r M. O ciąży bliźniaczej. (C. d.).

3) H. SZER. Przypadek podrażnienia kory mózgowej z drgawkami.

Czasopismo Lekarskie.

N. 8 1) MIECZYŃSKI. Endemia tyfusu brzuszego w Chorzelach gub. Płockiej.

2) B. KORYBUT-DASZKIEWICZ. Kilka słów w sprawie wyboru mamek.

3) ŻOLEŃDZIOWSKI. Szpitalnictwo w Zagłębiu Dąbrowskiem.

4) St. KOPCZYŃSKI. Lekarze szkolni na prowincyi.

Przegląd Lekarski.

N. 36. 1) Ignacy ZIELIŃSKI. O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem.

2) Rafał SPIRA. O lokalizacji ośrodków mowy.

3) Adolf WĄTOREK. Przebieg kliniczny 3 okresu porodu. (Dok.).

N. 37. 1) Tadeusz ŻELEŃSKI. Przyczynę do leczenia tęcza surowicą.

2) Kazimierz HABICHT. Nowy sposób odosabniania laseczników tęcza.

3) Rafał SPIRA. O lokalizacji ośrodków mowy. (C. d.).

4) Ignacy ZIELIŃSKI. O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem. (C. d.).

N. 38. 1) Aleksander ROSNER. Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wycięcia macicy.

2) Ignacy ZIELIŃSKI. O ranach postrzałowych z szczególnem uwzględnieniem ran postrzałowych śrutem. (Dok.).

3) Rafał SPIRA. O lokalizacji ośrodków mowy. (C. d.).

N. 39. 1) M. W. HERMAN. Mięsak sieci czy żołądka?

2) Aleksander ROSNER. Kilka słów w sprawie techniki całkowitego wycięcia macicy. (Dok.).

3) Rafał SPIRA. O lokalizacji ośrodków mowy. (C. d.).

Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 9. 1) Leon MIECZKOWSKI. O sposobach operowania guzów krwawnicowych z specjalnem uwzględnieniem metody WHITEHEAD'a.

Postęp okulistyczny.

N. 8. 1) B. WICHERKIEWICZ. Pyoktamina w połączeniu z dioniną przeciw ropnym sprawom gałki, zwłaszcza rogówki.

2) K. RUMSZEWICZ. O utworach szklistych w komorze przedniej oka.

Przegląd Higieniczny.

N. 9. 1) ZAREWICZ. Kilka uwag o higienie zakładów fryzjerskich.

2) BIER. O dezynfekcyi po chorobach zakaźnych. (C. d.).

Głos Lekarzy.

Nr. 5. 1) Przepelnienie w zawodzie lekarskim.

2) Za mało jeszcze lekarzy.

3) Partactwo lecznicze.

4) Pamiętajmy o funduszu zapomogowym.

5) Bezpłatny obowiązek.

6) W sprawie obsadzenia prymaryatu na oddziale chirurgicznym w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

7) Odwrotna strona medalu.

8) Organizacya lekarzy w Królestwie Polskim.

9) Organizacya lekarzy w zaborze pruskim.

10) W ważnej sprawie.

11) Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Nr. 6. 1) Przed sejmem.

2) Przesłuchiwanie lekarzy w roli świadków.

3) Kursy wakacyjne dla lekarzy.

4) Próby organizacyjne lekarzy Polaków w zaborze pruskim.

5) Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

6) Z niwy dziennikarskiej.

7) W ważnej sprawie.

8) Przestroga dla młodzieży.

9) Korespondencye.

10) Kronika.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi

o każdym niedoręczonym numerze.

ZAMIĄST ŻELAZA!

ZAMIĄST TRANU!

HEMATOGEN D^{ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jakodytetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinnej.

Hematogen **Hommela** zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj. — nieprzegotowane!) Sztuczne trawienie bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strassburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; leczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznem trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonałe wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, żołądów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen **Hommela** może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dytetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy orgazmu, występującego zawsze przy dłuższem używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najwycyżniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielnicych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu **Hommela**.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przesyłać do naszego składu ekspedycy: **Apteka na Bolszaj Ochtie w S.-Petersburg.** Dawki na jedną dobę: Dla **Ssawców**—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju!) Dla **dzieci**—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków) Dla **dorosłych**—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8 1/2 uncyi) r. 1 k. 60

Nikolai i K-o w Zurichu (Szwajcarya)

ADRENALINA

(Takamina). Chemicznie otrzymana w postaci krystalicznej, działający czynnik gruczołów nadnerkowych, środek pobudzający działalność serca, wstrzymujący krwawienie i anemizujący; pozwala wykonywać niewielkie operacje szczególnie w jamach: oka, gardła i nosa, bezkrwawo. Preparat powyższy względnie mało dotąd zbadany, obiecuje wywołać radykalny przewrót w medycynie.

W handlu pojawiły się naśladowania i podrabiania naszego prepa. "adrenaliny, noszące podobne nazwy wszystkie zaś pochlebne wzmianki dotąd ogłoszone stosują się do oryginalnego preparatu **Takaminy**.

ACETOZON (C⁶H⁵CO. O. O. COCH³. Benzoyl acetyl-hyperoxyd). Nowy środek przeciw-pasorzytnicy, 1000 krotnie przewyższający wodę utlenioną i 30-krotnie chlorek rtęci, jest więc tym sposobem najsilniejszym ze wszystkich dotąd znanych środków przeciwniegnilnych. Szczególnie znakomite wyniki. otrzymano przy leczeniu tyfusu brzuszego. Stosuje się z dobrym wynikiem przy try-prze, chorobach oczu cholery, dysenterji rozwolnieniach u dzieci sprawach ropnych porodowych i t. d.

NAJWIĘKSZE W ŚWIECIE
LABORATORYUM
w Detroit (S. Z. P. A.)

PARKE, DAVIS & Co.

BIURO:

St. Petersburg, Zamiatin zait. 4
Adres dla teleg. —
CASCARA — ST. PETERSBURG.

Literaturę i cenniki wysyła się bezpłatnie na żądanie pp. lekarzy i farmaceutów.

CHLORETON

(chemiczny związek chlorku formu z acetonem) środek miejscowo i ogólnie znieczulający i nasenny; znajduje znakomite zastosowanie jako środek kojący w chorobach żołądka, nudnościach, astmie, padaczce i t. d. Ma tę wyjątkową własność, że nie jest trujący i nieszkodliwy przy stosowaniu na błonach śluzowych.

TAKA-DIASTATA

Parke, Davis'a. Środek przeciwko zaburzeniom trawienia. Zamienia na cukier w ciągu 10 minut ilość krochmalu 100 razy przewyższającą jego wagę, gdy najlepszy ekstrakt słodowy nie jest w stanie zamienić dwudziestą część tej ilości.

CASCARA-EWAKUANT

Lek toniczny przeczyszczający przygotowany według zupełnie nowego sposobu z niegorzkiego glukozydu kory rośliny Rhamnus Purshiana. Posiada wszystkie własności naszego ekstraktu Kaskara-Sagrada, za wyjątkiem właściwego temu ostatniemu gorzkiego smaku.

CASCARA SAGRADA EXTR.

w tabletkach w obwol. czekolad po 1, 2, 3 i 5 gr., w opakowaniu po 25, 100, 500 i 1000 tablek.

W Warszawie posiadają na składzie: Towarz. Akcyjne „Motor“ i Henryk Welt.