



# GAZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘCZ  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru № 2721.

Adres Redakcyi—Żorawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

## Tłomaczenie

prac lekarskich na język niemiecki i francuzki oraz  
przepisywanie na maszynie przyjmuje b. stud. wydz.  
lek. F. Stodolska. Ul. Śniadeckich (Kaliksta) 13 m. 18.

Terapia mechano-fizykalna

Dr BIESIEKIERSKI—Nowogrodzka 25.

Elektryzacja, arsonwalizacja, diatermia, bergonizacja,  
masaż wibracyjny, naświetlania.

### Nowego rodzaju związek srebra

o własnościach silnie  
przeciwrzeżączkowych  
i bardzo słabo drażniący.  
Bardzo szybkie opanowa-  
nie gonokokków i wydzie-  
liny ropnej, wielokrotnie  
nawet w przypadkach u-  
porczywych i zaniedba-  
nych.

## CHOLEVAL

nowy lek  
przeciwrzeżączkowy

Przedstawiciel: Dom Handlowy  
NACHTLICHT i KAMIENSKI  
Warszawa. Tłomackie 1.

E. MERCK ☘ Darmstadt.

### NAJPROSTSZY SPOSÓB STOSOWANIA

w postaci łatwo roz-  
puszczalnych i działa-  
jących także zapobie-  
gawczo

### TABLETEK CHOLEWALU

po 0,25 i 0,5 gr.  
Rurki po 10 sztuk.  
Do użytku szpitalnego  
opakowanie po 100 i  
500 tabletek.

KOMISJA PRZEMYSŁOWO-LEKARSKA przy WARSZAWSKIM  
STOWARZYSZENIU LEKARZY oceniła na podstawie badań  
chemicznych i klinicznych, że JODOROL KARPPIŃSKO  
jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej  
zwierającej 4,7 % czystego jodu. Przetwór ten miesza  
się z wodą w każdym stosunku, jest przyjemny w smaku  
może być stosowany w dawkach od 10-100 kropli trzy  
razy dziennie, przyswaja się w ustroju szybko, ale  
wywołuje objawy podrażnienia ani zatrucia jodem  
(jodismus) nawet w dawkach największych i wydziela się  
całkowicie w ciągu 3 - 4 dni.

Warszawa dnia 27 lutego 1914

Przewodniczący Komisji  
Przemysłowo Lekarskiej

*S.M. Karpinski*  
Sekretarz

*Otworzenie powierzone o Jodorol  
zostało dokonane przez  
Komisję z dnia 27. 2. 1914 r.  
Przewodniczącym był Dr. S. M. Karpinski  
F. Stodolska  
C. M. Karpinski  
K. Stodolska*

## JODOROL

Peptonate d'iode Karpiński

Jodorol jest organicznym połączeniem jodu w postaci płynnej.  
Jodorol przyswaja się szybko, nie wywołując objawów po-  
drażnienia ani zatrucia jodem (jodismus) nawet w dawkach  
najwyższych i wydziela się całkowicie w ciągu 3 — 4 dni.  
Może być stosowany od 10 — 100 kropli trzy razy dziennie.

Cena flakonu m. 5.50.

Tow. Akc. „Fr. KARPPIŃSKI w Warszawie“  
ul. ELEKTORALNA 35.

Obok zamieszczamy ocenę Jodorolu przez Komisję Przemys-  
słowo-lekarską przy Warszawskim Stowarzyszeniu Lekarzy.

# Dormiol

Tani, pewny środek nasenny.

Odpowiedni we wszelkich formach bezsenności u zdrowych i u chorych umysłowo. **Dormiol** znośną dobrze **chorzy na serce.** — Skuteczny **w stanie padaczkowym.**

Preparaty { Dormiol solut. 1 : 1.  
Kapsułki dormiolu po 0,5 g. № VI } opak. oryginalne.  
Kapsułki dormiolu po 0,5 g. № XXV }

Dokładną literaturę dostarcza: KALLE & CO. TOWARZYSTWO AKCYJNE. Biebrich nad Renem.

# Świerzbę

leczy

„Linimentum contra scabiem Hebdae“.  
(Maść prow. Hebdy).

Skład maści: Peruscabin, sulfur, Kali carbonicum, Creta alba, ol. lini, ungt. amyli, sapo kalinus, et odor:  
Cena: 100.0 — 3.5 m., 250.0 — 10 m.; 1-ko — 35 m.

Dla szpitali cena specjalna.

Skład główny: Tow. Akc. FR. KARPIŃSKI,  
Warszawa — Elektoralna 35.

## ALFONS MANN

Firma egzystuje od 1819 r.

Fabryka narzędzi chirurgicznych  
**Warszawa — Plac Małachowskiego 2 (róg Traugutta).**

(Fabryka — Marszałkowska 11|13).

Poleca: wszelkie narzędzia chirurgiczne i ginekologiczne, przybory i aparaty lekarskie i pomoce lecznicze.

Wykonywa zamówienia pg. modeli i rysunków.

D-r Med. Bolesław Dębiński

### Dyagnostyka gruźlicy

CZĘŚĆ I.

### Metody kliniczno-laboratoryjne.

Praca nagrodzona na konkursie imienia D-ra Med. A. SOKOŁOWSKIEGO.

Skład główny w księgarni E. WENDEGO i S-ki w Warszawie.

Cena m. 2.50.

# ACIDOL-PEPSIN

wypróbowany, trwały

**preparat kwasu solnego i pepsyny.**

Pudełko zawiera 5 rurek po 10 pastylek.

Stężenie I  
(silnie kwaśne).

Stężenie II  
(słabo kwaśne).

Próby i literatura na żądanie!

**Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.**

Berlin S.O. 36.

Przedstawiciel: I. FREIDER & C-o. Warszawa, Królewska 35.



# WIZYTA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WMIĘJŚC  
TNOŚCI LEKARSKICH

Warszawa, d. 26 stycznia 1918 r.

Ogólnego zbioru № 2721.

ZE SZPITALA DLA CHORYCH ZAKAŻNYCH NA POKORNEJ.

## PRZYPADEK RUMIENIA WIELOKSZTAŁTNEGO i OSTREGO GOŚĆCA STAWOWEGO.

Podał

**Leon Karwacki**

lekarz naczelny szpitala.

Nazwa „rumień wielokształtny“ jest to termin klasyfikacyjny bez głębszej treści i w stosunku do etyologii i w stosunku do patogenyzy. Nazwa ta obejmuje szereg zespołów chorobnych, stłoczonych w jedną grupę na mocy jedyne go objawu obiektywnego, mianowicie rodzaju wykwitów skórnych. Zespoły te wywołane są przez najróżnorodniejsze czynniki przyczynowe, sam zaś mechanizm tworzenia się wykwitów również daleki jest od jednolitości. W wielu razach rumień, dający nazwę samej chorobie, jest zjawiskiem zupełnie drugorzędem w stosunku do natężenia innych objawów patologicznych i ma się tak do całokształtu zaburzeń chorobnych, jak różyczka do patologii duru brzuszno go. Wspólnie z kol. Karolem Zaleskim<sup>1)</sup> opisaliśmy podobny przypadek zakażenia ogólnego, w którym objawy rumieniowe figurowały jako zjawisko uboczne. Przypadek poniższy stanowi dalszy ciąg tej seryi, która bierze rodowód swój nie od Hebry, lecz raczej od Wunderlicha,

13. VII. 1916 zostałem wezwany do stałej swej pacjentki pani Bronisławy Z., lat 50. W wywiadach figuruje cierpienie wyrostka w roku ubie-

głym, które wywołało konieczność operacji. W marcu r. 1916 chora przechodziła zapalenie bezgorączkowe stawów w górnych i dolnych kończynach i bóle w kręgosłupie, które ustąpiły po parokrotnej kuracji atofanem. Pozatem cierpieniom innym nie podlegała.

10. VII. Chora czuła się niedobrze, w ciągu dnia miała dreszcze, ból głowy i łamanie w dolnych kończynach. Wieczorem zauważyła nagle wysypywanie się bolesnych wykwitów na dolnych kończynach. Wykwity nazajutrz jeszcze przybywały, a ciepłota podniosła się do 39°. W dwa dni potem zbadałem chorą i znalazłem, co następuje. Chora budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. W narządach oddechowych poza rozemną w stopniu umiarkowanym żadnych zmian niema. Język zlekka obłożony, błona śluzowa jamy ustnej i gardzieli normalna. Tętno 100, miarowe, dobrze wypełnione, granice serca prawidłowe, tony czyste. Brzuch nie wzdęty, wątroba niebolesna i nie powiększona. Śledziona wyraźnie macalna. Stawy nie bolesne.

Na skórze dolnych kończyn bardzo liczne wykwity typu trojaki go: ciemnoczerwone guzki, okrągłe, wielkości grosza, twarde i bolesne na dotyk, plamki i grudki typu różyczki, rozległe plamy czerwone o konturach nieregularnych, występujące na podłożu skóry wyraźnie obrzmiałej. Na skórze brzucha i piersi znalazłem tylko 3 wykwity guzkowe wielkości grochu, 2 na lewej skroni i 3 na prawem ręku.

Chora skarży się na osłabienie ogólne, oraz palenie w skórze, głównie w okolicach plam rozległych.

Ciepłota dochodzi do 40°.

<sup>1)</sup> Leon Karwacki i Karol Zaleski. Przypadek rumienia wysiękowego wielokształtne go. (Prze gl. chor. skórnych i wener. 1914).

Dla ściślejszej obserwacji zaproponowałem chorej przejazd do szpitala na Pokorną.

17. VII. chora zapisała się na oddział szpitalny. Z objawów nowych przybyło spuchnięcie w obu kostkach.

U chorej zbadano krew morfologicznie i bakteriologicznie.

18. VII. Grudki na skroni i kończynie górnej przybladły. Na kończynach dolnych przybývają nowe wykwity w postaci ciemnoczerwonych nieregularnych plam. W ciągu dnia lekkie poty. Bezsensowność. Dobowa ilość moczu mniej, niż 500 cm. sz. Mocz nasycony. Białka 0,03%/00. 8—10 leukocytów w polu widzenia.

19. VII. Nowych wykwitów nie przybyło. Natomiast wystąpiły silne bóle w mięśniach łydki na prawej nodze. Sen lichej, przerywany.

20. VII. W łydce prawej w mięśniach wyczuwa się bolesne na dotyk nacieczenie wielkości orzecha włoskiego. Bóle samoistne w mięśniach trwają. Część wykwitów blednie i zmniejsza się. Wykwity na prawym ręku zamieniły się w pęcherzyki z zawartością ropną. Śledziona jeszcze wychodzi z pod łuku żebrowego. Sen lepszy. Wypróżnienia prawidłowe.

22. VII. Obrzmienie i zaczerwienienie w okolicy prawego stawu napiętkowogoleniowego. Silny ból przy poruszaniu stopą. Naciek w prawej łydce ustąpił, rwące bóle w mięśniach trwają. Wykwity rumieniowe bledną. Śledziona nie wymacuje się.

25. VII. Bóle w prawej goleni znikły. Obrzmienie w kostce trwa. Opuchnięcie w okolicy lewego stawu kolanowego. Ruchy i dotyk sprawiają ból. Zapalenie stawów trzeciego palca u lewej ręki.

26. VII. Silne bóle w nocy w chorych stawach. Zajęcie stawu nadgarstkowego lewego i drobnych stawów ręki. Obrzmienie gruczołów chłonnych pod kolanem i w prawej pachwinie.

27. VII. Nowe wykwity nie tworzą się, dawne bardzo wolno znikają. Stawy zajęte bolesne, skóra zaczerwieniona i obrzmała. Silne bóle mięśniowe w obu dolnych kończynach.

1. VIII. Zmiany zapalne w stawach i bóle powoli znikają. Trzy wypróżnienia płynne z dużą domieszką krwi.

4. VIII. Krwawe stolce więcej się nie powtórzyły. Bóle i opuchnięcia w stawach przeszły zupełnie. Bóle mięśniowe znikły. W miejscach wykwitów obfite łuszczenie się.

5. VIII. Chora opuściła szpital. Przy osłuchaniu serca zauważono, że pierwszy ton na *mitralis* nieczysty.

W końcu sierpnia chora odwiedziła mnie jeszcze raz. Samopoczucie dobre, bólów stawowych, ani wykwitów w domu nie było. Chora męczy się jednak przy chodzeniu. Na *mitralis* bardzo wyraźny szmer skurczowy. Na miejscach dawnych wy-

kwitów skóra ma wyraźną pigmentację na podobieństwo plam brudnych.

Badania laboratoryjne.

18. VII. Krew krzepnie co do czasu w tempie przyspieszonym (szybciej, niż w 10 m.). Skrzep kurczy się słabo i wyciska surowicy bardzo mało.

Badanie morfologiczne krwi, dokonane przez p. Halinę Gileczkównę, asystentkę pracowni, dało wyniki następujące:

Hemoglobiny (Sahli) 77%

Krążków czerwonych 2307000

Wskaźnik hemoglobinowy 2.4.

Wielopostaciowość i wielobarwność erytrocytów nieznaczne, różnowielkość wyraźna.

Płytki drobne w ilości większej nad normę.

Leukocytów 15400, w tem

Wielojądrowych obojętnochłon. 76,5%

Wielojądrowych eozynochłonnych 1%

Wielojądrowych zasadochłonnych 1%

Limfocyt. 3,5%  
Dużych jednojądr. obojętnochłonnych 6%

Dużych jednojądr. zasadochłonnych 2,5%

Postaci przejściowych 4,5%

Myelocytów 3,5%

Postaci Schleipa 1,5%

Wskaźnik refraktometryczny 1,3493.

22. VII. zostało dokonane ponowne badanie krwi.

Hemoglobiny 75%

Ciałek czerwonych 3359400

Wskaźnik hemoglobiny 2.3.

Barwność i kształt krążków prawidłowe. Płytki drobne, ilość ich parokrotnie powiększona.

Leukocytów 9050, w tem

Wielojądrowych obojętnochłonnych 69%

" eozynochłonnych 3%

" zasadochłonnych 1%

Limfocytów 9%

Dużych jednojądr. obojętnochłon. 7%

" zasadochłonnych 3%

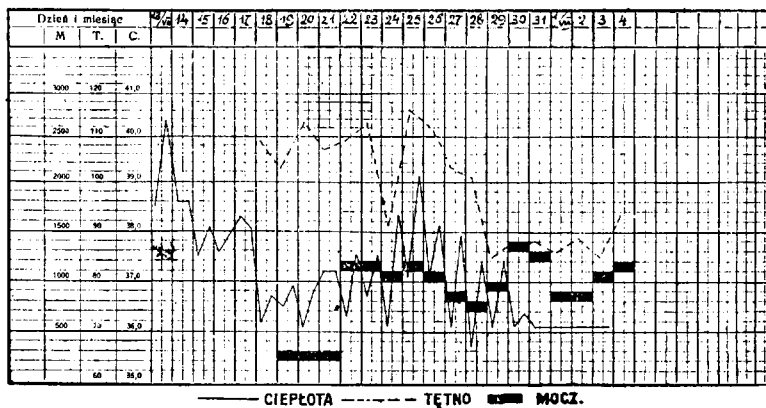
Postaci przejściowych 6%

Myelocytów 1%

Postaci rozpadowych 1%

Wskaźnik refraktometryczny 1,3473.

4. VIII. w dzień opuszczenia przez chorą szpitala zostało dokonane trzecie badanie krwi.



— CIEPŁOTA — — — — — TĘTNO ■■■■ MOCZ.

Hemoglobiny 100%  
 Krążków czerwonych 6,037,150  
 Wskaźnik hemoglobiny 1,14

W krążkach występuje wyraźna wielobarwność i wielopostaciowość, równowielkość nieznaczna.

Ilość i wygląd płytek prawidłowe.

Leukocytów 8050, w tem

Wielojądrowych obojętnochłonnych 69%

„ eozynochłonnych 3%

„ zasadochłonnych 2%

Limfocytów 13%

Dużych jednojądrow. obojętnochłon. 6%

„ „ eozynochłon. 1%

Postaci przejściowych 3%

Myelocytów 1%

Postaci Türcka 1%

Postaci rozpadowych 1%

Z badań tych wynika, że czynnik zakaźny wywołał poważne zaburzenia w składzie samej krwi. Uderza tu przedewszystkiem znaczne zmniejszenie liczby czerwonych krążków krwi w pierwszych dwóch badaniach z zachowaniem normalnej ilości hemoglobiny. Zasadniczy czynnik chorobny posiadał zatem zdecydowane oddziaływanie hemolityczne. W okresie zdrowienia liczba krążków czerwonych nie tylko wróciła do normy, ale wzrosła ponad nią, powiększyła się też znacznie ponad normę ilość hemoglobiny. Po leukocytozie „zakaźnej“ okresu pierwszego, leukocytozie tak wybitnej, że nasuwała podejrzenie białaczki, liczba leukocytów spadła, trzymając się jednak powyżej normy. Wzór leukocytowy uległ też poważnej zmianie w sensie wybitnej polinukleozy z dużą zniżką liczby limfocytów. Stosunek ten w ostatnim badaniu zbliża się już do normy. Mononukleozy, cechującej okresy końcowe zaburzeń w równowadze leukocytowej w stanach zakaźnych, nie widzimy tu wcale, natomiast obserwujemy przyrost eozynofilów, który narówni z mononukleozą występują w okresach zdrowienia. Powiększona pierwotnie liczba płytek w badaniu ostatnim wróciła do normy. Dla całości brak tylko ostatniego pomiaru wskaźnika refraktometrycznego.

17. VII. Posiano 3 cm. sz. krwi wziętej z żyły do kolbki z buljonem (Tarozzi-Wrzoska). Badanie posiewu i określenie cech pasorzyta zostało dokonane przez P. Zofię Krajkowską, asystentkę pracowni.

19. VII. w kropli wiszącej i w preparacie barwionym stwierdzono niezbyt liczne pasorzyty w kształcie krótkich grubych laseczek. Laseczki posiadają końce zaokrąglone, przeważa układ diplobacyllów. Spotykać się

dość liczne postaci w kształcie cytryn, serdelków, ziarników owalnych. Krążki czerwone w posiewie w stanie hemolizy. Hodowla przesiana na zwykle podłoża tlenowe nie wyrosła. Mleko po 2 dniach niezmienione. Na preparatach wykryto krótkie laseczki w układzie łańcuszkowym.

Hodowla z mleka została przesiana na świeżo wygotowany bulion Wrzoska i na nowe mleko. W bulionie po 24 godzinach met i wytwarzanie gazu. Hodowla wydziela nie miły zapach. W kropli wiszącej wykryto laseczki typu poprzedniego, obdarzone ruchami dowolnymi. Laseczki barwią się podług Grama. Przesiew drugi na mleko po 24 godzinach ścięty. Sernik nie tworzy zbitej masy gąbczastej, lecz ścina się w delikatne płatki, niema również gwałtownego wydzielania gazu. Zapach hodowli masłowej. Dla określenia zdolności peptonizowania sernika przesiano bakterie na nowe podłożo mleczne z dodatkiem kredy. Po 7 dniach próba biuretowa wypadła ujemnie.

W agarze głębokim powstały drobne okrągłe kolonie, agar po 24 godzinach rozszadzony.

Na agarze skośnym (Burri) obfity blade szary nalot. Wymiary laseczek znacznie dłuższe, niż w bulionie Wrzoska. Żelatyna po 8 dniach rozrzedzona.

Surowicę płynną (Karwacki) laseczniki ścinają i czernią. W wodzie z kawałkami ściętego białka wzrost bardzo bujny. Białko szybko ulega trawieniu, bez zmiany zabarwienia. Odczyn biuretowy bardzo wydatny. Na preparatach wykryto nieliczne zarodniki. Postaci młode często posiadają otoczki. Ogrzewanie zarodników w wodzie wrzącej przez 2 nie wyjaławia, po 5' i po 10' opóźnia wzrost hodowli o 24 godziny, po 15-minutowym ogrzewaniu posiew jałowy.

Na kartoflu w roztworze sody bakterie rozwijają się aż do zawartości 12% sody. W roztworach 0,5%—1% wzrost bujny, wytwarzanie gazu obfite. Kształt drobnoustrojów prawidłowy. Wkluczeń granulozy niema.

W roztworach 1,5%—2,5% hodowla wydziela gaz dopiero po 48 godzinach. Pasożyty często przyjmują kształt wydłużonych jajowatych ziarników.

Powyżej 2,5% sody wzrost słaby, powolny, chociaż wyraźny makroskopowo, wytwarzania gazu niema.

Pasożyty mają kształt wyłącznie krótkich kokobacyllów i ziarników.

W hodowli bulionowej odczyn indolowy i nitroindolowy ujemny.

Kwasota hodowli bulionowej (10 cm. sz.) z 1% cukru gronowego po 3 dniach 4, po 5 dniach 3.

Kwasota hodowli bulionowej (10 cm. sz.) z 1% mannitu po 3 dniach 3,5, po 5 dniach 2.

Po pewnym czasie szczep przyzwyczaił się do tlenu i rośnie na agarze skośnym w postaci szarawego nalotu, który z biegiem czasu zmienia zabarwienie na żółtobronzowe. Wygląd pasorzytów przy tem przystosowaniu nie uległ żadnej zmianie.

U świnki zaszczipionej 1 cm. sz. hodowli bulionowej podskórnie wkrótce po wyosobnieniu gazowca, powstało po 2 dniach rozległe owrzodzenie. Po 4 tygodniach szczep stracił całkowicie cechy chorobotwórcze dla świnki.

Surowica chorej w końcowym okresie choroby nie aglutynowała drobnoustrojów wcale.

Cechy powyższe pozwalają rozpoznać bakterie jako prątki gazowe, albo otoczkowce gazowe (*bac. Achalmi* — *Welchi* — *Fraenkeli*, inaczej *bac. perfringens*). Gazowce wogóle, a rodzina prątków gazowych w szczególności, cechują się zmiennością czynności zachynowej i fermentacyjnej <sup>1)</sup>.

Rozpoznanie danego szczepu opiera się na słabem zarodnikowaniu (wyłącznie na wodzie z białkiem), na niewielkiej wytrzymałości zarodników (między 10' a 15' we wrzącej wodzie), na ścinaniu mleka, na rozkładaniu wodoru węgla, na wzroście na kartoflu mocno zasadowym. Do kategorii cech częstych, lecz drugorzędnych, należy słaba zdolność proteolityczna w stosunku do żelatyny (rozrzedzenie po 8 dniach w ciepłocie 37°). Chorobotwórczość szczepu dla świnki jest względnie słaba (brak gazówki po szczepieniu, a tylko rozległe owrzodzenie, które zgoiło się po dłuższym przeciągu czasu).

Charakterystyka w liniach zasadniczych mieści się zatem całkowicie w ramach obowiązujących dla prątka gazowego, natomiast pewne właściwości prątka zasługują na omówienie.

W porównaniu z odmianą zwykłą prątków Achalme'a chemizm naszego prątka jest

znacznie słabszy i zbliża się raczej do odmiany gościcowej Thiroloix i Rosenthala. Jak widać z zachowania się liczby leukocytów, prątek w ustroju zarażonym nie wytwarza ciał leukocytobójczych, natomiast wywołuje wybitny rozpad krążków czerwonych (znaczny spadek ilości krążków czerwonych na wysokości sprawy chorobnej i szybka hemoliza *in vitro* w posiewie krwi). Interesujące jest bardzo zachowanie się chemizmu u tego szczepu. W cytowanej wyżej pracy nad gazowcami ustaliliśmy, że chemizm gazowców jest bardzo zmienny. Zmiany te jednak miały charakter negatywny: prątkom w czasie hodowania na podłożach sztucznych nie przybywały nowe funkcje fermentacyjne, lecz istniejące słabły i zanikały całkowicie. W danym razie prątek, który nie wytwarzał w pierwszej i drugiej generacji gazu w hodowli płynnej i nie ścinał mleka, w przesiewie trzecim nabrał tych własności, pozornie nowych dla danego szczepu, aczkolwiek leżących w charakterystyce rodziny. Na uwagę zasługuje także inna własność prątka, mianowicie względnie szybkie przyzwyczajenie się do atmosfery tlenowej i bujny wzrost na tlenowych podłożach stałych. Jak wynika z badań naszych z Bichniewiczówną, każdy szczep beztlenowy może być „zaerobizowany“, przyzwyczajenie to jednak wymaga względnie długiej tresury, a hodowle na podłożach stałych nie są tak bujne, jak w danym przypadku. Już Rosenthal zwrócił uwagę, że szczepy gazowców, wyhodowane ze krwi, przyzwyczajają się łatwo do tlenu. Zachowanie się mego szczepu zdaje się obserwację tę potwierdzać. Jest do pewnego stopnia zrozumiałem, że przystosowanie bodaj częściowe do tlenu musi nastąpić u drobnoustrojów w czasie pobytu w obiegu krwi. Czynność ta zatem w warunkach hodowli laboratoryjnej stanowi tylko dalszy ciąg przystosowania się z okresu chorobotwórczego. Funkcje fermentacyjne i gazotwórcze w czasie pobytu w obiegu muszą słabnąć również. Pierwsze generacje zatem posiadają jeszcze właściwość szczepu posoczniczego, następne zaś powoli odzyskują swe cechy dawne z okresu saprofitycznego, polegające na rozkładaniu białka, tłuszczów i wodoru węgla.

(Dok. n.).

<sup>1)</sup> Karwacki, Bichniewiczówna i Groerówna. Etyologia i patogeneza gazówek. Warszawa, 1916.

## W sprawie szerzenia się duru brzuszego w Warszawie i sposobów zwalczania tej choroby

napisał

**Dr med. Henryk Ruppert.**

(Rzecz czytana na posiedzeniu wydziału biologicznego Warsz. Tow. Higien. w dniu 6 Grudnia 1917 r.).  
(Dokończenie—patrz № 2).

Co się tyczy innej choroby zakaźnej kiszkowej, mianowicie dyzenteryi, to ta wystąpiła w r. b. jako epidemia sezonowa w Lipcu, a głównie w Sierpniu i Wrześniu i była niewątpliwie związana przeważnie ze spożywaniem owoców i jarzyn, zakażonych przez bakterye dyzenteryi i roznoszeniem zarazka przez muchy: z nastaniem chłódów w Październiku, z ograniczeniem spożywania owoców i jarzyn i wyginięciem much epidemia raptownie urwała się. Obecnie poza przypadkami, mającymi przebieg chroniczny nowe świeże zakażenia zdarzają się rzadko.

Na zasadzie dowodów ubocznych wyrażam jeszcze raz to przekonanie, że warszawska woda wodociągowa nie jest przenośnikiem zarazka duru brzuszego.

Pod tym względem jednak powinniśmy mieć dowody bezpośrednie, mianowicie poznać wyniki badań wody wodociągowej z czasów ostatnich i bieżącego.

Wiemy, że badania takie prowadzą się pod kierunkiem specjalisty bakterjologa na stacji filtrów warszawskich. Nie wiemy jednak, czy były zauważone jakie wahania w działalności filtrów w czasie najbliższym i obecnym i czy prócz badań na zawartość bakteryi ilościowych dokonywują się też i badania jakościowe.

Pod tym względem wymagania w wielu miejscowościach w Europie i w Ameryce są bardzo daleko posunięte, nawet przesadne. Gdy tylko dana woda po przepuszczeniu przez filtry zawiera pewną ilość, choćby nieznaczną, takich przedstawicieli flory kiszkowej, jak *bacterium coli*, woda taka uważana bywa za podejrzaną. Wówczas zaleca się nawet dezynfekcyę wody chlorem. Metodę dezynfekcyi wody chlorem między innymi opracował prof. Dzierzgowski, obecny dyrektor Instytutu Medycyny Eksperymentalnej w Petersburgu, z zastosowaniem odpowiednio ustawionych aparatów w instalacjach wodociągowych i zastosował też metodę ze skutkiem pomyślnym w Rostowie nad Donem, będąc wezwany do rewizyi urządzeń wodociągowych w tem mieście. Jako wywiązywacz chloru był użyty podchloryn wapnia i dla zubożenia

nadmiaru chloru siarczyk sodu. Naturalnie, zastosowanie dezynfekcyi chlorem wcale nie wyklucza konieczności zastosowania filtrów, dezynfekcyja ta stanowi uzupełnienie działania tychże.

W Warszawie na stacji filtrów mamy tak zw. filtry angielskie. Słabą ich stroną jest to, że funkcjonują sprawnie tylko przez kilka tygodni, później muszą być odnawiane wskutek czego muszą być trzymane filtry zapasowe. Cała instalacya wymaga nadzwyczajnej czujności, aby cel zamierzony — stałe otrzymywanie dobrej i czystej wody do picia mogło być w całej pełni osiągnięte.

Czy przy zamierzonym w przyszłości powiększeniu urządzenia wodociągowego dla wielkiej Warszawy należy się trzymać niewolniczo filtrów angielskich, czy też przerzucić się, choćby częściowo, do innego systemu, rzecz ta powinna być rozstrzygnięta po gruntownej ocenie odpowiednich odmiennych urządzeń zagranicą. W sprawie tej miałem zaszczyt zabrać głos na lipcowym Zjeździe higienistów polskich w Warszawie w r. b. Odnośny referat będzie podany w dzienniku zjazdowym.

Przechodząc teraz do środków zwalczania szerzenia się duru brzuszego, wymienię tu przepisy następujące:

1) O każdym przypadku zachorowania na dur brzuszny lub podejrzanym o tę chorobę należy zawiadomić odpowiedni organ sanitarny, w celu zastosowania odpowiednich zarządzeń zabezpieczających.

2) Każdy chory na dur brzuszny lub podejrzanym o tę chorobę musi być uważany jako źródło szerzenia się infekcyi i dlatego powinien być należycie izolowany. Ideałem byłoby, gdyby wszyscy chorzy na dur brzuszny mogli być umieszczani w szpitalach lub odpowiednio urządzonych lecznicach. Ponieważ liczba i jednych i drugich jest u nas niedostateczna, musimy się zgodzić na to, że pewna liczba chorych musi być pozostawiona w swych mieszkaniach. Do pozostawiania w domu powinni być wybierani tylko tacy chorzy, którzy mogą być izolowani od swego otoczenia, a więc umieszczeni w osobnym po

koju, umebłowanym w sposób najprostszy i pozostający pod stałym nadzorem umiejętnego pielęgniarza lub pielęgniarki. Rozwożenie chorych do szpitali i lecznic powinno się odbywać zapomocą odpowiednich karet, z łatwością odkazanych.

3) Po usunięciu chorego z mieszkania wszelkie pozostałe po nim ekskrementy (kał, mocz, płwocina), bielizna, pościel, ubranie podejrzane o zainfekowanie i ubikacja wraz z klozetem powinna uleż gruntownej dezynfekcji.

4) W razie pozostawienia chorego w mieszkaniu należy pilnie baczyć, aby, jak to się dzieje w szpitalach, była dokonywana ściśle tak zw. dezynfekcja bieżąca, a więc wszelkie wydaliny chorego przed wylaniem do kanału klozetowego powinny być poddawane dezynfekcji 2-godzinnej w 3% roztworze karbolu, bielizna schodząca z chorego i z pościeli moczona w ciągu 2 godzin w 3% roztworze karbolu lub roztworze krezolowo-mydłanym, poczem należyte wygotowana. Szczególniej należy przestrzegać przed oddawaniem bielizny od chorego do pralni publicznych, bez należytego zdezynfekowania. Na należyte wykonywanie dezynfekcji bieżącej należy położyć nacisk największy, albowiem jest to rzecz ważniejsza i skuteczniejsza, aniżeli jednorazowe dokonanie dezynfekcji przez zakład dezynfekcyjny już po ukończonej chorobie. To ostatnie powinno być uważane jako uzupełnienie dezynfekcji bieżącej i powinno być stosowane względem tych przedmiotów i rzeczy, które uszły uwagi przy dezynfekcji codziennej, podczas przebiegu choroby. Pomoc lekarza leczącego chorego jest tu konieczna i obok działalności organów sanitarnych wysuwa się na plan pierwszy—przez wystawianie niebezpieczeństwa, zagrażającego najbliższym krewnym i otoczeniu chorego. Względy bezpieczeństwa publicznego można tu pominąć, gdyż argument ten zwykle nie trafia do przekonania. Trzymając się tych zasad, nieraz i w najtrudniejszych okolicznościach cel zamierzony udawało mi się osiągnąć.

5) Rozpoznanie duru brzuszego, ewentualnie duru rzekomego (*paratyphus*) należy ustalać zarówno w szpitalach, jak i u chorych leczonych w mieszkaniach prywatnych przez badanie krwi na odczyn Widala, lub posiew krwi z żyły chorego, ewentualnie posiew z ekskrementów chorego. Badanie to powinno być rozciągnięte i na lekkie przypadki. Tu należy też kontrola w rekonwalescencji i w czasie późniejszym, czy nie natrafimy na siewę zarazka. Siewcy prątków durowych czy

to z wypróżnieniami stolcowymi, czy też z moczem powinni być, o ile możliwości, długo trzymać w szpitalach, a po wypisaniu peryodycznie kontrolowani. To samo odnosi się do przypadków, skonstatowanych u osób leczonych w mieszkaniach prywatnych. Naturalnie kontrola ta nie ma mieć cech jakiegoś przesładowania. Osoby takie powinny mieć tylko instrukcję, jak mają się zachowywać i jak ekskrementy swoje dezynfekować przed oddaniem do kanałów klozetowych. Dla dokonywania tych badań niektóre szpitale nasze mają odpowiednio urządzone laboratoria własne i odpowiednich badaczy, niektóre zaś posiłkują się pracownią miejską bakteriologiczną przy szpitalu św. Ducha. Badań krwi i wszelkich wydzielin od chorych, leczonych na mieście w mieszkaniach prywatnych, podejmuje się dokonywać bezpłatnie pracownia bakteriologiczna miejska przy Tow. Higienicznym (Karowa № 31), pozostająca pod kierownictwem dra Sierakowskiego. Taż pracownia gotowa jest dostarczać i odpowiednich naczyń dla przesyłania materiału odośnego do pracowni.

6) Lekarze i pielęgniarze (pielęgniarki) przy pełnieniu swych obowiązków u chorych na dur brzuszny powinni zabezpieczać się przez nakładanie odpowiednich płaszczów, przed opuszczeniem ubikacji, gdzie mieszczą się chorzy na dur brzuszny, powinni dokładnie zdezynfekować i wymyć swe ręce. Wszelkie jedzenie, picie, palenie papierosów lub cygar w pokojach chorych powinno być wzbronione.

7) Wszelkie naczynia używane przez chorego do jedzenia i picia powinny być dezynfekowane. To samo odnosi się do wanny użytej przez chorego i wody do kąpieli przed wylaniem nazewnątrz. Higiena klozetów powinna być pilnie przestrzegana.

8) Na wodę do picia i artykuły spożywcze powinna być zwrócona specjalna uwaga. Podejrzane studnie (na przedmieściach) powinny być zamykane, w razie konieczności woda poddawana dezynfekcji zapomocą chloru.

Instalacja wodociągowa wraz z filtrami, zaopatrująca Warszawę w wodę, dla usunięcia wszelkich podejrzeń, powinna uleż ścisłej rewizji. Specjalny stały nadzór powinien być rozciągnięty nad personelem robotniczym, obsługującym urządzenia wodociągowe i filtry.

9) Jeszcze jeden środek do walki z dudem brzuszным bardzo skuteczny — to szczepienia ochronne. Doświadczenia zdobyte w



Ameryce jeszcze przed wojną w obozach wojskowych, i z obecnej wojny w armiach walczących przemawiają bardzo za zastosowaniem tego środka. Rzeczą ta naturalnie wymaga oddzielnego, wyczerpującego omówienia, obecnie rzucam myśl tylko, aby szczepienia te mieć na uwadze, gdyby stosowane przez nas środki w walce z szerzeniem się duru brzuszno go zawiodły.

Szczepienia ochronne przeciwko durowi brzuszno mu nie były stosowane u nas na szerszą skalę u ludności cywilnej. Dość liczne jednak pomyślnie próby ze szczepieniem ochronnem przeciwko cholercie w r. 1914 i 1915 i dawniejsze ze szczepieniem przeciw-

szkarlatynowem przemawiają za zastosowaniem szczepionek i przeciwko durowi brzuszno mu. Po wykluczeniu od szczepień osób dotkniętych gruźlicą, dalej osób chorych na nerki i inne ostre i chroniczne cierpienia, szkód żadnych pod tym względem spodziewać się nie można. Ze względu na silniejszą wogóle reakcję, występującą po szczepieniach przeciwdurowych, należałoby zastrzedz lepsze odżywianie u zbiedzonej obecnie ludności, w razie poddania jej szczepieniu.

Przygotowaniem szczepionek powinno się zająć pracownia serologiczna Warszawskiego Towarzystwa Naukowego.

## Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

### Posiedzenie gastrologiczne d. 20 czerwca 1917 r.

1) Czarkowski omawia przypadek guza leżącego pod *coecum* rozpoznawanego przez niego wspólnie z dr Rejchmanem jako nowotwór umiejscowiony na naczyniach; chory miał na nodze żylaki, nasuwające myśl o ucisku naczyń. Wobec braku gorączki mowy nie było o sprawie zapalnej. Po otwarciu jamy brzusznej nie można było znaleźć wyrostka; po odpreparowaniu bardzo twardej bliznowatej tkanki Cz. znalazł małe ognisko tworzące jamę w *m. psoas*; dno jamy było wypełnione ziarniną; w jamie tej leżał wyrostek robaczkowy, który Cz. usunął, jamę oczyścił. Badanie drobnowidowe wykazało *actinomycosis* wyrostka. Obecnie chory miewa podniesioną ciepłotę, bóle w nodze, co świadczy, że promienica toruje sobie znów drogę. Od pierwszej chwili zaczął choremu dawać jod, pozatem zastrzykiwał w samo nacieczenie *cuprum sulfuricum*.

A l. Z a w a d z k i operuje promienicę jako nowotwór. W jednym przypadku operował kilkakrotnie, chora wreszcie zmarła. Często widuje połączenie promienicy z gruźlicą.

C z a r k o w s k i miał dużo przypadków promienicy brzusznej, kończących się wyzdrowieniem. *Cuprum sulfuricum* daje wyniki świetne; niektórzy stosują jod aż w dawkach toksycznych. W przypadku kol. Zawadzkiego zdawało się, że zostało wycięte całe ognisko, tymczasem po roku chora zaczęła silnie gorączkować, we krwi znaleziono paciorkowce; w ciągu kilku lat miewała ropnie przerzutowe, wreszcie ropnie promieniowe. Promienica tak pełza, jak żaden inny proces chorobny.

S z o k a l s k i radzi stosować rozczyzny siarczana miedzi i soli innych ciężkich metali w dużych rozcieńczeniach, przekonał się bowiem, że rozczyzny  $\frac{1}{10}$  tys.,  $\frac{1}{100}$  tys. i wyżej działają bakterycydojęco, takie rozczyzny mogą być bezkarnie stosowane dożylnie.

C z a r k o w s k i uważa za jedynie racjonalne działanie środka odkażającego przez krew; przemywanie ogniska zakażenia niema podług niego wartości.

2) R e j c h m a n przedstawia wynik porównawczy badania położenia, postaci i wielkości żołądka za pomocą opukiwania i prześwietlania promieniami Roentgena u jednych i tych samych osób, zarówno u zdrowych jak i u chorych na żołądek. Po spożyciu przez te osoby papki kontrastowej najpierw dokładnie opukiwał żołądek i granice tego organu oznaczał linią, nakreślona na powierzchni brzucha, na którą przyklejał cienki drucik ołowiany. Zaraz potem kol. Grudziński prześwietlał żołądek i zdejmował fotografię. Badania te wykazały, że wyniki opukowe dla określenia położenia, postaci i wielkości żołądka mniej więcej odpowiadały wynikom badania rentgenograficznego, o ile badanie za pomocą opukiwania jest dokładnie wykonywane i o ile badanie za pomocą prześwietlania następuje wnet po opukiwaniu z zachowaniem wszelkich ostrożności.

Prelegent przedstawił rentgenofotografie, na których widać jednocześnie granice opukowe i cienie kontrastowe badanych żołądków.<sup>1)</sup>

G r u d z i ń s k i uzależnia zmiany zachodzące pomiędzy jednym a drugim badaniem rentgenologicznym od wielu przyczyn, a głównie od ucisku jamy brzusznej na kliszę i od zmian w pozycji chorego.

T o k a r s k i zaznacza, że wprowadzenie do żołądka kwasu winnego i sody ułatwia orientowanie się. Trudnem jest odróżnianie żołądka od po-pręcznicy.

R e j c h m a n odpowiada Grudzińskiemu, że zarys wklęsnięcia może dać tylko rentgenoskopia. Tokarskiemu odpowiada, że i syfonowe żołądki mogą być opukiwane. Jeżeli położyć chorego na lewy bok i opukiwać po lewej stronie, dejsć można do granicy żołądka dolnej pod względem anatomicznym, o czem świadczy odgłos stłumiony. W pozycji stojącej wyżej słyszy się odgłos bębenkowy, poniżej tępy w razie obecności płynu, następnie określa się granice boczne.

M i n t z twierdzi, że zwyczajne opukiwanie

<sup>1)</sup> Odczyt ten wraz z rysunkami i rentgenogramami był pomieszczony w Gaz. Lek. № 1 r. b.

żołądka nie daje pewnych wyników; badanie w pracowni Rejchmana gastroendoskopem też okazało się niedokładnym. Podług Mintza lepsze wyniki daje opukiwanie wraz z wysłuchiowaniem. Zapytuje prelegenta, czy można określać podług niego dolną granicę żołądka, czy też wszystkie.

Rejchman odpowiada, że gastroendoskopia rezultatów nie daje, gdyż światło rozprasza się. Bardzo często dobre wyniki daje wypukiwanie przedniego końca 7 żebra z jednoczesnym wysłuchiowaniem słuchawką na przypuszczalnym miejscu położenia żołądka; odgłos przestaje być słyszalnym, gdy przechodzimy za granicę żołądka. Można określać też boczne granice przy podawaniu choremu płynów w pozycji chorego to na jednym, to na drugim boku. Określanie granic z absolutną pewnością nie zawsze jest niemożliwe.

Al. Zawadzki radzi wprowadzić do żołądka powietrze. Zamiast mleka z bismutem daje kefir z bismutem dla celów dyagnostycznych.

Grudziński uważa za konieczne usta-

lenie metodyki dla wyciągnięcia wniosków z obrazu rentgenograficznego. Pozycja stojąca i żołądek obciążony 400 gr. zawartości — są to najlepsze warunki.

Rubinrot błędy uzależnia od złej metodyki. Odległość aparatu dwumetrowa powinna być przyjęta jako warunek *sine qua non*. Metoda opukiwania niżej stoi od rentgenologicznej, która w każdym dniu udoskonala się.

Rejchman twierdzi, że metoda wprowadzania powietrza została zarzucona; zabieg ten daje obraz rozciągniętego żołądka i może być niebezpieczny dla pacjenta, płynu zaś wprowadza się 400 gr. co jest obciążeniem średnim, nie uciążliwym dla żołądka. Jeszcze raz podkreśla wartość metody opukowej w łączności z innymi metodami. Co do rentgenologii sądzi, że ma ona bardzo rozległe rozmaite zadania, a więc określenie czasu opróżnienia się żołądka, wykazanie ubytków, uchyłków etc.

K. Szokalski.

## NEKROLOGIA.

— W d. 15 Grudnia r. z. zmarł w Kielcach Dr Bronisław Laskowski, zaraziwszy się od chorego na tyfus plamisty. Po ukończeniu w r. 1878 gimnazjum w Siedlcach, ś. p. Laskowski zapisał się na wydział lekarski w Uniwersytecie warszawskim, i ukończył go w r. 1883. Praktykę lekarską rozpoczął na rodzinnym Podlasiu (Czemierniki i Radzyń), wprędce jednakże przeniósł się do Kielc, gdzie lat trzydzieści praktykował, pełniąc jednocześnie funkcję lekarza miejskiego. Sumienność w spełnianiu obowiązków, zacność charakteru i wielki takt w postępowaniu zjednały zmarłemu uznanie

zarówno wśród publiczności, jak i wśród kolegów. Wieść o jego śmierci wywołała ogólny żal serdeczny.

— Dr Malanowicz Kazimierz — b. lekarz fabryczny i szpitalny w cukrowni Guzów, ostatnio lekarz szpitala dla zakaźnych w Błoniu, zmarł tamże d. 17 stycznia r. b., przeżywszy lat 53.

— Dr Przyborowski Jan — lekarz fabryki Schlösserów i szpitala dla chorych zakaźnych w Ozorkowie, padł ofiarą tyfusu plamistego w d. 14 stycznia r. b., żył lat 44.

## N A D E S Ł A N E.

1) Dr B. Salge. Zarys współczesnej nauki o chorobach dzieci. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Z III wydania przełożył dr Szymon Starkiewicz. Warszawa, 1918. 2) Leopold Bren-

neisen. Przypadek zęba podwójnego na miejscu siekacza wąskiego górnego. Warszawa, 1917. (Odb. ze Sprawozdań Tow. Naukowego Warszawskiego).

**Ofiara.** Członkowie Beniaminowskiego Towarzystwa Lekarskiego na fundusz nieodżałowanej pamięci rektora Brudzińskiego nadesłali marek 15.

## TREŚĆ NUMERU.

	Str.		Str.
Leon Karwacki. Przypadek rumienia wielokształtnego i ostrego gościca stawowego . . . . .	25	zwalczania tej choroby . . . . .	29
Henryk Ruppert, W sprawie szerzenia się duru brzuszego w Warszawie i sposobów		Towarzystwo Lekarskie Warszawskie. Posiedzenie gastrologiczne d. 20 czerwca 1917 r. . . . .	31
		Nekrologia . . . . .	32

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 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 12-ej.

Wszelkie artykuły są płatne. Autorzy otrzymują bezpłatnie 25 odbitek. Autorzy i sprawozdawcy proszeni są o nadsyłanie rękopisów czytelnych, pisanych bądź ręcznie, bądź na maszynie po jednej stronie papieru i z pozostawieniem marginesu.

### WARUNKI PRENUMERATY „GAZETY LEKARSKIEJ”

Gazeta Lekarska w Warszawie rocznie M. 17,50, półrocznie M. 8,75; na prowincyi i za granicą: rocznie M. 20, półrocznie M. 10. Cena numeru pojedynczego 50 fen.

CENA OGŁOSZEŃ w Gazecie za wiersz dwuszpaltowy, drobnem pismem na stronie pierwszej i ostatniej M. 1,25 na stronach wewnętrznych okładki M. 1.

Ogłoszenia przyjmują: Administracja Gazety Lekarskiej, Biuro Ungra, Wierzbowa 8. Dom Handlowy L. i E. Metzl i Ska Marszałkowska 130. Rudolf Mosse — Marszałkowska 124.

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



**ASTHMIN-  
"MOTOR"**

*w formie papierosów albo tytoniu  
usuwa szybko napady duszności  
i wszelkie objawy astmy.*

SKŁAD GŁÓWNY: **WARSZ. TOW. AKC. „MOTOR”**  
*Żądać w aptekach i składach aptecznych.*

**GONOREIN  
"MOTOR"**

Kapsułki przeciw rzeżączce zawierające: gonorol, salol, extract, cubearum, aethereum i menthol., poleca własnego wyrobu

War. Tow. Akc. „Motor“  
Marszałkowska 23.

ZAKŁAD ORTOPEDYCZNO-CHIRURGICZNY  
I ZANDEROWSKI

Drów W. Łapińskiego i W. Reklewskiego

Aleja Jerozolimska 65 w Warszawie.

Choroby kręgosłupa, stawów, kości, mięśni, przemiany materii i t. p. Mechanoterapia (przyrządy motorowe), przyrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przyrządy do leczenia przekrwieniem.

Sanatorium D-ra SOLMANA

Warszawa, Al. Szucha 9.

Zakład, wzorowo pod względem klinicznym zbudowany i urządzony, służy do pobytu i leczenia chorych z cierpieniami chirurgicznymi, kobiecymi, oraz wewnętrznymi, z wyjątkiem chorób zakaźnych i umysłowych. Pobyt i opatrunki od 10 do 25 m. dziennie. Wszyscy Sz. PP. lekarze mogą umieszczać w zakładzie i osobiście leczyć swoich chorych, znajdują w sanatorium wszelkie środki pomocnicze do uskutecznienia leczenia chirurgicznego lub terapeutycznego.

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 m. 2.25.

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

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

D-ra Med. Henryka Nusbauma

**Pisma z dziedziny  
nauk lekarskich**

(Fizjologia, Patologia i Terapia ogólna, Propedeutyka)  
z rysunkami w tekście, portretem autora i przedmową napisaną  
przez doc. dra J. Pruszyńskiego.

Cena M. 6.25.

Skład Główny w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie.  
Kraków, G. Gebethner i S-ka.