



Rok LII.

Warszawa d. 8 Września 1917.

Nº 36.

# AZETA LEKARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

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

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

Wydawca Dr W. Szumlański.

Ogólnego zbioru Nº 2701.

Adres Redakcyi—Żórawia 22.

Adres Administracyi—Marszałkowska 73.

**Skład narzędzi chirurgicznych,**

bandaży, przyborów szpitalnych i lekarskich

**HIPOLIT AMBER**

Warszawa. — Marszałkowska 139.

Wprost bramy, 1-sze piętro.

**Dr med. M. Dunin-Karwicka**

**Wspólna Nº 35.**

**Analizy** moczu, kału, płwociny etc.

Badania anatomopatologiczne.

**SILV-OZON**  
**„MOTOR“**

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

**Warsz. Tow. Akc. „MOTOR“**

Marszałkowska 23.

**SALMET**  
**„MOTOR“**

(Balsam Methylji Salicylici comp.).

Używa się w artrytyzmie, reumatyzmie  
i nerwobólach

poleca własnego wyrobu

Warszawskie Tow. Akcyjne

„MOTOR“.

## Loterya Klasowa Legionów Polskich.

Warszawa — Marszałkowska 87.

Na 32,000 losów — **16,000 wygranych i 1 premia**  
**razem na sumę 3 miliony, 262,500 marek.**

Największe wygrane 300,000, 200,000, 160,000, 130,000 marek.

**Główna wygrana w pierwszej klasie**

**25,000 marek.**



Loterya Legionów gwarantowana jest w całości przez **Bank Ziemiański** w Warszawie.

**Cena losu 25 mk., ćwiartki 6 mk. 25 fen.**

Cały dochód przeznaczony na inwalidów legionowych, wdowy i sieroty po legionistach  
oraz na weteranów z 1863 r.

### 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.

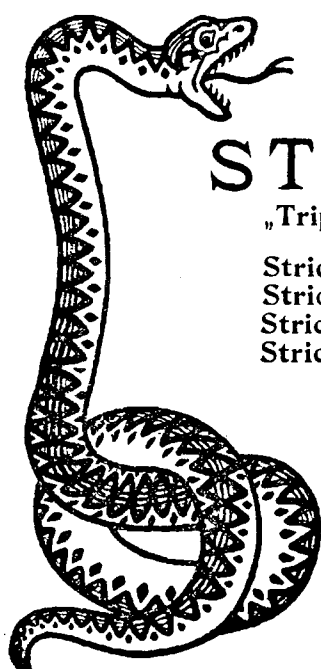
E. MERCK ☿ Darmstadt.

### 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.



## INIEKCYE 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.

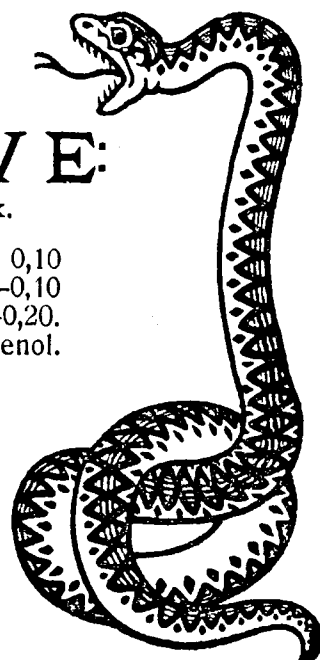
POLECA

APTEKA

E. GESSNERA

w WARSZAWIE

JEROZOLIMSKA 25.



### 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.



# DZIEŃNIK LECARSKA

· PISMO · TYGODNIOWE ·

POŚWIĘCONE · WSZYSTKIM · GAŁĘZIOM · WNIĘ-  
TNOŚCI · LEKARSKICH ·

Dziesięć  
lecie drugie.

Warszawa, d. 8 września 1917 r.

Ogólnego zbioru № 2701.

Z WARSZAWSKIEGO SZPITALA DLA DZIECI PRZY UL. KOPERNIKA 43.

## Przypadek uporczywej przetoki ślinnej przyusznicej, wyleczony zapomocą wyrwania nerwu usznoskroniowego (n. auriculo-temporalis).

Podał

**Ludwik Zembrzusi.**

Ordynator oddziału chirurgicznego.

Leczenie przetok ślinnych zewnętrznych wskutek uszkodzenia przewodu ślinianki przyusznicej (*d. Stenonianus*) należy do zadań trudnych i niewdzięcznych. Jedne z proponowanych sposobów operacyjnych, np. łączenie szwem obu odcinków przewodu, nie zawsze są wykonalne, inne, jak wszczepianie odcinka dośrodkowego w śluzówkę jamy ustnej (sp. Langenbecka) lub sposób pojedynczego albo podwójnego przekłucia (sp. Kaufmana i Deguise'a) niezawsze są łatwe i często nie prowadzą do celu. Na jeszcze większe trudności natrafia leczenie przetok ślinnych, powstających po uszkodzeniu przewodu ślinnego na jego przebiegu w samym mięszu przyusznicy. Jak wiadomo, przewód ten rozgałęzia się w śliniance w dwie odnogi — górną i dolną, — z których odchodzą gałęzie drugiego i trzeciego rzędu w różnych kierunkach. Zranienie wzgl. uszkodzenie jednej z grubszych gałęzi przewodu w gruczole sprowadza uporczywe przetoki ślinne, tem trudniejsze do wygojenia, że żaden z powyżej przytoczonych sposobów operowania przetok przewodu poza gruczolem zastosować się tutaj najczęściej nie daje. Uszkodzenia nieznaczne samego mięszu gruczołu powodują niekiedy również przetoki ślinne, te jednak zazwyczaj zablizniają się na drodze samoistnej lub zapomo-

cą przyżegań. Jeżeli natomiast w przetokach powstałych na skutek zranień odnóg przewodu w śliniance, operacje wytwórcze, okrwawienie i zeszcienie brzegów przetoki, lub przyżeganie nie dają wyniku dodatniego, nie pozostawiało dotychczas nic innego, jak wykonanie wycięcia częściowego lub całkowitego ślinianki przyusznicej. Ten ostatni zabieg jednakże posiada poważne strony ujemne ze względu na łatwość uszkodzenia przytem rozgałęzień nerwu twarzowego.

Na początku r. 1914 chirurg ługduński Leriche podał metodę leczenia uporczywych przetok ślinianki przyusznicej za pomocą usuwania, a właściwie wyrwania nerwu usznoskroniowego<sup>1)</sup>. Myśl tego zabiegu nasunęły Leriche'owi badania Claude-Bernarde'a, który dowiódł, że jedynym nerwem wydzielniczym gruczołu przyusznego jest nerw usznoskroniowy (*n. auriculo-temporalis*).

Usunięcie tego nerwu, a właściwie jego gałęzi głównej, towarzyszącej tętnicy szczękowej wewnętrznej (*arter. maxill. interna*), sprowadza zanik czynności gruczołu przyu-

<sup>1)</sup> Leriche. Behandlung der permanenten Parotististeln durch die Entnervung der Speicheldrüse (Ausreissen d. N. auriculo-temporalis). Zent. f. Chir. 1914. № 18.

szego i tem samem przyczynia się do zabliźnienia przetok przewodu ślinnego. Leriche tym sposobem osiągnął wyleczenie przetok ślinnych przyusznic w 3 przypadkach.

Osobiście miałem możność spostrzegania przypadku uporczywej przetoki ślinnej gruczołu przyusznego, wyleczonego metodą Leriche'a; przypadek ten jest następujący:

30. XII. 1916 przybyła od oddziału mojego w Warszawskim Szpitalu dla dzieci, skierowana przez Kol. Staweckiego z Pułtusza S. N., dziewczynka 11 letnia. Od matki chorej dowiedziałem się, że w końcu r. 1915 przebyła ona tyfus (jaki — nie umiano powiedzieć), poczem na twarzy po str. lewej przed uchem — wytworzył się ropień, który został otwarty cięciem przez felczera. Po tym zabiegu zauważono „skrzywienie ust“, zaznaczające się szczególnie „podczas śmiechu“. Z biegiem czasu skrzywienie to stało się mniejszem, natomiast spostrzeżono pod koniec okresu zabliźniania się ropnia, że podczas jedzenia z rany wpływała kroplami przezroczysta wydzielina. Stan ten trwa od roku bez zmiany, a nawet w ostatnich tygodniach wypływ stał się jakoby większym.

Badanie chorej wykazało: budowy szczupłej, lecz prawidłowej, odżywiona średnio. Ciepłota nie podniesiona, w narządach wewnętrznych zmian nie wykryto. Po stronie lewej twarzy w odległości 1 ctm. ku przodowi od płatka usznego blizna podłużna dług. 3 ctm., szerok. ok. 1 ctm. nieco wciągnięta wgłąb. W dolnym odcinku blizny widoczny jest niezagoiny otvorek wielkości małego łebka od szpilki, z którego podczas każdego aktu żucia wypływa kroplami zupełnie przezroczysta wydzielina. Pozatem stwierdzono lekki niedowład dolnej gałęzi nerwu twarzowego.

Rozpoznałem przetokę gruczołu przyusznego wzgl. wobec długotrwałości sprawy przetokę przewodu w gruczole i postanowiłem narazie spróbować jeszcze leczenia zachowawczego. Gdy jednakże przyżegania żegadłem Paquelina, a następnie łapisem z jednoczesnem stosowaniem diety płynnej w celu wyłączenia aktu żucia i zakładanie opatrunków, wywierających pewien ucisk na przetokę, pozostały bez wyniku, postanowiłem wykonać u chorej zabieg, zaproponowany przez Leriche'a.

W tym celu przerobiłem uprzednio operację odnośną na zwłokach i przekonałem się, że nerw usznoskroniowy w przebiegu swym na twarzy przed uchem leży nieco poza tętnicą i żyłą skroniową, przeważnie pokryty temi ostatnimi, zwłaszcza żyłą, i ażeby udostępnić go sobie w polu operacyjnem, korzystnem jest wydzielić te naczynia i odsunąć je hakiem ku tyłowi lub podwiązać i wyciąć część odpowiednią żyły. Wyszukanie nerwu

przy ostrożnem preparowaniu tkanek nie jest zbyt trudne.

25 stycznia 1917 r. w uśpieniu chloroformowem wykonałem zabieg u chorej, trzymając się ściśle wskazówek samego Leriche'a. Cięciem podłużnem na 1. cm. ku przodowi od skrawka ucha (*tragus*), sięgajacem ku górze do podstawy łuku jarzmowego, wyciąłem bliznę wraz z otworem zewnętrznym przetoki. Ponieważ żyła skroniowa uległa przytem zranieniu, przewiązałem ją i wyciąłem kawałek dług. ok. 2 cm. Po oddzieleniu nerwu, (wzgl. początkowego jego rozgałęzienia) zrośniętego z otoczką zewnętrzną gruczołu przyusznego, aż do wyrostka stawowego żuchwy, w miejscu tem ująłem nerw w szczypczyki hemostatyczne i sposobem Thierscha wyciągnąłem wzgl. wyrwałem dośrodkową jego część długości około 3 cm. Ranę operacyjną zeszyłem całkowicie. Na 3-ci dzień zauważyłem obrzęk lewej połowy twarzy bez podniesienia ciepłoty, obrzęk ten na 5-y dzień ustąpił zupełnie. Analogiczne przemijające szybko obrzęki spostrzegał i Leriche po swym zabiegu i tłomaczy je wzmogoną narazie wskutek podrażnienia wydzieliną z gruczołu przyusznego w tkance podskórnej w otoczeniu zeszytej rany. Siódmego dnia usunąłem szwy, przytem w szwie dolnym krańcowym, gdzie poprzednio istniał otwór przetoki, wystąpiło ropienie z rozejściem się brzegów rany, pozatem ta ostatnia zabliźniła się przez rychłozrost. Ropienie w szwie przypisuję zmniejszonej w tem miejscu odporności tkanek, kilkakrotnie przyżeganych (ostatni raz na 10 dni przed ostatecznym zabiegiem) i bliznowatym w nich zmianom wskutek długotrwałej przetoki. W tym też odcinku blizny pooperacyjnej powstała niewielka ziarninująca powierzchnia — nieco większa, niż  $\frac{1}{2}$  kw. cm., — natomiast wypływ wydzieliny gruczolowej ustąpił całkowicie; w takim stanie chora na żądanie matki została wypisana ze szpitala d. 14 lutego r. b. czyli w 20 dni po operacji.

Po powrocie do domu pacjentka znajdowała się nadal pod opieką lekarską Kolegi Staweckiego, który donosił mi jaknajchętniej o całym przebiegu następczego zabliźniania się rany. Dzięki zatem uprzejmości Szanownego Kolegi Staweckiego, stwierdzić mogę obecnie, że po upływie około 4 — 5 tygodni od chwili opuszczenia szpitala rana wygoiła się zupełnie i że od chwili zabliźnienia upłynęło już 3 miesiące, a stan miejscowy i ogólny chorej nie pozostawia nic do życzenia <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Chora była przedstawiona na posiedzeniu chirurgów w Warsz. Tow. Lek. d. 8.II. 1917 r.

# Cukromocz a cholesterynemia ciężarnych.

(Przyczynek do znaczenia cholesteryny w patologii ludzkiej).

Podał

Dr I. Sohn.

(Ciąg dalszy—patrz № 35)

Zanim przystąpimy do omówienia zachowania się cholesteryny we krwi ciężarnych, pozwolimy sobie rzucić krótki pogląd na tę sprawę, uwzględniając przytem te jednostki chorobne, w których spotykamy hypercholesterynie.

Posługiwaliśmy się już to metodą Windausa, już to, i to przeważnie, metodą zmodyfikowaną przez Klinkerta, gdyż oryginalnej metody Windausa do celów klinicznych ze względu na wielką ilość krwi, potrzebną do jednego oznaczenia, zastosować się nie da. Metodę tę przez kilkakrotne porównawcze oznaczenia z oryginalną metodą Windausa skontrolowaliśmy i uznaliśmy za zupełnie wystarczającą do porównawczych badań klinicznych. Nie ulega wątpliwości, że przy oznaczaniu popełnia się pewien błąd, którego jednak przy żadnej metodzie oznaczania cholesteryny uniknąć się nie da. Ażeby błąd ten był jaknajmniejszy, trzymaliśmy się tych reguł, które Wacker i Hueck podali dla oznaczenia cholesteryny oryginalną metodą Windausa.

We krwi normalnie ilość cholesteryny wynosi 0,16%. Chauffard, Grigau i Klinkert wykazali pierwsi, że w przewlekłych schorzeniach nerek znajdujemy w surowicy wzmogoną ilość cholesteryny. Na podstawie naszych oznaczeń w 5 przypadkach możemy to potwierdzić; największą ilość stwierdziliśmy w przypadku przewlekłego zapalenia nerek u dziewczynki 14-letniej (która jeszcze nie miesiączkowała) podczas napadu mocznicowego (Tab. № 3); w następnym napadzie w kilka dni później ilość ta była jeszcze większa. U tej samej chorej znajdowaliśmy w moczu zapomocą polaryzatora stale dużą ilość lipidów. Nawiasem tutaj wspomnę, że Munk zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze lipidów w moczu w przypadkach przymiotu nerek. W tym przypadku Wassermann był ujemny, a cech innych, przemawiających za syfilisem nie można było wykazać. W przypadku IV-ym z pewnemi sekcjami stwierdzo-

nemi zmianami syfilitycznemi i białkomoczem lipidów nie znaleźliśmy, a ilość cholesteryny we krwi nie była nadzwyczaj wielka. Gdybyśmy chcieli tłumaczyć, skąd pochodzi ta duża ilość cholesteryny we krwi w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, pamiętać musimy o tem, że Neusser i Wiesel zwrócili uwagę na związek, jaki zachodzi pomiędzy przewlekłemi zapaleniami nerek a nadnerczami. Chauffard i Kawamira, Wacker i Hueck mikroskopowo i chemicznie stwierdzili dużą ilość cholesteryny w nadnerczach u ludzi zmarłych z powodu przewlekłego zapalenia nerek. A wiedzieć trzeba o tem, że nadnercze jest jedynym organem, w którym stwierdzamy i w prawidłowych warunkach znaczną ilość cholesteryny, z wyjątkiem jeszcze *corpus luteum*, podczas gdy stwierdzenie i w innych narządach lipidów świadczy już o zmianie chorobnej. Estry cholesterynowe (lipidy) są, według Elliota i Tucketa i Biedla, produktami wydzielniczymi nadnercza. Jakkolwiek niema, według Biedla, na to dotąd dowodu, że nadnercza lipidy do krwi wydzielają, jednak równoległość między hypercholesterynieą w schorzeniach nerek a powiększeniem kory nadnerczy jest tak w oczy bijąca, że, zdaniem mojem, pozwala na uzależnienie cholesterynemii od czynności nadnerczy.

W stanach, przebiegających z przewlekłą żółtaczką, stwierdzili Chauffard, Pages i Flint, Klinkert wzmogoną ilość cholesteryny we krwi, natomiast w schorzeniach wątroby, przebiegających bez żółtaczki, hypercholesterynemii nie można było wykazać. W naszych przypadkach stwierdziliśmy to samo; mniejszą może ilość cholesteryny, aniżeli w innych, w przypadku VIII-ym uzależnić należy od wysokiej ciepłoty i stanu septycznego, w hektycznej bowiem gorączce, w przebiegu gruźlicy i chorób zakaźnych stwierdzano hypocholesterynieę. Tem tylko można tłumaczyć w tym przypadku małą stosunkowo ilość cholesteryny we krwi, zwłaszcza, że

| Liczba porządkowa | L. dziennika<br>data    | Imię<br>i Nazwisko<br>Wiek | Rozpoznanie<br>kliniczne                               | Ilość cukru<br>we krwi ‰ | Ilość<br>cholester.<br>we krwi ‰ | U W A G A                                                                                                                                                |
|-------------------|-------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                 | 429<br>5/VI. 1913.      | J. J.<br>l. 40             | Nephritis chronic.<br>haemorrhagica<br>exacerb.        | 0,11                     | 0,532                            | 24 godziny po zaprzestaniu karmienia. 6 miesięcy po porodzie. W moczu 0,3‰ cukru. Surowica krwi wyraźnie tłuszczowa. Krew wzięta podczas napadu uremici. |
| 2                 | 161<br>17/12            | P. G.<br>l. 27             | Nephritis acuta<br>haemorrhagica                       | 0,058                    | 0,823                            |                                                                                                                                                          |
| 3                 | 144<br>25/XII           | B. K.<br>l. 14             | Nephritis parench.<br>chron. Uraemia                   | 0,105                    | 0,64                             |                                                                                                                                                          |
|                   | 2/I                     | dtto                       | Podczas II-go napadu                                   | 0,092                    | 0,760                            |                                                                                                                                                          |
| 4                 | —                       | P. N.<br>l. 24             | Nephritis interstitialis<br>in ind. luetico. Amaurosis | 0,118                    | 0,3565                           | W moczu stale duża ilość lipidów stwierdzona polaryzator. Lues.                                                                                          |
| 5                 | 443<br>27/VI. 1913.     | D. S.<br>l. 30             | Cirrhosis hep. tumor<br>lienis. Icterus                | 0,098                    | 0,27                             | W godzinę po wstrzyknięciu 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny. Krew wzięta przy temp. 39,3°C. Przy operacji czyste kamienie cholesterynowe.                   |
| 6                 | 433<br>29/VI            | H. J.<br>l. 48             | Cholelithiasis. Icterus                                | 0,95                     | 0,55                             |                                                                                                                                                          |
| 7                 | 6<br>29/XI.<br>31/XI.   | J. M.<br>l. 38<br>dtto     | Cirrhosis hepatis<br>luetica                           | 0,114<br>0,214           | 0,4115<br>0,3205                 |                                                                                                                                                          |
|                   | 171<br>23/XII           | Gn. L.<br>l. 46            | Cholelithiasis. Icterus<br>Status septicus             | 0,16                     | 0,2315                           |                                                                                                                                                          |
| 9                 | 219<br>15/I.            | T. S.<br>l. 38             | Cholelithiasis Icterus                                 | 0,156<br>0,156           | 0,388<br>0,3015                  | W 1/2 godz. po 1 cm. <sup>3</sup> adrenal. W godz. po 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny.                                                                     |
| 10                | 69<br>6/XI<br>13/XI     | A. M.<br>l. 56<br>dtto     | Diabetes mellitus<br>postać ciężka                     | 0,296<br>0,204           | 0,378<br>0,3715                  | Dyeta ścisła, białkowo-tłuszcz.                                                                                                                          |
|                   | 100<br>21/XI.           | M. R.<br>l. 49             | Diabetes mellitus<br>postać średnia                    | 0,234                    | 0,2345                           | Po 5 dniach diety owsianej i 2-ch dniach jarzynowych. Dyeta mieszana.                                                                                    |
| 12                | 216<br>20/I.            | E. K.<br>l. 42             | Diabetes mellitus<br>postać ciężka                     | 0,34                     | 0,411                            | Dyeta białkowo-tłuszczowa.                                                                                                                               |
| 13                | 101<br>20/XI.           | St. B.<br>l. 26            | Diabetes mellitus<br>Pneumonia                         | 0,445                    | 0,212                            | Krew wzięta do badania przy cieplecie 39°C.                                                                                                              |
| 14                | 101<br>20/XI.<br>21/XI. | M. M.<br>l. 26<br>dtto     | Neurosis ventriculi                                    | 0,08<br>0,296            | 0,285<br>0,29                    | W 2 godz. po 100 gr. dekstrozy + 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny.                                                                                          |
|                   | 23/I.                   | N. N.<br>l. 29<br>dtto     | Neurasthenia<br>gastroptosis                           | 0,116<br>0,185           | 0,489<br>0,476                   | W 1/2 godz. po wstrzyknięciu adrenaliny 1 cm. <sup>3</sup> . W 1/2 godz. po wstrzyknięciu 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny.                                 |
| 16                | 11/IV.                  | St. J.<br>l. 27            | Sclerosis multiplex<br>cerebri                         | 0,11                     | 0,124                            | W godz. po 150 g. dekstrozy. atrophia genital. Nigdy nie miesiączkowała. Po śniadaniu.                                                                   |
| 17                | klin. okul.             | M. K.<br>l. 58             | Synchysis scintillans<br>occul. sitidisque             | 0,112                    | 0,7365                           |                                                                                                                                                          |
| 18                | 115                     | T. B.<br>l. 46             | Insuff. pluriglandul.                                  | 0,164                    | 0,5355                           |                                                                                                                                                          |
| 19                | 282<br>4/II.<br>12/II.  | T. S.<br>l. 20<br>dtto     | Morbus Addisoni                                        | 0,052<br>0,103           | 0,702<br>0,6615                  |                                                                                                                                                          |
|                   | 7/II.                   | dtto                       |                                                        | 0,156                    | 0,5615                           | W 1/2 g. po 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny a 4 g. po podaniu 100 gr. dekstr. W 2 g. po podaniu 100 gr. dekstrozy + 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny          |
|                   | 162<br>19/XII           | H. K.<br>l. 38             | Status post<br>castrationem                            | 0,216                    | 0,5346                           | W g. po wstrzyknięciu adrenaliny + 100 gr. dekstrozy.                                                                                                    |
| 20                | 24/XII.                 |                            |                                                        | 0,36                     | 0,2825                           | W 2 g. po wstrzyknięciu adrenaliny + 100 gr. dekstrozy.                                                                                                  |
| 21                | 262                     | A. K.<br>l. 45             | Status post<br>castrationem                            | 0,132                    | 0,4280                           | W godz. po 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny + 100 gr. cukru.                                                                                                |
|                   |                         |                            |                                                        | 0,236                    | 0,4715                           | W 2 godz. po 1 cm. <sup>3</sup> adrenaliny + 100 gr. cukru.                                                                                              |

podczas zabiegu operacyjnego znaleziono w woreczku żółciowym dużą liczbę kamieni cholesterolowych. Co do tłumaczenia związku między cholesterynemą a kamieniami żółciowymi i żółtaczką zwrócono uwagę na związek, jaki zachodzi między wypadnięciem funkcji jajników a hyperplazją kory nadnerczy i cholesterynemą. W obszernej swej monografii o xantelasmata, które często spotykamy w żółtaczce, wykazał Chwostek, że główną rolę gra tutaj wątroba, a obok niej zaburzenia gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym, głównie jajników. Stwierdził on, że xantelasmata występują głównie u kobiet (70%), że składają się z cholesterolu, że zdarzają się w przewlekłych schorzeniach nerek i wątroby, że występują między 35 — 50 rokiem życia, a więc w okresie ustania funkcji jajników. Futsher widział wystąpienie xantelasmata równocześnie z torbielem jajnikowym; Addison opisuje przypadek xantelasmata u kobiety, u której w 35 roku ustała regularność i w dalszym ciągu rozwinęły się u niej xantelasmata. Chwostek przytacza przypadek Posnera, w którym u pewnej kobiety, u której podczas ciąży wystąpił silny swęd skóry, swęd ten po prostu znikł, a następnie w czasie każdej regularności się pojawiał; po 3-ach latach wystąpiła żółtaczka i powstały xantelasmata. Z powyższego widać, że związek między wątrobą, cholesterynemą a funkcją jajników jest bardzo prawdopodobny. Również częste występowanie kamieni żółciowych u kobiet wobec hypercholesterynemii stwierdzonej podczas ciąży przemawia za pewnym związkiem między funkcją jajnikową nadnerczy a wątrobą. Dowiedli tego, zdaniem moim, dostatecznie Bacmeister i Havers na suce ciężarnej, u której przyczyny cholesterynemii dopatrują się w niedomodze wątroby.

W cukrzycy oddawna stwierdzono dużą ilość tłuszczu w surowicy krwi. Pierwszy Fischer, a następnie Klemperer, Umber i Leo wykazali, że wprawdzie w lipemii cukrzyczej ilość tłuszczu zwykłego, dającego się zmydlić, jest wzmożona, że jednak obok tego znajdują się duże ilości lipidów, lecytyna, a głównie cholesterol—a zatem kombinacja lipemii z lipoidem. Skąd lipoidy te pochodzą, dotąd nie wytłumaczono. Klemperer mówi o wzmożonym rozpadzie—„mobilizacji“ lipidów celem budowy nowych komórek, gdyż, jak nowsze badania wykazały, każda komórka oddzielona jest od otoczenia fizjologicznie błoną protoplazmatyczną, złożoną z lipidów, przez którą wszystko, co do komórki przenika lub ją opuszcza, przejść musi. Błona

ta zatem stoi na straży przemiany materii w każdej komórce. Tutaj jeszcze wspomnę, że co do cukrzycy specjalnie W. Menychert uważa cholesterol za pochodzącą z pokarmów, a Noorden wyraża przypuszczenie, że lipoidemia jest może następstwem zahamowania wydzielania cholesterolu przez wątrobę. Ciekawe jest przypuszczenie Reichera, że aceton krążący we krwi, wylugowuje lipoidy i że jest to może środek ochronny przeciw acetonemii. W dalszym jednak ciągu przychodzi do połączenia acetonu z lipoidami i w ten sposób powstaje związek nadzwyczaj trujący dla centralnego układu nerwowego, narkotyki bowiem, a więc i aceton, działają tem silniej, im łatwiej rozpuszczają się w lipoidach. Dostatecznych jednak dowodów na to Reicher nie dostarczył. W każdym razie miałyby to znaczenie w wytłumaczeniu acetonurii, dość często występującej u ciężarnych, u których też stwierdza się dużą ilość cholesterolu. W naszych przypadkach cukrzycy (*diabetes mellitus*) znaleźliśmy zwiększoną nieco ilość cholesterolu, jednak nie tak znacznie, jak w tych stanach chorobnych, które powyżej omówiliśmy. W jednym przypadku (№ 13) ilość cholesterolu była mała, trzeba to jednak kłaść na karb podwyższenia ciepłoty, gdyż krew wzięto do badania przy ciepłocie 39°C., a w przypadku tym zapalenie płuc trwało już kilka dni. W jednym przypadku (10) liczba ta jest dość wysoka; przypadek ten należał do dość ciężkich postaci ze znaczną acidozą, i tu zwiększona ilość cholesterolu mogłaby przemawiać za wspomnianą powyżej teorią Reichera. W przypadku X oznaczyliśmy cholesterol przy dyecie mieszannej, a następnie po raz wtóry po kilku dniach diety jarzynowej i owsianej, a więc ubogiej w tłuszcz. Okazało się, że ilość cholesterolu była taka sama, a zatem nie jest zawisła od pokarmów. Jeżeli więc w ten sposób będziemy każdy przypadek cukrzycy rozbić krytycznie, to pojmemy, dlaczego Kawamura w nadnerczach chorych, zmarłych na cukrzycę, znajdował małe ilości cholesterolu; uwzględnić bowiem należy w badaniach i inne powikłania, np. zapalenie płuc, gruźlicę, wyniszczenie i t. d., które mogą w każdym przypadku cukrzycy pod koniec życia wystąpić. Zresztą w myśl moich przypuszczeń, które poniżej podam, stwierdzenie małej ilości cholesterolu w nadnerczach zmarłych na cukrzycę przemawiać może za pewnem wyczerpaniem się kory nadnercza w jej funkcji.

W przypadku XVI (stwardnienie rozsiane

mózgu) znaleźliśmy ilość cholesteroliny prawidłową, chociaż możnaby przypuścić, że tu z powodu zanikania substancji mózgowej, w której ilość lipidów jest dość duża, i rezerwacji lipidów z ognisk chorobnych, dojść może do nagromadzenia się ich we krwi. Dużą ilość cholesteroliny znaleźliśmy natomiast w przypadku XVII ze *synehisis scintillans*, gdzie w ciałku szklistym oka stwierdzono złoże cholesterolinowe — u kobiety 58-letniej, która kilka razy rodziła i znajdowała się już od 8-ku lat w okresie klimakterycznym. Również w przypadku z zaburzeniem wielu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznym znaleziono hypercholesterynemię (XVIII). Osoba ta, lat 46 licząca, nigdy nie miesiączkowała, a badanie ginekologiczne stwierdziło pewien niedorozwój części płciowych. Dużą zatem ilość cholesteroliny w tym przypadku można tłumaczyć hyperplazją kory nadnerczy, jak u kastratów (nasze przypadki XX i XXI), u których dochodzi do przerostu kory nadnerczy.

Badania Chauffarda i jego szkoły wykazały, że w ciąży mamy do czynienia ze wzmożoną ilością cholesteroliny, i to głównie w miesiącach końcowych ciąży. Neumann i Herrmann stwierdzili to samo (inną metodą) i wykazali, że wzmożona ilość cholesteroliny zależy od jej estrów, a nie od wolnej cholesteroliny.

U tych samych ciężarnych, o których w I-szej części zdawaliśmy sprawę, oznaczano we krwi, obok cukru, i cholesterolinę. O metodzie badania mówiliśmy wyżej.

Ilości cholesteroliny, spotykane u naszych ciężarnych, zgadzają się z liczbami, podanymi przez innych autorów. Ilość cholesteroliny nie jest zależną od ilości przebytych ciąży. A zatem wzmożenie cholesteroliny u ciężarnych jest przemijające. W ciąży powikłanej kiłą (VI i IX) stwierdzamy liczby wyższe — zgadza się to z badaniami Neumanna co do modyfikacji odczynu kilowego przy wykonaniu próby Wassermanna. Wiek ciężarnych również, zdaje się, nie wpływa na ilość cholesteroliny we krwi. U młodszych osobników spotykamy często, choć nie stale, liczby wyższe, niż u starszych.

Wszyscy badacze dotąd stwierdzali zgodnie, że w pewien czas po porodzie ilość cholesteroliny we krwi wraca do normy. W przypadku 2 u osoby 27-letniej w czasie ostrego zapalenia nerek w 6 miesięcy po porodzie stwierdziliśmy bardzo wysoką ilość cholesteroliny. Ponieważ w ostrym zapaleniu nerek ilość cholesteroliny zwykle nie jest powiększona, skłonni jesteśmy przypuścić, że zwiększenie ilości cholesteroliny zależało od

tęgo, iż chora na 2 dni przed badaniem przestała karmić. U tej samej chorej w moczu wystąpił cukier o charakterze cukru mlecznego. Zarówno cukromocz, jak i cholesterolinemia, w danym przypadku mogą przemawiać za pewną niedomogą wydzielniczą wątroby. Zwraca też uwagę mała ilość cukru we krwi pomimo cukromoczu; będzie to zarazem dowodem dla naszego zapatrywania na znaczenie lipidów w przemianie węglowodanów, które poniżej postaramy się udowodnić.

W tablicy II-giej mamy zestawione ilości cukru i cholesteroliny we krwi u tych samych ciężarnych przed i po wstrzyknięciu adrenaliny. Przypominam, że krew brano zawsze w 2 godziny po wstrzyknięciu. Widzimy, że po wstrzyknięciu adrenaliny ilość cholesteroliny znacznie się zmniejsza prawie we wszystkich przypadkach, choć w niektórych nieznacznie, a równocześnie z tem zwiększa się ilość cukru we krwi.

Fakt ten, stwierdzony przez nas u kilkunastu ciężarnych, staje po części w sprzeczności z tem, co niektórzy dotąd twierdzili, odnosząc np. zmiany miażdżycowe w tętnicach do wzmożonej ilości cholesteroliny w krwi w następstwie hyperadrenalinemii. Już Wacker i Hueck zwrócili na to uwagę, że inne zmiany w tętnicach wywołuje hyperadrenalinemia wskutek przewlekłego wstrzykiwania adrenaliny, inne zaś czysta hypercholesterynemia, wywołana podawaniem przez czas dłuższy cholesteroliny. Nowsze badania Lemoine'a i Gérarda, Aschoffa, Windausa, Chauffarda, Hornowskiego wykazały, że w miażdżycy główną rolę odgrywa hypercholesterynemia a nie hyperadrenalinemia; twierdzenie zatem dawnych autorów, że hyperadrenalinemia pociąga za sobą hypercholesterynemię w świetle nowych badań inaczej się przedstawia. Grają tutaj zapewne rolę i inne czynniki. Stwierdzono, że zwierzęta mięsożerne inaczej się zachowują, niż roślinożerne; zdaniem naszym, adrenalina, wprowadzona do ustroju, w którym już hypercholesterynemię zastaje, inaczej na zachowanie się cholesteroliny wpływa a inaczej, gdy ilość jej jest mała lub prawidłowa. Mamy pewne doświadczenia w tym kierunku, które wymagają jeszcze pogłębienia i skontrolowania. Na razie tutaj stwierdzamy fakt, że w pierwszych 2 godzinach po wstrzyknięciu adrenaliny ciężarnym — cholesterolina we krwi się zmniejsza.

W tłumaczeniu sprawy hypercholesterynemii zwrócili uwagę Neumann i Herrmann, że zależna ona jest od zmienionej funkcji jaj-



ników. Wykazali oni, że po kastracyi ilość cholesteryny we krwi się zwiększa. Potwierdzenie tego znaleźć można w przypadkach kastracyi XX i XXI. Stwierdzono nawet, że podczas każdej regularności występują wahania w ilości cholesteryny we krwi. Stąd doszli Neumann i Hermann, Chwostek, Klinkert do wniosku, że powodem hypercholesterynemii ciężarnych jest zaburzenie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i głównie jajników. Co do zmian w gruczołach z wydzielaniem wewnętrznem wiemy, że podczas ciąży powiększa się przysadka i gruczoł tarczowy. Przez wstrzykiwanie wyciągu z tych narządów chcieliśmy się przekonać, czy one nie mają jakiego wpływu na cholesterynę. Okazało się, że po wstrzyknięciu wyciągu z części gruczołowej przysadki (Tab. II № 18 i 19) zwiększenia cholesteryny nie otrzymujemy, owszem, nieznaczne zmniejszenie się jej we krwi. Po wstrzyknięciu wyciągu gruczołu tarczowego (20, 21, 22 i 23) widzimy objawy kliniczne, podobne częściowo do działania adrenaliny: drżenie rąk, przyspieszenie tętna, Graefe, czasem podwyżka temperatury—objawy już poprzednio przez innych spostrzegane. Ważne jest, zdaniem mojem, że mimo zwiększenia się znacznego cukru we krwi, wybitniejszego jeszcze po wstrzyknięciu *thyreoidyny* z równoczesnem podaniem 100 gr. dekstrozy, cukier w moczu (20 i 22) wcale nie wystąpił, lub (21 i 23) w bardzo małej ilości. Świadczy to może o hamującym działaniu wyciągów gruczołu tarczowego na przybłonki wydzielnicze nerek. Co do działania *thyreoidyny* na cholesterynę we krwi, to dzia-

łanie to nie jest we wszystkich przypadkach takie samo, w każdym razie działanie to jest nieznaczne, a przeważnie wyraża się w zwiększeniu ilości cholesteryny. Może będzie różnica w zachowaniu się cholesteryny po wstrzyknięciu *thyreoidyny* samej a wstrzykniętej równocześnie z podaniem 100 gr. dekstrozy.

W łączności z temi doświadczeniami zasługuje na szczegółowe omówienie jeden przypadek, ze względu na zachowanie się co do cholesteryny. Chory, lat 20 liczący, z objawami choroby Addisona, u którego mieliśmy sposobność 3 razy oznaczyć cholesterynę we krwi wraz z cukrem i to raz naczczo, a następnie w  $\frac{1}{2}$  i w 2 godziny po wstrzyknięciu adrenaliny i podaniu cukru. Naczczo stwierdzamy hypoglykemię łącznie z hypercholesterynemią, która zmniejsza się po wstrzyknięciu adrenaliny. Chory ten wykazywał pewne wzmoczenie toleracyi na cukry, co Eppinger, Rudinger i Falta i inni wykazali doświadczalnie i klinicznie dla stanów hypoadrenalinemii. Cukromocz u niego wystąpił dopiero po podaniu cukru wraz z adrenaliną. Nie bez znaczenia jest tu fakt, że przy hypoglykemii w łączności z prawdopodobną hypoadrenalinemią stwierdzamy wzmoczoną ilość cholesteryny we krwi. Tu nasuwa się analogia do ciężarnych, u których również stwierdzamy hypoglykemię i hypercholesterynemią i zmniejszenie się ostatniej po wstrzyknięciu adrenaliny z równoczesnem wystąpieniem hyperglykemii.

(Dok. n.).

## Wiadomości bieżące.

— Epidemiczne szerzenie się chorób zakaźnych w Warszawie i z pomiędzy nich szczególnie czerwonki i duru brzuszego nakazuje poza obowiązkiem energicznej popularyzacji zasad profilaktyki oraz poza zdwojonym dozorem nad sprzedażą produktów spożywczych, również pilną rewizję urzędzeń miejskich wodociągowych. Słuszne zaniepokojenie społeczeństwa powinno doprowadzić do peryodycznego ogłaszania zarzuconych odniedawna sprawozdań z wyników badania wody oraz zwłaszcza z rewizji filtrów miejskich, których czynność w ostatnim czasie podlegała niejednokrotnie żywej krytyce.

Nie wspominamy już nawet dzisiaj, przy tej

sposobności, o brakach aprowizacyi kraju, jako głównej podstawie zastraszającego szerzenia się chorób...

— Od 1 czerwca do połowy ubiegłego miesiąca odbywały się specjalne wykłady dla lekarzy—przyszłych urzędników Państwa Polskiego. Wykłady te zostały zorganizowane przez Departament Spraw Wewnętrznych Rady Stanu, w porozumieniu z Zarządem cywilnym Władz okupacyjnych; kierownikiem kursów był referent lekarski w Wydziale Zdrowia publicznego dr W. Chodźko; wykłady prowadzili: dr Paszkiewicz (dyagnostyka anatomopatologiczna i medycyna sądowa), dr Serkowski (higiena i bakteriologia),

dr Radziwiłłowicz (psychiatrya sądowa), dr J. Brunner (odkazywanie), prof. Braun (woda i zanieczyszczanie wód), prof. Mazurkiewicz (kontrola aptek), dr Keintoch (epidemiologia), dr Holtzmann (higiena rzemiosł), dr Chodźko (polskie prawodawstwo sanitarne), dr Gepner (walka ze ślepotą), dr Dębiński (walka z gruźlicą), dr Wernic (walka z nierządem) i dr Szenajch (walka ze śmiertelnością niemowląt).

W dniu 1 września odbył się uroczysty akt zakończenia wykładów i rozdania świadectw. Z ogólnej liczby 50 słuchaczy przystąpiło do egzaminów i uzyskało świadectwa 40; z pomiędzy nich otrzymali posady w okupacji niemieckiej:

a) Lekarzy sądowych: dr Wiktor Grzywo-Dąbrowski w Warszawie i dr Stanisław Tubiasz w Łodzi.

b) Lekarzy powiatowych: Kazimierz Bacia (w Łowiczu), Adolf Czajkowski (w Kaliszu), Jan Dłutek (w Grójcu), Arkadiusz Fórtekiewicz (w Płocku), Adam Fryszberg (w Garwolinie), Gustaw Furs (w Nieszawie), Jerzy Gliński (w Warszawie), Stanisław Honowski (w Koninie), Franciszek Jarniński (w pow. warszawskim), Józef Judt (w Łukowie), Bronisław Knichowiecki (w pow. łódzkim), Stanisław Kolski (w Wieluniu), Franciszek Konopacki (w pow. warszawskim), Tomasz Kropiwnicki (w Sokołowie), Edward Ostaniewicz (w Łasku), Tadeusz Pawłowski (w Sieradzu), Zygmunt Rozen (w Szczuczynie), Stefan Sałaciński (pow. błoński), Stanisław Skalski (Łódź), Jan Surawski (Pułtusk), Wacław Szajkowski (Ostrołęka), Józef Szelest

(Włocławek), Maurycy Weyland (Brzeziny), Żegota-Gluckstein Antoni (Siedlce) i Stanisław Żółkowski (Łęczyca).

Prócz tego z poza grona słuchaczy kursów wyznaczeni zostali na stanowiska lekarzy powiatowych: Eugeniusz Braun (w Ciechanowie), Stefan Cybulski (w Mazowiecku), Władysław Czerwiński (w Sochaczewie), Zygmunt Janiszewski (w Węgrowie), Józef Kawiecki (w Mławie), Feliks Kołakowski (w Ostrowiu), Andrzej Krysiński (w Kutnie), Klemens Łazarowicz (w Częstochowie), Wiktor Łabęcki (w Skierniewicach), Leon Łączyński (w Turku), Juliusz Maleciński (w Mińsku Mazowieckim), Hipolit Olszewski (w Rawie), Bolesław Salak (w Płońsku), Władysław Wierzbowski (w Będzinie), Antoni Więckowski (w Przasnyszu), Marek Zaleski (w Sierpcu), Józefat Zalewski (w Łomży) i Jan Zaorski (w Kole).

Po porozumieniu z władzami w Lublinie będą również obsadzone miejsca lekarzy powiatowych w okupacji austriackiej, gdzie już i dziś stanowiska te zajmują przeważnie polacy z Galicyi.

#### N A D E S Ł A N O.

- 1) Podręcznik do oceny dobroci leków w opracowaniu Bronisława Koskowskiego przy współprac. Władysława Kamelskiego. Warszawa. 1917.
- 2) Pamiętnik Kliniczny Szpitala Dziec. Jezus. Zesz. I. Z 19 rys. i 4 portretami w tekście. Warszawa. 1917.

#### TREŚĆ NUMERU.

| Str.                                                                                                                                           | Str. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ludwik Zembrzowski. Przypadek uporczywej przetoki ślinnej, wyleczony zapomocą wyrwania nerwu usznokroniowego (n. auriculotemporalis) . . . . . | 409  |
| I. Sohn. Cukromocz a cholesterynemia ciężarnych (c. d.) . . . . .                                                                              | 411  |
| Wiadomości bieżące. . . . .                                                                                                                    | 415  |

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

Adres Redakcyi: Żórawia 22. — Adres Administracyi: 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.

# Wydawnictwa Gazety Lekarskiej.

1. **Farmakologia**, przekład dzieła profesorów *Nothnagel'a i Rosenbach'a* Cena m. 15.
2. **Choroby serca**, przez *Oskara Widmana*. Dzieło oryginalne, opatrzone licznymi drzeworytami w tekście. Cena m. 7.50.
3. **Księga Pamiątkowa**, wspólnymi siłami spisana, najzacniejszemu Mistrzowi Profesorowi Doktorowi Medycyny Henrykowi Hoyerowi, dwudziestopięcioletnią rocznicę mozołnej, a użytecznej pracy obchodzącemu, w ofierze złożona przez wdzięcznych uczniów i przyjaciół Jego, współwłaścicieli Gazety Lekarskiej. Warszawa 1884 r. (wyczerpane).
4. **Psychiatria**, przez D-ra *Rothego*. Dzieło oryginalne. Cena m. 4.50.
5. **Grzybki chorobotwórcze**, napisał D-r *Maryan Jakowski*. Dzieło oryginalne z 7 tablicami litografowanymi i 11 drzeworytami (wyczerpane).
6. **Terapia ogólna**, ze szczególnem uwzględnieniem chorób wewnętrznych. Odczyty prof. *E. A. Hoffman'a* (wyczerp.).
7. **Nauka o chorobach narządów trawienia**, przez D-ra *Mikołaja Rajchmana*. Cena m. 2.50.
8. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**. Dzieło oryginalne przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie (wyczerp.).
9. **Dyagnostyka chirurgiczna**. Dzieło oryginalne przez *Romana Jasińskiego*. Cena m. 7.50. Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena m. 3.75.
10. **Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych**, przez D-ra *Władysława Biegańskiego*, lekarza szpitala N. M. P. w Częstochowie i „**Choroby górnego odcinka dróg oddechowych**“ przez D-ra *Alfreda Sokołowskiego* ordynatora szpitala Sw. Ducho w Warszawie. Wydanie trzecie, opatrzone drzeworytami w tekście, ponownie przez autorów opracowane. Cena m. 12.50, z przesyłką m. 13.75. Dla prenumeratorów Gaz. Lek. cena zniżona na m. 6.25.
11. **Histeria — Gilles de la Tourette** — w opracowaniu *A. Puławskiego*. Cena m. 6.75.
12. **Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych** *Wł. Biegańskiego*. Tom pierwszy. Cena m. 10. Tom drugi. Cena m. 11.25 Dla prenumeratorów Gazety Lekarskiej cena dwóch tomów m. 12.50.
13. **Wykład chorób dróg oddechowych** przez D-ra *A. Sokołowskiego*.  
I. **Choroby tchawicy i oskrzeli** (z 3-ma rysunkami w tekście). Cena m. 6.  
II. **Choroby płuc**. Cena m. 7.50.  
III. Cz. 1. **Choroby opłucnej i śródpiersia**. Cz. 2. **Suchoty płucne**. Cena m. 12.50.
14. **Dyagnostyka anatomo-patologiczna** przez D-ra *Zdz. Dmochowskiego*, prosektora Uniwers. Warsz.  
Cz. I. **Klatka piersiowa**. Cena m. 7.50, na papierze kredowanym m. 10.
15. **Podręcznik położnictwa dla lekarzy i studentów** — *G. Vogel'a* w tłumaczeniu polskim *Zweigbauma i Popiela*, z 214 rysunkami w tekście. Cena m. 10.
16. **Metody badania i miejscowego leczenia chorób krtani** przez D-ra *T. Herynga*, z 137 rysunkami w tekście i 3-ma tablicami. Cena m. 10.
17. **Pisma z dziedziny nauk lekarskich** przez D-ra med. *H. Nusbauma*, z rysunkami w tekście. Cena 6.25.
18. **Przepisy higieniczne w chorobach zakaźnych**. Przekład odczytu prof. *A. Dieudonné'go*. Cena m. 1.50.
19. **W sprawie organizacji ogólnej Uniwersytetu, a Wydziału Lekarskiego w szczególności** przez *Józefa Brudzińskiego*. Cena m. 2.
20. **Wskazówki do preparowania anatomicznego narządów wewnętrznych** przez prof. *Edwarda Lotha*.  
I. **Krtani** (z 3 rysunkami w tekście). Cena m. 1.  
II. **Trzewa klatki piersiowej** (z 14 rysunkami w tekście). Cena m. 2.
21. **O wpływie hamującym niektórych środków chemicznych na rozwój laseczników gruczolanych na podłożu sztucznym** przez *Leona Karwackiego i Stanisława Bierackiego*. Cena m. 2.
22. **Zimnica i komary malaryczne u nas** przez *Tadeusza Korzona*. Cena m. 2.25.

**Dr J. BORZYMOWSKI.**

# Zarys Chirurgii Praktycznej

dla lekarzy i studentów.

ZESZYT 1.

**Skład u autora (Chmielna № 62).**

**Cena m. 2.50.**

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“.

# 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. Anafilaksja. I. Określenie anafilaksji. Anafilaksja doświadczalna. II. Zjawiska kliniczne anafilaksji. Teoria anafilaksji.
- № 10. Ludwik Zembruski. O znieczulaniu ogólnem i miejscowem u dzieci.

**Cena zeszytu pojedynczego m. 1.**

**Cena seryi składającej się z 12 zeszytów m. 10.**

Nabywać można w Administracji Gazety Lekarskiej i we wszystkich księgarniach.

Skład główny w księgarni GEBETHNERA I WOLFFA.