



GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘC ·
· TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz.

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2679.

Adres Redakcyi—Zórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Zimnica i komary malaryczne u nas

napisał

T A D E U S Z K O R Z O N .

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus.

Z 4 TABLICAMI RYSUNKÓW.

Cena Złp. 6.

Do nabycia w Administracyi Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.
Skład główny w Księgarni Gebethnera i Wolffa.

PRZECIWIW Hemoroidom

Cena obniżona: Mk. 3.60 za pudełko 12 świeczek.

Anusol

Goedecke

ANUSOL szybko usuwa często dręczące bóle, dezynfekuje, osusza i leczy zapalne, przekrwione i ropiejące powierzchwie. Zmiękczaąc zastój kału w odbytnicy, sprowadza lekkie i niebolesne wypróżnienie. Anusol nie zawiera żadnych narkotyków nie zatrzuwa i nie wywołuje jakichkolwiek szkodliwych następstw. Skutkiem tego może być stosowanym w każdym wieku i każdej chwili. Wprowadza się rano i wieczorem świeczkę możliwie głęboko do odbytnicy.

Do nabycia w aptekach i składach aptecznych, należy łączyć tylko

„Anusol Goedecke'go”

• czerwonych pudełkach i plombą Goedecke i S-ka w Lipsku.

Dostawcy: Ed. KOCH i W. BORMANN w Warszawie, Nowogrodzka 4.

Orexin

**LEK POBUDZAJĄCY TRAWIENIE.
ZNAKOMITY LEK PRZECIWWYMIOTNY.**

Nie posiada żadnego smaku, działa pewnie w braku łaknienia, w zwiótczeniu żołądka, niepowściągniętych wymiotach u ciężarnych i w wymiotach po chloroformowaniu.

Usuwa odbijanie i inne zaburzenia po ciężkostrawnych pokarmach.

Szczególnie odpowiedni w praktyce dziecięcej.

Opakowanie oryginalne: Tabletki orexynowe po 0,25 g. № X.

Dokładną literaturę dostarcza: **K A L L E & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE.** Biebrich nad Renem.

Hemogen Magistra Klawe

energiczny środek odtwarzający krew, silnie pobudzający apetyt, łatwy w stosowaniu, o przyjemnym smaku, nie psujący się, nie wywołujący zaparcia, nie działający na zęby; zalecany we wszelkich stanach osłabienia u dzieci i dorosłych

poleca LABORATORJUM CHEMICZNE

Magistra **K L A W E**,
10, Pl. Trzech Krzyży Warszawa.

Związek chemiczny,
zawierający
żelazo i mangan.



Próbki
i
literatura
na
żądanie
E. P.
Lekarzy.

FABRYKA PREPARATÓW DYETETYCZNYCH I FARMACEUTYCZNYCH

Dr A. Wander T-wo Akc. w Bernie.



Zawiera czynną owolecytnę, naturalny nośnik fosforu i stanowi jako codzienny napój (na śniadanie), wysmienite źródło ożywcze dla neurasteników, dla ludzi wyczerpanych fizycznie i umysłowo, dla dzieci w okresie rozwoju i t. d.

PRÓBY I LITERATURĘ NA KAŻDE ŻĄDANIE WP. DOKTORÓW DOSTARCZA PRZEDSTAWICIEL
IGNACY LIPSZYC, Warszawa, Marszałkowska 127. Telefon 31-84.

WYDAWNICTWO GAZETY LEKARSKIEJ.

Dr. med. **ALFRED SOKOŁOWSKI**

WYKŁADY KLINICZNE

CHOROBY DRÓG ODDECHOWYCH.

Dzieło nagrodzone przez Akademię Umiejętności w Krakowie w 3 tomach

Tom I. Choroby tchawicy i oskrzeli. Cena rb. 2 kop. 40, w oprawie rb. 2 kop. 80, przesyłka kop. 40.

Tom II. Choroby płuc. Cena rb. 3, w oprawie rb. 3 kop. 50, przesyłka kop. 50.

Tom III. Część I. Choroby opłucnej i śródpiersia.

Część II. Suchoty płucne. Cena rb. 5, w oprawie rb. 5 k. 60, przesyłka k. 60.

Skład główny w księgarni **E. WENDE i S-ka** w Warszawie.



WIZYTA LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJĘ-
TNOŚCI · LECZARSKICH ·

Warszawa, d. 7 kwietnia 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2679.

O leczeniu tyfusu plamistego karbolem.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

podał

Ignacy Koniecpolski,

Ordynator szpitala dla chorych zakaźnych w Częstochowie.

W walce z tyfusem plamistym poziom wiedzy naszej, pomimo całej empiryi, znacznie się podniósł w ostatnich czasach, a tem samem znacznie zmniejszyło się niebezpieczeństwo szerzenia się tej epidemii. Jednakże niebezpieczeństwo to jest jeszcze bardzo wielkie, gdyż dotychczas nie posiadamy środka, któryby działał specyficznie na zarazek tyfusu plamistego. W myśl zasad teoryi specyficznej, terapia współczesna nie zna takiego środka, który działałby zabójczo na zarazek tyfusu plamistego.

Będąc lekarzem w szpitalu dla chorych zakaźnych od roku 1915, skierowałem wszystkie swe wysiłki ku wyszukaniu środka, któryby przedewszystkiem, nie przynosząc pod żadnym względem szkody organizmowi, działał w sposób dodatni na sam przebieg sprawy chorobnej.

Nie mogę wdawać się tutaj w szczegółową ocenę krytyczną wszystkich stosowanych środków; zamierzam omówić to w innym miejscu; zaznaczam tylko, że z całego kalejdoskopu w ostatnich czasach zostały wyróżnione: urotropina, optochinina i inne.

Zachęcony przez kol. Władysława Wrześniowskiego, zacząłem u chorych moich stosować wstrzykiwanie karbolu w roztworze 5%-wym. O ile wiem, środek ten dotąd nie był przez nikogo stosowany w tyfusie plamistym.

Jednym z powikłań, występujących prawie zawsze w tyfusie plamistym, jest zapalenie nerek. Powstaje ono jako objaw ogólnego zatrucia.

Zdawałoby się mogło *a priori*, że przypadki tyfusu plamistego, połączonego z zapaleniem nerek, nie nadają się zupełnie do stosowania karbolu. Początkowo stosowałem karbol u tych chorych, w których moczu nie znajdowano białka, lub jedynie wyraźne ślady tegoż. Otóż, po wstrzykiwaniu karbolu, u tych chorych nie zauważyliśmy żadnych zmian ze strony nerek. Ku naszemu wielkiemu zdumieniu, po wstrzyknięciu nowego środka nietylko nie znaleźliśmy większej ilości białka w moczu, lecz przeciwnie, znacznie mniejszą ilość, tak że po kilkakrotnych wstrzykiwaniach udawało nam się otrzymywać mocz zupełnie wolny od białka. Wielce zadowolony z tych wyników, rozpoczęliśmy stosowanie karbolu i u tych chorych, w których moczu znajdowaliśmy większe ilości białka, jak np. 0,5%, 1% i więcej. Były to przypadki cięższe, z objawami ogólnego zatrucia, jako to: rozlaniami na całym ciele petociami, drobnem, miękkim tętnem, niepokojem, bezsennością i t. d. Karbol w tych przypadkach działał na chorych nad wyraz uspokajająco. Chorym wracał sen, spokój i lepsze samopoczucie. Nie stosując innych środków uspokajających, jak brom i t. d., co czyniliśmy przedtem ma-

sowo, prawie że z każdym chorym, przestawaliśmy na tym środku, oraz na kamforze, jako na środku sercowym. Pod wpływem wstrzykiwań karbolu zauważyliśmy zmniejszające się objawy zatrucia, tak ze strony układu nerwowego, jakoteż układu krwionosnego.

Przystudzienice (petocie) rozwinięte już zniknęły, chory zachowywał się spokojnie i powoli wracał zupełnie do zdrowia. Lecz najlepiej obserwować można wpływ karbolu na przebieg choroby u chorych, przysyłanych nam z domu izolacyjnego. Stosując w takich przypadkach karbol od samego początku choroby, powzięliśmy przekonanie, że karbol zobojętnia toksyny, wytwarzane przez zarazek tyfusu plamistego, co klinicznie uwydatniało się w słabo rozwiniętej wysypce, występującej wyłącznie w postaci różyczki (*roseola*), w ogólnym dobrym samopoczuciu, dobrym śnie, przytomności i braku wszelkich powikłań ze strony innych narządów, a mianowicie nerek i płuc. Zapalenia płuc i nerek zupełnie nie spotykaliśmy u tych chorych.

Doświadczenia nasze oparte są na badaniu klinicznym, przeprowadzonym na 50 chorych. Materiał ten, aczkolwiek niezbyt obfity, skłania nas jednak do dalszego stosowania nowego środka, ponieważ wszyscy chorzy nasi, za wyjątkiem jednego, powrócili do zdrowia. Co zaś do tego jednego chorego, zaznaczyć muszę, że przybył do nas w stanie

bardzo ciężkim, z rozlaniami na całym ciele przystudzienicami, z miękkim drobnym tętnem i ciężkimi objawami zatrucia. Jeżeli zaś w tym przypadku środek nasz nie pomógł, żałować musimy, że chory przybył do nas za późno, z widocznymi silnymi objawami zatrucia. Przypuszczenie nasze uważamy za słuszne, popierając je przykładami ciężkiej błonicy ze spóźnionym stosowaniem surowicy swoistej; w tych przypadkach nawet ten najbardziej idealny nasz środek leczniczy niekiedy zawodzi.

Co się tyczy samej techniki wykonania, to wstrzykiwania robione są przez nas trzy razy dziennie po 2 cm. sz. osobom dorosłym, dzieciom zaś—odpowiednio do wieku. Wstrzykiwania te bywają śródżylnie i podskórne.

Od czasu, kiedy wprowadziliśmy środek, przez nas omawiany, spostrzegliśmy również, że u chorych nigdy nie tworzyły się odleżyny, aczkolwiek warunki pielęgnowania niczem się nie różniły od poprzednich.

Po spadku ciepłoty stan chorego stawał się zupełnie normalny. Na twarzy jego nie było śladów owego wielkiego zmęczenia, tych jakby resztek walki fizycznej i duchowej. Apetyt, sen, ogólne dobre samopoczucie były zwykłymi towarzyszami okresu zdrowienia. Po 8—10-dniowym pobycie chory wracał o tyle do sił, że mógł spokojnie szpital nasz opuścić.

Przykurczenie rozciągnia dłoniowego, czyli t. zw. Choroba Dupuytren'a. (*RETRACTIO APONEUROSEOS PALMARIS* s. *MORBUS DUPUYTRENI*).

Podał

Dr Med. Witold Horodyński.

(Ciąg dalszy—patrz № 13).

Niektórzy, przeprowadzając zapewne analogię z wrodzoną stopą szpotawą (*pes varus*), przypuszczają możliwość istnienia wrodzonego przykurczenia powięzi dłoniowej. Brak jednak ścisłych spostrzeżeń klinicznych zdaje się przeczyć temu mniemaniu.

Początkowo sądzono, że choroba Dupuytren'a bardzo rzadko występuje u kobiet, a nawet niektórzy przypuszczali u tych ostatnich istnienie pewnej odporności. Spostrzeżenia jednak późniejsze przekonały, że aczkolwiek rzadziej niż u mężczyzn, jednak i u kobiet zdarzają się przykurczenia dość często. Noble-Smith na 440 kobiet, badanych w przytułkach dla starców, znalazł 11 przypadków

przykurczeń i 15 przypadków zgrubienia powięzi dłoniowej. Na 39 przypadków, spostrzeganych przez Andersona, 14 przypadków na kobiety. Według spostrzeżeń angielskich autorów, u kobiet częściej występuje postać chorobna, polegająca na tworzeniu się paciorkowatych zgrubień rozciągnia bez następczych przykurczeń palców.

Wpływ zajęć, wymagających stałego używania dłoni, zdaje się być przez niektórych przecenianym; przeciwnie, u pewnych kategorii ludzi zajmujących się pracą ręczną choroba ta jest bardzo rzadką, u innych, np. u lekarzy, zdarza się względnie dość często. Anderson przypuszcza nawet, że stała praca rę-

czna przez wytworzenie zgrubienia naskórka na dłoni do pewnego stopnia zabezpiecza powięź od urazu. Johnson Smith uważa cierpienie to za bardzo rzadkie wśród marynarzy, również rzadko spotyka się je u szewców. Natomiast chorobę tę częściej spostrzegano wśród klas uprzywilejowanych (Adams). Wszystkie np. znane mi osobiście przypadki podobne dotyczą ludzi tej ostatniej kategorii. Innego zdania są Cheyne i Burghard, którzy twierdzą, że choroba ta częściej zdarza się u ludzi, przy pracy używających dłoni.

Czy rasa i klimat mają jaki wpływ na powstawanie choroby Dupuytrena trudno powiedzieć, faktem jest jednak, że w Japonii jest ona prawie nieznaną.

Dziedziczność zdaje się jednak mieć wpływ pewien na powstawanie cierpienia. Jeszcze Dupuytren zwrócił na to uwagę podając 3 przypadki przykurczeń w jednej rodzinie. Duplay, Cheyne, Burghard, Anderson, Kirmisson Koenig, Kocher również wypowiadają się za dziedzicznością i opisują przypadki, w których po kilka osób należących do tej samej rodziny podlegało tej chorobie, lub też cierpienie występowało w kilku pokoleniach (Caspari, Bergmann, Madelung, Vizioli). W swoich 16 przypadkach Janssen nie mógł wykazać dziedziczności. W jednym ze znanych mi przypadków przykurczenie wystąpiło na tym samym palcu i ręce w dwóch pokoleniach: u ojca i syna.

O ile strona kliniczna omawianego cierpienia jest zbadana i opisana dokładnie, to pod względem poglądów na patogenезę panuje wielka rozbieżność zdań. Naogół można odróżnić dwa główne kierunki: podczas kiedy jedni są zwolennikami teorii mechanicznej i za przyczynę wywołującą uważają różnego rodzaju i stopnia urazy, drudzy przykurczenia rozciągną uważają jako następstwo cierpienia nerwowych, przeważnie ośrodków, i tworzą t. zw. teorię nerwową. Poza temi dwiema teoryjami głównymi dość znaczna liczba autorów przyjmuje za podstawę tego cierpienia cały szereg chorób, dających w ustroju pewne skazy, t. zw. teoria dystroficzna, i wreszcie najmniej mająca dotąd zwolenników — teoria infekcyjna. Zdarzało się wreszcie, że kto znalazł przykurczenie jednocześnie z jaką inną chorobą, ten sądził zaraz, że odnalazł rzeczywistą przyczynę tego cierpienia. Tak np. za przyczynę podawał Baehr arteriosklerozę, Costilhes ołowicę (*saturnismus*), Marchal de Calvi, Dreyfus-Brissac cukrzycę, Guérin, Jaccoud, Lancereaux gościec, Tamplin wreszcie upatrywał przyczynę w

przewlekłym zatruciu wyskokowym i twierdził, że zaprzestanie picia powstrzymuje rozwój i leczy cierpienie. — Bardzo duża liczba autorów francuskich jak Cruveilhier, Menjaud, Charcot, Béhier de St. Malo, niemieckich, jak Koenig, Luecke, Vogt, angielskich i amerykańskich, jak Adams, Keen, Cheyne i Burghard, Fisher przyjmują za tło, na którym powstają przykurczenia — dnę. Lockwood znalazł nawet w zgrubieniach rozciągną dloniowego kryształ moczanów, lecz badania jego przez nikogo potwierdzone nie zostały. Gemmel na 300 badanych artretyków u 3-ch znalazł przykurczenia palców, Keen zaś na 48 przypadków choroby Dupuytrena w 42 wykazywał dnę. Adams idzie dalej, bo zgrubienia rozciągną wprost uważa za złoży artrytyczne.

Od czasów Dupuytrena, który w powstawaniu przykurczeń ważną, jeśli nie jedyną, upatrywał przyczynę w urazach, te ostatnie są przez bardzo wielu przyjmowane, jako czynnik wywołujący. Tylko, podczas kiedy jedni w urazie upatrują przyczynę bezpośrednio wywołującą zapalenie rozciągną i następnie jego zgrubienie i przykurczenie, inni twierdzą, że uraz może wywoływać przykurczenie tylko wtedy, jeśli pada na grunt odpowiedni, t. j. na organizm, znajdujący się pod wpływem pewnej skazy. Jako dowód przeciwko teorii czysto mechanicznej przytoczono często zdarzającą się dwustronność i dziedziczność i częstsze spotykanie tego cierpienia w klasie średniej lub wyższej t. j. u ludzi stosunkowo mało podlegających urazowi. Grupa druga opierała się na spotykanem często istnieniu przykurczeń łącznie ze skazą dnawą, goścową i innymi.

Ciekawe są spostrzeżenia Ledderhosego dotyczące analogicznych spraw na powięzi podeszwowej (*aponeurosis plantaris*), która, jak wiadomo, budowę i przeznaczenie ma bardzo zbliżone do powięzi dloniowej. Mianowicie zauważył on, że u chorych skazanych na długotrwałe leżenie w jednej pozycji nawznak, np. z powodu przewlekłych zapaleń stawów dolnej kończyny, powikłanych złamań, lub długotrwałych spraw ropnych części miękkich, kiedy wskutek braku lub wadliwego unieruchomienia stopa odwisa ku dołowi i przyjmuje postać stopy końskiej (*pes equinus*), to wówczas rozwija się na stopie sprawa analogiczna do przykurczenia Dupuytrenowskiego na dłoni. Na podeszwie tworzą się zgrubienia powięzi, ona zaś sama kurczy się następnie, powodując silne zgięcia i przykurczenia palców. Sprawy podobne są

dobrze znane chirurgom, jednak różnią się od podobnych spraw na dłoni tem, że, jeśli nie były zbyt daleko posunięte, to z biegiem czasu, kiedy chorzy zaczną chodzić, przykurczenia te wraz z zgrubieniami powięzi podszwowej bez wszelkiej interwencji zwolna i stopniowo znikają.

Opierając się na tem, Madelung podał swoją teorię powstawania przykurczeń powięzi dłoniowej. Według niego długotrwałe sprawy zapalne na dłoni i przedramieniu dają zanik tłuszczu w talerzu dłoniowym, co sprzyja łatwemu urazowi powięzi i rozwijaniu się przewlekłego zapalenia tejże, które w wyniku ostatecznym daje kurczenie się powięzi i przykurczenie palców.

Noble-Smith w powstawaniu przykurczeń przypisuje dużą rolę *m. palmaris longus*. Zauważył mianowicie, że na 45 spostrzeganych przypadków, prawie we wszystkich ściętno tego mięśnia było napięte, wystające pod skórą. Przypuszcza więc możliwość w tym mięśniu cierpienia pierwotnego, które następnie przechodzi na rozciągnięto dłoniowe. Proponuje nawet we wczesnych okresach przykurczenia dłoniowego tenotomię *m. palmaris longi*, aby przez usunięcie napięcia zmniejszyć podrażnienie powięzi dłoniowej.

Druga teoria, mająca w latach ostatnich licznych zwolenników, powstawanie przykurczeń upatruje w związku z zaburzeniami w układzie nerwowym, zarówno ośrodkowym jak i obwodowym. Pierwszy Eulenburg opisał przypadek dwustronnego przykurczenia palców u 20 letniej dziewczyny, przy jednoczesnym istnieniu obustronnego *neuritis ascendens n. ulnaris*. W przypadku tym Eulenburg nie zaprzecza, a nawet przypuszcza możliwość, że pierwotne podrażnienie zakończeń nerwowych w schorzałym rozciągnięciu dało wtórne *neuritis ascendens*. Następnie E. zwraca uwagę, że choroba Dupuytrena zazwyczaj rozprzestrzenia się w obrębie nerwu łokciowego i zaprzecza nawet możliwości istnienia przykurczeń wielkiego palca. Delbet, wskazując również, że choroba ta rozwija się przeważnie w obrębie nerwu łokciowego, przytacza, że u chorych tych bardzo często istnieją nerwobóle i nerwice kończyny górnej, znikające po operacjach radykalnych. Janssen w jednym ze swoich przypadków znalazł *neurofibroma n. mediani*, zrosnięte z rozciągnięciem dłoniowym.

Ciekawszą jest współrzędność choroby Dupuytrena z cierpieniami ośrodkowego układu nerwowego. Pierwszy Biegański opisał po-

dobny przypadek, dotyczący 70 letniego alkoholika, z zawodu kucharza, u którego za życia spostrzegano kliniczny obraz syringomyelii. U osobnika tego w 60 roku życia zaczęły rozwijać się przykurczenia palców ręki lewej, naprzód 4-go, później 2-go, a w dwa lata później na ręce prawej. Ostatecznie doszło do zupełnego przykurczenia 4 i 2 palca i częściowego 5 na ręce lewej, i zupełnego 4, 3 i 1 i częściowego 5 palca na ręce prawej. Jednocześnie rozwinęły się obustronne zaniki zupełne kłębow dużego i małego palca (*thenaris et hypothenaris*). Ze śladów przebytych urazów mechanicznych chory ten miał tylko bliznę miękką na przedramieniu lewym. Sekcja zwłok i późniejsze badanie drobnowidowe rdzenia, wykonane przez Rychnińskiego, stwierdziły: *leptomeningitis chronica, gliomatosis in regione canalis centralis, syringomyelia parva, poliomyelitis anterior*—wszystko, prawdopodobnie na tle luetycznym. W danym przypadku Biegański uzależniał przykurczenia od syringomyelii, jako wynik zaburzeń troficznych pochodzenia rdzeniowego i wypowiada ogólne zdanie, że przykurczenie Dupuytrena może być za życia jedynym wczesnym objawem syringomyelii. Jednak w opisie Biegańskiego brak ścisłych danych, stwierdzających, że w danym przypadku przykurczenia zależne były tylko od przykurczenia rozciągnięto dłoniowego.

Następnie Schlesinger opisał 2 przypadki, w których przykurczenia palców istniały jednocześnie z syringomyelią, a Oppenheim, gdzie podobne objawy spostrzegane były w 2-ech przypadkach *gliosis* rdzenia. Volkmann stworzył nawet hipotezę, że istniejące w syringomyelii przytępienie czucia bólowego (*hypalgesia*) uspasabia do silniejszych urazów, a współzależne w tej chorobie zastoje żyłne na kończynach mogą dawać zaburzenia w odżywianiu powięzi dłoniowej. Także Leyden i Goldscheider przypuszczają, że uszkodzenie dróg odruchowych w rdzeniu (*Zerstörung der Reflexbahnen*) wywołuje zmiany w odżywianiu powięzi dłoniowej. Lancereaux przypuszczał pochodzenie nerwowe choroby Dupuytrena, opierając się na analogii z twardziną skóry (*sclerodermia*) i na przypadkach, gdzie współzależnie istniały inne cierpienia nerwowe np. *mal perforant du pied*.

Wogóle zwolennicy teorii pochodzenia nerwowego przykurczeń Dupuytrenowskich opierają się na następujących argumentach: 1-o dziedziczność, sięgająca nieraz kilku generacji, 2-o spotykana (często) symetryczność

cierpienia i łączność (rzadko) z przykurczeniami powięzi podeszwowej (Ledderhose), 3-o zdarza się często u ludzi, którzy z rodzaju zajęcia swego mało podlegają urazowi, 4-o jeśli przykurczenia są pochodzenia urazowego, to dlaczego nie ulegają rozciągnięciu z biegiem czasu i, 5-o przeciwko urazowi przemawiają operacje, gdyż przecięcia podskórne dają nawroty, podczas kiedy wycięcia powięzi dają wyniki pomyślne.

Wszystkie te argumenty, z wyjątkiem 2-go, są bardzo słabe i nie przemawiają przekonująco za tem, że w powstawaniu cierpienia główną przyczyną jest układ nerwowy. Co do punktu pierwszego, to wiadomo, że po większej części dziedziczy się nie same choroby, lecz skłonności do nich; więc dlaczego w danym przypadku dziedziczność miałaby przemawiać za pochodzeniem nerwowem, a nie np. gruźliczem lub nowotworowem; tego punkt ten nie rozstrzyga. Punkt 3 również nie przemawia bezwzględnie za teorią nerwową, gdyż niema żadnej racji przypuszczać, że tam, gdzie pozornie niema urazu, to przyczyna musi być nerwowa. Pojęcie urazu jest rzeczą bardzo względną, gdyż to, co dla jednego ustroju będzie urazem, dla drugiego będzie rzeczą obojętną. Wiadomo również, że w jednym ustroju zachorzenie może być wywołane przez silny uraz jednorazowy, podczas kiedy w innym to samo cierpienie może powstać wskutek urazów mało znaczących i narazie prawie niedostrzegalnych, lecz powtarzających się stale przez czas dłuższy. Ustrój nasz posiada wielką zdolność do przystosowywania się, zależnie więc od tego ostatecznego, odpowiednio reaguje na bodźce zewnętrzne. Punkt 4 jest zupełnie słaby, wiadomo bowiem, że urazowe blizny skóry, np. wskutek oparzeń, mają skłonność do wywoływania stale postępujących, nieuleczalnych przykurczeń. Wreszcie punkt 5 bynajmniej nie przemawia za pochodzeniem nerwowem, lecz za wadliwością jednej metodyki a skutecznością drugiej.

Zdaje się jednak, że u wielu autorów panuje pomieszanie chorób, różnych co do samej istoty, a jedynie mających wspólny objaw — przykurczenie palców, i ztąd wypływa wyprowadzanie jakoby jednej i tej samej choroby od różnych przyczyn. Wszystkie opisywane w piśmiennictwie przypadki wogóle podzielić można na dwie grupy: jedną, do której należą przypadki, opisane tylko ze strony klinicznej i które opisywano często, jako dodatek do innej, istniejącej choroby. W przypadkach tych badania anatomo-

miczne co do ścisłego umiejscowienia cierpienia ani *in vivo*, t. j. *sub operatione*, ani też *post mortem* przeprowadzone nie były. Do drugiej grupy zaliczyć należy wszystkie te przypadki, w których podczas operacji lub badania pośmiertnego znaleziono, iż przykurczenie palców wywołane zostało przez zbliznowacenie i skrócenie powięzi dłoniowej.

W ten sposób możnaby wykluczyć cały szereg przypadków, nie mających nic wspólnego z chorobą Dupuytrena, której istotą są zmiany organiczne w powięzi, zmiany postępujące, lecz samoistnie nie ustępujące nigdy. Tylko błędami rozpoznawczymi można objaśnić sobie takie przypadki, jak np. przypadek Kingbury'ego, w którym istniejące u młodego chłopca od lat 12 przykurczenie D. wyleczone zostało zapomocą hipnozy, lub przypadek Langego, gdzie przykurczenie D. ustąpiło po wystąpieniu udaru mózgowego. Znaczna część przypadków, opisywanych jako pochodzenia nerwowego, prawdopodobnie należała również do błędnie rozpoznanej choroby Dupuytrena, gdyż Neutra np. podaje 2 przypadki Caspari'ego, w których przykurczenia wystąpiły jednocześnie z objawami rdzeniowymi po urazie kręgosłupa; w przypadkach tych wyraźnie wspomniane jest o zanikach mięśniowych, czego w opisywanej tutaj chorobie nie bywa. Podając swoje 2 przypadki, w których przykurczenia były jednocześnie z syringomelią, Neutra uważa je razem z Biegańskim za wczesny objaw tej ostatecznej, jednocześnie zaś zaznacza w wywiadach, że w jednym przypadku była ropowica przedramienia, w żadnym zaś przypadku nie było dokonane badanie pośmiertne. Janssen w 16 przypadkach choroby D., spostrzeganych w klinice Bergmanna, ani razu nie znalazł objawów rdzeniowych, a zwłaszcza zaników; w jednym tylko przypadku znalazł *neurofibroma n. mediani* zrosnięte z powięzią dłoniową. Na tej zasadzie Janssen odrzuca nerwowe pochodzenie przykurczeń w znaczeniu Neutry, gdyż jego zdaniem, trudno przypuścić, aby w jednych przypadkach w syringomyelii istniały sprawy przerostowe, dające w wyniku ostatecznym przykurczenia Dupuytrena, w innych zaś sprawy zanikowe, dające ostatecznie rękę szponistą (*main en griffe, Klauenhand*). Następnie Janssen wskazuje, że we wszystkich przypadkach ręki szponistej istnieją jednocześnie i inne objawy syringomyelii, czego nie bywa w przypadkach rzeczywistej choroby Dupuytrena. Wreszcie zaznacza, że, według Neutry, po wycięciu rozciągniętej dłoniowej powięzi

rozwijać się ręką szponista, czego jednak w rzeczywistości nie bywa.

W roku 1891 Anderson, opierając się na tem, że choroba Dupuytrena zdarza się najczęściej w wieku starszym, kiedy odporność tkanek na infekcyje jest mniejsza, że brak tego cierpienia w pewnych krajach, wreszcie, że choroba ta rzadko zdarza się na nodze, co, zdaniem jego, jest jakoby wynikiem lepszego zabezpieczenia stopy od przenikania zarazków przez obuwie, przypuszczał, że choroba powstaje z powodu zarażenia się zarazkiem swoistym, który, dostając się do tkanki podskórnej przez szczeliny i pęknięcia skóry przy paznokciach, wywołuje tam rozrost tkanki łącznej i ztamtąd przechodzi do powięzi. Razem z Shattock'iem Anderson przeprowadził badania bakteryologiczne, lecz bez wyników pozytywnych. Gdyby jednak wyniki były dodatnie, to w każdym razie pozostałoby jeszcze ciekawem, dlaczego zarazki w chorobie Dupuytrena upodobały sobie specjalnie tylko powięź dłoniową. Drugim, który skłaniał się do teorii infekcyjnej, był Poncet, który przypuszczał, że zgrubienia powięzi są natury gruźliczej. Wiemy jednak, że większość cierpień gruźliczych w dalszym przebiegu daje zazwyczaj ropienie, czego jednak dotąd nie spostrzegano w chorobie Dupuytrena.

Z powiedzianego wyżej wynika, że ściślejszej przyczyny opisywanego cierpienia dotychczas określić nie możemy. Najprawdopodobniej rolę główną odgrywają tu zaburzenia troficzne, które w połączeniu z urazem wywołują zapalenie hyperplastyczne powięzi, dające w rezultacie zbliznowacenie i kurczenie się tej ostatniej. Zaburzenia troficzne mogą zarówno być wynikiem zachorzenia ośrodków nerwowych, rdzenia i nerwów obwodowych, jak również przyłączać się do różnych skaz, chociaż te ostatnie same przez się nie mogą wywoływać przykurczeń Dupuytrena. Uraz

w tych przypadkach gra rolę *causae efficientis*. Trzeba zaznaczyć tutaj, że pod tem mianem nie tylko należy rozumieć uraz znaczny, połączony z wielkim bólem fizycznym, uraz, który musi koniecznie niszczyć ciągłość tkanki, lecz wystarczyć tutaj może i uraz narazie niedostrzegalny, lecz dostateczny, aby wyrzucił wpływ na krążenie i tym sposobem mogący oddziaływać na odżywianie tkanek.

Badania anatomicopatologiczne, wykonane przez Langhansa, w przypadkach operowanych przez Kochera i przez Janssenę, w przypadkach z kliniki Bergmanna, wykazały przy małym powiększeniu liczne nacieczenia drobnokomórkowe pod postacią małych, ograniczonych ognisk, umiejscowionych przeważnie w warstwach środkowych rozciągna. Liczba ognisk tych zmniejsza się w kierunku powierzchni rozciągna, w tkankach sąsiednich jest ich jeszcze mniej, przy czem w tkance tłuszczowej lokalizują się dookoła naczyń włoskowatych. Pomiedzy temi ogniskami znajdują się uczestki rozciągna normalnego.

Pod większym powiększeniem widać, że nacieczenia powstają wskutek bujania komórek stałych tkanki łącznej; emigracji białych ciałek krwi nie zauważono. Odpowiednie nagromadzenie komórek w ogniskach nacieczenia ludzko przypomina niekiedy nowotwór złośliwy (*sarcoma*), i tylko odpowiednie barwienie tkanki daje rozpoznanie pewne. Jądra w komórkach, tworzących nacieczenie, są duże, wrzecionowate i przy przecięciu komórek wpoprzek dość szerokie. Podział jąder spotykano rzadko. Substancja międzykomórkowa znajduje się w ilości umiarkowanej. Od ognisk nacieczenia prawie równolegle do osi rozciągna odchodzą wąskie wstęgi z komórek wydłużonych, które bezpośrednio lub też za pomocą rozgałęzień cienkich łączą się z ogniskami sąsiednimi. (Dok. n.).

ODCINEK.

Budżet Wydziału Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy

NA KWARTAŁ I 1917 r.

Podał

Dr. W. Chodźko,
radny miejski.

(Dokończenie—patrz № 13).

7-o Piekarnia doświadczalna Wydziału Zdrowia—żałować, niestety, należy, że włączenie to nie wpłynęło widocznie wcale

na poprawę jej warunków sanitarnohigienicznych. Piekarnia ta mieści się „kątem“ w piekarni p. Łapińskiego przy ulicy Nowy-Swiat—znajduje się w suterenie, w podwórzu tej posesyi. Ściany i podłoga są brudne—ponieważ ani ściany, ani podłoga nie są pokryte materiałem łatwym do oczyszczania (płytami, kaflami) oczywiście utrzymanie porządku w tej piekarni musi powodować duże trudności. Piekarni tej pod względem pomieszczenia za wzorową uznać nie można. Wypiek wygląda bardzo dobrze i czysto. Mieszcząca się w tymże domu na poddaszu pracownia chemiczna do badania zaczynów wykonywa pożyteczną pracę w b. trudnych warunkach (brak wodociągu, brak zlewu).

Na utrzymanie piekarni doświadczalnej preliminowano na kw. I 1917 r. rb. 10.798.

Dochód za ten sam okres obliczono w sumie rb. 10,854.

Czysty zysk zatem obliczono na rb. 56.

Pieniądze te należałoby zużytkować choćby na częste bielenie ścian piekarni i częstsze mycie podłogi, ewent. ułożenie kilku chodników.

8-o Na utrzymanie domu izolacyjnego przy ul. Spokojnej. preliminarz wyznacza rb. 19,344 na kw. I, r. 1917.

Ponieważ budżet 1916 r. wyznaczał na tenże zakład rb. 8,903 w stosunku kwartalnym, nadwyżka przekracza 10,000 rb.—jest ona jednak usprawiedliwiona następującymi pozycjami:

Pozycja 19-a zwrot zakładowi dezynfekcyjnemu kosztów dezynfekcyi pomieszczeń i rzeczy rb. 3,667.

(Niewiadomo, dlaczego ta sama pozycja figuruje w dochodach zakładu dezynfekcyjnego zwiększona o 50 k.—rb. 3667 k. 50).

Poz. 20, kupno karetki do przewozu izolantów oraz 3 koni rb. 3600.

Poz. 38. Umorzenie awansu na odwzanie rb. 3000.

Poz. 34. Urządzenie oddziału dla niemowląt (zgodnie z życzeniem Rady Miejskiej) rb. 200, oraz kilka pozycji drobniejszych: poz. 18, 19, 33, 35, 36.

Dlaczego pozycja 18—Zwrot miejskiemu zakładowi dezynfekcyjnemu kosztów przewozu izolantów w sumie rb. 736. — figuruje w dochodach zakładu dezynfekcyjnego (poz. 54, 55, 56, 57) w sumie rb. 731 — odgadnąć trudno. Pod względem buchalteryjnym są to w każdym razie znaczne niedokładności.

Podwyżka preliminowana wydatków domu izolacyjnego jest usprawiedliwiona dostatecznie zarówno co do celowości wydatków, jak i pod względem buchalteryjnym.

Pod rubryką „opalu“ znajdujemy następującą charakterystyczną uwagę Zarządu Domu Izolacyjnego (str. 108):

„W latach ubiegłych budynek, w którym się obecnie mieści Dom Izolacyjny otrzymywał parę do centralnego ogrzewania z zakładu palenia śmieci, wskutek czego posiada wspólne rury do centralnego ogrzewania; obecnie, w o b e c b r a k u p a r y w p o w y ż s z y m z a k ł a d z i e, skutkiem złego

gatunku śmieci, opala się własnym materiałem opalowym nie tylko budynek własny, lecz i połączoną z nim częścią gmachu zakładu dezynfekcyjnego“ (!!).

Z notatki powyższej wynika, że koszty istotne opalania zakładu dezynfekcyjnego są wyższe jeszcze, niż to wykazano w budżecie tego zakładu, a pożytek zakładu spalania odpadków jeszcze przeto mniejszy!

Mamy więc jeszcze jeden argument, tym razem wysoce urzędowy, na poparcie naszej opinii o zakładzie spalania odpadków.

9-o. Jak wiadomo, uchwała Rady Miejskiej zalecała skasowanie 4 domów izolacyjnych na przedmieściach (w Mokotowie, w Grochowie, na Czystem i na Nowem Brudnie), jako nieodpowiednio urządzonych i zbyt słabo funkcjonujących. W budżecie na 1 kwietnia 1917 r. znajdujemy jednak jeszcze pozycję wydatków na te domy w sumie rb. 5160.—

W stosunku do budżetu 1916 r. jest to mała oszczędność (prawie 500 rubli), niemniej nie zaszły żadne nowe okoliczności, któreby mogły usprawiedliwić dalsze istnienie tych domów. Według informacji biura Wydziału Zdrowia, mają one być skasowane niebawem (oprócz domu w Mokotowie), natomiast będzie otwarty duży dom izolacyjny pa Pradze przy ulicy Lubelskiej № 23 (w zabudowaniach Towarzystwa Akcyjnego Fabryki „Wojciechów“) dla okręgów miejskich, położonych na prawym brzegu Wisły. Magistrat zażądał już od Rady m. st. Warszawy kredyty na ten cel w sumie mrk. 213.535.

10-o. Do znajdujących się poprzednio pod Zarządem Wydziału Zdrowia 12 stacji szczepienia ospy na przedmieściach dołączono 8 takich stacji, istniejących w śródmieściu, które poprzednio podlegały kompetencji Wydziału Szpitalnictwa. Jest to reforma zasadniczo słuszna, o ile Wydział Zdrowia zastosuje się ściśle do uchwały Rady Miejskiej, zalecającej dokładniejszą kontrolę nad szczepieniem i niepowierzanie szczepienia ospy osobom nieodpowiednim (akuszerki, sanitaryusze etc).

Wydatek ogólny na 20 stacji szczepienia ospy przewidziany jest na I kw. 1917 r. w sumie rb. 2.448.—

Dla zilustrowania ruchu szczepionych za ostatnie 6 miesięcy 1916 r. w Warszawie przytaczam liczby następujące (wg. danych Urzędu Zdrowia):

dokonano szczepień w śródmieściu:

w lipcu 1916 r.	12.730
w sierpniu „	17.132
we wrześniu „	18.414
w październ. „	10.937
w listopadzie „	30.238
w grudniu „	1.962

na przedmieściach

w lipcu 1916 r.	2.687
w sierpniu „	4.733
we wrześniu „	4.831
w październ. „	3.732
w listopadzie „	7.777
w grudniu „	1.547

Liczyby powyższe w sposób charakterystyczny uwidoczniają wartość przymusu państwowego szczepienia.

Nagły wzrost liczby szczepień w listopadzie wywołany został terminem prekluzyjnym szczepienia, oznaczonym urzędowo na 1 grudnia 1916 r.; kiedy termin ten odroczone, liczba szczepień spada odrazu gwałtownie w grudniu.

W wykonaniu uchwały Rady Miejskiej skasowano oddzielną administrację z a k ł a d u d e z y n s e k c y j n e g o przy ul. Brzeskiej na Pradze i przyłączono go do sąsiedniego szpitala św. Wojciecha.

Skasowano Komisję Obywatelskich Opiek Sanitarnych i Komisję Rozpowszechniania Wskazań Zdrowotnych, natomiast wbrew uchwale Rady utrzymano Komisję Farmaceutyczną. Dla charakterystyki działalności tej ostatniej zaznaczyć należy, że choć ostatecznie po wielu mozolach opracowała t. zw. farmakopeę dla ubogich, nie ma dość wpływu moralnego, aby skłonić pp. aptekarzy warszawskich do liczenia się z tą farmakopeą. W ostatnich dniach w pismach („Kuryer Warszawski“) ukazały się wiadomości, że aptekarze w mieście wzbraniają się przyrzadzać leki, zapisywane przez lekarzy według tej farmakopei. O ile Komisja Farmaceutyczna przy Wydziale Zdrowia istnieje jeszcze, winna wywrzeć nacisk moralny na aptekarzy warszawskich, żeby zechcieli do jej uchwał się zastosować. W każdym razie w fakcie powyższym nie widzimy argumentu, dla którego Wydział Zdrowia poważał się zlekceważyć uchwałę Rady Miejskiej.

Uchwała Rady Miejskiej, dotycząca reorganizacji sprawy uposażenia i rozmieszczenia lekarzy sanitarnych i sanitaryuszy, nie została wykonana, — z preliminarza dowiadujemy się tylko, że część sanitaryuszy odeszła do Milicji Miejskiej, której powierzono w tym czasie zadanie zwalczania chorób zakaźnych w mieście. Ponieważ według nowych przepisów lekarze sanitarni mają podlegać komisarjatom Milicji, niewiadomo dlaczego wydatki na ich pensje figuruje w budżecie Wydziału Zdrowia, który nie jest już ich bezpośrednim zwierzchnikiem.

Sprawa opiek sanitarnych po wielu pertraktacjach i wahaniach weszła w stadyum mniej ostre, jakkolwiek nie można uważać jej za całkowicie załatwioną. Nowe przepisy o zwalczaniu chorób zakaźnych w mieście nie przyczyniły się do poprawy stanu sanitarnego miasta, raczej przeciwnie — spowodowały jeszcze większy chaos, opóźniają izolację i dezynfekcję i utrudniają opanowanie epidemii. Trudno się dziwić, że organy, tak niekompetentne w sprawach sanitarnych jak milicya, nie mogą dać sobie rady w tej sprawie, która wymaga wiadomości fachowych i może być z pożytkiem kierowana tylko przez lekarzy.

I tu zgodnie z uchwałą Rady Miejskiej należy dążyć do uniezależnienia lekarzy sanitarnych od milicji; najostrożniej też z a s t r z e d z się trzeba przeciw podno-

szonemu z pewnych stron projektowi włączenia Urzędu Zdrowia do Kancelaryi Milicji Miejskiej. Jest to stanowczo szkodliwy dla zdrowia ludności projekt.

Jedna z najważniejszych, zasadniczych uchwał Rady Miejskiej, uchwała, żądająca opracowania planu stopniowego uzdrowotnienia Warszawy, poczynając od dzielnic na obwodzie położonych oraz dzielnic Powiśla, wykonana dotąd nie została, pomimo tego, że jak mnie poinformowano w biurze Wydziału Zdrowia, biuro to jest w posiadaniu bardzo obfitego materiału statystycznosanitarnego.

Do pracy tej dotąd nie przystąpiono nawet; podczas gdy np. w Łodzi każdy dom posiada swoją t. zw. „hipotekę“ i gdy ognisko zarazy może tam być od razu stwierdzone i opanowane, u nas w samym Urzędzie Zdrowia niema dotąd jasnego poglądu na topografię sanitarną miasta, nie znać planowości, ani celowości w walce z epidemiami. Szerząca się coraz bardziej epidemia tyfusu plamistego jest tego najoczywistszym dowodem. Urząd Zdrowia, który może np. tolerować o 2 minuty drogi od centrum miasta ulicę Krochmalną w dzisiejszej jej postaci i żadnych dla uzdrowotnienia miasta nie może opracować projektów celowych, nie zasługuje się dobrze miastu. A przecież z biura Urzędu Zdrowia powinny być wyjść przedewszystkiem projekty robót publicznych, uzdrawiających Warszawę!

Żądać musimy od Urzędu Zdrowia ścisłego stosowania się do uchwały Rady Miejskiej z d. 5 grudnia 1916 r. w punkcie 20.

Budżet wydatków miasta stoł. Warszawy na potrzeby Wydziału Zdrowia Publicznego na I kwartał 1917 r. zestawiony jest jak następuje:

§ 1. Utrzymanie biura Wydziału:	
1. Pensje personelu	rb. 32,886,—
2. Na wydatki drożyzniane dla pracowników	„ 9,261,—
3. Wydatki gospodarcze i kancelaryjne	„ 2,545,—
4. Wydatki opiek sanitarnych	„ 6,975,—
5. Wydatki różne	„ 19,048,—
	<hr/>
Razem z § 1	rb. 70,715,—
§ 2. Utrzymanie zakładu dezynfekcyjnego i spalania odpadków	„ 47,108,—
§ 3. Utrzymanie laboratorjów:	
1. Laboratorium chemiczne	„ 1,766,—
2. Laboratorium bakteriologiczne	„ 1,830,—
§ 4. Utrzymanie zakładu kąpielowodezynfekcyjnego na Pradze	Rb. 1.905.—
§ 5. Utrzymanie Sekcji Kąpielowej	„ 22.505.—
§ 6. Utrzymanie piekarni doświadczałnej	„ 10.798.—

§ 7. Utrzymanie domów izolacyjnych:	
1. przy ulicy Spokojnej	„ 19.344.—
2. 4 domów na krańcach miasta	„ 5.160.—
Razem	„ 24.504.—
§ 8. Utrzymanie 20 stacji szczepienia ospy	2.448.—
ogółem	„ 183.579.—

Dochody.

Dochody Wydziału Zdrowia w kw. 1 1917 r. prelimitowane są według pozycji następujących:

§ 1. Zakład dezynfekcyjny i spalania odpadków	Rb. 25.155
§ 2. Laboratorium chemiczne	„ 375
§ 3. Zakład kąpielowodezyniecyjny na Pradze	„ 75
§ 4. Sekcja kąpielowa	„ 100
§ 5. Piekarnia doświadczalna	„ 10.854
Ogółem	„ 36.559

Dochód zakładu dezynfekcyjnego w 1 kw. 1917 r. przewidywany jest w sumie rb. 18.020. Ponieważ większość pozycji dochodowych składa się z wpłat od instytucji miejskich, dochód ten jest raczej buchalteryjnym, niż rzeczywistym; istotny dochód składać się będzie z pozycji:

1. za dezynfekcyę pomieszczeń i rzeczy oraz odkażanie gałganów	Rb. 2.500.—
52. od Zarządu Kolonii Letnich	„ 180.—
59. od Polsk. Komitetu Pomocy Sanitarnej	„ 105.—
i paru innych drobnych pozycji — razem około	„ 3.000.—

Dla porównania zaznaczmy, że dochód zakładu dezynfekcyjnego od 1 stycznia do 1 sierpnia 1916 r. wynosił rb. 20.478 k. 04.

Te same uwagi stosują się do zakładu spalania odpadków, którego dochód w 1 kw. 1917 r. ma wynosić, według preliminarza, rb. 7.134 kop. 50.

Na dochód ten składają się również przeważnie instytucje miejskie -- istotny dochód stanowi tylko poz. 69.— za zwózkę śmieci z 220 domów prywatnych Rb. 4.190.—

Z powyższymi zastrzeżeniami dopiero możemy przyjąć propozycje preliminarza dochodu Rb. 36.559.—

Wreszcie zaznaczyć z uznaniem należy

widoczną staranność w ułożeniu preliminarza, większą przejrzystość budżetu, wprowadzenie wielu nowych pozycji szczegółowo opracowanych. bardziej handlowe traktowanie budżetu takich zakładów, jak zakład dezynfekcyjny, zakład spalania odpadków, wreszcie godne pochwały wprowadzenie na etat pracowników, pobierających poprzednio pensye z list dziennych (zakład dezynfekcyjny, dom izolacyjny etc.).

Ze względu na niemożność dokonania jakichkolwiek zmian i redukcji poszczególnych pozycji preliminarza, z powodu zbyt późnego złożenia Radzie m. st. Warszawy projektu budżetu, proponuję aby

Rada m. st. Warszawy, zastrzegając ściśle wykonanie powyższych na posiedzeniu budżetowym w dn. 5 grudnia 1916 r. uchwał i dezyderatów oraz zwracając specjalną uwagę Wydziału Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy na konieczność zapobieżenia stratom, ponoszonym przez kasę miejską z powodu istnienia zakładu spalania odpadków i na odpowiedzialność, ciężącą w tym względzie na Wydziale Zdrowia, budżet Wydziału Zdrowia Publicznego na kw. I, r. 1917, wynoszący

w wydatkach	rb. 183,579,—
i w dochodach	„ 36,559,—

zatwierdzić raczyła.

Na posiedzeniu budżetowym Rady m. stoł. Warszawy w d. 28 lutego 1917 r. uchwalono co następuje:

„Dział VII obejmuje Wydział Zdrowia Publicznego, w którym prelimitowano w dochodach rb. 36,559 i w wydatkach rb. 183,579. Ze względu na niemożność redukcji tego budżetu już w obecnym kwartale, Rada Miejska zatwierdza budżet tego Wydziału, polecając Magistratowi ściśle zastosowanie się do powziętych na posiedzeniu Rady w dniu 5 grudnia 1916 r. uchwał i dezyderatów, zwracając specjalną uwagę Wydziałowi Zdrowia Publicznego na konieczność zapobieżenia stratom, na jakie narażona jest Kasa Miejska z powodu istnienia zakładu spalania odpadków“.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

7. Weicksel (z polikliniki Hofmana w Lipsku). **Przyczynnik do leczenia dychawicy oskrzelowej.**

Napad leczy się skutecznie zastrzykiwaniem adrenaliny, (1/2—1 cm. roztworu adrenaliny 1‰). Ulga następuje w 1/2 godziny, zjawia się przemijające przyspieszenie tętna, bicie serca, drżenie rąk. Działanie adrenaliny

przedłuża się przez zastrzyknięcie wyciągu z przysadki mózgowej (*hypophysinum*). Najdogodniej jest zastrzykiwać astmolizynę (1 ampulka zawiera 0,0008 wyciągu z nadnerczy i 0,04 z przysadki). W cięższych przypadkach trzeba zastrzykiwać 2 ampulki lub też jedną astmolizyny i 1/4—1/2 cm. roztworu adrenaliny. Jedno zastrzyknięcie wystarcza na 12—24 do

36 godzin. W przerwach między napadami dobrze jest zalecać mleczań wapna od 10 do 15 gr. dziennie, najlepiej według następującej formuły: *Calc. lact.*, *Calc. chlorat. aa 10,0*, *Acidi citr. 1,0*, *Aquae dest. 450*, *Syrupi simpl. ad 500,0*. DS. co 2 godziny łyżkę. Lepszy w smaku jest kalzan w tabletkach, zawierających 0,5 gr. *Calc. natr. lact.* po 8-10 tabletek dziennie. Należy położyć nacisk na leczenie dyetytyczne (jadać często, w małych ilościach, dużo jarzyn, owoców, sypiać przy otwartych oknach) i psychoterapię. W 12 przypadkach autor badał krew, znajdując w niej dość znaczną eozynofilię (7—15%), która się zmniejsza bezpośrednio po zastrzyknięciu adrenaliny, ale już po 24 godzinach powraca do dawnych cyfr. Eozynofilia jest proporcjonalna do ciężkości astmy.

(*Münch. Med. Woch. 1917, № 9*).

P.

8. T. Lenz. Przyczynek do t. zw. skazy basedowskiej (*Basedowdiathese*).

Chorobę Basedowa L. uważa za cierpienie konstytucjonalne, zależne od zaburzeń w przemianie materii, coś jakby antytezę otyłości. Nadmierna lub wadliwa sekrecja gruczołu tarczowego bardzo często temu cierpieniu towarzyszy, ale nie jest jego jedyną przyczyną. Ta wzmozona sekrecja bywa, według autora, akcją obronną — nie zawsze skuteczną — przeciwko wzmozonej przemianie materii.

Z tych poglądów wychodząc, Lenz nie jest zadowolony z dotychczasowych nazw tej

choroby. Miano choroby Basedowa zachować należy tylko dla klasycznych przypadków. Zamiast basedowoidu, formy fruste i innych proponuje nazwę skazy basedowskiej (*Basedowdiathese*). Za najstalszą cechę tej „skazy“ uważa uporczywe bicie serca, drżenie palców i wogóle te wszystkie objawy, które spotykamy u nadmiernie zmęczonych biegaczy lub alpinistów (u nas „taterników“), a więc poty, lekkie wytrzeszcz, podniesienie ciepłoty, rozszerzenie tępości serca. Przypadki takie zdarzają się często i są nieraz uważane za wadę lub nerwicę serca, za neurastenię. Dawanie jodu zwykle chorobę pogarsza.

Jako na argument, potwierdzający zapatrywanie się na chorobę Basedowa, jako na dyatezę, autor powołuje się na dziedziczność tego cierpienia i przytacza jeden przykład dziedziczności choroby Basedowa w rodzinie pewnego żołnierza francuskiego, którego obserwowano w obozie jeńców w Puchheim. Dziedziczność szła, jak zwykle bywa w chorobie Basedowa — po kądzieli — ze strony matki. Lenz radzi zwracać uwagę na podobne fakty.

(Na te fakty dawno już zwracano uwagę, począwszy od Oesterreichera (1884). Ja sam na 276 przypadków Ch. B-wa znalazłem dziedziczność w 29 (10%) i wybitniejsze przykłady podałem w artykule „Przyczynek do etyologii choroby Basedowa. *Gaz. Lek. 1916. № 1 i 2. Przyp. sprawozdawcy*).

(*Münch. med. Woch. 1917, № 9*).

A. Puławski.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 3 października 1916 r.

1. Śmiechowski A. przedstawił nowego rodzaju protezę na kończynę dolną.

Chłopiec 5-letni wskutek wypadku kolejowego utracił prawą kończynę górną w połowie ramienia i prawą kończynę dolną w kolanie. Śm. zastosował lekką (390 gr.) i tanią protezę. Do worka, zrobionego z 2 pończoch wewnątrz wywątowanych dopasowano gilzę z tektury plastycznej, lejkowato zwężającej się ku dołowi, na spodzie przybito kotek, otoczony gumą. Protezę troczkami przymocowano do brzucha i ramienia lewego. Od sierpnia chłopiec znakomicie chodzi na protezie.

2. Karwacki L., w imieniu Gabryeli Majewskiej, przedstawił 3 przypadki duru brzuszego, leczonego szczepionką swoistą dożylnie.

We wszystkich przypadkach szczepy pochodziły od danego chorego. Wstrzykiwano dożylnie 20 milionów (podług Besredki) prątków chorego w 10 cm. sz. roztworu fizyologicznego.

W pierwszym przypadku u 10-letniego chłopca przebieg cierpienia był skrócony, lecz później wystąpił nawrót, leczony domięśniowo aurolem.

W przypadku drugim — u chorego 19-letniego dur przebiegał z ciepłotą obniżoną.

W przypadku trzecim chory 15-letni zmarł

w 17 dni po zastrzyknięciu wśród objawów posocznicy durowej i zatrucia endotoksynami.

3. Korzon T. wygłosił odczyt p. t.: „Kilka uwag w sprawie zimnicy u nas“.

K. przytoczył 5 przypadków zimnicy, spotrzeganych w latach 1912 do 1916.

Pierwszy przypadek przebiegał pod postacią ciężkiego zakażenia septycznego z objawami krwotocznymi, skłonnością do tworzenia się zakrzepów w żyłach i skończył się śmiercią po 12 dniach choroby.

Przebieg następnych dwóch przypadków nasywał podejrzenie sprawy zapalnej opon mózgowych. Jeden z nich — powikłany zatorem tętnicy środkowej siatkówki oka lewego — zakończył się śmiercią wskutek wylewu krwi do mózgu.

Ostatnie 2 przypadki symulowały bądź sprawy zapalne wsierdza lub ostrego niezłytu kiszek, bądź też powracające uporczywie w ciągu lat 3 zakażenia gośćcowe, nerwobóle, a nawet powikłane napadami ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, co spowodowało operację i usunięcie wyrostka, a jednak wkrótce po operacji znów zdradziło się zakażenie zimnicze bardzo silnym nerwobólem w głowie i karku.

Po przytoczeniu jeszcze 10 przypadków, nie przedstawiających szczególniejszych objawów klini-

cznych, K. podał krótki rys z biologii komarów anofelesów (widliszów) i związku, jaki zachodzi pomiędzy pasorzytem zimnicy i tymiż komarami.

Opisy swych spostrzeżeń poparł autor przytoczeniem odpowiednich analogicznych przypadków z piśmiennictwa polskiego i obcego, oraz przedstawił zmiany patologiczne, jakie zimnica może powodować w ustroju ludzkim.

Dokonawszy krótkiego przeglądu warunków, dzięki którym szerzy się zimnica w innych krajach i u nas, K. podał wyniki swych poszukiwań, które udowodniły istnienie komarów anofelesów w niektórych okolicach Warszawy i w samym mieście. Poszukiwania stwierdzają możliwość nabycia — przy sprzyjających warunkach atmosferycznych — zimnicy w Warszawie, jakoteż obalają nieuzasadnioną opinię co do rzadkości i nieobecności w naszym mieście tego cierpienia.

Odczyt był ilustrowany preparatami mikroskopowymi i rysunkami komarów zwykłych i anofelesów.

W dyskusji Kępiński podkreśla znaczenie badania dna oka u chorych, dotkniętych zimnicą.

Puławski A. zaznacza, że Warszawa może być ogniskiem zimnicy, gdyż posiada dużo chorych na zimnicę i komary malaryczne w różnych dzielnicach. Natomiast zwiększenie się liczby przypadków zimnicy w roku bieżącym stoi prawdopodobnie w związku z pobytem wojska, gdyż wśród żołnierzy rosyjskich było wielu chorych na zimnicę. Braki, istniejące w nozografii naszego kraju w stosunku do zimnicy, mogą być usunięte przez zapoczątkowane przez prelegenta badania, jeżeli w nich weźmie udział dużo lekarzy i przyrodników.

Następnie P. przytoczył 2 własne przypadki nietypowej, skrytej zimnicy.

Przypadek pierwszy dotyczył 40-letniej mężatki, która dostała bardzo silnego bólu w okolicy potylicy i karku. Bóle wzmagały się wieczorem. Stan bezgorączkowy, żadnych objawów mózgowych. Bezsensowność i zdenerwowanie. Badanie krwi wykazało wyraźne plazmodye. Śledziona nie była wyczuwalna, ale bolesna na ucisk. Ciepłota podnosiła się do 37^o2 wieczorem, przyczem były poty. Po kilkudniowym użyciu dużych dawek chininy (2 grm. dziennie) bóle zupełnie ustąpiły. W późniejszych preparatach krwi plazmodyi nie znaleziono.

Przypadek 2-gi dotyczył 40-letniego księdza, mieszkającego na Solcu, który przechodził w swym życiu kilka razy zimnicę, mieszkając na wsi. Choroba ustępowała sama przez się, gdyż chory, mając bardzo silną idyosynkrazję do chininy (swędzenie, wysypka, wymioty), nie mógł jej używać. Przed kilku miesiącami przechodził zapalenie migdałków. Po ustąpieniu tej choroby długo nie mógł przyjść do siebie. Kiedy zwrócił się do P. (w jakie 2 miesiące po ostatniej chorobie), skarżył się na bóle nóg, zjawiające się peryodycznie, codziennie, między 5—7 wieczorem, przyczem ciepłota podnosiła się zwykle do 37,3—37,5; po przejściu tego napadu chory czuł się dobrze. Badanie chorego, moczu i krwi zmian nie wykazało. Chory, znużony swoim niedomaganiem, sam wreszcie zażył chininy, ale w małej dawce po 0,3, powtórzonej 3 krotnie w ciągu 3 dni. Wskutek zjawienia się objawów idyosynkrazji — swędzenia, bezsensowności

i t. d.,—chininy zaniechał. We dwa dni potem wystąpiły silne dreszcze, ból głowy, wymioty i podniesienie ciepłoty do 40^o. Po 12 godzinach ciepłota spadła do 36^o3 wśród obfitych potów. Dokonane badanie krwi wykazało plazmodye; w jednym z preparatów znaleziono duże czerwone ciało z plazmodyą (charakterystyczne dla trzeciaczki). Napad gorączkowy dotychczas się nie powtórzył.

Chory mieszka nad Wisłą. W mieszkaniu znajdują się komary, z których dwa, dostarczone przez chorego, okazały się samiczkami z gatunku anofeles.

Sokołowski A. zaznacza, że w 80-tych latach zeszłego stul. w Warszawie niektóre przypadki zapalenia płuc, gruźlicy i t. d. były rozpoznawane jako zimnica. Przypadki zimnicy, spotykane w szpitalu, S. spostrzegał u chorych, którzy służyli w wojsku w krajach malarycznych Rosji. Wreszcie S. podkreśla, że w miejscowościach, niżej Algieru położonych, zimnicę spotyka się częściej, aniżeli w okolicach górzystych.

Karwacki L. sądzi, że przejście wojsk rosyjskich przez Polskę sprzyjało pojawieniu się zimnicy. K. wiąże wpływ urazu z wybuchem zimnicy.

Pawiński przypomina, że przed kilkudziesięciu laty niektóre cierpienia, jak dur, zakażenie septyczne i t. p., brano za zimnicę. Następnie, niektóre przypadki zimnicy rozpoznawano jako influżę. P. przypomina przypadek Śliwickiego, dotyczący zajęcia wsierdzia w przebiegu malaryi.

Korzon w odpowiedzi Sokołowskiemu podkreśla, że nizinne położenie miejscowości niewątpliwie ma wpływ na szerzenie się zimnicy, jednak w wysoko położonych miejscach, również przy obecności anofelesów, mogą powstać ogniska zimnicze; Pawińskiemu — że w przypadku Śliwickiego badanie krwi nie było robione, co w wysokim stopniu osłabia jego naukowe znaczenie.

Posiedzenie kliniczne d. 17 października 1916 r.

1. Loth E. przedstawił płuca szympansa, których mięszs został zjedzony przez mole.

2. Srebrny Z. wygłosił rzecz p. t. „O krwiopłuciu“.

Na zasadzie własnego doświadczenia i przeglądu piśmiennictwa stara się S. udowodnić, że: 1) krwiopłucie, którego źródłem są górne drogi oddechowe, nie jest rzeczą tak rzadką; 2) krwiopłucie pochodzenia płucnego dosyć często nie ma nic wspólnego z gruźlicą. W tym celu S. rozpatruje kolejno najrozmaitsze cierpienia nosa, jamy nosowogardłowej, gardła, krtani, tchawicy i oskrzeli, które mogą być przyczyną krwiopłucia. Część nosowa gardzieli, dżiąsta i tchawica najczęściej, według S., dają powód do krwiopłucia. Następnie S. wspomina o chorobach płuc natury gruźliczej, jakoteż o cierpieniach, będących tylko następstwem chorób innych narządów lub cierpien ogólnych ustroju przewlekłych i ostrych. Wreszcie poświęca słów kilka krwiopłuciu pochodzenia nerwowego.

Z pracy swej wyciąga S. wnioski następujące: 1) jakkolwiek najczęściej krwiopłucie bywa pochodzenia płucnego, jednak nierzadko pochodzi z błony śluzowej górnych dróg oddechowych, a z pośród nich z jamy nosowogardłowej, dżiąseł i tchawicy.

2) prócz gruźlicy płuc przyczyną krwiopłucia mogą być i inne cierpienia tego narządu. 3) krwiopłucie pochodzenia płucnego może być następstwem choroby innego narządu lub cierpienia ogólnego. 4) w przypadkach niepewnych rozpoznanie płucnego pochodzenia i gruźliczego charakteru krwiopłucia usprawiedliwione jest dopiero po wyłączeniu innego źródła krwawienia.

W dyskusji **Sokołowski A.** zaznacza, że, prócz bardzo częstych przypadków krwiopłucia, mających swe źródło w gruźlicy płucnej, stosunkowo najczęściej nieznaczne krwiopłucia mogą zależeć od suchego kataru jamy nosowogardłowej, zwłaszcza u chorych z nadwrażliwością gardzieli. Na ten rodzaj krwawień, podobnie jak i na tak zwane krwiopłucie zastępcze, należy zapytywać się bardzo sceptycznie i badać szczegółowo chorego co do zmian szczytowych. Następnie **S.** omawia krwiopłucie, spostrzegane u żołnierzy po zatruciu gazami, które zależne było od monego przekrwienia płuc. Podczas ciąży, nawet u zdrowych kobiet, **S.** spostrzegał krwiopłucia, towarzyszące suchemu, upartemu nieżytowi grubych oskrzeli i tchawicy. Po rozwiązaniu katar i kaszel ustępują, krwiopłucie się nie powtarza. W nowotworach złośliwych płuc i oskrzeli wyjątkowo występuje krwiopłucie, najczęściej zaś obfite krwotoki, które bywają również w wadach zastawkowych u młodych i w miażdżycy naczyń u starszych osobników.

Jasieński spostrzegał dwa przypadki krwiopłucia u histeryczek.

Watrzański nadmienia, że w przebiegu przymiotu bywają silne krwotoki.

Chłapowski Fr. przytoczył dwa spo-

strzeżenia białowca płuc z częstymi krwotokami.

Gajkiewicz podkreśla, że w ciągu swojej praktyki nie spostrzegał krwotoków u histeryczek.

Pawiński przytoczył przypadek częstych krwawień, w którym jednakże sekcya pośmiertna zmian nie wykazała. Krwawienia w przebiegu wad serca zdarzają się w zwięzieniu lewego otworu żylnego, niedomykalności zastawek aorty, tętniaku i stwardnieniu tętnic.

Higier spostrzegał krwiopłucie w kilku przypadkach histeryi, lecz nigdy nie widział prawdziwych krwotoków.

Heimann widział dwa przypadki krwawień u histeryczek, wskutek kaleczenia sobie dziąseł szpilkami.

Srebrny w odpowiedzi zaznacza, że położył nacisk na brak silnego kaszlu i krztuszenia się w przypadkach krwiopłucia, mających swe źródło w nieuległym zupełnemu zanikowi migdałku Luschki, które to przypadki spostrzegał najczęściej, częściej, aniżeli krwiopłucie, towarzyszące suchemu nieżytowi gardzieli.

Przypadek **Flescha**, oparty na badaniu pośmiertnym, dowodzi możliwości krwiopłucia, a nawet krwotoku płucnego w okresie miesięczkowym u osobnika niegruźliczego. Za pochodzeniem nerwowym krwiopłucia w przypadku **S.**, oprócz braku wyraźnych zmian gruźliczych w płucach, przemawia i ten szczegół, że podczas jednego z napadów ławatywa z 10% żelatyny natychmiast wywarła wpływ dodatni. Na potwierdzenie, że nowotwory złośliwe płuc wywołują nie tylko krwotoki, lecz i krwiopłucia, **S.** przytoczył niedawno spostrzegany przypadek.

K. Dąbrowski.

Uzupełnienie do protokołu z posiedzenia klinicznego w szpitalu Wolskim d. 10 stycznia 1917 r. (Gaz. Lek. № 12, str. 150).

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o zamieszczenie następującego sprostowania mylnie w protokule podanej treści przemówienia kol. **Monsiorskiego**: „Zmiany konieczne w celu osiągnięcia dobrego skutku po pośredniem zeszyciu pochwy są: a) bardzo szerokie płaty pochwowe, b) połączenie operacji z wysoką perineorrhaphią. Prócz tego dr **Fiedorowicz** w górze i dole ran pochwowych wycina małe płaciki, które osobno zeszywa“.

Z poważaniem
Dr Bukowska.

Zmarli: Jan Jakimowicz, lekarz wolnopracujący w Piotrkowie, zmarł na tyfus plamisty.

Stanisław Stadnicki, lekarz miasta Chęciny, zmarł w Kielcach na tyfus plamisty.

Zdzisław Baraniecki, starszy ordynator zakładu miejskiego akuszerjoginekologicznego, zmarł w Warszawie, w wieku lat 59.

NADESŁANO.

- 1) Pamiętnik Warszawskiego Lazaretu Miejskiego 1914 — 1915. Wydany pod redakcją dra med. Franciszka Kijewskiego. Warszawa. 1917.
- 2) Leon Szereszewski. Ujednostajnienie metod miarowania wakcyn. Odbitka z pos. Tow. Naukowego Warsz. 1916.

TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Ignacy Koniecpolski. O leczeniu tyfusu plamistego karbolem (Doniesienie tymczasowe)	165	tał I 1917 r. (dokończenie)	170
Witold Horodyński. Przykurczenia rozciągnięta dłoniowego, czyli t. zw. choroba Dupuytren'a. (<i>Retractio aponeuroseos palmaris s. morbus Dupuytreni</i>) (c. d.)	166	Dział sprawozdawczy. 7. Weickssel (z polikliniki Hofmana w Lipsku). Przyczynek do leczenia dychawicy oskrzelowej	173
Odcinek. W. Chodźko. Budżet Wydziału Zdrowia Publicznego m. st. Warszawy na kwartał		8. T. Lenz. Przyczynek do t. zw. skazy Basedowskiej (Basedowdiathese)	174
		Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenia kliniczne d. 3 i 17 października 1916 r.	174
		Nekrologia	176

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

Adres Redakcji: Żórawia 22. — Adres Administracji: Marszałkowska 73.
Administracja otwarta w dni powszednie od 10¹/₂, do 12-ej.

Odbito czcionkami Drukarni W. Krawczyński, E. Egert i J. Więclawski. Żelazna 89. Tel. 188-70.

Dr J. BORZYMOWSKI.

Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

ZESZYT 1.

Skład u autora (Chmielna № 62).

Cena Rb. 1.

L. E. BREGMAN.

Dyagnostyka chorób nerwowych

podręcznik dla lekarzy i studentów

(stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście)

Cena rub. 3.50, w oprawie rub. 4.

Skład główny E. Wende i Sp. w Warszawie.

Nabywać można we wszystkich księgarniach.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

Serya XXI.

- № 1. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej.
- № 2, 3, 4. B. Dębiński. Znaczenie odmy piersiowej sztucznej w leczeniu gruźlicy płucnej.
- № 5, 6. L. Karwacki. O leczeniu przyczynowem duru brzuszego.
- № 7, 8, 9. Doc. J. Pruszyński. Anafilaksya. I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.
- № 10. Ludwik Zembrzuski. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

Cena zeszytu pojedynczego kop. 40.

Cena seryi składającej się z 12 zeszytów rub. 4.

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA i WOLFFA.

Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuski oraz przepisywanie na maszynie przyjmuje b. studentka wydz. lek. F. STODOLSKA.

Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny D-ra E. Reichsteina

w Warszawie, Marszałkowska 149, tel. 4217.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn, chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Hessinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne i paski przepuklinowe.

SILV-OZON „MOTOR“

w płynie i w proszku
do przygotowania kąpieli balsamicznych
poleca własnego wyrobu

Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“
Marszałkowska 23.

SALMET „MOTOR“

(Balsam Methylii Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu
Warszawskie Tow. Akcyjne
„MOTOR“.

APTEKA K. WENDY

Surowice i Szczepionki

z Instytutu Tow. Naukowego Warszawskiego (dawniej d-ra Palmirskiego.)
Dyfterytyczna, dyzenteryjna, streptokokowa, szkarlatynowa i szczepionki przeciwszkarlatynowe. Podłoża dla bakterii.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

INIEKCYJE STRYCHNINOWE:

„Triplex I, II, III“ Gessner — pudełko 36 ampulek.
(Strichnin. nitr. Natr. kokodylic. Natr. glicerinosfor.)

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glicerinosfor. 0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Natr. kakodylic. 0,05—0,075—0,10

Strichnin. nitr. 0,001 c. Lecithin-ovo 0,05 — 0,10—0,20.

Strichnin. nitr. 0,001 Ferr. citr. óxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.

i wiele innych.

POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JERUZOLIMSKA 25.

