



Rok LI.

Warszawa d. 30 grudnia 1916.

Nº 27 (53).

DZIEŃ LECARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE WSZYSTKIM GAŁĘZIOM WIEDZY
I SŁUŻBY LECARSKIEJ

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

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“.

PRZECIW Hemoroidom



Cena obniżona: Mk. 3.60 za pudełko 12 świeczek.

ANUSOL szybko usuwa często dręczące bóle, dezynfekuje, osusza i leczy zapalne, przekrwione i ropiejące powierzchnie. Zmiękcza zastój kału w odbytnicy, sprawdza 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”

w czerwonych pudełkach z plombą Goedecke i 3-ka w Lipsku.

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

Menstrualin

preparat drożdżowy w formie tabletek zapobiega wszelkim przypadłościom przy utrudnionej menstruacji.

Sposób użycia: 2 razy dziennie 2 — 3 tabletki.

Literaturę i próby dla lekarzy wydaje
Dav. H. HALPERN—WARSZAWA—MARSZAŁKOWSKA 68.

Skład główny:

Tow. Akc. LUDWIK SPIESS i SYN.

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 (przrządy motorowe), przrządy do leczenia elektrycznoświatelnego i gorącym powietrzem, przrządy do leczenia przekrwieniem.



Dla dzieci, matek, rekonwalescentów, osób nerwowych i starców. — Fosmoza zapewnia prawidłowy rozwój krwi, kości i mięśni, wzmacnia układ nerwowy, zwiększa apetyt i siły. Niezbędny pokarm dla dzieci w okresie ząbkowania i rośnięcia. Liczne opinie Pp. Lekarzy i Ordynatorów szpitali dołącza się do każdego pudełka.

Najwyższe nagrody na Wystawach Hygienicznych w Londynie, Paryżu i Rzymie.

APTEKA K. WENDY

KARBOFORMAL

(Cegiełki żarowe).

Tani, wygodny, bezpieczny i pewny środek do dezynfekcji mieszkań i rzeczy. Nie wymaga żadnych lamp i przrządów, nie niszczy rzeczy i mebli.

Nowe leki do użycia wchodzące na składzie.

Krakowskie Przedmieście 45

Telef. № 107.

w Warszawie

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 rb. 1.

Fizjologia patologiczna

podręcznik dla studentów i lekarzy

napisał Dr Ludolf Krehl, profesor i dyrektor kliniki lekarskiej w Heidelbergu
z udziałem profesora E. Levy'ego ze Strasburga.

Przełożył z piątego wydania niemieckiego

Dr JAN PRUSZYŃSKI

Docent Uniwersytetu Lwowskiego.

WYDANE Z ZAPOMOGI KASY IM. MIANOWSKIEGO.

Cena rb. 2.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.



WZGLĄD LECZARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WMIĘJ ·
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Pięćdziesiąt
lecie drugie.

Warszawa, d. 30 grudnia 1916 r.

Spostrzeżenia nad przebiegiem klinicznym duru rzekomego

Podał

Józef Rosiewicz.

U całego szeregu chorych, przyjętych w ciągu kwietnia i maja b. r. do czasowego szpitala miejskiego dla chorych na tyfus plamisty przy ul. Drennowskiej w Łodzi, wyhodowano ze krwi laseczkę z grupy paratyfusowej, opisaną przez Dra Stef. Sterlinga. Również w dość znacznej liczbie przypadków surowica chorych wybitnie aglutynowała laseczkę duru rzekomego B, mimo iż chorzy ci duru rzekomego, jak również szczeni tyfusowych nie przechodzili.

Wszyscy ci chorzy byli dostarczeni do szpitala, jako chorzy na tyfus wysypkowy i pozornie nie różnili się od nich. Dopiero wynik bakteriologicznego, względnie serologicznego badania wyjaśnił nam właściwy charakter choroby.

Pomimo tego pozornego podobieństwa do tyfusu wysypkowego, przebieg choroby u naszych chorych przedstawia jednak pewne właściwości, wobec czego nie od rzeczy będzie opisanie przebiegu klinicznego choroby w tych wszystkich przypadkach, w których ze krwi wyhodowano wyżej wzmiankowaną laseczkę, jak również i tych, których surowica aglutynowała laseczki duru rzekomego B.

Zanim przejdę do opisu klinicznego przebiegu choroby, niech mi wolno będzie zatrzymać się w paru słowach nad epidemiologią duru rzekomego.

Najczęstszą przyczyną zakażeń rzekomo-

durowych jest, jak wiadomo, spożycie zakaźnych produktów spożywczych, wśród których pierwsze miejsce zajmują produkty uboju bydłęcego, jak mięso i wyroby mięsne, dalej ryby, mleko, konserwy, a nawet produkty mączne. Wspólną cechą wszystkich tych środków spożywczych jest to, że, jako ciała białkowe, są bardzo dobrą pożywką dla bakterii rzekomodurowych.

Bakterie grupy rzekomodurowej są nadzwyczaj rozpowszechnione w przyrodzie. Według Hübennera są one niemal tak pospolite, jak gronkowce i paciorkowce. Nic więc dziwnego, że znajdowano je w mleku, w wodzie, na jarzynach, owocach i t. p. Są one również przyczyną całego szeregu chorób zwierzęcych, jak moru świń, tyfusu mysiego, cholery kur i wielu innych. Naogół są one saprofitami niewinnymi i tylko w pewnych warunkach tracą swój charakter pierwotny i, przystosowując się do warunków istnienia w organizmie zwierzęcym, stają się pasożytami i nabywają własności chorobotwórczych.

Niewszystkie bakterie z grupy rzekomodurowej są jednakowo szkodliwe dla zwierząt i dla człowieka. Obok chorobotwórczych i zjadliwych mamy w naturze szczepy zupełnie niewinnych bakterii rzekomodurowych. Dla człowieka szkodliwe są zwykle te szczepy, które są chorobotwórcze dla zwierząt, t. j. takie, które, przystosowawszy się do cho-

rego organizmu zwierzęcia, zatraciły swój pierwotny charakter saprofitów i nabyły większej zjadliwości.

Droga, jaką bakterie rzekomodurowe dostają się do mięsa rynkowego i innych produktów, może być dwojaka. Mięso może pochodzić od bydła, które przed ubojem były chore, i choroba ich była spowodowana przez zakażenie bakteriami rzekomodurowymi. Epizootya, jak również sporadyczne zachorzenia wśród zwierząt, wywołane zakażeniem przez bakterie z grupy paratyfusowej, zdarzają się bardzo często. Mięso, pochodzące od chorych bydła, często zabijanych właśnie wskutek choroby, bywa nieledwie nawskroś przeorośnięte czystymi hodowlami bakterii rzekomodurowych. Jest to tak zw. z a k a ż e n i e p r z y ż y c i o w e mięsa.

Drugi rodzaj zakażenia mięsa jest to właściwie i n f e k c y a w t ó r n a mięsa pierwotnie zupełnie dobrego, pochodzącego od bydła zdrowych. Infekcja ta może nastąpić naprz. przy przerabianiu mięsa na kielbasy, kisзки i t. p. za pośrednictwem brudnych rąk rzeźnika, który jest wydzielaczem bakterii rzekomodurowych; wskutek przechowywania mięsa na lodzie zakażonym, lub oplukiwania go wodą zakażoną.

Mięso zakażone bakteriami rzekomodurowymi, może wyglądać pozornie bardzo ładnie i niczem, nawet zapachem, nie zdradzać swoich własności.

W analogiczny sposób może nastąpić wtórna infekcja i innych środków spożywczych, jak pieczywa i wyrobów mącznych przez brudne ręce piekarza, mleka przez rozcieńczanie wodą zakażoną, lub dojenie rękami zakażonymi i t. p.

Spożycie produktów zakażonych nie jest wyłączną przyczyną duru rzekomego u ludzi. Może on również powstawać przez zakażenie się człowieka od człowieka, drogą kontaktu. Szczególniej niebezpiecznymi w tym względzie mogą być t. zw. wydzielacze bakterii rzekomodurowych.

Ten ostatni rodzaj zakażenia ustępuje jednak na plan drugi i może być przyczyną co najmniej zachorzeń sporadycznych, rzadziej zaś epidemii rzekomodurowych. Przyczyną tych ostatnich bywa prawie zawsze zatrucie zbiorowe pokarmami zakażonymi.

Niezawsze spożycie zakażonych produktów spożywczych pociąga za sobą infekcję rzekomodurową. Jak w innych infekcjach, tak i tu, dużą rolę odgrywa odporność indywidualna jednostki, ilość wprowadzonych z pokarmami bakterii, ich zjadliwość i t. p.

Klinicznie dur rzekomy może przebiegać albo pod postacią ostrego nieżytu żołądka i kiszek, albo też pod postacią tyfusu, przebiegiem swoim zbliżoną do mniej lub więcej ciężkiego tyfusu brzuszego. Może się zdarzać jeszcze i trzecia postać o cechach zapaleń i ropni umiejscowionych, które w następstwie mogą doprowadzić do ropnicy ogólnej, względnie posocznicy.

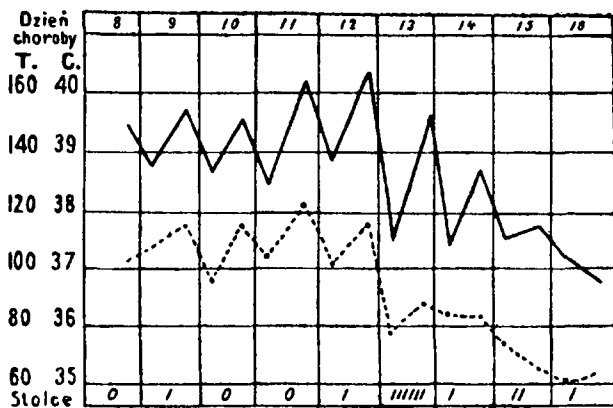
W obserwowanych dotychczas epidemiach duru rzekomego, na tle zatrucia masowych, obie te postaci występowały równorzędnie: postać nieżytowa zazwyczaj dominowała, postać zaś tyfusowa występowała rzadziej. W przypadkach sporadycznych najczęściej występowała postać tyfusowa.

Przypadków, w których ze krwi wyhodowano opisaną przez dra Sterlinga laseczkę, mieliśmy w szpitalu 10, zaś takich, w których odczyn aglutynacyjny na bakterie rzekomodurowe B wypadł w stosunku $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{100}$ dodatnio — 21 (do 1. VI. 16). Ponieważ chorzy zwykle przybywają do szpitali w okresie rozwoju całkowitego choroby, dane co do początkowego okresu chorobowego mogły być zaczerpnięte wyłącznie tylko z wywiadów. Prawie wszyscy nasi chorzy podawali, że choroba ich zaczęła się nagle, często dreszczami, bólami głowy, brakiem apetytu i ogólnym osłabieniem. O wymiotach w początku choroby, dość często spostrzeganych w durze rzekomym przez Jochmanna, Leutza, Briona, wspomniało tylko dwóch z naszych chorych, o rozwolnieniach żaden. Chorzy ci byli przywiezieni do szpitala przeważnie w stanie niezbyt ciężkim i przytomni, skarżyli się co najwyżej na bóle głowy, niektórzy na bóle w piersiach i ogólne osłabienie.

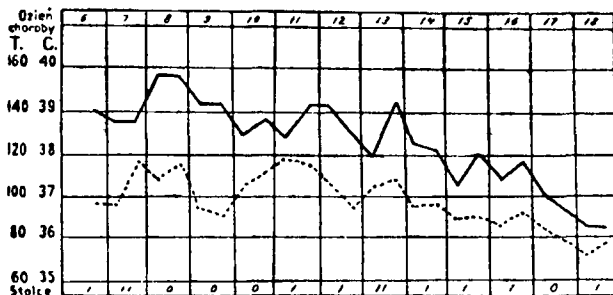
Tylko jeden chory przybył w stanie bardzo ciężkim, na 16-ty dzień choroby z wybitną sinicą i wylęciami podskórnymi krwi, słabem nitkowatym tętnem. Chory ten po 4-ch dniach pobytu w szpitalu zmarł. Mieliśmy jednak w tym przypadku, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nie z drem rzekomym do czynienia, a z wysypkowym, wzgl. z zakażeniem mieszanym. Na korzyść duru wysypkowego przemawiały poza bardzo charakterystyczną wysypką dość znaczne zmiany ze strony serca i w obrębie układu nerwowego, których u innych naszych chorych nie spostrzegaliśmy, a które zdarzają się bardzo często w przebiegu tyfusu plamistego.

Oдноśnie przebiegu gorączki trudno byłoby nakreślić jakąś typową krzywą dla

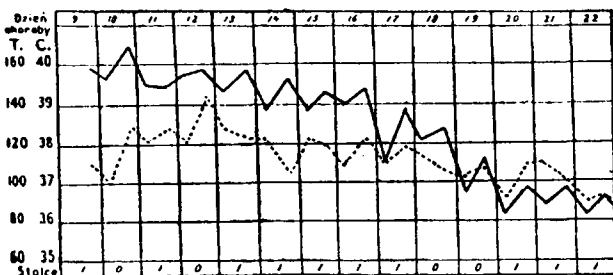
wszystkich naszych chorych. W niektórych, niezbyt licznych przypadkach, krzywa ta przedstawiała pewne podobieństwo do krzywej tyfusu wysypkowego. Przeważnie zaś mieliśmy do czynienia z nieregularną krzywą czasami o dość znacznych wahaniach. Spadek ciepłoty następował zazwyczaj stopniowo: typowego przełomu, który dość często spotykamy w tyfusie wysypkowym, nie zaobserwowano w żadnym z naszych przypadków. Czas trwania gorączki był różny: od dziesięciu do dwudziestu dni i dłużej. (Porównaj krzywe)



Freidberg Berek, lat 29.



Dobiecka Gitla, lat 33.



Przedborska Sura, lat 40.

Silnych objawów nerwowych u chorych nie spostrzegaliśmy. Co najwyżej bóle głowy i pewien niepokój mięśniowy; ten ostatni, zresztą, bardzo rzadko. Tylko u wyżej wzmiankowanego chorego, który

zmarł, były objawy podrażnienia opon mózgowych.

Wykwity na skórze naogół były zupełnie podobne do wysypki w tyfusie plamistym: drobne, nikłe, o brudnawym odcieniu i niewyraźnych konturach. Wysypka ta była przyczyną, że chorych przywożono do naszego szpitala. Od różyczki tyfusowoplamiastej odróżniała się tem, że była mniej liczna, czasem nawet skąpa. W niektórych przypadkach miała charakter różyczki tyfusowej.

Ze strony serca i naczyń nie spostrzegano zmian wzbudniejszych. Za pewną patologiczną zmianą ściany naczyń krwionośnych przemawia jednak dodatni odczyn opaskowy. Tętno — niezbyt przyspieszone, 100 — 120 na minutę, zazwyczaj dobrego napełnienia i średniego napięcia.

Brzuch przeważnie miękki; wzdęcie spostrzegano bardzo rzadko. Obrzęk śledziony zdarzał się. W jednym przypadku zauważono bolesny obrzęk wątroby. Stolce prawie zawsze zaparte; język często obłożony. W kilku przypadkach w przebiegu choroby występowały wymioty.

Z powikłań najczęściej zdarzały się rozsiane nieżyty oskrzeli. W jednym przypadku mieliśmy olbrzymi głęboki ropień w fossa Scarpae sin., w związku z którym rozwinęło się zapalenie ścian żyły udowej (thrombophlebitis femoralis). W danym przypadku nastąpiła dość nieoczekiwanie śmierć, prawdopodobnie wskutek zatruć płuca.

Białka w moczu nie znajdowano. Odczyn dwuazowy występował bardzo często, lecz nie stale.

Jeżeli porównamy przebieg kliniczny w naszych przypadkach z typowym przebiegiem duru rzekomego, jaki opisuje Jochmann, to przede wszystkim uderza nas zupełny brak postaci nieżytowej duru rzekomego (gastroenteritische Form). Zwykle obok postaci tyfusowej duru rzekomego zdarzają się dość liczne przypadki nieżyty żołądka i kiszek. Wśród naszych chorych tej postaci nie spostrzegaliśmy wcale.

Niema w tem, co prawda, nic dziwnego. W nieżytowej postaci duru rzekomego rzadko kiedy dochodzi do rozwoju wysypki. A więc i chorzy tacy, o ile się nawet zdarzali, nie byli kierowani do naszego szpitala. Najprawdopodobniej byli traktowani przez lekarzy, jako zwykłe nieżyty ostre żołądka i kiszek i pozostawiani na kuracji w domu. Przy postaciach lżejszych nie wzywano nawet le-

karza. Nic więc dziwnego, iż przypadki te mogły być ujęte uwagi lekarzy.

Najbardziej różnią się nasze przypadki od dotychczas opisywanych wyglądem wysypki. Wprawdzie w kilku przypadkach wysypka ta była taka, jak ją opisuje Jochmann, a więc występowała w postaci niezbyt licznych różowych plamek o dość wyraźnych, jasno zarysowanych konturach i pewnej wyniosłości ponad powierzchnią skóry. Naogół jednak wysypka w naszych przypadkach podobniejsza była raczej do wysypki tyfusu wysypkowego. Przeważnie obfita, nikła o niezbyt wyraźnych konturach, często o sinawem petechialnem zabarwieniu. Taki wygląd wysypki był przyczyną, że chorzy ci uważani byli i przez nas jako chorzy na dur wysypkowy. Wprawdzie krzywa ciepłoty niezupełnie odpowiadała tyfusowi plamistemu, lecz wiadomą jest rzeczą, że łżejsze przypadki duru wysypkowego niezawsze mają typową krzywą gorączki. Dopiero bakteryologiczne, względnie serologiczne badanie, dokonane u naszych chorych przez laboratorium miejskie, wyjaśniły nam właściwy charakter tych przypadków.

Bez badania krwi, bez badania surowicy naszych chorych postawienie właściwego rozpoznania byłoby niemożliwe.

Przy całym swoim pozornym podobieństwie do duru wysypkowego, chorzy nasi różnią się jednak od chorych tyfusowoplamistych. Są oni wszyscy naogół łżej chorzy i u żadnego z nich nie spostrzegano tych mniej lub więcej ciężkich zaburzeń w sferze układu nerwowego i układu krążenia, tak bardzo charakterystycznych dla duru wysypkowego.

Wśród chorych naszych były trzy przypadki śmierci. Jeden z nich, (Romanowicz) o którym już wspomniałem wyżej, według wszelkiego prawdopodobieństwa nie miał duru rzekomego, a tylko dur wysypkowy. Dodatni wynik próby aglutynacyjnej (bakterii ze krwi nie wyhodowano) mógł być również dowodem, że chory ten przed pewnym czasem przechodził dur rzekomy. Wobec nieprzytomności chorego nie można się było niczego w tym względzie dowiedzieć; nie jest również wykluczonem, że mieliśmy tu do czynienia z zakażeniem podwójnem, a więc tyfusem plamistym i drem rzekomym.

Drugi przypadek śmierci (Zgiczyk) nastąpił dość nieoczekiwanie, przypuszczalnie z powodu zapalenia ścian żyły udowej i zatoku tętnicy płucnej.

Trzeci przypadek dotyczył 12-letniej

dziewczynki, u której ze krwi wyhodowano laseczkę zieloną z grupy rzekomo durowej. Chora ta była wszystkiego dwa dni w szpitalu. Rozpoznanie kliniczne: tuberculosis miliaris? Sekcja dokonana w prosektoryum miejskiem przez dra Dąbrowskiego wykazała, że chora zmarła na gruźlicę płuc. Zmian tyfusowych, jak również zmian, przemawiających na korzyść tyfusu plamistego, nie wykryto.

Na pozór może się wydać paradoksalnem, że ze krwi chorej na gruźlicę, wyhodowano laseczkę z gr. paratyfusowej, która to laseczka bynajmniej nie była przyczyną całego obrazu chorobnego.

Fakty takie jednak nie należą bynajmniej do odosobnionych. Tak naprz. Busse wyhodował bakterie tyfusowe ze krwi chorego na prosówkę i objaśnia fakt ten w ten sposób, że chory ów mógł być nosicielem bakterii tyfusowych, mógł je mieć czy to w pęcherzyku żółciowym, czy to w jelitach i że bakterie te wskutek zmian patologicznych w ścianie naczyń krwionośnych, spowodowanych prosówką, mogły się z łatwością dostać do krwi.

Bakterie paratyfusowe znajdowano niejednokrotnie w przebiegu najrozmaitszych chorób zakaźnych: w tyfusie brzuszny, w szkarlatynie, odrze, anginie, zapaleniach płucnych; znajdowano je również u ludzi zupełnie zdrowych. Niema zresztą w tem nic dziwnego, jeżeli się uwzględni nadzwyczajne rozpowszechnienie bakterii rzekomodurowych w naturze.

Bakterie rzekomodurowe znajdowano w tych przypadkach nie tylko w kale, lecz również we krwi i w moczu, z czego należy wnioskować, że są one w stanie przechodzić przez ściany jelit do krwi, nie wywołując żadnych objawów chorobowych (Rimpan) cytowane według Kolle i Hetsch: Experimentelle Bacteriologie IV. Aufl.)

Z tego wynika, że znalezienie bakterii rzekomodurowych w ustroju ludzkim należy, stosownie do okoliczności, różnie oceniać.

Jeżeli znajdziemy bakterie rzekomodurowe u człowieka zdrowego, którego najbliższe otoczenie nie choruje i nie chorowało na tyfus, to bakterie są prawdopodobnie szczepem w danych warunkach dla człowieka nieszkodliwym, są saprofitami. Inaczej sprawa się przedstawia, jeżeli bakterie rzekomodurowe wyhodowano w przebiegu choroby, podobnej do duru brzusznego, wzgl. przebiegającej pod postacią ostrego nieżytu żołądka i kiszek i jeżeli podobne zachorzenia występują mniej więcej masowo. Wtedy dany szczep

jest bakterią dla człowieka chorobotwórczą i jest najprawdopodobniejszą przyczyną choroby.

Jednym słowem (pozwolę sobie przytoczyć tutaj słowa zaczerpnięte z podręcznika Kolle i Hetsch IV wyd.): wyhodowanym z kału, z moczu, ze krwi bakteriom rzekomodurowym możemy tylko wówczas przypisywać znaczenie etyologiczne, jeżeli kliniczny obraz choroby odpowiada obrazowi choroby, wywołanemu przez tę bakterię, jeżeli ilość wyhodowanych bakterii jest dość znaczna, i jeżeli w organizmie chorego daje się stwierdzić obecność zjawisk odczynowych, a więc odczynu aglutynacyjnego.

Przebieg kliniczny, jak również krzywe ciepłoty, u naszych chorych naogół odpowiadają obrazowi choroby, właściwemu dla postaci typowej duru rzekomego. Uderza w nich tylko brak objawów ze strony kiszek i specjalny wygląd wysypki, przypominającej różyczkę tyfusu wysypkowego. Zdecydować o właściwym charakterze różyczki mogłoby badanie histologiczne.

E. Frenkel wykazał, że w tyfusie plamistym naczynia włosowate wykazują zmiany bardzo charakterystyczne. W obrębie różyczki wewnętrzna warstwa komórek ściany (t. zw. intima) obumiera, a naokoło samego naczynia występują nacieczenia komórkowe. Zmiany te nie obejmują całego obwodu naczynia, a występują w postaci niewielkich wysepek na jego ścianie. Zmiany te Brauer określił nazwą: *periarteritis nodosa*. (Por. E. Fraenkel. Münch. Med. Woch. 1914, № 2 i referat prof. Brauera na nadzwyczajnym posiedzeniu niemieckiego kongresu medycyny wewnętrznej dn. 1-go maja r. b. w Warszawie).

W przypadkach chwiejnych obecność powyższych zmian w naczyniach różyczki przemawia bezwzględnie za tyfusem plamistym.

W jednym z naszych przypadków była wycięta różyczka i zbadana przez d-ra Dąbrowskiego, prosektora miejskiego. Badanie nie wykazało żadnych zmian swoistych dla tyfusu plamistego.

Przeciwko tyfusowi wysypkowemu u naszych chorych przemawia również u niektórych z nich skonstatowana leukopenia (2100—w jednym, 5200 w drugim przypadku). Jak wiadomo, w durze wysypkowym mamy do czynienia z nieznaczną leukocytozą (10 do 14 tysięcy leukocytów).

Co się tyczy odczynu aglutynacyjnego,

to nie zawsze wynik dodatni uprawnia do postawienia rozpoznania, gdyż odczyn ten wypada dodatnio jeszcze w jakiś czas (pół roku i dłużej) po przebytej chorobie. Aglutynacja z prątkiem duru rzekomego na drugi, trzeci dzień choroby przemawia conajwyżej za tem, że dany osobnik mógł przebywać dur rzekomy, lecz nie za tem, że ma go w danej chwili. Miarodajnym jest odczyn Widala wtedy, kiedy z początku choroby daje wynik ujemny, a po tygodniu lub dłużej jest wybitnie dodatni. W takich razach mamy bezwzględnie z durem rzekomym do czynienia.

W przypadkach, w których badanie bakteriologiczne wypadło na korzyść duru rzekomego, należy również przystąpić do obliczenia białych ciałek krwi i do zbadania histologicznego wyciętej różyczki. Leukopenia i brak swoistych zmian anatomopatologicznych w naczyniach potwierdzą rozpoznanie bakteriologiczne.

Ważność rozpoznania właściwego w przypadkach, podejrzanych o dur wysypkowy, jest dla wszystkich chyba dostatecznie jasna.

Pomijając już to, że rokowanie w przypadkach duru rzekomego jest bez porównania lepsze, a nawet zupełnie dobre (śmiertelność wynosi, według Jochmanna, wszystkiego 20%), sam fakt, że chory nie przechodził duru wysypkowego, że więc nie jest zabezpieczony przeciw zakażeniu się tą chorobą, ma dla niego olbrzymie znaczenie praktyczne. Osobnik taki nie podejmie się już np. pielęgnowania, jak również przewożenia chorych na tyfus plamisty.

Postawienie rozpoznania duru rzekomego również i dla otoczenia chorego ma duże znaczenie.

Z chwilą, gdy się okaże, iż chory nie ma duru wysypkowego, najbliższe otoczenie jego, umieszczone przymusowo w domu obserwacyjnoizolacyjnym na przeciąg dwóch tygodni, jest wypuszczane na wolność. Nie potrzeba chyba nadmieniać, że przymusowe dwutygodniowe przebywanie w domu izolacyjnym do przyjemności nie należy, i można sobie wyobrazić, z jaką radością czasowi mieszkańcy domu izolacyjnego witają wiadomość o swem uwolnieniu. Godnym zaznaczenia jest również fakt, że wcześniejsze wypuszczenie rodzin chorych z domu izolacyjnego pociąga za sobą pewne zmniejszenie wydatków na utrzymanie tych rodzin, a tem samem jest połączone z korzyścią dla miasta.

PIŚMIENNICTWO.

1. Jochmann. Lehrbuch der Infektionskrankheiten. 2. Kolle & Hetsch. Experim. Bakteriologie u. d. Infektionskrankheiten. 3. Lentz. Beiträge für Differentialdiagnose des Paratyphus. Zentralbl. f. Bakt. Referat. Bd. 36. 4. Brion. Paratyphus. Deutsche Klinik. Bd. II.

ODCINEK.

Organizacja Służby Zdrowia Publicznego w m. stoł. Warszawie¹⁾.

Podał

Dr W. Chodźko.

Zapoznanie się z brakami i błędami, dostrzeżonymi w czynnościach dotychczasowych Wydziału Zdrowia Publicznego m. stoł. Warszawy, musi dać nam pewien zapas doświadczenia w chwili, kiedy przystępujemy do rozważenia sprawy organizacji władz sanitarnych dla stolicy naszej. Pamiętać przytem winniśmy, że na organizacji tej opierać się będzie, jako na wzorze, organizacja sanitarna w innych miastach naszego kraju, a może nawet i państwowa centralna.

Jeżelibyśmy chcieli obejrzyć się po Europie kulturalnej, aby w niej szukać wzorów dla siebie, to musimy sobie odrazu powiedzieć, że idealnej organizacji sanitarnej nigdzie dotąd nie stworzono; nie zebrano nawet w jedną całość prawodawstwa sanitarnego, a ze wszystkich państw europejskich jedyna Rumunia skodyfikowała swoje przepisy sanitarne. Typy zasadnicze zaś mamy przed sobą tylko dwa: samorządowy w Anglii i policyjny w Prusach.

Organizacja sanitarna angielska spoczywa na powstających drogą wyborów radach okręgowych miejskich i wiejskich. Jednostkę wyższego rzędu stanowi rada powiatowa. Każda rada okręgowa mianuje dwóch urzędników zdrowia: lekarza, jako sanitarnego doradcę rady i inspektora zdrowia, jako organ wykonawczy, podlegający lekarzowi rady okręgowej, Kontrolę centralną nad działalnością rad okręgowych wykonywa ministerium do spraw samorządu miejscowego (Local-Government Board) i parlament. Mamy tu więc organizacje obywatelskie niefachowe, w których lekarzowi nadano tylko głos doradczy; z drugiej strony prawa samorządowe rad okręgowych w dziedzinie sanitarnej, jak i we wszystkich innych są ograniczone przez ministerium do spraw samorządu, któremu przysługuje prawo zmuszania rad okręgowych do wykonywania pewnych zarządzeń sanitarnych w ciągu określonego terminu. Oprócz tego samorząd miejscowy w Anglii skrępowany jest w wysokim stopniu przez parlament, który może mieszać się w najdrobniejsze szcze-

góły życia miejscowego. Prawa angielskie są tak drobiazgowo, że np., przelewając na rady okręgowe prawa budowy i utrzymywania kanałów, parlament w oddzielnym paragrafie określa, że rady okręgowe „mogą sporządzać mapy swego systemu kanałowego” (W. Blake Odgers — Angielski samorząd miejscowy — Warszawa 1905).

W stosunku do Londynu parlament również krępuje prawa samorządowe w niesłychanym stopniu, tak np. trzeba było aż osobnego prawa, wydanego przez parlament w r. 1890 pod nazwą „General Rivers Act”, aby nadać Radzie hrabstwa Londyńskiego prawo urządzania ankiet w sprawie ulepszenia wodociągów miejskich; prawo to spotkało się nb. z silną opozycją. W r. 1900 parlament wydaje osobne prawo p. n. „London County Council Tramways Act”, pozwalające Radzie hrabstwa Londyńskiego na budowę nowych linii tramwajowych.

Sekretarz stanu przepisuje ściśle maksymalną wysokość domów robotniczych, budowanych kosztem miasta, i minimalne wymiary mieszkań w tych domach i t. p. Do słabych stron ustroju sanitarnego angielskiego należy zatem zaliczyć: upośledzone stanowisko lekarza w radach okręgowych i nadmierną interwencję parlamentu w sprawy sanitarne, opóźniającą i hamującą inicjatywę jednostek samorządnych. W ostatniej fazie angielskiego prawodawstwa sanitarnego, jak to podkreśla H. Simon, obok możliwego oszczędzania samorządu miejscowego, owej żrenicy wolności angielskich, zjawia się jednak zasada czynnej centralizacji państwowej w sprawach sanitarnych, opartej na bezpośrednim zarządzaniu temi sprawami przez lekarzy. Ustanowiono zatem departament lekarski w ministerium do spraw samorządu miejscowego, na którego czele stoi lekarz, i zorganizowano miejscowe Urzędy Zdrowia, jako jego organy wykonawcze lekarskie; w utworzeniu tych ostatnich biorą udział ciała samorządu miejscowego.

Organizacja sanitarna w Prusach opiera się do dziś w ogólnych zarysach na przestarzałych prawach z epoki Steinha. Niema tu mowy o wpływie sfer obywatelskich na sprawy sanitarne.

¹⁾ Ustęp z referatu, odczytanego na posiedzeniu budżetowym Rady m. stoł. Warszawy w d. 23 listopada 1916 r.

Sprawy sanitarne państwa centralizuje wydział III w ministerium wyznań i oświaty, połączony z deputacją naukową do spraw lekarskich, które ma jedynie charakter doradczy, w niższych instancjach sprawy sanitarne należą do zakresu władzy nadprezydenta, prezesa regencji i landrata. Nadprezydent ma sobie dodane prowincjonalne kolegium lekarskie, prezes regencji — regencyjną radę lekarską, landrat — fizyka powiatowego.

Wszystkie wyżej wspomniane ciała lekarskie podlegają władzy urzędników administracyjnych, mają tylko głos doradczy, wykonawstwo znajduje się całkowicie w rękach policyi. Stosunki te wywołują oddawna niezadowolnienie sfer społecznych w Prusach, Oto co mówi w tym względzie dr K. Flesch (*Handwörterbuch d. Staatswissenschaften* II wyd. w r. 1900): „Charakterystyczny, a zarazem wadliwy rys pruskiego zarządu sanitarnego stanowi hierarchia czterech instancji, urzędów rzeczoznawczych o cechach doradczych, z których każda stanowi przyczepkę do odpowiedniej instancji ogólnego zarządu policyjnego i z tą wyłącznie może utrzymywać bezpośrednie stosunki urzędowe. Właściwego urzędnika zdrowia niema“.

Tenże dr Flesch mówi dalej: „W żadnym państwie rozporządzenia sanitarne nie są bardziej samowolne i przypadkowe, niż to ma miejsce w Prusach, gdzie też gruntowna reorganizacja sprawy sanitarnej, jak wiadomo, oddawna uważana jest za niezbędną“.

Bardzo krytyczne stanowisko zajmuje H. Simon¹⁾, a bardzo ostro wyraża się o tym ustroju H. Lindemann²⁾, który posuwa się aż do oskarżenia biurokracji niemieckiej o „fatalną nieudolność“ w organizowaniu spraw sanitarnych. My, cośmy na własnej skórze odczuli nieudolne naśladowanie wzorów pruskich w dziedzinie sanitarnej przez ciemną biurokrację rosyjską, nie możemy nie zgodzić się z niemieckimi krytykami tego systemu.

Sądzimy, że żaden z tych dwu tu przedstawionych typów nie jest dla naszych stosunków odpowiedni. Społeczeństwo nasze, zbyt mało jeszcze wdrożone do form życia samorządowego, z których wyszło wraz z upadkiem Rzeczypospolitej, zbyt słabo jest przygotowane do zrozumienia całej wagi zarządzeń sanitarnych, zbyt łatwo poddaje się sugestyi interesów warstw, przodujących zamożnością, identyfikując z temiż interes miasta i kraju, aby organizacja wyłącznie wyborcza była zdolna wydawać decyzje odpowiednie w sprawach sanitarnych.

Historia walki o kanalizację w Warszawie i doświadczenie z opiekami sanitarnymi obywatelskimi dowiodła, że należy stopniowo wdrażać obywateli do podejmowania prac sanitarnych, w sensie organów pomocniczych, tembardziej, że do kontroli zwierzchniej i decydowania ostatecznego w tych spra-

wach powołana jest w Warszawie jedynie Rada Miejska.

System pruski, wyłącznie policyjny, odsuwający lekarza na plan drugi wobec czynników władzy wykonawczej, nie wzbudza zachwytu nawet na własnym gruncie, tembardziej nie budziłby go u nas, nie zgadza się bowiem z duchem ustawodawstwa naszego. Zresztą nieudolne jego naśladowanie przez okupantów rosyjskich mogło nam te pomysły organizacyjne słusznie do reszty obrzydzić. Sądzimy, że sięgnąćby nam należało do wzorów własnych. Jakkolwiek organizacja sanitarna Królestwa Kongresowego, wprowadzona na mocy ustawy o Zarządzie Wydziału cywilno-lekarskiego z dn. 3 lipca 1838 r.¹⁾, nie zdołała należycie rozwinąć się w szczegółach, to jednak znamy dostatecznie zasadnicze jej rysy. Organami naczelnymi tej organizacji był Inspektor Główny Służby Zdrowia z podwładną mu Radą Lekarską Królestwa Polskiego. Organy te wchodziły w skład Komisji Rządowej spraw wewnętrznych i duchownych, przyczem inspektor główny miał prawa dyrektora Wydziału w Komisji Rządowej.

Rada lekarska składała się z powołanych przez rząd krajowy wybitnych lekarzy; inspektor główny służby zdrowia był lekarzem. W ten sposób pierwiastek lekarski zajmował należne mu miejsce. Rada lekarska była instytucją rzeczoznawczą i normującą. Inspektor lekarski miał władzę wykonawczą; kompetencja jednak tych organów była ograniczona przez zależność od Komisji Rządowej spraw wewnętrznych. Pozatem w Warszawie i na prowincyi funkcjonowały Urzędy lekarskie, zależne wprost od głównego Inspektora Służby Zdrowia, na których czele stali inspektorzy lekarscy. Dodać należy, że ta swoista organizacja sanitarna powstała na miejscu dawnej organizacji sanitarnej Księstwa Warszawskiego, wzorowanej na urządzeniach policyjnych pruskich. A więc już raz w historii naszej eksperyment życiowy dowiódł, że normy organizacji sanitarnej pruskiej nie mogą być do kraju naszego zastosowane. Obecnie wydana przez władzę nadzorczą „Instrukcja dla Komisaryatów i miejskich lekarzy sanitarnych przy zwalczaniu chorób zakaźnych“ usiłuje narzucić nam znowu wzory pruskie, tak zdyskredytowane już we własnej ojczyźnie.

Organizacja sanitarna z r. 1838 przeprowadziła wiele pożytecznych dla zdrowotności kraju zarządzeń; owocność jej zabiegów była ograniczona oczywiście z jednej strony przez niski poziom ówczesnej wiedzy higienicznej, z drugiej strony przez praktyki biurokratyczne, nieodłączne od epoki rządów nikolajewskich.

Wraz ze zniesieniem Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego w r. 1867 i skasowaniem stanowiska Inspektora Głównego Służby Zdrowia wprowadzono wzorowane na normach pruskich rosyjskie Urzędy lekarskie gubernialne, inspektorów lekarskich całkowicie zależnych od miejscowych urzędów gubernial-

¹⁾ H. Simon. *Englische Localgesundheitsämter* (Deutsche Vierteljahr. für öffentliche Gesundheitspflege. 23 Bd. — 1891).

²⁾ H. Lindemann. *Die deutsche Städteverwaltung* II. Aufl. 1906. — Stuttgart.

¹⁾ Dziennik praw. Tom 22-gi.

nych i lekarzy powiatowych, zależnych od naczelników powiatu. Pięknie się zapowiadający ruch na polu higieny publicznej w Królestwie Kongresowem stłumiono i cofnięto kraj nasz wstecz o lat dziesiątki na tem polu.

Wyżej nakreślony szkic państwowej organizacji sanitarnej polskiej, która funkcjonowała w kraju naszym od r. 1838 do 1867, czyli przez lat 30 zaledwie, wskazuje następujące charakterystyczne, istic nowoczesne, rysy tej organizacji.

1) Zasada skupienia władzy wykonawczej w jednym ręku, nie zaś w ciele kolegiatnym z obarczeniem jednostki całkowitą odpowiedzialnością za wykonawstwo (§ 12 Ustawy o Zarządzie Wydziału cywilno-lekarskiego w Król. Polskiem¹⁾).

2) całkowicie niezależna od władz administracyjnych niższych sieć zarządów lekarskich (§ 5 Ustawy), tworząca osobny Wydział Komisji Rządowej Spraw Wewnętrznych, na którego czele stał Główny Inspektor lekarski, podległy jedynie wprost ministrowi (t. zw. Dyrektorowi Głównemu Prezydującemu w Komisji Spraw Wewnętrznych).

3) Dopuszczenie do głosu przedstawicieli społeczeństwa w postaci t. zw. członków honorowych przy urzędach lekarskich gubernialnych.

Przetworzenie takiego ustroju, idealnie nieomal dopasowanego do naszych warunków, na odrębne ministerium Zdrowia publicznego byłoby naturalną konsekwencją tego świetnego pomysłu organizacyjnego. Jak widać z powyższego, myśl państwowa angielska doszła konsekwentnie, ale znacznie później do takiej samej koncepcji.

Ustrój sanitarny Warszawy określono w § 50 Ustawy w sposób następujący:

„Urząd Lekarski miasta Warszawy składać się będzie z Inspektora i dwóch członków, z których jeden będzie jego pomocnikiem, drugiego zaś miejsce zajmie starszy Akuszer miasta, iako też z dwóch Assessorów, to jest farmaceutycznego i weterynaryjnego. Ostatnim będzie starszy Lekarz Weterynaryi miasta Warszawy..... prócz wspomnianych urzędników lekarskich będą w Warszawie do pełnienia obowiązków służbowych:

¹⁾ § 12 brzmi: „Główny Inspektor Lekarski odpowiada za wszystko, co jemu poruczonem zostanie, za poczynione przez siebie rozporządzenia i za wszystko, co stwierdził swoim podpisem“.

młodszy Akuszer miasta, dwaj lekarze miasta, młodszy lekarz Weterynaryi i jeden felczer...”

Ustrój sanitarny Warszawy, według ustawy 1838 r. nie jest oczywiście dopasowany do dzisiejszych jej warunków i wielkości. Uważając jednak, że ustawa 1838 r. winna być uznana za prawnie nas obowiązującą, nie została bowiem skasowana trybem przewidzianym przez odrębne ustawodawstwo Królestwa Polskiego i, rozwijając w jej duchu organizację sanitarną stolicy, musielibyśmy uważać za konieczne wprowadzenie organizacji następującej:

Na czele Urzędu lekarskiego m. stoł. Warszawy, jako jego przewodniczący, stoi Inspektor Służby Zdrowia—lekarz odpowiedzialny za całokształt spraw sanitarnych miasta.

Urząd lekarski, składający się z pewnej liczby lekarzy i obywateli miasta, jako członków honorowych, oraz jednego asesora farmacji i jednego asesora weterynaryjnego jest instytucją doradcą przy inspektorze; w każdym okręgu m. stoł. Warszawy funkcjonuje jeden lekarz sanitarny, podległy bezpośrednio Inspektorowi służby Zdrowia, któremu dodana jest, jako organ doradczy, okręgowa opieka sanitarna, składająca się z weterynarza okręgowego, budowniczego okręgowego i 2—3 obywateli miejscowych;

niższymi organami sanitarnymi są sanitarysze, podlegli bezpośrednio lekarzom sanitarnym;

zakres władzy Inspektora Służby Zdrowia obejmować winien zarówno dział spraw ściśle sanitarnych, jak i spraw szpitalnych.

Obecnie funkcjonujące delegacje do spraw sanitarnych i do spraw szpitali i przytułków, będące w istocie kolegiatnymi organami wykonawczymi, nie odpowiadają duchowi ustawodawstwa polskiego i mogłyby być zniesione, na co zresztą pozwala § 23, obecnie obowiązującej ordynacji miejskiej, — w każdym razie, o ileby zostały utrzymane, winny one być połączone w jedną całość ze względu na niemożliwość oddzielenia spraw sanitarnych od szpitalnictwa, i otrzymać prawa Magistratu, to jest wyłącznie kontrolę budżetową i finansową nad Urzędem Lekarskim m. stoł. Warszawy.

Sądzimy, że tylko tak pomyślana organizacja odpowiada duchowi ustawodawstwa naszego, może działać sprawnie i wydać jak najlepsze owoce dla miasta i jego mieszkańców.

Wiadomości bieżące.

— Dzięki energicznym zarządzeniom władz okupacyjnych liczba przypadków zachorowań i śmierci z powodu tyfusu plamistego i ospy znacznie się w kraju naszym zmniejszyła. Przekonywują o tem poniższe zestawienia:

1. Tyfus plamisty.

4 kwartał 1915 od 3. X. do 31. XII.	1 kwartał 1916 od 1. I. do 1. IV.	2 kwartał 1916 od 1. IV. do 1. VII.	3 kwartał 1916 od 1. VII. do 1. X.
zachor.	śmierci	zachor.	śmierci
704	32	5256	428
6294	510	2309	140

2. O s p a.

4 kwartał 1915 od 3. X. do 31. XII.	1 kwartał 1916 od 1. I. do 1. IV.	2 kwartał 1916 od 1. IV. do 1. VII.	3 kwartał 1916 od 1. VII. do 1. X.
zachor.	śmierci	zachor.	śmierci
955	157	1029	144
918	130	195	23

— Do grona członków-współwłaścicieli Gazety Lekarskiej wstąpili profesorowie Uniw. Warsz.: Czubański Franciszek, Konopacki Mieczysław i Mazurkiewicz Władysław.

TREŚĆ NUMERU.

Józef Rosiewicz. Spostrzeżenia nad przebiegiem klinicznym duru rzekomego	405
Odcinek. W. Chodźko. Organizacja Służby Zdrowia Publicznego w m. st. Warszawie	410
Wiadomości bieżące	412

Redaktorowie: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca: Dr W. Szumlański.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

Odczyty Kliniczne

WYSZEDŁ Z DRUKU SERII XXI ZESZYT 7. 8. 9.

(OGÓLNEGO ZBIORU ZESZYT 247. 248. 249).

Doc. Dr J. Pruszyński.

A N A F I L A K S Y A.

- I. Określenie anafilaksyi. Anafilaksya doświadczalna.
- II. Zjawiska kliniczne anafilaksyi. Teorya anafilaksyi.

Cena r b. 1.20.

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.

Wydawnictwo „Gazety Lekarskiej“.

W y k ł a d y o chorobach zakaźnych ostrych

przez d-ra Władysława Biegańskiego.

TOM PIERWSZY.

Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzeżączkowe. Błonica. Krztusiec.

TOM DRUGI.

Grypa. Zapalenie płuc włóknikowe. Gruźlica. Dyzenteryja. Cholera. Zapalenie opon mózgoworzeniowych nagminne. Tężec. Zimnica. Zakażenie wąglkowe. Nosaczna. Wścieklizna.

Cena dwóch tomów r b. 8.50; z przesyłką 9.50.

Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej, nabywających dzieło bezpośrednio w Administracji, cena dwóch tomów rub. 5, z przesyłką rub 6.

Do nabycia we wszystkich księgarniach.

Skład główny w Administracji Gazety Lekarskiej. Marszałkowska № 73.

Zakład chirurgiczno-ortopedyczny D-ra E. Reichsteina

w Warszawie, Marszałkowska 149, tel. 4217.

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

Pracownia chemiczno - bakteriologiczna

Dra Stanisława MUTERMILCHA

Analizy moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin, mleka, nalotów, wysięków i t. p.

Marszałkowska № 127 (Zielna № 22).

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 literaturę na żądanie P.P. Lekarzy.

W Aptekach i Składach Aptecznych!!

PRACOWNIA STERYLIZACYJNA D-ra BORZYMOWSKIEGO

wprowadziła następujące NOWOŚCI:

- 1) Gazę hygrosk., jodoform, wioform, kseroform, w postaci pasków: 5, 8, 10 i 12 ctm. szer. i 5 m. dług.
- 2) Kompresy przeciwzapalne, nasyczone płynem Burowa. z ceratką: 10, 20 i 30 ctm. kw.
- 3) Tampony z lintanelli (waty prasowanej).
- 4) Laminaryę sterylizowaną w zatopionych ampulkach po 4, 6, 8, 10 i 12 mm. średnicy.
- 5) Gazę jodoformową Dührsena (do tamponowania).
- 6) Płyn do znieczulenia miejscowego № 1 (0,3 nowokainy na 50 soli), № 2 (0,5 nowokainy na 50).
- 7) 2% nowokaina z adrenaliną do rwania zębów w ampulkach po 1.0.
- 8) Samomydłące poduszeczki do mycia pola operacyjnego, położnic i do kąpieli po 10 szt.
- 9) Ciepłomierze maksymalne skontrolowane i odkażające się po użyciu automatycznie za pomocą umieszczonej w pochewce formaliny.

Składy Głównie: SPIESS CENTRALNY i Zarząd Pracowni (Chmielna № 62, Telet. 106-85).

Tampony ginekolog., uszne, nosowe, oczne, oper. trunki chirurg. i ginekolog. Wyprawkę potóg. Fizyolog. roztwór soli.

INIEKCJE STRYCHNINOWE:

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

Strichnin. kakodylic. 0,0005 c. Natr. glycerinofosf. 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. oxyd. 0,02—0,04 c. Phenol.
i wiele innych.

POLECA

A P T E K A

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.

Drukarnia W. Krawczyński, E. Egert, J. Więclawski, Żelazna 89. Telefon 188-70.

Za pozwoleniem Cenzury Niemieckiej.

