

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYZYNEK DO SPRAWY POWSTAWANIA BARWNIKA W NASKÓRKU CZŁOWIEKA ¹⁾).

Podał

D-r Jakób Halpern

Barwnik naskórka i tworów z niego powstałych jest według zdania KODIS'a ²⁾, JARISCH'a ³⁾ i innych autorów wynikiem metabolicznej czynności komórek samego naskórka, według RIEHL'a ⁴⁾, EHLMANN'a ⁵⁾, AEBE'go ⁶⁾, KARG'a ⁷⁾ zostaje on przeniesionym w naskórek przez barwnikowe rozgałęzione komórki. KOELLIKER ⁸⁾, KAPOSI ⁹⁾, CASPARY ¹⁰⁾ dopuszczają oba wymienione sposoby powstawania barwnika w naskórku.

Większość autorów [KOELLIKER ¹¹⁾ KERBERT ¹²⁾ i inni] uważają barwnikowe komórki, znajdujące się w *cutis*, za komórki wędrujące. Według RIEHL'a i KARG'a wędrują one aż na granicę między *cutis* i *epidermis*; tu przybywszy, rozpościerają swe rozgałęzienia między komórkami tej ostatniej, z których to rozgałęzień barwnik przechodzi w komórki naskórka. KOELLIKER przypuszcza wrastanie tych rozgałęzień w komórki naskórka. Według ogólnikowo wypowiedzianego zdania AEBE'go, barwnikowe rozgałęzione komórki dostarczają naskórkowi nie tylko barwnika, lecz i wogóle materjału odżywczego. EHLMANN uważa barwnikowe komórki, znajdujące się w *cutis*, nie za wędrujące, lecz za stałe komórki pozostające na swem miejscu; zdaniem jego, tworzą one za pomocą swych rozgałęzień

¹⁾ Rysunki i obszerniejszy opis tejże pracy znajdzie czytelnik w Arch. f. Derm. u. Syph. r. b.

²⁾ Arch. f. Anat. u. Phys. 1889.

³⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. 1891 i Internat. Congr. zu Berlin. 1890.

⁴⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. 1884. — Wien. med. Jahrb. 1884 i Zeitschr. f. klin. Med. 1886,

⁵⁾ Allg. Wien. med. Ztg. 1884. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1886 u. 86 i Intern. Congr. zu Berlin. 1890 r..

⁶⁾ Centralbl. f. die med. Wissensch. 1885.

⁷⁾ Anat. Anzeig. 1887. — Arch. f. Anat. u. Phys. 1889.

⁸⁾ Anat. Anzeig. 1887. — Ztschr. f. Wiss. Zool. 1887 i podręcznik. 1889.

⁹⁾ Intern. Congr. zu Berlin. 1890. — Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.

¹⁰⁾ Arch. f. Derm. u. Syph. 1891.

¹¹⁾ Würzb. naturh. Zeitschr. 1860.

¹²⁾ Arch. f. mikr. Anat. 1877.

sieć, z której barwnik wędruje w komórki naskórka przez czasowe połączenia z nią tych ostatnich.

Moje badania dotyczą się zdrowej skóry murzyna i licznych przypadków zdrowej, oraz patologicznej barwnikowej skóry białych osobników. Przy badaniu skóry murzyna okazało się, co następuje: w *cutis* znajdują się liczne komórki barwnikowe [chromatofory, podług EHRMANN'a]; idąc od głębszych warstw ku powierzchni, napotyka się pierwsze takie komórki, mniej więcej zaczynając od gruczołów tłuszczowych. Te pierwsze komórki barwnikowe znajdują się w niewielkiej liczbie, zwykle w bliskości naczyń krwionośnych, lecz i w innych miejscach. W protoplazmie ich znajdujemy tylko pojedyncze, bardzo drobne, złocisto-żółtawe ziarnka barwnika. Czem bliżej ku powierzchni, tem większą staje się liczba komórek barwnikowych, tem liczniejszymi, większymi i dlatego ciemniejszymi ziarnka barwnika w nich, większymi także wydają się i same komórki; lecz nawet w powierzchniowych warstwach *cutis* napotyka się tu i owdzie komórki z mniej licznymi ziarnkami barwnika. W najpowierzchniowych warstwach, mianowicie w *stratum subpapillare* i w brodawkach komórki barwnikowe znajdują się bardzo licznie, niekiedy wzdłuż lub wokoło naczyń krwionośnych zebrane, niekiedy nieprawidłowo rozsiane w tkance, to grupami, to pojedynczo. Barwnik w nich jest obfitym [tak, iż często czyni niewidzialnem jądro komórki], zwykle gruboziarnistym, ciemno-żółtawego lub brunatno-czerwonego koloru; niekiedy znaleźć można między ziarnkami barwnika okrągły kawałek barwnika wielkości prawie czerwonego ciałka krwi. Komórki barwnikowe tak głębszych jak i powierzchniowych warstw *cutis* przedstawiają się różnej wielkości, wrzecionowatemi lub więcej okrągłemi, rozgałęzionemi, czasami z dość długimi cienkimi i niekiedy anastomozującymi wyrostkami; jądro — zawsze bez barwnika — jest podługowatym lub więcej owalnym. Swobodnie leżącego ziarnistego barwnika w *cutis* nigdzie nie ma. Tam, gdzie taki zdaje się znajdować, nie można nigdy wykluczyć odciętej części ciała lub wyrostka komórki barwnikowej, gdyż barwnik znajduje się w takich razach w rzędach lub kupkach, jakby w częściach protoplazmy komórki. Nigdzie nie widać w *cutis* zatkanych naczyń lub wylewów krwi, któreby dawały jakąkolwiek wskazówkę co do tworzenia się zawartego w komórkach barwnika z czerwonych ciałek krwi. W bliskości podstawowej warstwy naskórka znajdują się miejscami liczne lub pojedyncze komórki, zawierające obficie barwnik, rozpościerające jedno lub kilka wypustek między komórkami naskórka. Podczas gdy komórki barwnikowe i w średnich warstwach *cutis*, jakoteż i w wyższych, w *stratum subpapillare* i brodawkach prawie się nie różnią od komórek tkanki łącznej, to komórki barwnikowe najwyższych warstw, znajdujące się pod naskórkiem, mają wygląd cokolwiek odmienny: przedstawiają się one więcej protoplazmatycznymi, z grubemi długimi wypustkami i z powodu obfitego i równomiernie rozdzielonego barwnika w ich protoplazmie są bardzo wydadne. Często te komórki mają wygląd pająkowaty, albo też przylegają [w skrawkach prostopadłych do powierzchni skóry] w postaci parasoli do komórek warstwy podstawowej naskórka: jądro pośrodku, a z obu stron jego długie, przenikające w naskórek wypustki. Oprócz tego widać tu takie barwnikowe komórki, które, zupełnie przylegając do komórek warstwy podstawowej naskórka,

rozpościerają grube i cienkie wypustki na kształt pseudopodij daleko w naskórek [czasami do 4 — 5 warstwy komórek MALPIGHI'ego]. Wyrůstki one mają wyraźne kontury i rozmaite postacie: to krótkie, grube z zaokrąglonemi końcami, to wyraźnie paciorkowate; długość ich może przewyższać długość odpowiedniej komórki 10 — 15 razy. Ciało komórki, przylegające do podstawowej warstwy naskórka, często jest znacznie zmniejszonym, lecz poznać te komórki łatwo, nie bacząc nawet na związek z wypustkami i na płasko przylegające do podstawowej warstwy nieco podługowatych jąder, [które są zawsze mniejszemi od jądra komórek naskórka], już dlatego, że jądra ich bardzo silnie się barwią. W innych miejscach widać między komórkami naskórka gęstą sieć, utworzoną z rozgałęzień, a ciało komórki barwnikowej między komórkami podstawowej warstwy, lub między 1 a 2 rzędem komórek warstw MALPIGHI'ego. Rozgałęzienia są tu cienkie; krótkie, grube widać rzadko; oddzielne wypustki przenikają daleko do warstw MALPIGHI'ego, czasem kończą się kolbowatym, guzikowatym wzdęciem [zwykle w głębszych warstwach *strat. M.*], czasem ostrymi końcami [zwykle w wyższych warstwach *strat. M.*].

W niektórych miejscach sieci, utworzone z rozgałęzień dokoła grup komórek naskórkowych, stają się niejasnemi, przerywanemi: rozgałęzienia są miejscami cienkie jak nici, ich końce ostre i bez wyraźnych konturów lub jakby nieprawidłowo oberwane; na wyobrażonem przedłużeniu rozgałęzień okazują się w odstępach międzykomórkowych miejscami ziarnka barwnika, przyczem nie udaje się zauważyć równych konturów protoplazmy, która by je zawierała; tu i owdzie widać kawałki rozgałęzień, które na wyobrażonem przedłużeniu swoim przedstawiają tylko co opisane zjawiska. Gdzie tylko zjawiają się takienne wyraźne sieci, tam zauważyć się daje miejscami silna pigmentacja komórek *strat. Malpighii*, i przytem zwykle w tych miejscach, gdzie w przestworach międzykomórkowych żadnych rozgałęzień nie ma, przyczem w komórkach naskórka często łatwo rozpoznać, oprócz ziarenek barwnika w postaci najdrobniejszego pyłu, które znaleźć można i w komórkach naskórkowych mniej silnie barwnikowanych, także pojedyncze lub liczne grube ziarnka barwnika. Wielu autorów zwraca uwagę na to, że barwnik w komórkach naskórkowych zebrany jest przeważnie na dystalnym biegunie komórek w postaci tak zwanej „czapeczki“, co S. DE JAGER ¹⁾ objaśnia wpływem słońca. Otóż, niekiedy, ale bardzo rzadko, udaje się widzieć bezpośrednio zakończenie rozgałęzień w owych czapeczkach. Raz udało mi się widzieć komórkę, należącą do podstawowej warstwy naskórka, mającą na dystalnym biegunie swoim zaokrągloną, protoplazmatyczną, silnie barwnikową wypustkę, przyczem tuż obok tej wypustki znajdował się jeszcze kawałeczek rozgałęzienia barwnikowej komórki z *cutis*; drugi raz zaś w pobliżu takiej wypustki komórki naskórkowej w przestrzeni międzykomórkowej nie było ani rozgałęzienia barwnikowej komórki z *cutis*, ani wogóle żadnego śladu barwnika.

Miejscami widać silną pigmentację podstawowych komórek *strat. Malpighii*, czasami w takich miejscach można jeszcze rozpoznać między komórkami naskór-

¹⁾ VIRCH. Arch. 1885.

ka komórki barwnikowe, pochodzące z *cutis*, mające tu postać buławy lub sierpa, niekiedy umieszczone z boku lub nad dystalnym biegunem naskórkowych komórek, tak, iż często mogą one być mylnie przyjęte za owe „czapeczki“. W tych miejscach, gdzie w naskórku na pewnej przestrzeni widać dość liczne takie pochodzące z *cutis* komórki barwnikowe, lub gdzie na pewnej przestrzeni dość liczne podstawowe komórki naskórka są silnie pigmentowane, bardzo często się zdarza, że w najpowierzchniejszej warstwie *cutis* nie widać wcale komórek barwnikowych, które tak często pod warstwą podstawową naskórka się znajdują. Pigmentowane komórki o postaci sierpa nie mają zwykle żadnych większych rozgałęzień, przytem wielkość ich jest często znacznie zredukowaną w porównaniu z wielkością barwnikowych komórek w *cutis*. Niektóre komórki o postaci sierpa mają niewyraźne kontury, i niezawsze udaje się zauważyć granicę między taką komórką barwnikową a leżącą pod nią komórką naskórka, przyczem wpada w oczy, że w tej ostatniej znajduje się obfity barwnik, i to często w postaci wyraźnych grubych ziarn. Nad niektórymi komórkami warstwy podstawowej, czasami nad kilkoma, znajdują się ciemne masy barwnika bez jądra, które to masy od strony powierzchni skóry posiadają jeszcze wyraźną granicę, gdy tymczasem niezawsze można je odgraniczyć od leżących pod nimi komórek warstwy podstawowej, i które zarysami swoimi jeszcze przypominają komórki barwnikowe o postaci sierpa.

Oprócz tego widać komórki warstwy podstawowej, których biegun dystalny przedstawia się jako ciało okrągłe, napełnione masą gruboziarnistego barwnika, inne znowu komórki warstwy podstawowej odznaczają się większymi rozmiarami, szczególnie zaś nieraz znaczną wysokością, od sąsiednich mniej od nich pigmentowanych komórek podstawowych. W komórkach *strat. Malpighii* nie tak silnie pigmentowanych, barwnik przedstawia się drobnoziarnistym, co zwykle zauważyć się daje w znacznej większości komórek wyższych warstw *strati Malpighii* [gdzie też i barwnika w komórkach czem wyżej, tem więcej ubywa], lecz tu i owdzie w komórkach podstawowych. Taki drobnoziarnisty barwnik jest zwykle najwięcej skupionym na dystalnym biegunie komórki, w dość znacznej ilości także w około jądra, mniej w innych częściach protoplazmy.

We wszystkich warstwach *strat. Malpighii* można napotkać pochodzące z *cutis* komórki barwnikowe, rzucające się w oczy już swoim gruboziarnistym barwnikiem, lecz ilość ich w wyższych warstwach *str. M.* jest jeszcze mniejszą niż ilość tych, które znajdują się w najgłębszej warstwie *str. M.* jako ciała w postaci sierpa i t. d.. Znajdujące się w wyższych warstwach *str. M.* pigmentowane komórki z *cutis* nie mają żadnych rozgałęzień, często widać w nich jądra, lecz często przedstawiają się tylko jako gruboziarniste masy barwnika, gdyż jądro łatwo może być z powodu obfitości barwnika niewidzialnem; tu i ówdzie znajdują się w średnich i wyższych warstwach *str. M.* barwnikowe komórki, mające rozgałęzioną formę, lecz nie mają one owych gładkich, protoplazmatycznych konturów, jak komórki na granicy naskórka, lecz w konturach ich występują grube ziarna barwnika, które, być może, są jeszcze grubsze, niż w komórkach znajdujących się w *cutis*.

W warstwie rogowej (*stratum corneum*) barwnik znajduje się także w dosyć znacznej ilości, zawsze w postaci ziarn drobnych i grubszych.

W pigmentowanej, zdrowej, jakoteż i patologicznej skórze białych osobników istnieją też same stosunki, co w skórze murzyna, tylko mniej wybitnie wyrażone. I tu wszędzie znajdują się w *cutis* barwnikowe rozgałęzione komórki, które można napotkać, już zaczynając od gruczołów tłuszczowych, czasami i głębiej. W głębszych warstwach znajdują się one zwykle w mniejszej, w wyższych w większej ilości, lecz daleko mniej licznie, niż w skórze murzyna. Czasem znajdują się one szczególnie w bliskości naczyń krwionośnych, lub często i w innych miejscach, to pojedynczo, to grupami. Ziarnka barwnika w nich są znacznie mniej liczne, niż w skórze murzyna, barwa ich zwykle jasno-żółta. W niektórych pigmentowanych komórkach wyższych warstw znajduje się między ziarnkami barwnika okrągły kawałek tegoż, wielkości mniej więcej czerwonego ciałka krwi, także jasno-żółtej barwy. W pigmentacjach patologicznych, np. w znamionach (*naevus*), barwnik znajduje się w większej ilości i w postaci grubych ziarn, w innych przypadkach jest on po większej części drobnoziarnistym, albo przynajmniej nie udaje się zauważyć tak rażącej różnicy między ziarnkami barwnika, jak u murzyna. Jądro barwnikowych komórek jest i tu cokolwiek podługowatym, lub więcej owalnym, zawsze pozbawionem barwnika. Swobodnego ziarnistego barwnika nigdy się nie napotyka. W bliskości podstawowej warstwy naskórka można zauważyć odróżniające się znowu swemi mocno zabarwionemi jądrami, znane już z powyższego opisu, odznaczające się protoplazmatycznymi rozgałęzieniami komórki barwnikowe, jakoteż znane przypominające pająki i parasole formy, i takie, które, zupełnie przylegając do komórek podstawowych, rozpościerają grube i cienkie wypustki aż do 3—4 warstwy komórek *strat. Malpighii*, i takie, które w części już przenikły między komórki podstawowe. Rozgałęzienia tych ostatnich komórek barwnikowych zachowują się zupełnie tak, jak w skórze murzyna, tylko łatwo zrozumieć, że rozgałęzienia te, a szczególnie zmiany ich nie tak często udaje się spostrzegać, bo z jednej strony niezawsze znajduje się w rozgałęzionych komórkach dostateczna ilość barwnika [czasem zaledwie od 1—2 ziarenek, a czasem nawet widocznie wcale barwnika w nich nie ma], z drugiej strony same rozgałęzione komórki zwykle, chociaż wcale nie zawsze, są znacznie drobniejsze, niż w skórze murzyna. Wprawdzie zdarza się napotykać miejsca, gdzie na pewnej przestrzeni pod podstawową warstwą naskórka nie widać wcale rozgałęzionych komórek, co dotychczas zastanawiało autorów, lecz mojem zdaniem, nie ma w tem nic osobliwego; już wspomniałem, że i u murzyna napotykamy silnie pigmentowane komórki naskórka na pewnej przestrzeni jedne obok drugich, przyczem pod podstawową warstwą nie widać barwnikowych rozgałęzionych komórek; z jednej strony w sprawie pigmentacji istnieją przerwy, o których w takich miejscach trzeba myśleć, z drugiej strony rolę odgrywa niezawodnie przypadek. Łatwo daje się zauważyć znane „czapeczki“, niekiedy także barwnikowe komórki o postaci buławy i sierpa, których rozmaite stosunki do komórek naskórka przedstawiają się i tu, jakkolwiek znacznie rzadziej, tak samo, jak u murzyna. Ale często udaje się widzieć, że mająca silnie pigmentowaną „czapeczkę“, komórka podstawowa znacznie przewyższa sąsiednie komórki, jest znacznie powię-

kszoną. Na pigmentowanej *linea alba* udało mi się zauważyć bezpośrednio zakończenie rozgałęzienia barwnikowej komórki w silnie pigmentowanej „czapeczce”. W średnich i wyższych warstwach *str. M.* napotykały czasami, szczególnie w mocno pigmentowanej skórze, rozgałęzione komórki barwnikowe, jakoteż małe kępki barwnika, czasami zawierające jądro. Ciekawem jest, że w pewnych miejscach komórki naskórka wcale nie zawierają barwnika, gdy tymczasem w innych miejscach komórki naskórka, szczególnie podstawowe, są mocno pigmentowane, a w wyższych warstwach *retis* tu i ówdzie znajduje się rozgałęziona komórka barwnikowa, co też zupełnie zgadza się z tem, że komórki barwnikowe rozproszone są na granicy naskórka zupełnie nieprawidłowo. W różnych warstwach *retis* napotykały między komórkami naskórka [najlepiej w pigmentowanej skórze ciężarnych i w patologicznie pigmentowanej skórze] tu i ówdzie niepigmentowane komórki z mocno zabarwionymi jądrami [w porównaniu z jądrami komórek naskórka], i czasami przedstawiają one cienkie, rzadko grubsze rozgałęzienia; czasami wyglądają one jak ciała nieprawidłowej formy, niekiedy przypominając rozgałęzione komórki barwnikowe, napotykały w samym naskórku. W wyższych warstwach *retis* w komórkach naskórkowych znajduje się zwykle bardzo mało barwnika, szczególnie w porównaniu z obfitym często barwnikiem komórek podstawowych, i tu, jak u murzyna, barwnik skupionym jest przeważnie na dystalnym biegunie komórki w postaci „czapeczki”, mniej w około jądra i w innych częściach komórki. W wyższych warstwach *retis* barwnika zwykle nie widać, a tylko w cienkich skrawkach można napotkać barwnik w małej bardzo ilości tu i ówdzie we wszystkich warstwach naskórka, nawet w warstwie rogowej, w postaci oddzielnych ziarenek.

[D. n.]

II. O SZCZEGÓLNEJ KULKOWEJ ZAWARTOŚCI TORBIELI SKÓRZASTYCH.

Podał

Wład. Matlakowski,
ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

ROKITANSKY ¹⁾ opisał jeden szczególny przypadek torbieli z tłustą zawartością, w której kawałki łoju (*Talgklumpen*) ukształtowały się na kule pewnej wielkości. Torbiel, rozmiarów głowy, wisiała na więzie jajnikowym, u góry zaś zrosła była z przednią blaszką średniej części kręzki kiszki czczej. W ten sposób przytwierdzony worek skręcony był dwakroć około swojej osi na prawo i zawierał bury, tłustawo-klejowaty płyn (*fettig gelatinöse*), w którym oprócz kłęba brunatnych włosów pływały 72 gałki z łoju uwarstwionego spółśrodkowo, a nad-

¹⁾ KLOB. *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*. 1864. s. 368.

to liczne kulki wielkości soczewicy. Skutkiem skręcenia torbieli powstało uwężenie wewnętrzne jelita, co spowodowało śmierć chorej.

SPENCER WELLS przytacza, że ROUTH widział podobny przypadek, lecz nie wyłuszcza bliższych szczegółów; kulki składały się z warstw spółśrodkowych amorfego tłuszczu, otaczającego jądro z kryształów cholestearyny. Również podobny przypadek opisał FRAENKEL²⁾: cała zawartość torbieli składała się z licznych kawałków twardych, powiększej części okrągłych, lecz w części i nieprawidłowej formy, większych i mniejszych utworzonych z naskórka stłuszczonego i zrogowaciałego, amorfego tłuszczu i włosów.

I ja także opisałem bardzo ciekawy przypadek kulkowej zawartości torbieli skórzastej³⁾, w której znalazłem około tysiąca kulek tak jednostajnie do siebie podobnych, i co do kształtu i co do wielkości, że zaledwie można zauważyć było nieznaczną różnicę pod tym względem. Zawarte one były w największym z 3-ch przedziałów torbieli skórzastej wychodzącej z lewego jajnika, utwierdzonej na krótkiej szypule. Kulki, złożone ze spółśrodkowych warstw tłuszczu żółtawo-brunatnego, pływały w cieczy brudno-szarej, po wylaniu której, na dnie okazała się masa wielkości pięści, złożona z tłuszczu i kłęba zwinionych włosów. W drugiej mniejszej komorze zawartość była płynną, wstrętnie brudno-szarą podobną do grochówki; w trzeciej również płynną, ale pięknie żółtego koloru i w pół przezroczystą; po wylaniu zastygła w masę podobną do szmalcu gęsiego; w czwartej zawartość na pół stężała szaro-brudna z włosami, nadto mnóstwo małych jam z tłuszczową zawartością, z blaszkami kostnymi chrupiącymi pod nożem w ścianach.

Kulki te z całą ścisłością chemicznie rozebrał p. PRAUS, a wynik analizy załączam obecnie:

„Kulki barwy cielisto-żółtawej, miękkie, częściej pływające, częściej opadające na dno słoika w cieczy konserwującej, posiadającej woń wyraźną kwasu karbolowego, wodnistej, ciężaru właściwego 1,0040, wyjąłem za pomocą rogowej łyżeczki z płynu w celu dalszego fizycznego i chemicznego zbadania ich natury. Przy ułożeniu na bibule filtrowej w celu oswobodzenia od przylegającej cieczy konserwującej i ostrożnem poruszaniu kulki ruchem potoczystym po powierzchni bibuły, pozostaje na tej ostatniej substancja kulki, przyczem jaż ujawnia się warstwowa budowa. Lepiej rozpoznać ją można gołem okiem i pod lupą na przecięciu kulki, otrzymanem przez środek przy użyciu brzytwy. W środku każdej kulki znajduje się zwykle przestrzeń próżna, zapełniona cieczą konserwującą; średnica jej wynosi 1,5 — 2,0 mm.. Ciecz konserwująca znajduje się też pomiędzy pojedynczymi warstwami. Te ostatnie, o ile się zdaje, ułożone są spiralnie, zwojami, jeden na drugim. Przy rozcieraniu kulki szpilką na bibule zauważono pojedyncze cienkie włoski [1 — 2 na kulkę, niektóre nie zawierały ich] i w niektórych małe płatki, łuski, kształtu i wielkości naturalnej, zupełnie bezbarwne, przejrzyste, podobne do łusek spęczniałych łupieżu.

²⁾ Przytoczony u OLSHAUSEN'a. Handbuch der Frauenkrankheiten. T. II. str. 660.

³⁾ Gazeta Lekarska. 1888. Spostrz. XLV.

Przy ogrzewaniu na blaszce platynowej, drobna ilość substancji kulki topi się, pryska [woda], brunatnieje, czernieje, zapala się płomieniem; po zgaśnięciu płomienia czuć bardzo silnie woń ciał azotowych i akroleiny. Po zupełnem spaleniu i wyprażeniu pozostaje drobna ilość ciał mineralnych w postaci plamy białej na blaszce.

W eterze etylowym masa kulki jest w znacznej części rozpuszczalną, powstaje roztwór mętny, na skutek zawartości wody; po pewnym czasie opada obłóczkowaty lekki osad.

Średnica pojedynczych kulek bezpośrednio po wyjęciu z cieczy wynosiła od 1,2 — 1,5 ctn.. Przy suszeniu pod dzwonem nad kwasem siarczanym objętość kulek znacznie się zmniejsza. Ciężar pojedynczych kulek suszonych przez 5 dni nad kwasem siarczanym wynosił: 1,3749, 1,2516, 1,4539, 1,6278, 1,1355, średnio 1,3687 grm..

Na zasadzie powyższego przedwstępnego badania i z uwagi na pochodzenie ciał badanych przystąpiono do rozbioru szczegółowego.

Po przechowaniu przez 24 godzin nad kwasem siarczanym kulki przybierają już powierzchownie zabarwienie ciemniejsze, brunatnawe. Skład ich jest następujący:

Wody	53,2 %	
Części rozpuszczalnych w benzynie	25,2 „	
Substancij proteinowych	19,7 „	[3,15% N]
Ciał mineralnych	1,3 „	
Ciał bezazotowych organicznych i straty	0,6 „	
	100,00 %	

W obliczeniu na substancję suchą otrzymamy:

Części rozpuszczalnych w eterze naftowym <i>resp.</i> benzynie	53,84
Proteinowych substancij	42,09
Części mineralnych	2,77
Części organicznych bezazotowych i straty	1,30
	100,00

Wyciąg otrzymany przed kilkunasto-godzinną ekstrakcją eterem naftowym, posiadał skład:

Kwasu olejowego wolnego 57,38	{ 3,9 % }	58,73 % kwasu olejowego we-
Oleiny	{ 56,3 „ }	dlug HUEBLA.
Części niezmydlających się [cholestearyny]	27,1 „	
Palmityny i stearyny	12,7 „	
	100,0 %	

Na podstawie powyższych oznaczeń skład suchej substancji kulek torbielowych przedstawi się, jak następuje.

Substancij proteinowych	42,09 %
Ciał niezmydlających się	
[cholestearyny]	14,59 „
Palmityny i stearyny	6,84 „

Liczba HUEBLA [jo-				
dowa [kw. olej. w sum.	Oleiny	30,32 „	}	kw. olejow. 30,89%
58,73% w wyciąg	Kw. olejow. wolnego	2,09 „		
resp. 31,34%				
	Ciał organ. bezazot.	1,30 „		
	Części mineralnych .	2,77 „		
		100,00 „		

Ze względu na małą zawartość popiołów [części mineralnych], skład ich nie mógł być całkowicie ilościowo oznaczonym.

W przybliżeniu jest on następujący:

Węglań wapnia	51,42 %
Chlorków alkaliów	39,80 „
Bliżej nieoznaczonych	8,78 „
	100,00 „

Ilościowo składniki bliżej nieoznaczone będą: krzemionka, glina, żelazo, magnezja i inne, wchodzące w skład ustroju; oprócz tego fosforany. Kwas fosforowy wykazano jakościowo“.

Nakoniec w rok później opisałem drugie spostrzeżenie ¹⁾ torbieli skórzastej, z prawego jajnika wychodzącej, poprzyrastającej do kręzki i sieci, skręconej 1½ raza około swej osi; zawartość składała się z litra płynu gęstego, brudno-kawowego koloru, a w nim kilkunastu kawałków tłuszczu kształtu kulistego i jajowatego, wielkości od orzecha włoskiego do rozmiarów jaja gęsiego, barwy brudno-popielato-gliniastej; na dnie torbieli kłęb włosów, zlepionych tłuszczem. W ścianie torbieli liczne wybroczyny krwi. Przypadek ten zatem podobny jest do opisanego przez FRAENKEL'a.

ROKITANSKY, już opisując swój przypadek, podał zarazem tłómaczenie, dlaczego tłuszcz torbieli zbija się w kule; zdaniem jego, składa się na to domieszka wysięku zapalnego i ruchy, jakim ulega torbiel. Zarówno w jego przypadku, jak i moim drugim było skręcenie szypuły z następczem zapaleniem w ścianie torbieli, przyczem powstają wycieknięcia krwi i wytwarza się wysięk. Nie wszystko jednak daje się ztąd wyprowadzić, a przedewszystkiem jednakowa wielkość kulek, warstwowata budowa, oraz stężenie tłuszczu płynnego na masę niepłynną. Niektóre myśli odnoszące się do tego przedmiotu pomieściłem w przytoczonej już swojej pracy. Zdaje mi się, że powodem stężenia jest zmydlenie tłuszczu płynnego pod wpływem soli przesiękających do jamy torbieli razem z białkiem, skutkiem zapalenia jej ściany.

¹⁾ Gaz. Lek. 1889. Spostrz. 54.

III. O NIEORGANICZNEJ NIEDOSTATECZNOŚCI ZASTAWKI DWUDZIELNEJ.

Podał

Witosław Dąbrowski.

asystent oddziału.

[Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 49].

Przypadek I. Andrzej F..., lat 49, przybył do oddziału 15 Grudnia 1887 r., skarży się na przeważnie tylko na duszność i obrzęki na nogach; prócz tego od czasu do czasu do czasu pluje krwią. Stan taki trwa od 4-ch tygodni. Reumatyzmu nie przechodził.

Stan obecny. Tętno 120, małe. Nogi silnie obrzękłe. Granice płuc obniżone, a w dolnych częściach obu płuc wilgotne rżżenia. Górna granica tępości serca na III-iem żebrze, prawa dochodzi do połowy mostka, a wierzchołek serca w 5-ej przestrzeni międzyżebrowej, o 1 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej. U wierzchołka słyhać po pierwszym tonie szmer skurczowy. Drugi ton tętnicy płucnej znacznie wzmożony, tony u aorty przeciwnie bardzo słabe. Wątroba znacznie powiększona i twarda.

Ilość moczu 560 ctm. sześć, ciężar właściwy 1026, białka mocz nie zawierał.

Przepisano choremu: *Strophantus* i morfinę.

18. XII. Dobowa ilość moczu podniosła się do 1500, ciężar właściwy 1014, tętno 96, stan jednak chorego mało się zmienił.

19. XII. Mocz 2800, ciężar 1012, tętno 96, obrzęki zmniejszyły się.

20. XII. Stan chorego znacznie lepszy. Tętno 90, pełne. Moczu 4800, ciężar właściwy 1008. Wątroba znacznie się zmniejszyła. Obrzęków na nogach prawie nie ma.

21. XII. Moczu 3250, ciężar właściwy 1009.

22. XII. Stan chorego bardzo dobry. Moczu 3800, ciężar właściwy 1010. Szmeru u wierzchołka nie słyhać wcale.

24. XII. Moczu 3500 ctm., ciężar 1011. Gdy chory zmęczy się cokolwiek przez szybkie chodzenie, wtedy u wierzchołka słyhać szmer skurczowy.

W ciągu następnych trzech tygodni stan chorego był zupełnie dobry. Ilość dobowa moczu od 1500 do 2000 ctm. sześć, o ciężarze właściwym 1011—1015. Tętno 90. Dopiero 21-go Stycznia dołączyło się rozwolnienie, lecz przez jakiś czas jeszcze stan był niezły.

11. II. Stan chorego znacznie się pogorszył. Tętno 102, małe, na nogach znowu zjawily się obrzęki, a w nocy chory miał silną duszność. Tępość serca się powiększyła: górna granica pod III-iem żebrzem, na prawo zachodzi na mostek. Poprzeczny wymiar serca = 13 ctm., podłużny [pionowy] = $6\frac{1}{2}$ ctm. U wierzchołka słyhać bardzo wyraźny szmer skurczowy. Tony aorty słabe.

Zalecono: *Strophantus*.

12. II. Tętno 96. Moczu 500 ctm. o ciężarze 1020. Białka mocz nie zawiera.

13. II. Tętno 92. Moczu 750, ciężar 1024. Chory czuje się lepiej, jednak obrzęk nóg nie zmniejsza się i u wierzchołka słyhać szmer skurczowy, następujący po pierwszym tonie.

14. II. Tętno 90. Moczu 1000 ctm.

15. II. Tętno 78. Moczu 1500 ctm., ciężar 1015 ctm.. Szmeru u wierzchołka nie słyhać.

Odtąd chory z każdym dniem czuł się lepiej. Ilość moczu 1500 — 2700, obrzęki się stopniowo zmniejszały, lecz tym razem nie znikły zupełnie. Szmeru u wierzchołka znikł, a jednocześnie tępość serca znacznie się zmniejszyła. Poprzeczny wymiar zmniejszył się do 11 ctm., a podłużny do 4 ctm.. Wątroba również znacznie się zmniejszyła. Taki pomysłny stan trwał znowu około czterech tygodni. W końcu tego czasu chory zaczął się skarżyć na kaszel, codziennie od południa czuł się jakoś rozstrojonym, doznawał duszności, a w nocy nie spał inaczej, jak po użyciu chloralu lub morfiny. Stan jednak podmiotowy był jeszcze dobry.

16. III. Stan chorego pogarsza się. Obrzęków jeszcze nie ma, ale tętno 108, małe, moczu 780 ctm., o ciężarze właściwym 1023. Tępość serca powiększyła się, wątroba doszła już do ogromnych rozmiarów. Choremu ponownie zalecono *strophantus*.

17. III. Tętno 96. Moczu 750 ctm., ciężar 1018.

18. III. Moczu 500, ciężar 1035. Tętno 96. Stopy cokolwiek brzękną; u wierzchołka serca zjawia się szmer skurczowy obok tonu.

30. III. Moczu 500 ctm.. Nogi mocno obrzękłe, szmer u wierzchołka jeszcze głośniejszy, tępość serca jeszcze się powiększyła. Wątroba bardzo duża.

22. III. Stan jeszcze gorszy, tętno małe 108, duszność i zaparcie stolca.

24. III. Moczu 350. ciężar 1027, tętno 84, cokolwiek pełniejsze.

25. III. Stan cokolwiek lepszy, tętno 80.

26. III. Tętno 84. Moczu 500 ctm., ciężar 1024.

29. III. Tętno 78. Moczu 1500 ctm. ciężar 1002. Duszność się zmniejszała.

30. III. Stan chorego znacznie się pogorszył. Moczu 750 ctm., ciężar 1027. Nie można było już liczyć na działanie *T-rae strophanti*, zalecono więc kalomel po 9 gr. dziennie.

1. IV. Chory poprzedniego dnia stracił w nocy przytomność, a rano dostał drgawek. Obecnie rzuca się całem ciałem na łóżku. Na twarzy i kończynach sinica, tętna prawie nie ma, oddech chrapiący. Kał oddaje chory pod siebie. Szmeru nie słyhać. Po użyciu morfiny chory uspokoił się cokolwiek. Przestano mu dawać kalomel i dano napowrót *strophantus*.

2. IV. Chory przytomniejszy, lecz jakby odurzony i nie pamięta, co z nim się działo poprzedniego dnia. Tętno 90. Silny szmer skurczowy u wierzchołka. Mocz zawiera cokolwiek białka.

3. IV. Tętno 78 słabe, ciężar właściwy moczu 1018, ilości jej nie można było określić z powodu, że chory ma rozwolnienie. Obrzęki cokolwiek mniejsze.

4. IV. Mocz zawiera 1‰ białka, w osadzie zaś znajdują się cylindry hyalinowe.

6. IV. Tętno 78, znaczny upadek sił i rozwolnienie. Zalecono środki podniecające, lecz chory czuł się coraz gorzej i 8-go Kwietnia umarł.

Rozpoznanie. *Emphysema pulmonum. Hypertrophia et dilatatio cordis primitiva*. Biorąc zaś pod uwagę szmer skurczowy u wierzchołka, wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej, obrzęki, ogromne powiększenie wątroby, duszność i inne objawy zaburzenia w krążeniu krwi, należało też przyjąć niedostateczność zastawki dwudzielnej, która jednak była czasową, a więc nieorganiczną. Badanie pośmiertne wykazało, co następuje:

Prawe płuco powiększone o $\frac{1}{3}$ swej objętości, suche, bez stwardnień, na brzegach i u wierzchołka rozedma. Serce powiększone: poprzeczny wymiar 12 ctm., podłużny $10\frac{1}{2}$ ctm.. Lewa komórka o połowę swej objętości powiększona głównie u wierzchołka, grubość jej ścianki = 1 ctm. Mięsień blady, wąty, lecz twardy (ser-

ce skurczone]. W ujście żyłne wchodzi dwa palce. Obwód jego = 9 ctm. Zastawka nie zmieniona. Prawa komórka cokolwiek rozszerzona, grubość ścianki 6 milim. Ujście żyłne przepuszcza 3 palce [12 ctm.]. Ścianka lewego przedsionka zgrubiała, prawy zaś przedsionek dwa razy szerszy, niż prawidłowo bywa. Szerokość aorty u ujścia $6\frac{1}{2}$ ctm., a na 6 ctm. powyżej — 12 ctm. *Intima* w tem miejscu zasiana starymi atermatycznymi guziczkami i owrzodzeniami. Szerokość tętnicy płucnej 7 ctm.. Tętnice wieńcowe serca nie zmienione.

Wątroba w poprzecznym wymiarze zmniejszona o trzecią część swego wymiaru. Powierzchnia lekko ziarnista, budowa zrazikowa zachowana, środek ich ciemno-czerwonego koloru z zagłębieniem. W pęcherzyku żółciowym trochę ciemnego śluzu. Śledziona zwykłej wielkości, lecz twarda [rozwój tkanki łącznej]. Nerki cokolwiek mniejsze, niż prawidłowe. Pod trudno zdejmującą się powłoką włóknistą powierzchnia nerki biała z zagłębieniami. Substancja korowa biała i twarda, substancja rdzenna mało zmieniona. Błona śluzowa żołądka zgrubiała, usiana drobnymi wylewami i pokryta śluzem. Błona śluzowa kiszek cienkich zaczerwieniona, pokryta śluzem, a w niektórych miejscach szarawo-białym nalotem. Kiszka gruba zaczerwieniona i pokryta śluzem.

Badanie więc pośmiertne potwierdziło, że mieliśmy do czynienia w danym razie z nieorganiczną niedostatecznością zastawki dwudzielnej, gdyż ta ostatnia była zupełnie nie zmieniona. Zasługuje też na uwagę fakt, że lewe ujście żyłne było prawidłowej wielkości. Przerost i rozszerzenie lewej komórki nie były samoistne, jak to przypuszczano za życia, lecz zależały od zwyrodnienia atermatycznego i znacznego rozszerzenia łuku aorty.

Przypadek II. Antoni Z..., wyrobnik, lat 24, przybył na oddział 30-go Stycznia 1891 r., skarżąc się na kaszel, duszność, bóle głowy, ból w krzyżu i w prawym podżebrzu, na obrzęki nóg i brzucha, oraz na ogólne osłabienie. Na kaszel i duszność cierpi oddawna, obrzęki zaś i pozostałe objawy wystąpiły poraz pierwszy na początku Listopada r. z.. Chory leżał wtedy, jak później dowiedziałem się, na oddziale D-ra PUŁAWSKIEGO, gdzie pod wpływem kalomelu obrzmienia poznikały i chory powrócił do zdrowia. Lecz już w dwa tygodnie potem zapisał się na oddział D-ra OBRĘBSKIEGO i tu na drugi dzień po przybyciu stracił nagle przytomność, a po przyjściu do siebie uczuł bezwład w prawej połowie ciała i stracił mowę. Objawy te z czasem ustąpiły i chory znowu się wypisał 1-go Stycznia 1891 r.. Na gościec nie chorował. Przy badaniu chorego znaleziono, co następuje:

Tętno małe 106, ciepłota $37,2^{\circ}$ C.. Na nogach i brzuchu obrzęki, prócz tego *ascites*. Granice płuc dość znacznie obniżone, oddech na całej przestrzeni płuc osłabiony ze znacznie wydłużonym wydechem, na całej też przestrzeni płuc porozrzucane świsty, a w dolnych częściach obu płuc wilgotne rżenia. Serce ku górze po części przykryte przez płuca, na prawo zaś tępość jego zachodzi do połowy mostka. Uderzenia wierzchołka wyczuć nie można. Przy wysłuchiwanii u wierzchołka słyhać skurczowy szmer, który również słyszeć można, lecz słabiej, na mostku. Szmer ten przy wdechu robi się dłuższym i silniejszym, tak, że po 3 — 4 krótszych, następuje jeden dłuższy szmer. 2-gi ton tętnicy płucnej wzmocniony.

Wątroba powiększona, wyczuwalna, bolesna.

Mocz ciężaru właściwego 1017, nie zawiera białka. Choremu zalecono naparstnicę.

1. II. Moczu 750 ctm. sześć., ciężar 1017.

2. II. Chory czuje się jeszcze gorzej. Tętno 120. Moczu 800 ctm. sześć., ciężar właściwy 1019. Obrzęki jeszcze się powiększyły. Tępość serca po-

większyła się jeszcze bardziej. Zalecono choremu kofeinę w większych dawkach [20 gr. dziennie].

4. II. Mocz 1600 ctm. sześć., ciężar właściwy 1017. Chory już czuje się lepiej, duszność zmniejszyła się, szmer u wierzchołka znikł bez śladu. Obrzęki jednak pozostają bez zmiany.

5. II. Tętno 90. Mocz 2200, ciężar właściwy 1015. Obrzęki zmniejszają się. Objawy w płucach bez zmiany. Tępość serca zmniejszyła się, tony czyste. Wątroba jeszcze wielka i bolesna.

6. II. Tętno 90. Mocz 1800 ctm. sześć. Obrzęki coraz mniejsze. Tępość serca również zmniejsza się, tony czyste, pierwszy bardzo silny. Wątroba powiększona.

10. II. Mocz 750 ctm. sześć; ciężar właściwy 1017. Tętno 1008. Duszność. U wierzchołka znówu sły chać szmer skurczowy.

11. II. Mocz 1000 ctm. sześć. Szmer u wierzchołka sły chać, ale obrzęki się nie powiększają.

12. II. Mocz 1500 ctm. sześć. Stan taki sam.

13. II. i przez następnych kilka dni moczu po 1000 ctm. sześć. na dobę, tętno około 100, obrzęków nie ma, szmer u wierzchołka ciągle sły chać, wątroba powiększona, bolesna.

21. II. Mocz 1000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1019. Po przystawieniu 4-ch pijawek do stolca ból w okolicy wątroby i krzyża zmniejszył się. U wierzchołka sły chać słaby szmer. Stan taki trwał przez tydzień. Chory przez ten czas przyjmował tylko środki wzmacniające.

1. III. Chory skarży się na duszność i bóle w okolicy wątroby i krzyża. Mocz 1000 ctm. sześć.. U wierzchołka głośny bardzo szmer. Znowu zalecono mu kofeinę.

2. III. Mocz 1300 ctm. sześć.. Szmer u wierzchołka słabszy niż poprzedniego dnia.

3. III. Mocz 1200 ctm. sześć. Tętno 72. Szmer znikł bez śladu. Wątroba się zmniejszyła.

7. III. Mocz 1000 ctm. sześć.. Chory skarży się na duszność i na kaszel.

8. III. Po morfinie kaszel i duszność zmniejszyły się, ale chory czuje się jeszcze do tej pory odurzonym. Tętno 120 małe i miękkie. W płucach objawy też same. U wierzchołka serca sły chać szmer. Wątroba znowu bolesna i powiększona.

9. III. Mocz 1000 ctm. sześć.. Chory czuje się cokolwiek lepiej.

13. III. Dobowa ilość moczu bez użycia żadnych środków podskoczyła do 3000 ctm. sześć., ciężar właściwy 1014. Tętno 78. Chory ma się lepiej, lecz objawy obiektywne nie zmieniły się.

14, 15 i 16. III. Ilość moczu 1800 ctm.

17. III. Ilość moczu 1000 ctm. sześć.. Szmeru nie sły chać. Wątroba zmniejszyła się.

19. III. Ilość moczu 1700 ctm. sześć. U wierzchołka sły chać bardzo słaby szmer.

21. III. Ilość moczu 1600 ctm. sześć. Szmeru znowu nie sły chać.

Przez następne dni ilość moczu 1500 — 2000 ctm. sześć..

3. IV. Ilość moczu 1000 ctm. sześć.. Chory skarży się na ból głowy. Szmer u wierzchołka znowu się zjawił.

6. IV. Chory skarży się na ból głowy i całego brzucha. Tętno 132. Duszność. Szmer u wierzchołka. Wątroba powiększona i bolesna. Zalecono kofeinę.

7. IV. Ilość moczu 1500 ctm. sześć. Tętno 95. Tony czyste. Chory jednak nie czuje różnicy na lepsze.

8. IV. Chory wczoraj nagle stracił przytomność i dostał drgawek, które kilkakrotnie powtarzały się. Obecnie jest on zupełnie nieprzytomny, tętno częste i nierytmiczne, mocz oddaje w małej ilości pod siebie. U wierzchołka słychać bardzo słaby szmer. Od czasu do czasu przychodzą drgawki w całym ciele, przyczem tętno staje się jeszcze częstszym, serce bije silnie, źrenice się rozszerzają, a z ust występuje piana. Następnie oddech, z początku bardzo częsty, przerywa się, twarz staje się fioletową i dopiero po jakimś czasie chory zaczyna znowu oddechać i zdaje się, jak gdyby najspokojniej spał; źrenice przy tem zwężone.

Choremu dawano ławatywy z chlorału i podskórne wstrzykiwania roztworu soli kuchennej, tłómacząc sobie drgawki jako pochodzenia mocznicowego.

9. IV. Drgawki powtarzały się przez całą noc, przytem chory silnie się poccił. Obecnie drgawki są ciągłe i obejmują kolejno rozmaite części ciała, głównie prawą rękę i oddzielne części twarzy. Oddech powierzchowny i chrapiący. Przy takich objawach chory umarł.

Rozpoznanie. *Emphysema pulmonum. Insuf. anorganica valv. bicuspidalis. Uraemia.*

Przypadek niniejszy należy zaliczyć, do rzędu t. z. „*Ueberanstrengung des Herzens*“, gdzie przerost i rozszerzenie serca, zjawiające się w młodym wieku, jest pierwotnym, spowodowanym nadmierną pracą fizyczną. Za każdym razem, gdy rozszerzenie serca brało górę nad przerostem, zastawka stawiała się niedostateczną. Stan taki w czasie pobytu chorego na oddziale powtarzał się kilkakrotnie z coraz to mniejszymi przerwami. Zaslugują też na uwagę drgawki uremiczne, które zjawily się wtedy, gdy ilość moczu zaczęła się powiększać.

Badanie pośmiertne, dokonane przez D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazało: Mózg i jego opony nie przedstawiały żadnych widocznych zmian.

Lewe płuco na całej przestrzeni przyrośnięte do klatki piersiowej, cokolwiek powiększone. Konsystencja dolnego płatu powiększona, powierzchnia rozkroju czerwona, sączy się z niej mętny płyn. Prawe płuco również przyrośnięte, na brzegach rozedma. Błona śluzowa oskrzeli zaczerwieniona, zgrubiała i pokryta śluzem. Serce w poprzecznym wymiarze o połowę rozszerzone, w podłużnym silnie skurczone. Na *pericardium viscerale* drobne wylewy krwawe. Ścianka lewej komórki cokolwiek zgrubiała, mięsień twardy, blady, w kilku miejscach znajdując się żółtawe plamki. Zastawka zupełnie nie zmieniona. Ujście żyłne przepuszcza dwa palce, nie rozszerzone. Mięsień prawej komórki dwa razy grubszy, twardy. Ujście żyłne przepuszcza 3 palce. Tętnice wieńcowe w stanie prawidłowym. Wątroba cokolwiek powiększona, twarda, na powierzchni gładka, z jasno wyrażoną budową zrazikową.

Śledziona mała, blada.

Nerki prawidłowej wielkości, powłoka włóknista zdejmuje się łatwo, pod nią powierzchnia gładka. Istota korowa cokolwiek zgrubiała i mętna. Substancja rdzeniowa czerwona. Błona śluzowa żółtądką blada i usiana drobnymi wylewami. Kiszki cienkie blade.

Przy badaniu histologicznem mięśnia serca znalazłem w mięśniu lewej komórki porzrzucane ogniska tkanki łącznej różnej wielkości.

I w tym więc przypadku badanie pośmiertne wykazało brak jakiegokolwiek zmian na zastawce i prawidłową wielkość ujścia żylnego.

Przypadek III. Ochł... Erazm, pisarz, lat 24, przybył na oddział dnia 23. X. 1890, skarżąc się na kaszel i duszność. Wieczorami miewa dreszcze, a w nocy poci się. Kaszel i duszność ma już od lat ośmiu, nie stale jednak w jednym stopniu. Od czasu do czasu przychody pogorszenia: chory czuje się wtedy rozdra-

znionym, niespokojnym, doznaje bólu i zawrotu głowy, bicia serca i bólów w krzyżu. Trzy lata temu płuł krwią w ciągu trzech miesięcy, a w ciągu 2-ch ostatnich lat dwa razy puchły mu nogi i brzuch. Gośćca nie przechodził.

Przy badaniu znaleziono: stan podgorączkowy. Chory średnio odżywiany. Klatka piersiowa rachityczna [kurza pierś]. Granice płuc znacznie obniżone. W dolnej części lewego płuca lekkie stłumienie. Na całej przestrzeni obu płuc oddech pokryty świstami, a w dolnych częściach z tyłu słychać wilgotne rżżenia. Pozostałe narządy wewnętrzne w stanie prawidłowym. Płwocina laseczników nie zawiera.

W takim stanie chory przeleżał kilka dni i dopiero 29 Października zaczęły się uwydatniać objawy ze strony serca. Ciepłota była już wtedy prawidłową, tętno około 100, w płucach zmiany też same, co i poprzednio. Tępość serca znacznie się powiększyła: górna granica [na linii przymostkowej] na V żebrze, na prawo tępość przechodzi na jakie 1½ ctm. na mostek, a wierzchołek na linii sutkowej. U wierzchołka słychać wyraźny szmer skurczowy, po krótkim pierwszym tonie. Drugi ton tętnicy płucnej nieco wzmożony. Objętość całego brzucha zwiększyła się. Wątroba znacznie powiększona, osobiwie lewy jej płat. Mocz mało, ciężar własc. 1021; w moczu białko.

4. XI. Chory czuje się z każdym dniem gorzej, tętno 100, na nogach obrzęki. Zalecono choremu kofeinę.

5. XI. Mocz 500 ctm..

6. XI. Chory ma się już lepiej, tętno 72, ilość moczu 1500, a szmer u wierzchołka znikł bez śladu, obrzęki jednak mało zmniejszyły się.

7. XI. Stan dobry. Ilość moczu 5000, ciężar właściwy 1003. Obrzęki poznikaly, wątroba mniejsza.

9. XI. Ilość moczu 3000.

10. XI. Chory czuje się gorzej. Tętno miękkie 84, duszność, silny kaszel, bezsennosc. Tony serca czyste.

11—14. XI. Ilość moczu znowu 1500—1200.

15. XI. Ilość moczu 1200, obrzęków nie ma, jednak zjawily się już objawy zwiastujące zaburzenia w kompensacyi: u wierzchołka serca szmer, wątroba powiększona, w płucach więcej rżżeń bardzo głośnych, tak że słychać je z odległości.

17. X. Chory czuje się gorzej. Ilość moczu 1000 ctm. ciężar 1015. Zalecono kofeinę, po czym ilość moczu na kilka dni wzrosła do 1500 ctm. stan się polepszył, lecz słaby szmer pozostał. Następnie ponieważ chory zaczął doznawać nudności i wymiotów, zaprzestano mu dawać kofeinę i zalecono *inf convallar. maj.* Przez cztery tygodnie chory czuł się względnie nieźle, przynajmniej cięższych zaburzeń w kompensacyi nie było, jednak szmer u wierzchołka serca utrzymywał się przez cały ten czas. Jednego dnia był głośniejszy, drugiego zaledwie można go było usłyszeć.

18. XI. Stan chorego zaczyna się pogarszać. Obrzęków nie ma, jednak szmer u wierzchołka głośniejszy, wątroba się powiększyła, a w płucach rżżeń więcej; zalecono mu więc ponownie kofeinę.

20. II. Ilość moczu 1100. Tętno 80. Szmeru u wierzchołka serca nie słychać. Chory czuje się lepiej.

21. II. Ilość moczu 1300 ctm..

22. XI. Ilość moczu 1500 ctm.. Szmer u wierzchołka znowu słychać. Wątroba cokolwiek mniejsza, lecz zawsze jeszcze duża. Obrzęków nie ma.

Znowu przez miesiąc chory przeleżał, bez większych zaburzeń w kompensacyi, przyczem z dnia na dzień stan jego się zmieniał, to było mu lepiej, to gorzej.

29. XII. Od kilku dni chory skarży się na większą duszność i kaszel. Na stopach obrzęki, *ascites*, w płucach więcej rzeżeń, w sercu bardzo głośny szmer, wątroba znacznie powiększona.

30. XII. Stan takież sam. Ilość moczu 500, zalecono ponownie kofeinę.

1. I. Ilość moczu 2000 ctm.. Obrzęki jeszcze są, szmer również słychać jeszcze.

2. I. Ilość moczu 3500 ctm.. Szmer bardzo słaby. Obrzęki są jeszcze tylko na krzyżu.

3. I. Ilość moczu 2000 ctm.. Szmeru i obrzęków nie ma.

Chory wypuszczony został ze szpitala i do dziś dnia żyje w stanie względnie dobrym.

Rozpoznanie. *Emphysema pulmonum. Bronchitis chron.. Insuf. val. bicuspidalis anorganica.*

Że wada zastawki i w tym przypadku była nieorganiczną, o tem świadczą kolejne znikanie i pojawianie się jej objawów. [D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

15. Przyczynek do kazuistyki zewnątrz-płciowego zarażenia przymiotem.

W dniu pierwszym Lipca bieżącego roku zasięgał mej porady człowiek młody, około 28 lat życia liczący, skarżąc się na owrzodzenie na lewym policzku i nadmienając, że kilka tygodni temu, goląc się w razurze, został lekko zacięty brzytwą w to miejsce; w miejscu tem zrobił się strupek, który chory przypadkowo zdierał parę razy, wskutek czego powstało obecne stwardnienie.

Na lewym policzku na linii przeprowadzonej od lewego kąta ust do lewego zewnętrznego przewodu słuchowego w odległości około centymetra od lewego kąta ust zauważyć można powierzchowne owrzodzenie wielkości migdała, pokryte licznymi strupkami; po zdarciu kilku strupków obnażona powierzchnia owrzodzenia wydziela płyn surowiczy, krwawy w bardzo małej ilości; dno owrzodzenia płaskie, gładkie.

Ujmując w fałdę całą powierzchnię owrzodzenia, wyczuwamy silny naciek o konturach niewyraźnych, stopniowo przechodzący w zdrową skórę. Gruczoły podszczękowe i szyjowe silnie obrzmiałe szczególnie ze strony odpowiedniej owrzodzeniu. Gruczoły limfatyczne dostępne do zbadania wszędzie powiększone.

Przy przejściu skóry czoła w część skóry porosłej włosami na czaszce, również jak i w odpowiednim miejscu na karku, liczne grudki, zabarwione na kolor miedziano-bury. Na skórze głowy wiele małych strupków. Na ciele spotykamy grudki w nieznacznej ilości. Na rowku pozażołądźkowym członka dwa małe szankry w okresie rozpadu. Chory silnie bezkrwisty, skarży się na brak łaknienia, bóle głowy i silne osłabienie.

R o z p z n a n i e: *Syphilis, ulcus primitivum faciei, syphilis cutanea papulosa lenticularis. Ulcera venerea in stadio destructionis.*

Jeżeli możemy dać wiarę opowiadaniu chorego, zakażenie przymiotem nastąpiło przypadkowo w razurze, wskutek użycia nieczystej brzytwy lub pędzla do mydlenia. Po usunięciu strupków na całym owrzodzeniu za pomocą plastra rtęciowego, owrzodzenie przedstawiało typowy pierwotny objaw przymiotu, barwy wędzonej, surowej szynki, różniąc się jednak od takiegoż owrzodzenia, mającego za siedlisko wewnętrzną powierzchnię napletka, brakiem ścisłej granicy.

Nie możemy jednak w danym razie wykluczyć możliwości, że chory, mając ranę na twarzy, przeniósł nieczystym palcem zarazek przymiotu w to miejsce. Samo się przez się rozumie, że szankry na członku nie były w żadnym związku z główną chorobą.

Chory poddany był swoistemu leczeniu. Choroba ustąpiła czasowo, na miejscu jednak pierwotnego owrzodzenia zauważyć można, pomimo usunięcia objawów przymiotu, skórę buro zabarwioną, lśniąca, zgrubiałą.

W. Kopytowski.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

36. H. Lorenz. Badania nad acetonurią ze szczególnem uwzględnieniem tego objawu przy zaburzeniach trawienia.

Pracę poprzedza historyczny rys poszukiwań chemicznych i klinicznych w wyżej wskazanym kierunku, wraz z obszerną bibliografią.

Osobiste spostrzeżenia [81 historyj chorób] dzieli autor na trzy grupy główne. Pierwsza obejmuje acetonurję przy pierwotnych zaburzeniach czynności żołądka i kiszek; druga—różnorodne nerwowe zaburzenia, którym towarzyszyły objawy żołądkowe, zarówno czynnościowe, jak i nerwowe; do trzeciej grupy weszły przypadki ciężkich objawów nerwowych, a w tej liczbie śpiączka (*coma*), przy których niezawsze zaburzenia trawienne występowały. Historyje chorób grupy pierwszej [51] obejmują przypadki acetonurii przy nieżytach żołądka ostrych najrozmaitszego pochodzenia, nieżytach przewlekłych, wrzodach i rozszerzeniu żołądka, raku żołądka i przelyku [z następczemi zaburzeniami trawienia], nieżytach kiszek, wrzodach kiszek, zamknięciu kiszek, zaburzeniach trawiennych, przez tasiemca wywołanych, wreszcie przy zapaleniu otrzewnej. We wszystkich tych przypadkach wykryto za pomocą prób chemicznych aceton w moczu, kale, wymiocinach lub zawartości przewodu pokarmowego na stole sekcyjnym i to w ilościach, o wiele przewyższających te, jakie za fizjologiczne uznaniem być mogą.

Grupa druga różni się nie tylko tem od pierwszej, że zaliczone do niej zostały przypadki [20] acetonurii przy wtórnych zaburzeniach trawiennych, lecz, co ważniejsza, tem, że w zawartości żołądka i kiszek, wymiocinach, kale, chorych grupy drugiej acetonu nie wykryto. W tej grupie znajdujemy przedewszystkiem nerwice żołądkowe (przy *tabes dorsalis* t. zw. *crises gastriques*, samodzielne „wymioty peryjodyczne“), *cholelithiasis*, *colica saturnina*. W czterech przypadkach historyi z następczemi zaburzeniami trawiennymi wykryto aceton nie tylko w moczu, lecz i w wymiocinach, kale, a raz nawet w powietrzu wydechanem ¹⁾.

Grupa trzecia zawiera przypadki [10] poważnych objawów nerwowych [śpiączka, napady epileptoidalne], przy których acetonuria występowała w stopniu zupełnie zależnym od siły napadu. Wylicza tu autor cztery przypadki drgawek porodowych, jeden przypadek *encephalopathia saturnina*, 2 — mocznicy [jakkolwiek okserwował takich bardzo wiele]; kilka przypadków śpiączki bez wyraźnego rozpoznania, 1 przypadek napadów epileptoidalnych przy wodogłowie, 1 przy zapaleniu opłucnej [autointoksykacja?].

Prócz acetonurii w niektórych z przypadków wszystkich trzech grup znajdowano dyjaceturię.

Liczba przypadków, obserwowana dotąd przy zaburzeniach trawienia, przewyższa o wiele liczbę obserwowanych przy chorobach gorączkowych, cukromoczu, raku, głodzeniu, chorobach umysłowych. Przyjmując pod uwagę jeszcze tę okoliczność, że wraz ze spotęgowaniem objawów trawiennych wzrasta ilość aceto-

¹⁾ Jeden z tych przypadków porównywa autor z opisany przez J. PAWIŃSKIEGO przypadkiem *Aceton-astmy*.

nu, a z ich wygasaniem — obniża się, mamy prawo uważać acetonurję przy zaburzeniach trawiennych za objaw chorobowy samodzielny.

Występowanie dyjaceturyi [której niektórzy badacze przypisują zgubniejsze niż aceturyi znaczenie] zmusza do podziału opisywanej formy chorobowej na: 1) czystą acetonurję, 2) czystą diaceturję, 3) formę mieszaną, 4) kolejno następujące po sobie, acetonurję i diaceturję.

Z objawów nerwowych, towarzyszących acetonurji [i diaceturyi] trawiennej, zwraca autor najprzód uwagę na: bolesność przy dotykaniu okolicy nadpępkowej i samodzielne kurczowe bóle w okolicy żołądka [w ostrych przypadkach około 2-ch ctm. na lewo i nad pępkiem]; bóle te wielu badaczy czyni zależnymi od choroby plotu trzewowego (*coeliacus*); autor każe temu ostatniemu odegrać tylko rolę pośrednią: przez upośledzenie czynności trawiennych żołądka ułatwionemi być mają nieprawidłowe sprawy fermentacyjne, przy których z białka aceton się wytwarza.

Obserwował dalej autor ślinotok, ze śliną zawierającą aceton, ból i zawrót głowy, bezsenność, śpiączkę, objawy epileptoidalne, meningealne. Wiąże je autor z wytwarzaniem się acetonu.

Często spotykano współrzędnie z acetonurją białkomocz. Przysznażąc słusność PAWIŃSKIEMU, który w swym przypadku [kolejna i odwrotna zmiana ilości białka i acetonu wydzielanych w moczu] za miejsce wyrabiania się acetonu z białka — nerki uważa, nie widzi ze swej strony możności uzależnienia białkomoczu od acetonu, wyrobionego w przewodzie pokarmowym.

Jakkolwiek szereg wyraźnych objawów towarzyszy acetonurji, jednakże działania toksycznego nie przypisuje autor samemu acetonowi, lecz jego chemicznym poprzednikom.

Blżej nieznanne wytwory rozkładu białka wywołują wyżej wyliczone objawy, a wydzielone zostają z ustroju w postaci acetonu. Acetonurję fizjologiczną od patologicznej ma odróżniać ta okoliczność, że kiedy przy pierwszej owe toksyczne wytwory białka łatwo się w aceton utleniają, przy drugiej — z powodu zbyt wielkich ilości tych wytworów toksycznych białka, ich utlenianie i wydzielanie zostaje upośledzone, t. j. zbyt długo w ustroju jako takie przebywają.

Główne wytyczne pracy LORENZ'a dają się zsumować w następujących wnioskach:

1. Występowanie acetonurji przy zaburzeniach trawiennych jest zjawiskiem tak częstym, że do dziś znanych form acetonurji należy dodać nową: „acetonurję przy zaburzeniach w trawieniu“.

2. W przypadkach takich niemożliwym jest odgraniczenie acetonurji i dyjaceturyi.

3. Objawy, przypisywane poprzednio acetonowi i kwasowi acetoctowemu (*acetessigsäure*), zależą właściwie od mniej utlenionych chemicznych poprzedników acetonu.

4. Białkomocz w przypadkach autora nie był zależny od działania acetonu i kwasu acetoctowego:

5. Aceton znaleziono zarówno w zawartości żołądka jak i kiszek [kał].

6. Przy samoistnych cierpieniach narządu trawienia znajdowano aceton, przy wtórnych bardzo rzadko.

7. W 2-ch przypadkach, przy wymiotach mocznicowych i histeryi z objawami zaburzeń trawiennych, wykryto obok acetonu i kwasu acetoctowego w moczu i kwas oksy-masłowy.

(*Zeitschrift für klinische Med.* Tom XIX, str. 19 — 80).

S. Sterling.

Wiadomości bieżące.

— **Nowa Farmakopea Rosyjska.** Z dniem 13 Listopada r. b. została wprowadzoną we wszystkich aptekach nowa Farmakopea Rosyjska, a właściwie czwarte wydanie istniejącej już od roku 1866. Nowo wydaną farmakopeę z rozporządzenia Rady Lekarskiej, przy ministerystwem spraw wewnętrznych pozostającej, opracował powszechnie znany i zasłużony profesor, JULIAN TRAPP.

Od czasu wprowadzenia poprzedniej edycji minęło lat jedenaście. W tym przeciągu czasu znaczny postęp nauk przyrodniczych, któremi medycyna głównie się posilkuje, i liczne doświadczenia lekarskie nagromadziły tak znaczną liczbę środków lekarskich, że one prawie podwoiły dawniejszy zasób apteczny. Nie dziw zatem, że nareszcie zabrano się do wykreślenia tych środków aptecznych, które bez użytku obciążały farmakopeę. Racyjonalnie wybrać z nawału pierwszych, zredukować drugie środki było zadaniem prof. TRAPPA: osiągnął je też ku wielkiemu uznaniu specjalistów.

Dawna farmakopea zawierała 1026 środków, z tych usunięto mało używanych 318. Do pozostałych 708 dołączono nowych środków 100, przeto nowa farmakopea zawiera 808 środków lekarskich. Usunięto przytem i tablicę odtrutek, która wszelako niejednokrotnie była pożyteczną. Szczególniejszą zaletą nowej farmakopei jest znaczne rozszerzenie działu prób na czystość środków lekarskich, według najświeższych wskazówek nauki, oraz znaczne powiększenie działu odczynników przyrządów analitycznych. Żałować jednak należy, że próby mikroskopowe mało znalazły zastosowanie w nowej farmakopei.

Bez żalu spostrzegamy wykreślenie wielu środków, jak np.: *Morphium aceticum*; konserwatywizm tylko środek ten, łatwo ulegający rozkładowi, przenosi nad chlerek lub siarczan morfiny. Do działu środków usuniętych należą: *acetum Rubi Idaei*, *acetum Digitalis*, *Acidum succinicum*, *Ambra*, *Sal cornu cervi volatile*, *Spongia fluviatilis* i t. d.

Zato zdaje się, że z działu środków wykreślonych brak nam często będzie niektórych cieszących większem rozpowszechnieniem, jak np.: *Camphora monobromata*, *Liquor Bellosti (solut. Hydrarg. nitrici in Aqu. destill. cum acido nitrico)*, *Oleum Cadini* i t. d..

Przeoczono też przy wprowadzeniu nowych środków tak ważne, jak podwójne sole kofeiny (*coffeinum natro-benzoicum* i *natro-salicylicum*), oraz inne z pożytkiem często stosowane, jak: *Hazelinum Diureticum*.

Dla lekarza ważnem jest zaznajomienie się ze zmianami zaszłemi w nowej farmakopei, gdyż zmiana w przysposabianiu niektórych preparatów zmienia i jego zewnętrzną postać, a lekarz różnicę tę znać powinien, na przykład: *Vinum stibiatum*, w tak powszechnem będące użyciu, dotychczas przygotowywano z wina Malagi, nowa farmakopea każe przyrządzać z Xeresu rosyjskiego, więc kolor będzie jaśniejszy, smak odmienny, mocniejszy. Również zbytecznem jest teraz, przepisując korę chinową, dopisywać „*regiae, fuscae, rubrae*”, gdyż obowiązuje jedna odmiana: *cortex Chinae cultae*, zawierająca najmniej 3,5% alkaloidów chinowych.

Cheąc bliżej, o ile można treściwie, zapoznać ze zmianami w nowo wydanej farmakopei, poniżej zaznaczamy wykaz środków lekarskich, jak niemniej zmieniony sposób przyrządzania niektórych przetworów farmaceutycznych.

Acidum carbolicum liquefactum jest to mieszanina kwasu krystalicznego z 10% wody [90 części karbolu i 10 części wody]. Roztwór 3% karbolu nowa farmakopea podaje jako wodę karbolową (*Aqua carbolisata*). Nowa farmakopea nie zalicza kwasu karbolowego do środków silnie trujących, czego żałować należy, gdyż, przy łatwości dostania go w aptece, często bywać mogą wypadki otrucia tym środkiem.

Antidotum Duflosi przeciw metalicznym truciznom, a szczególnie przeciw otruciu *Hydrargyro cyanato*, jest to mieszanina siarku żelaza, wody i magnezyi (*Magnesia cum Ferro sulfurato in aqua*).

Capsulae amygdalae et gelatinosae. Charta sinapismata.

Extracta. Dla zamiiany gęstych ekstraktów na suche, zamiast dekstryny, winno się używać cukru mlecznego, przeto mamy *extractum Belladonnae* nie, jak dawniej, *cum dextrino*, ale *cum saccharo lactis*.

Wprowadzono dawno znane *extracta fluida*, przygotowane drogą deplasacji lub perkolacji w umyślnym przyrządzie — perkolatorze; w nim mieszcza się sproszkowany środek roślinny i następnie z niego wyciągają części składowe stosownymi płynami (*menstrua*), które rozpuszczają i zabierają owe części składowe lecznicze w stanie skoncentrowanym; płynami temi są, stosownie do jako-

ści danego środka, spirytus z wodą, lub mieszanina spirytusu, wody i gliceryny. Jedna część ekstraktu płynnego odpowiada jednej części środka roślinnego; każda więc dawka ekstraktu odpowiada takiej samej dawce korzenia, kory lub ziela, z których ekstrakt przygotowano. Mamy *extractum Hydrastis fluidum*, *Rhamni Purshianae* (*Cascarac sagradae*), *Rhamni frangulae*, *Condurango* i *Secalis cornuti — fluidum*.

Również wprowadzono *abstracta*, są to ekstrakta suche z cukrem mlecznym, których każda część odpowiada podwójnej części środka roślinnego; każda więc część abstraktu odpowiada podwójnej części środka roślinnego, tak, że każda dawka abstraktu odpowiada podwójnej dawce tegoż środka.

Ferrum jodatum solutum. *Gossypium depuratum*.

Liquor alumini tartarico-acetici 10%. Roztwór ten zdaje się być zbyt czystym, gdyż samo, suche *Aluminium tartarico-aceticum* doskonale się przechowuje i rozpuszcza.

Liquor ferri albuminati zawiera około 4% żelaza, a smakiem cynamonowym i wyglądem podobny jest do używanego wyrobu Grüninga.

Liquor ferri oxychlorati, zamiast dawnego *Liquor ferri oxydati dialysati*, zawiera około 3,5% żelaza.

Oleum cantharidatum przygotowuje się przez wytrawianie na gorąco kantaryd z oliwą; olej ten stopiony z woskiem daje: *unguentum cantharidatum*.

Oleum Sesami, tłuszcz z nasion rośliny *Sesamum orientale*. Używa się zamiast oliwy prowanckiej w niektórych preparatach do zewnętrznego użycia, jak: linimentów, *olei Hyoscyami*, *olei Camphorati*, *unguenti diachylon Hebrae* i t. p.. Olej ten okazuje się nieodpowiednim, gdyż naprzykład maść dyjachylowa HEBRY, przygotowana przez stopienie w równych częściach *emplastri plumbi simplicis a glyccino et aqua liberati* z olejem sesamowym, nie dorównywa ani trwałością, ani wyglądem takiejże maści przygotowanej z oliwy prowanckiej.

Parafinum liquidum et solidum, 4 części pierwszej stopione z jedną częścią drugiej dają: *unguentum parafini*, jako podkład do maści, kosystencyi wazeliny.

Pulvis salicylicus cum talco: mieszanina kwasu salicylowego, krochmalu i talku, jako proszek wysuszający, szczególnie przy poceniu się nóg używany.

Sapo kalinus z oleju lnianego przygotowane mydło przezroczyste, ze słabym zapachem mydła, jest podobne do mydła szarego, wiedeńskiego, według przepisu HEBRY przygotowanego. Roztwór w spirytusie daje nam *spiritus saponato-kalinus*, przetwórz w chorobach skórnych często używany. Nowa farmakopea jednak przetwórz ten zupełnie pominęła.

Secale cornutum exoleatum wykreślono zostało z szeregu środków silnie działających. Sporysz, pozbawiony oleju tłustego, jest preparatem, który winien być przepisywany zawsze, kiedy lekarz środka tego potrzebuje, gdyż w nim części składowe nie podlegają tak prędkiemu rozkładowi, jak w sporyszu zwykłym.

Syrupus Sennae simplex wprowadzony został zamiast dotychczasowego *syrupus Sennae cum Manna*. W razie przepisania *Syrupus Sennae cum Manna* wydawaną ma być mieszanina w równych częściach: *syr. Mannae* i *syr. Sennae simpl.*.

Do wielu syropów nowa farmakopea każe dodawać nieco spirytusu, co zapobiega łatwości fermentowania.

Tinct. Chamomillae. *Tinctura Convallariae majalis* przygotowana ze świeżych kwiatów. Dawka na raz 20 kropeł, na dobę 60; nie objęta jest listą środków silnie działających. *Tinctura Strophanti* przygotowana jest z nasion pozbawionych oleju.

Wszystkie nalewki (*tinctura*) narkotyczne, według nowej farmakopei, przygotowuje się w stosunku ściśle oznaczonym na wagę: 1 na 10, to znaczy, że na jedną część środka silnie działającego używa się tyle płynu, aby otrzymać równych 10 części wyciągu.

Tinctura Opii crocata dotychczas otrzymywana na Xeresie, przygotowuje się będzie na rozcieńczonym spirytusie.

Tinctura Castorei sibir., według nowego przepisu, będzie mocniejszą: obecnie 1 na 10 części spirytusu, dawniej była 1 na 24 części.

Win ma się używać rosyjskich wszelkich gatunków, zamiast oryginalnych: *Sauterne'u*, *Lafitt'u*, *Xeresu* i *Malagi*.

Vinum Condurango na xeresie rosyjskim w stosunku 1 na 10 części.

Vinum Chinae mieszanina 1 części *tinct. Chinae* z 4-ma częściami Xeresu rosyjskiego.

Unguentum Hydrargyri cinerei. Ważny ten preparat został zmieniony w składzie z utrzymaniem procentowości rtęci. Maść szara, według nowej farmakopei, przygotowuje się przez ucieranie rtęci z lanoliną i szmalcem benzoesowym, stopionym z woskiem. [Szmalec benzoesowy otrzymuje się przez wytrawianie w kąpieli wodnej benzoesu ze szmalcem wieprzowym]. Trafiuie użyty benzoës, zapachem swoim zagłusza nieprzyjemny zapach dawnej szarej maści; jest ona przytem mniejszej konsystencji, nielepiej poprzednio używana.

Unguentum Terebinthinae składa się z terpentyny francuzkiej i szmalcu.

Zasługują na pochwałę dążenia nowej farmakopei do zupełnego wprowadzenia wagi francuzkiej, dziesiętnej, która wszędzie jest podana obok dawnej. Inne zmiany, jako mało znaczące, przepuszczamy. Pozostaje nam dokończyć wykaz środków lekarskich, wprowadzonych do nowej farmakopei.

Antifebrinum, *Acidum boroglycerinatum*, *Acidum formicum*, *Acidum trichloroaceticum*, *Lanolinum*, *Aethylum bromatum*, *Agaricinum*, *Albumen ovi siccum*, *Aluminium sulfuricum*, *Ammonium sulfo-ichthyolicum*, *Amylenum hydratum*, *Antipyrinum*, *Apomorphium muriaticum*, *Arbutinum*, *Bismuthum salicylicum basicum*, *Calcium boroglycerinatum*, *Chininum hydrobromatum*, *Chloralum formidat.*, *Chrysarobinum*, *Cocainum hydrochloratum*, *Codeinum phosphoricum*, *Coniinum hydrobromatum*, *Cortex Condurango*, *Cortex Quillayae*, *Cortex Cascarae sagradae*, *Gossypium depurat.*, *Guajacolum*, *Homatropinum hydrobromatum*, *Hydrargyrum cyanatum*, *Hydrargyrum salicylicum*, *Hyoscinum hydrobromatum*, *Jodolum*, *Lithium bromatum*, *Magnesia citrica effervescens*, *Manganum sulfuricum*, *Naphtalinum*, *Naphtolum*, *Natrium boroglycerinatum*, *Natrium silicicum solutum*, *Ichthyolum*, *Paraldehydum*, *Phenacetinum*, *Eserinum salicylicum*, *Pilocarpinum hydrochloric.*, *Pyridinum*, *Pyrogallolum*, *Radix Onomidis*, *Resorcinum*, *Rhizoma Hydrastis*, *Salolum*, *Semina Strophanti*, *Styrax liquidus*, *Sulfonalum*, *Terebenum*, *Terpinum hydratum*, *Thalinum sulfuricum*, *Thymolum*, *Trimethylaminum solutum*, *Urethanum* i *Vaselinum*. E. Skomorowski.

— Wyszedł z druku odczyt kliniczny [Zeszyt 35-ty] D-ra ARNSTEINA z Kutna, p. t.: „O biegunce letniej czyli cholery dziecięcej (*cholera infantum*).

— Zmarł w Warszawie d. 7 Grudnia r. b. D-r LIBCHEN, b. naczelny lekarz szpitala ewangelickiego.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1892 według tego samego programu i na takich samych warunkach, jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1892 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szan. Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty. Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się bezpłatnie dla wszystkich prenumeratorów „Cennik Apteki W-go Mutniańskiego“ i „Katalog nowości wydawniczych księgarni W-go Paprockiego i S-ki“.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 28 Ноября 1891 г. Друк К. Ковалевского, Крѣлевска Nr. 29.

DRAGÉES DE PÉPSINE

(*c. acido muriat dil.*).

Przy zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, użycie pepsyny w połączeniu z kwasem solnym jest najlepszym środkiem leczniczym. Oprócz środków trawiących perełki te zawierają jeszcze goryczki wzmacniające żołądek. Ta forma jest najdogodniejszą w użyciu. Dwie do trzech perełek po obiedzie ułatwia znakomicie trawienie, a użycie kilka razy dziennie po jednej wzmacnia żołądek.

Każda perełka zawiera 2 grany pepsyny z dodatkiem kwasu solnego i goryczki.

ELIXIR DE PÉPSINE

de Mialhe

Przygotowany na winie wyborowym Lunel. Po każdym jedzeniu łyżeczkę od kawy.

TABLETKI DESSEROWE

(*c. sal. Carolinense*).

Wzmacniają trawienie, usuwają wzdęcia, wytwarzanie się kwasów, zgagę, kurcze żołądka, uczucie gnienienia i pełności w żołądku, szczególnie po użyciu wina i piwa. Dwie do trzech tabletek po obiedzie.

E. Jarnuszkiewicz.

52—32

Właściciel apteki, Nowy-Świat № 35.

156

APTEKA

Wendy i Wiorogórskiego

45 Krakowskie-Przedmieście 45

wyrabia wina lecznicze:

Wino Chinowe.

Wino Pepsynowe.

Wino Chinowo-rabarbarowe.

Wino Peptonowe.

Wino Rabarbarowe.

Wino Gencyanowe.

Wino z Cascara sagrada.

Wino Kondurangowe

Wino Koa.

i inne.

0—7

KATAPLAZMY

wyrobu aptekarza

A. TURSKIEGO

Nagrodzone na Warsz. Wystawie higienicznej w r. 1887 Listem pochwalnym I-ej klasy
Zaszczycone licznymi świadectwami PP. Naczelnym Lekarzy i Ordynatorów warszawskich Szpitali.

16—15

Sprzedaż w aptekach i w składach materyjaltów aptecznych.