

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. J. Kramsztyk. Jaka jest wartość lecznicza peptonów i jak należy się zapatrywać ze stanowiska praktycznego na żywienie za pomocą lewatyw? — II. S. Zaleski. O ile doświadczenia Bonnera i jego następców mają racyję bytu w obec społecznego stanu arthropatologii. (Dokończenie). — III. B. Gerner. Dziesiąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego, Edwarda księcia Lubomirskiego, za rok 1880. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy:* 131. A. Strümpel. Skurcze toniczne w mięśniach dowolnych. — 132. O miejscowym leceniu dyfterytu. — 133. M. A. Gautier. O trującym alkaloidzie śliny ludzkiej. — 134. Oppenheimera próba na cukier w moczu. — 135. D-r Drumont. Nowy objaw tętniaka piersiowego (*aneurysma thoracicum*). — Nadesłano do Redakcyi. — Ogłoszenia.

## I. Jaka jest wartość lecznicza peptonów i jak należy się zapatrywać ze stanowiska praktycznego na żywienie za pomocą lewatyw? <sup>1)</sup>

Podał **Julijan Kramsztyk.**

Ciała białkowate, jak wiadomo, pod wpływem tak trawienia żołądkowego jak i trzustkowego, przeprowadzone zostają w pewną modyfikacyję, od czasów Lehmann'a, noszącą nazwę peptonów. Praktyczny cel, jeżeli się tak wyrazić wolno—powiada Ewald<sup>2)</sup>, przemiany białka na pepton jest—aby z ciała, trudno przechodzącego przez błony, utworzyć ciało dyfundujące (pepton), które w wyższym daleko stopniu niż zwykle białko, ulega wessaniu przez błony zwierzęce.

Zapatrywanie się na istotę peptonu i różnicę jego od białka przez różnych autorów, nie jest dotąd bynajmniej jednakowe. Dla nas w tej chwili jest to kwestyją mniejszej wagi; ważniejszym jest pytanie, jaka jest wartość pożywna peptonu i czy jest on w stanie zastąpić dla organizmu białko w zupełności. Hoppe Seyler<sup>3)</sup> na zasadzie prac Lubawina, Kistiakowskiego, Kossela i innych, uważa za bardzo prawdopodobne, że peptony powstają z białka zwyczajnego przez przybranie wody, a zatem w ten sposób, jak cukier powstaje z krochmalu. Są to, zdaniem jego, ciała białkowate, utworzone z innych, przy okolicznościach pozwalających na przybranie wody i powstają przy wszystkich processach, przy których takowe zwykle się odbywa, więc pod działaniem silnego kwasu, alkali, gnicia i pod wpływem fermentów. Tegoż samego

<sup>1)</sup> Odczytane na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, jako referat na pytanie przez Wydział gospodarczy postawione.

<sup>2)</sup> Die Lehre von der Verdauung. 1879. Berlin.

<sup>3)</sup> Physiologische Chemie. Berlin. 1878. str. 227.

zdania jest Heuninger<sup>1)</sup>, który doszedł do tego wniosku z analizy porównawczej swego peptonu w stosunku do pierwotnie użytego białka, z drugiej strony za pomocą środków odciągających wodę (gotowanie z bezwodnikiem kwasu octowego przy 80° C.) przeprowadził swój pepton w ciało, posiadające prawie wszystkie własności syntoniny, t. j. najbliższego produktu białka.

Adamkiewicz<sup>2)</sup>, na zasadzie analiz porównawczych swojego peptonu z analizami włóknika, utrzymuje, że pepton różni się chemicznie od białka jedynie mniejszą zawartością soli i zmienioną budową cząsteczkową, uwydatniającą się w topliwości peptonu; trawienie polegałoby w tym razie na uwolnieniu białka od pewnej ilości soli i w ten sposób przygotowaniu do fermentacji i rozpuszczalności i zniesieniu budowy cząsteczkowej — pierwszego dopełnia kwas solny, drugiego przez „stopienie“ białka dokonywa ferment, jako zastępujący wysoki stopień ciepła.

Dodać tu należy, że Adamkiewicz uważa za pepton cały produkt trawienia białka pod wpływem kwasu solnego i pepsyny, jaki po strąceniu syntoniny, przez zubożenie sodą, pozostaje w roztworze, podczas kiedy inni autorowie nazywają peptonem tylko tę część owej pozostałości, jaka pozostaje w roztworze produktów trawienia białka po strąceniu za pomocą taniny, kwasów i innych odczynników. Z tego powodu własności, a zapewne i wartość pożywna peptonu Adamkiewicza, różnią się od peptonów w inny sposób otrzymanych.

Maly<sup>3)</sup> mówi: pepton posiada zupełnie taki sam, albo bardzo zbliżony skład, jak ciało macierzyste, z którego jest otrzymany. Czy jednakże ma tu miejsce nieznaczna zmiana w składzie, czy białko i pepton są izomeryczne lub polimeryczne względem siebie, nie jest to dotąd rozstrzygnięte. Pepton prawdopodobnie stanowi jedno z ogniw długiego rzędu przemian, jakim ulega białko. Cyfry, otrzymane z analizy dla peptonów, nie różnią się więcej od pierwiastków składowych białka, aniżeli cyfry różnych ciał białkowych między sobą. Zdaniem Heuninger'a peptony różnią się jeszcze między sobą, stosownie do ciał białkowych, z których powstały, tak, że należy rozróżnić peptony włóknika, białka jaj, sernika i t. d.

W każdym razie peptony stanowią modyfikację ciał białkowych, która, w przeciwstawieniu do takowych, posiada w wyższym stopniu zdolność prześlania przez błony i pozostaje w roztworze na ciepło tak przy słabo kwaśnej, jak i alkalicznej reakcyi, (więc pod wpływem żółci, soku kiszkiowego), co dostatecznie nam wyjaśnia ich znaczenie fizjologiczne. Funke<sup>4)</sup> wykazał, że równoważnik endosmotyczny białka wynosi przeszło 100, peptonów 7,1—9,9 t. j., że około 12 razy więcej tego ostatniego, aniżeli białka, przechodzi przez błony odgraniczające, a jakkolwiek w ostatnich czasach Wittich, Maly, Adamkiewicz<sup>5)</sup> nie przyznają tej własności peptonu, ale wszyscy przyjmują, że jestto

1) De la nature et du rôle physiologique des peptones. Paris. 1830.

2) Die Natur und der Nahrwerth des Peptons. Berlin. 1877. str. 43.

3) Chemie der Verdauungssäfte und der Verdauung — Handb. d. Physiol. Bd. 5. str. 104.

4) Virchow's Arch. Bd. XIII, pg. 449.

5) Virchow's Arch. f. Pathol. Anat. und Physiol. Bd. LXXIV, str. 157.

jedyna postać białka, pod którą takowe w większej ilości może się dostać do soków organizmu, a celem trawienia żołądkowego i trzustkowego jest przygotowanie ich z użytego pokarmu.

Jeżeli wszakże natura samego peptonu nie jest jeszcze ostatecznie zbadaną, to znaczenie jego pożywne nie ulega już obecnie wątpliwości. Długi czas odmawiano takowego peptonom zupełnie, uważając je jedynie za produkt uboczny rozpadu białka, niezdolny do organizacyi, a podlegający jedynie rozpadowi, ta tylko część białka miała iść na korzyść organizmu, która nie podlegała peptonizacyi. F i c k i G o l d s t e i n, mianowicie po zastrzykiwaniu peptonu do krwi, już w 4—5 godzin znajdowali powiększenie ilości mocznika, a zawartość produktów rozkładu białka we krwi i wątrobie znakomicie powiększoną.

Doświadczenia, wykonane tak na zwierzętach jak i na ludziach w ostatnich czasach, wykazały dopiero mylność tej teoryi. Polegały one na tem, że żywiąc zwierzęta odpowiednią ilością materij bezazotowych i nieorganicznych, w miejsce ciał białkowych podawano pepton i znaleziono, że przy podobnym żywieniu ma miejsce tak przybytek na wadze, jak i rzeczywiste tworzenie się nowych tkanek.

P l o s z <sup>1)</sup> żywił psa mlekiem, po pewnym czasie w miejsce takowego dawał sztuczny pokarm, w składzie podobny do mleka, w którym wszakże białko zastąpione zostało przez pepton. W 100 ctm. kub. tego płynu było 5 grm. peptonu, 5 cukru gronowego, 3 tłuszczu i 1,15 soli; płynu tego pies, ważący 1335 grm., otrzymywał dziennie 360—450 ctm. kub. W ciągu 18 dni waga jego podniosła się o 500 grm.

Podobnież doświadczenia M a l y ' e g o <sup>2)</sup> na gołębiach wykazały, że przy podawaniu zamiast ziarn zbożowych pigulek podobnego składu, w którym białko zastąpione było przez pepton, waga ciała się podnosiła.

P l o s z i G y e r g y a i <sup>3)</sup> w następstwie sprawdziwszy powyższe wyniki na psach, obliczając jednocześnie ilość wydzielanego azotu w stosunku do przyjętego w pokarmie, okazali, że znaczna część takowego pozostaje w organizmie, nie wydzielając się z kałem i moczem, że więc „peptony w organizmie prędko ulegają przemianom, jakkolwiek nie można z pewnością rozstrzygnąć, czy odrazu zamieniają się one znowu na białko, czy też poprzednio podlegają innym przemianom i białko dopiero potem, przez działalność komórek, z peptonów i innych ciał utworzone zostaje“.

Najdokładniej wszakże w ostatnich czasach kwestyję tę rozstrzygnął A d a m k i e w i c z <sup>4)</sup>. Jak wiadomo, według nauki V o i t ' a, białko musi z jednej strony dostarczyć przez swój rozkład siły, wyrażającej się w życiu i działalności komórki, z drugiej — musi wstąpić do organizmu, dla zajęcia miejsca tego białka, które uległo rozkładowi. Dla zbadania, o ile obie te czynności wypełnić

<sup>1)</sup> Arch. f. die gesammte Physiol. Bd. IX. pag. 326, r. 1874.

<sup>2)</sup> Arch. f. die gesammte Physiol. Bd. IX. pag. 385.

<sup>3)</sup> Arch. f. die gesammte Physiol. Bd. X. pag. 537. 1875.

<sup>4)</sup> l. c. str. 83 i nast.

może pepton, A d a m k i e w i c z zwrócił uwagę na to, czy pepton rozkłada się w organizmie podobnie jak białko krążące, czy dla tworzenia i wzrostu komórek stanowi materiał również jak białko odpowiedni, czy też jak klej chroni tylko białko od rozkładu, nie organizując się wszelako w tkankach. Badając jednocześnie ilość azotu wprowadzonego i wydzielonego znalazł, że obie powyższe role białka wykonywa pepton, przyczem tak rozkład jego, a zatem odnajdywanie produktów jego azotowych w moczu, jak i powiększanie się wagi zwierzęcia, a zatem odkładanie się zorganizowanego białka, odbywa się prędzej, niż przy karmieniu mięsem. Widocznie wchodzi on łatwiej w soki zwierzęce, niż białko niezmienione i łatwiej zostaje przez komórki rozłożonym i zasymilowanym niż tamto.

W następstwie okazał A d a m k i e w i c z <sup>1)</sup>, że owszem pepton mniej odpowiada warunkom rozpadu w kioskach, aniżeli białko; żywiąc bowiem zwierzęta czystym peptonem i mięsem znalazł, że przy tem ostatniem ilość indykanu w moczu jest znacznie większą, niż przy użyciu peptonu. Wiadomo zaś, że indykan pochodzi z indolu, jednego z produktów rozpadu białka, pod wpływem trawienia trzustkowego. Pepton więc nie tylko pod względem wartości wyrównywa białku, ale je raczej przewyższa. Z powyższego koniecznie wynika, że pepton nie jest produktem ubocznym trawienia, ale głównym, dla którego białko służy tylko jako materyja macierzysta, pepton jest postacią, pod jaką białko w organizmie zużytem zostaje. Wiadomo zaś, że pewna ilość czysto utrzymanego produktu, jeżeli ten będzie zużyty, koniecznie więcej przedstawia dla organizmu korzyści, aniżeli ilość materyi macierzystej, jaka teoretycznie tyleż produktu owego dostarczyć powinna.

Obok powyższych prac doświadczalnych, istnieje wiele spostrzeżeń klinicznych, nie pozwalających wątpić o wartości pożywnej peptonu; ponieważ wszakże w tych razach był on po większej części stosowany w postaci lewatyw odżywczych, z tego powodu zostaną one przytoczone w drugiej części mego referatu.

Znaczenie lecznicze peptonu na zasadzie powyższego wynika już samo przez się z fizycznych jego własności. Jeżeli trawienie żołądkowe lub trzustkowe nie jest w stanie dostarczyć dla organizmu z białka przyjętego w pokarmie dostatecznej ilości peptonu bez względu na to, z jakiej to pochodzi przyczyny, wtedy dostarczyć powinniśmy odpowiednią ilość peptonu, który, nie potrzebując podlegać trawieniu, wprost po wessaniu stanowi materyjał niezbędny dla życia i działalności komórek.

Po większej części wszelako potrzeba użycia peptonów ma miejsce w tych razach, w których pokarmy wcale do żołądka nie mogą być wprowadzone, lub w takowym zatrzymane, albo w których, z powodu wskazań leczniczych, zmuszeni jesteśmy oszczędzać pracy żołądkowi, wyłączając zupełnie udział jego w trawieniu. W tych razach zmuszeni jesteśmy wprowadzać pokarm za pomocą dolnej części kanału pokarmowego, nie posiadającej wydzielin, jak górne jego

---

<sup>1)</sup> Virchow's Arch. f. Pathol. Anatomie. 1879. Str. 144.

części, służące do trawienia pokarmów i przerabiania ich w sposób odpowiedni dla potrzeb organizmu.

Co do roli fizjologicznej działalności kiszki grubej, tak pod względem trawienia jak i możności wessania pokarmów, została ona w ostatnich czasach dostatecznie zbadaną albo na chorych, posiadających *anum praeternaturalem*, albo na zwierzętach, przez Albertoniego<sup>1)</sup>, Marchwald'a<sup>2)</sup>, Czernego i Latschenberger'a<sup>3)</sup>, Garland'a<sup>4)</sup> i innych. Wszyscy ci badacze doszli do jednego wyniku, że sok, wydzielany przez kiszkę grubą, sam przez się nie wpływa na zmianę pokarmów, nie mogąc peptonizować ciał białkowych, ani wpływać na wessanie tłuszczów. Jediną funkcją kiszki grubej jest zdolność wessania niektórych ciał.

Kobieta z *anus praeternaturalis* Albertoniego, po wprowadzeniu jej do kiszki grubej jajek, białka gotowanego, mięsa, przez otwór, położony w górnej części kiszki wstępującej, wydzielała je niezmienione, nawet po dłuższym czasie. Co się tyczy mleka, część płynna takowego oraz sole i cukier ulegały wessaniu, sernik niezmieniony wydzielany był w całości. Również w doświadczeniach na zwierzętach Albertoni okazał, że ciała białkowe nie ulegały żadnej zmianie, a jeżeli po części zostają wessane, to przechodzą w całości albo w znacznej części do moczu, nie przynosząc organizmowi żadnej korzyści.

Marchwald na chorej, mającej *anus praeternaturalis* w miejscu, gdzie kiszka ślepa przechodzi w kiszkę wstępującą, żadnego wpływu trawiącego na włóknik ani białko nie znalazł, dodatek ClNa wcale na trawienie ich nie wpływał. Natomiast woda, sole, peptony w małej ilości, o ile zostały utworzone w kiszkach, ulegały wessaniu, bardziej skoncentrowane roztwory peptonów, 1 cz. na 8 cz. wody, drażniąc kiszkę, powodowały rozwolnienie. Marchwald z tego powodu sądzi, że jedynie racjonalna metoda żywienia za pomocą lewatyw odżywczych jest ta, przy której wywołujemy sztuczne trawienie za pomocą wprowadzonego jednocześnie z pokarmem fermentu (trzustki), przyczem tworzące się peptony zostają w miarę swego powstawania wessane.

Podobnież Czerny i Latschenberger żadnego działania trawiącego kiszki grubej na białko skrzeplę lub rozpuszczone ani na tłuszcze nie widzieli. Białko rozpuszczone po części tylko ulega wessaniu, w ilości tem większej, im dłużej w kiszkach jest zatrzymane, ale w każdym razie ilość jego nigdy nie będzie wystarczającą dla odżywiania organizmu. W jajku kurzem białko znajduje się w postaci trudnej do wessania, ClNa zmniejsza jeszcze zdolność wessania białka. Voit i Bauer<sup>5)</sup>, Eichhorst<sup>6)</sup>, znaleźli również, że ilość białka, ulegająca wessaniu w kiszce, jest bardzo małą, nie wystarczającą potrzebom organizmu, podczas gdy pepton z wielką łatwością ulega wessaniu.

---

1) Lo Sperimentale. 1874.

2) Arch. f. Patol. Anatomie. Bd. 64 str. 505.

3) Arch. f. Patol. Anatomie Bd. 69, str. 162. 1874.

4) Boston Med. Journ. 1874.

5) Zeitschr. f. Biologie. T. V. str. 536.

6) Arch. f. die gesammte Physiol. Bd. IV, str. 570.

Dowiedziona więc pożywność peptonów i łatwość z jaką ulegają wessaniu są podstawą żywienia za pomocą lewatyw.

Lewatywy odżywcze z rosolu, mleka, jajek i t. d. zalecane były <sup>1)</sup> jeszcze przez Hypokrates'a, Cels'a, Avenzoar'a i innych; w późniejszych czasach uległy zapomnieniu. W końcu XVI wieku znów się do nich zwrócono, Bartholini, Mercuriali, Tulpius i inni cytują przypadki użycia takowych. Nasse (1834) radził dodawać do buljonu kwas solny, a także macerować poprzednio w świeżym żółtku wołowym substancje roślinne, mające wejść w skład lewatyw odżywczych. (D. n.)

## II. O ile doświadczenia Bonnet'a i jego następców mają rację bytu w obec spólczesnego stanu arthropatologii.

Podał w streszczeniu z własnej oryginalnej pracy

**Stanisław Szczepan Zaleski.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

Zjawiska, mające miejsce podczas forsownego nastrzykiwania, czyni Bonnet zależnemi po części od punktu wzajemnego zetknięcia się dwóch kości, stanowiącego jakby punkt oporu dla dźwigni, po części — od wielkości powierzchni, leżących ku przodowi i ku tyłowi od więzów bocznych, jak to ma miejsce dla stawów bloczkowych. Więcej racjonalne objaśnienie podaje Busch, wskazując dla stawów biodrowego i łokciowego wyłącznie na przednie więzy, a dla kolanowego — na tylne, jako na wywołujące odpowiednie ruchy bezpośrednio przez swoje napięcie. Wreszcie Albert, pomijając zupełnie obie te teoryje, stara się wszelkie zmiany w położeniu końców stawowych przypisać t. zw. detorsyi (wprowadzonej po raz pierwszy przez Garin'a, a rozwiniętej przez Dittela), która polega jak gdyby na wyprostowaniu skrzyżowanej torebki stawowej pod wpływem zwiększonego wewnątrzstawowego ciśnienia, jak by to np. miało miejsce ze skrzyżowanym workiem, w który piasek sypiemy. Ponieważ żadna z wymienionych teoryj nie wytrzymuje ścisłej krytyki, czujemy się upoważnieni do wypowiedzenia własnego zdania w tym względzie.

Siłę poruszającą stanowi wysoki stopień wewnątrz stawowego ciśnienia. Końce stawowe wykonywują ruchy w kierunku, w jakim mają zająć położenie, odpowiadające największej pojemności stawu. Ruchy zgięcia, zależne od forsownego nastrzykiwania tak dla stawu biodrowego jak i kolanowego, powstają na prawach dźwigni dwuramiennej, mającej za punkt podpory, najwięcej naprężoną część torebki w chwili wykonywania doświadczenia. Jeżeli więc przy nastrzykiwaniu wyprostowanego stawu przedramiennio-napięstkowego nie powstaje ruch ani dłoniowego, ani grzbietowego, ani wreszcie bocznego zgięcia, przypisać to należy, jak sądzę, niejednakowemu wymiarowi obu powierzchni stawo-

<sup>1)</sup> Dictionnaire thérapeutique des sciences médicales. 1869. str. 83.

wych ku przodowi i ku tyłowi od więzów bocznych, jak chce Bonnet, lecz zupełnemu brakowi warunków do odbywania ruchów na prawach dźwigni, wskutek jednostajnego napięcia wszystkich więzów stawowych.

Zodsiebienie uda (*abductio femoris*) posiada też wszelkie własności ruchu dźwigni, mającej za punkt oporu najwięcej zewnętrzne części *ligamenti Bertini*, i, być może, kilka włókien *ligamenti ischio-femoralis*, których od poprzedniego więzu prawie niepodobna odpreparować. Wywrócenie uda ku zewnątrz (*rotatio externa*) zależy prawdopodobnie od wyprostowania się włókien przedniej części worka stawowego. Co się tyczy wywrócenia kolana ku zewnątrz przy jego nastrzyknięciu, obecność czego stanowi dla niektórych autorów jeszcze punkt sporny, a dla nas — zwykłą regułą, to nie możemy sobie należycie wytłumaczyć, jaki jest jego mechanizm i dla tego też, razem z Dittelm i Busch'e, gotowi jesteśmy zwrócić się gołeni w kierunku zewnętrznym uczynić zależnym od ciężaru samego członka, a szczególniejszy stopy.

Zachodzi pytanie, jakie mają znaczenie nasze doświadczenia w zakresie arthropatologii i co powinniśmy sobie właściwie na ich podstawie objaśnić.

W większości przypadków nie ma podobieństwa pomiędzy obrzmieniem stawu, wywołanem przez nastrzyknięcie, a obrzmieniem, zależnym od stanu zapalnego. Analogija istnieje chyba tylko dla stawu kolanowego w razach ostrawego, lub przewlekłego zapalenia, gdzie nie ma wcale obrzęku tkanek staw otaczających. Jednak co się tyczy odpowiednich położeń stawów, podległych zapaleniu, to oprócz 3-go okresu *coxitis* — podobieństwo do położeń, wywołanych sztucznie, w przeważającej liczbie przypadków jest do tego stopnia ludzkie, że można by pomyśleć, jakoby na chorym wykonano doświadczenie. Temu to właśnie uderzającemu podobieństwu zawdzięcza swoje powstanie znana arthropatologom teoria mechaniczna, która w Bonnet'cie znalazła swego twórcę, a w Rossie, Klopsch'u i Busch'u — najgorętszych zwolenników i propagatorów.

Według samego Bonnet'a, a w następstwie Parise'a i Maisonneuve'a położenie w 2 okresie *coxitis* zależy od ciśnienia wysięku i leżenia na cierpiącej stronie; w 3 okresie — od rozmiękczenia, a po części zniepodobnienia torebki, od przeważającego wtedy wpływu mięśni ksobnych (*adductores*) i wreszcie — od leżenia na zdrowym boku. Natomiast w zapaleniach kolana głównie działa sam wysięk, choć i tu uwzględnić należy pewne poboczne przyczyny, jako to: ciężar członka, ciśnienie wywierane przez koldrę, bandażę i t. p. (co nie jest także obojętnem i przy *coxitis*) i wreszcie położenie samego tułowia.

Pierwszy Ross dopiero ogranicza się wyłącznie li tylko na teorii mechanicznej, jako na objaśniającej dostatecznie samej przez się wszelkie zmiany położeń w różnych okresach zapalenia. I tak w 2 okresie *coxitis* przeważa wpływ mięśni odsiebnych i wywracających ku zewnątrz, pokonany wkrótce w 3 okresie przez wpływ mięśni ksobnych i wywracających ku wewnątrz, a to wskutek ucisku główki na górną i tylną część panewki i następnie tejsze rozszerzenie w kierunku wywieranego ucisku. Klopsch usuwa zupełnie wszelki współdziałanie mięśni i przypisuje wszystko przednim więzom pomocniczym, stanowiącym jakby punkt oporu dla uda; główka i szyjka kości udowej pod wpływem

parcia wysięku zmierza ku dołowi i ku zewnątrz, trzon więc musi przyjąć kierunek odwrotny, t. j. ku górze i ku wewnątrz, przez co powstaje położenie, właściwe 3 okresowi *coxitis*. Busch zachodzi jeszcze dalej na drodze przez Ross'a i Klopsch'a wytkniętej, utrzymując, jakoby skierowanie się uda ku linii środkowej ciała i ku wewnątrz wywołane zostało przez napięcie *ligamenti Bertini*, powstałe wskutek t. zw. wędrówki panewki (*Wanderung der Pfanne*) ku górze i ku tyłowi.

Żaden z wymienionych poglądów, z których za najdowcipniejszy i najracjonalniejszy uważamy pogląd Busch'a, nie może bynajmniej wytrzymać krytyki, jeżeli wziąć pod uwagę: 1) niektóre kliniczne przypadki, nie dające się wcale objaśnić na drodze wskazanej przez wszystkich trzech autorów, 2) dane anatomo-patologiczne, na które Volkmann zwraca uwagę, mianowicie — że zdarzają się preparaty, odpowiadające 1 okresowi *coxitis*, gdzie nietylko, że nie można wykryć żadnych zmian w górnej i tylnej części panewki, lecz nawet czasami widzi się te zmiany we wręcz przeciwnej okolicy tej ostatniej, 3) zupełnie inne punkty zetknięcia się główki z panewką, aniżeli wskazane przez Ross'a i Busch'a.

Delitsch w swej pracy, poświęconej stawowi kolanowemu, doszedł do następujących wniosków:

1) Zgięcie goleni, mające miejsce przy ostrych wysiękach w stawie kolanowym, nie zależy od hydrostatycznego ucisku płynu na torebkę i końce stawowe.

2) We wszystkich przypadkach, w których ostrym wysiękiem w stawie kolanowym towarzyszy zgięcie, przyczyna tegoż zgięcia polega na jednoczesnym udziale w procesie więzów bocznych, które wolnieją. Jeżeli kolano jest zgięte. Gdzie brak tego współdziałania, brak też i zgięcia, chociażby nawet wysięk był znaczny.

W odpowiedzi na powyższe twierdzenia zaznaczymy, że nigdzie—ani w literaturze, ani też w ustnych komunikatach profesorów — nie spotykaliśmy się z faktem, ażeby ostry wysięk w znacznej ilości do jamy stawowej kolana nie pociągał za sobą odpowiedniego stopnia zgięcia. A co się tyczy przypadków, które mieliśmy sposobność sami klinicznie obserwować, to te każą nam wręcz zaprzeczyć Delitsch'o wi i co do braku zgięcia przy ostrych zapaleniach stawu kolanowego z obfitym wysiękiem. Na tychże samych przypadkach staraliśmy się również stwierdzić, czy więzy boczne wpływają w jakikolwiek sposób na powstawanie charakterystycznego położenia. Nie możemy się tu zgodzić z Delitsch'em, ponieważ w przypadkach analogicznych z obserwacjami tego autora bolesność i zbytnia czułość na miejscu wzmiankowanych więzów, jeżeli się pojawiła, to zazwyczaj dopiero wtedy, kiedy zmiany w położeniu już były widoczne. A zatem więzy boczne nie grały tu żadnej roli. Zresztą w całej swej pracy nigdzie nie czyni autor wzmianki, ażeby sam obserwował przypadki, na które się powołuje.

Biorąc pod uwagę wszystko, na co mieliśmy możność zwrócenia uwagi Szanownych Panów w niniejszem pobieżnem streszczeniu, jak również niezbyt



liczne własne obserwacje kliniczne, pozwalamy sobie wyprowadzić następujące wnioski:

1) Fakt, na który *B o n n e t* zwrócił uwagę, że przy pewnych położeniach końców stawowych same stawy posiadają największą pojemność, nic zgola nie traci na swojej sile.

2) W większości zapaleń stawu biodrowego i kolanowego udo i goleń przyjmują położenie bardzo blizkie, albo też zupełnie odpowiadające największej pojemności torebki.

3) W niektórych razach — mianowicie przy ostrzych wysiękowych zapaleniach, z szybko następującym wysiękiem, jak to miewa miejsce z ostrem surowiczem i ropnem — należy przypuścić, że ruchy końców stawowych w kierunku największej pojemności torebki powstają przy jednoczesnym współdziałaniu dwóch czynników: zwiększonego wewnątrz-stawowego ciśnienia i działania nerwów.

4) Za to w innych, nie mniej licznych przypadkach, należy zupełnie usunąć wpływ mechaniczny, a położenia, przyjęte przez końce stawowe, uważać za rezultat działania nerwów.

5) Przy silnem wypełnieniu torebki wysiękiem wyprostowanie stojących pod kątem końców stawowych kolana i uda (*genu et coxae*) można uskutecznić nie inaczej, jak po uprzedniem przekłuciu i wypuszczeniu zawartości ze stawu. Jeżeli w podobnych razach wyprostowanie odbywa się bez zachowania tej ostrożności, to wskutek powiększenia ciśnienia wewnątrz-stawowego, powstającego przy przeprowadzeniu kości z położenia pod kątem do wyprostnego, łatwo mogłoby nastąpić rozerwanie torebki.

6) Ponieważ końce stawowe mogą się rozejść na nieznaczną odległość już pod wpływem choćby niewielkiej ilości płynu, wstrzykniętego do wnętrza stawu, więc i przy użyciu innej siły mechanicznej odpowiedniego natężenia (np. ustawiczne wyciąganie za pomocą ciężarów), winno toż samo nastąpić; dla tego też ustawiczne wyciąganie, jakiego używamy w celach leczniczych przy cierpieniach stawów, może być w zupełności zastosowane, o ile mamy na celu rozdzielenie wzajemnie na siebie uciskających powierzchni stawowych.

7) Neuropatolodzy mogą oddać ważną przysługę chirurgom, zwracając baczną uwagę na cierpienia stawów u tabetyków i paralityków. Jeżeli przy zupełnem zwolnieniu mięśni i braku odruchów, lub jakiegokolwiek wpływu woli, będą jednakże w razach *coxitis*, *gonitis* etc. wraz z wysiękiem powstawały odpowiednie patognomoniczne położenia, to w takim razie posłuży to za ważny przyczynek dla teorii mechanicznej do pozyskania raz na zawsze praw obywatelstwa

---

### III. Dziesiąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda, księcia Lubomirskiego, za rok 1880.

Ułożył D-r med. **Bolesław Gepner.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 38).

23. W. G. żona handlarza lat 65, zaćma przejrzała lewa, bardzo niedojrzała w oku prawem, Śluzotok przewo-

- dów nosłozowych leczony przez 5 tygodni. Rozdar-  
cie torebki obwodowe . . . . .  $20/50$
24. C. A. obywatel ziemski lat 65, zaćma niezupełnie dojrzała  
w lewym, niedojrzała w prawym . . . . .  $20/70$
25. J. B. emerytka lat 56, zaćma przejrzała w lewym, nie-  
dojrzała w prawym, przebieg operacji prawidłowy,  
na 3 dzień skutkiem prawdopodobnie silnego kaszlu  
krwotok do komórki, który zajął  $\frac{3}{4}$  jej wysokości—  
wessanie całkowite w ciągu tygodnia . . . . .  $20/50$
26. N. E. żona kolonisty lat 62, zaćma niezupełnie dojrzała . . . . .  $20/50$
27. B. J. emerytka lat 66, zaćma dojrzała . . . . .  $20/70$
28. M. P. rolnik lat 60, zaćma dojrzała . . . . .  $20/70$
29. M. A. obywatelka lat 66, zaćma przejrzała w prawym,  
wysoka krótkawzrocność w lewym; przebieg ope-  
racji prawidłowy. W 4 godziny po operacji krwo-  
tok, który nappełnił całą komórkę —wessanie trwało  
3 tygodnie —pozostała *cataracta secundaria* ze szcząt-  
kami krwi, po środku jej otworek. . . . .  $20/70$
30. G. M. kupiec lat 60, zaćma dojrzała . . . . .  $20/50$
31. S. P. piwowar lat 67, zaćma dojrzała. Z powodu cięcia  
nieco za małego, wydobycie jądra utrudnione, obe-  
szło się jednak bez użycia łyżki. Zimne okłady . . . . .  $20/70$
32. C. H. handlarz lat 61, *marasmus*, zaćma dojrzała. W dwa  
tygodnie po operacji skutkiem uderzenia palcem  
w oko, *iritis et iridocyclitis* b. uporczywe. Wcie-  
rania maści szarej, kataplazm, atropina. Liczne *syne-  
chiae post.* . . . . .  $20/200$
33. K. J. rolnik lat 59, zaćma dojrzała. W 5 dniu po opera-  
cji *hemiplegia* po stronie oka operowanego, lewego,  
wypisany prawie zdrów w 7 tygodni ze śladami bez-  
władu w lewej kończynie dolnej . . . . .  $20/70$
34. N. A. kupiec lat 67, zaćma dojrzała . . . . .  $20/70$
35. K. L. kuśnierz lat 56, zaćma dojrzała . . . . .  $20/70$
36. J. S. wyrobnik lat 50, zaćma dojrzała w prawym, *ambly-  
opia congenita*  $2/100$  w lewym oku. Śluzotok w obu  
przewodach nosłozowych, leczony przez tygodni 6 . . . . .  $20/50$
37. M. Z. gospodyni lat 70, zaćmy dojrzałe, operacja współ-  
cześnie w obu oczach; w lewym bezpośrednio po ope-  
racji zebrało się nieco krwi, która wessaną została  
doszczętnie . . . . .  $20/40$   $21/50$
38. B. K. żona szewca lut 54, zaćma dojrzała . . . . .  $20/40$
39. D. J. rolnik lat 53, zaćma niedojrzała, znaczna *cataracta  
secundaria*, kwalifikująca się z czasem do rozdarcia. . . . .  $20/100$
40. C. R. rolnik lat 57, zaćma dojrzała, śluzotok worka lzo-

- wego leczony przez 4 tygodnie. Torebka rozdarta obwodowo, kawałek jądra, przy wydobywaniu odłamany, wydobyty został pętlą W e b e r a—nieznaczna utrata ciała szklстого . . . . .  $\frac{20}{70}$
41. S. M. rolnik lat 53 zaćma przejrzała. Torebka rozdarta obwodowo, ciało szklste wstawia się bezpośrednio potem w ranę, soczewka wydobyta pętlą W e b e r a, przy torebce pozostało nieco istoty korowej, *cataracta secundaria* . . . . .  $\frac{20}{100}$
42. F. M. żona kupca lat 56, zaćma w obu oczach niedojrzała jeszcze, operacja w obu współcześnie . . . . .  $\frac{20}{70}$   $\frac{20}{70}$
43. B. M. żona kupca lat 62, zaćma dojrzała operacja prawidłowa, na 10 dzień *iritis* uporeczywa — *cataracta secundaria* . . . . .  $\frac{20}{100}$
44. D. A. obywatel lat 76. zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{70}$
45. N. F. obywatel lat 74, zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{30}$
46. D. M. gospodyni lat 40, zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{70}$
47. B. T. emerytka lat 83, zaćma dojrzała gałki oczne bardzo głęboko osadzone, *marasmus*. przebieg operacji utrudniony z powodu wiotkości łącznicy, wrywającą się z pincetu do fiksowania, niewielka utrata ciała szklстого . . . . .  $\frac{20}{70}$
48. G. B. obywatelka lat 43, zaćma jeszcze niezupełnie dojrzała . . . . .  $\frac{20}{40}$
49. M. A. rolnik lat 49, zaćma dojrzała, jądro wielkie bardzo widoczne . . . . .  $\frac{20}{40}$
50. D. M. gospodyni lat 40, zaćma lewa niezupełnie dojrzała, prawa poczynająca. Zostało dużo istoty korowej, kruchej lecz zwartej. *Cataracta secundaria* . . . . .  $\frac{20}{100}$
51. Ch. M. gospodyni lat 60, obydwie zaćmy dojrzałe. Operacja współcześnie w obu. Torebki rozdarte obwodowo . . . . .  $\frac{20}{70}$   $\frac{20}{70}$
52. G. J. proboszcz lat 58, zaćma dojrzała. *blenorrh. cum stenosi sacci laerymalis* leczona przez 4 tygodnie. Rozdarcie torebki obwodowe; jednocześnie z wydobywającą się soczewką pokazało się cokolwiek ciała szklстого, które następnie cofnęło się . . . . .  $\frac{20}{30}$
53. P. K. wdowa lat 60, zaćma lewa dojrzała. Torebka rozdarta obwodowo . . . . .  $\frac{20}{30}$
54. Z. Ch. kupiec lat 53, zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{70}$
55. G. M. rolnik lat 61, zaćma dojrzała. Torebka rozdarta obwodowo, *iritis* długotrwałe — *cataracta secundaria* . . . . .  $\frac{20}{200}$
56. Z. H. stolarz lat 68, zaćma dojrzała, nieznaczna utrata ciała szklстого po wydobyciu jądra, podczas wydalania resztek . . . . .  $\frac{20}{70}$

57. O. B. ubogi lat 50, zaćma dojrzała w lewym, komórka bardzo głęboka, oko prawe zanikłe po operacji zaćmy, wykonanej przed rokiem w Lublinie. Cięcie za- nadto obwodowe, wypadnięcie ciała przed roz- darcie torebki, zaćma wydobyta łyżeczką Grae- fego, *collapsus corneae* ogromny *Iridocyclitis* na 6 dzień po operacji. Frykcyjne ogólne i kalomel, zastrzy- kiwania podskórne bez skutku. Chinina w dużych dawkach, wino, kataplazmy aromatyczne, powstrzy- mały sprawę zapalną. Zablźnienie z wypukleniem od wewnątrz (*Cystoide Vernarbung*) i ściągnięciem znacznem źrenicy ku bliźnie. Po 3 miesięcznym po- bycie, chory opuścił Instytut w zupełnie dobrym stanie zdrowia i z siłą widzenia . . . . .  $\frac{20}{7}$
58. J. R. wdowa lat 65, zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{70}$
59. M. L. uboga lat 65, zaćma dojrzała w obu oczach. Opera- cja jednocześnie w obu, w prawem prawidłowo, w lewym cięcie zupełnie w białkówe i zbyt obwo- dowe, wypadnięcie ogromnej ilości ciała szklis- tego przed rozdarciem torebki, zaćma wydobyta ły- żeczką, *Iritis, hyalitis, atrophia bulbi partialis*. W pra- wem gojenie prawidłowe . . . . .  $\frac{2}{70}$  0
60. F. M. nauczyciel starozakonnny 65, zaćma niezupełnie doj- rzała w obu oczach; operowane tylko prawe— *cata- racta secundaria* . . . . .  $\frac{20}{100}$
61. M. A. obywatelka lat 50, zaćma niezupełnie dojrzała, ko- mórka głęboka, oko mocno wystające, wysoka M. Jądro wydobyte z wielką trudnością, resztki istoty korowej nie mogły być usunięte. Zimny okład na 6 godzin . . . . .  $\frac{20}{70}$
62. B. J. rolnik lat 55. *Cataracta hypermatura Morgagniana*. Torebka rozdarta obwodowo, jąderko maleńkie . . . . .  $\frac{2}{10}$
63. O. F. rolnik lat 46 zaćma dojrzała, operacja utrudniona z powodu głuchoty chorego, torebka rozdarta ob- wodowo . . . . .  $\frac{20}{70}$
64. D. R. żona wojskowego lat 56; zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{70}$
65. G. A. wyrobница lat 50, zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{2}{70}$
66. B. A. obywatel miejski lat 67, zaćma dojrzała . . . . .  $\frac{20}{70}$
67. J. A. żona obywatela lat 52, zaćma mocno niedojrzała w obu oczach, operacja wykonana na oku lewym poprzedzona rozdarciem (*discissio*) pozostała część istoty korowej nieznaczną, została wessaną . . . . .  $\frac{20}{70}$
68. S. M. wyrobница lat 80, zaćma dojrzała, przebieg opera- cji prawidłowy, przy oczyszczaniu rany uchwycony

	został koniuszczyk nieco wystający tęczy, co spowodowało znaczny krwotok do komórki — wessanie doszczętnie, pozostała błoniasta <i>cataracta secundaria</i>		
69.	S. L. handlarz lat 61, zaćma dojrzała w lewym, niezupełnie dojrzała w prawym. Operacyja w obu jednocześnie, cięcie wypadło w obu oczach zanadto obwodowo, ztąd trudność dokładnego wydobywania resztek istoty korowej szczególnie w oku prawym, w którym pozostała znaczna <i>cataracta secundaria</i>	$\frac{2}{100}$	
70.	K. E. żona rolnika lat 47 zaćma dojrzała, cięcie zbyt obwodowe, chora była niespokojna, ztąd niedokładne obcięcie tęczy w kącie wewnętrznym, pozostało bardzo wiele istoty korowej, <i>Iritis et phakitis</i> długotrwała, <i>occlusio pupillae</i>	$\frac{20}{100}$	$\frac{20}{40}$
71.	H. K. wdowa po urzędniku lat 48, zaćma dojrzała		$\frac{1}{\infty}$
72.	G. A. żona gospodarza lat 62, zaćma przejrzała z wielkim jądrem, cięcie umyślnie duże obwodowe z płatem z łącznicy, torebka rozdarta obwodowo	$\frac{20}{30}$	
73.	D. K. przekupka lat 66, zaćma mocno przejrzała, z wielkim ciemnym jądrem cięcie umyślnie wielkie i obwodowe z płatem łącznicowym. Na dzień 10 po operacyi <i>keratitis herpetica</i> z mocnym bólem rzęskowym	$\frac{20}{70}$	
74.	K. E. żona rolnika lat 57, zaćma przejrzała, nieznaczna utrata ciała szklanego przy wydobywaniu resztek zaćmy, chora bardzo niespokojna. W 14 dni po operacyi, gdy chora już bez opaski chodziła, gwałtowna <i>iritis</i> skutkiem uderzenia palcem w oko, trwająca przeszło miesiąc — <i>cataracta secundaria</i>		$\frac{1}{\infty}$
75.	G. M. żona rolnika lat 46, zaćma dojrzała, przy oczyszczaniu rany wstawiło się ciało szklane w niewielkiej ilości	$\frac{20}{0}$	
76.	S. D. żona kupca lat 49. Zaćma dojrzała w oku prawym, oko lewe operowane przed 2 laty pomyślnie. W prawym na 8 dzień lekka, ale dość uporeczywa <i>iritis</i> .	$\frac{20}{40}$	

## II. Zaćmy nieprawidłowe, skomplikowane.

1. B. T. żona rolnika lat 65, zaćma oka prawego, wessana w części, brzegiem dolnym zwiechnięta do komórki przedniej, zaćma oka lewego dojrzała. Prze-

- bieg operacji sposobem Graefego w oku lewym prawidłowy, w 5 godzin później nastąpił gwałtowny krwotok, gałka twarda, bolesna, część krwi wypuszczona przez ranę. *Iritis*, po ustąpieniu zapalenia tęczówki i wessaniu krwi, znaleziono oddzielenie siatkówki bardzo znaczne, bo zajmujące prawie  $\frac{3}{4}$  — pomimo tego w pozostałej części . . . . .  $\frac{20}{50}$
- W oku prawem cięcie nożem Graefego przy usiłowaniu wydobywania zwichniętej zaćmy szczypczykami, udało się wyjąć tylko torebkę, jądro wyjęto pętlą Webera, tęczy nie wycinano. Nazajutrz rano ogromny krwotok, rana otwarta, zajęta przez tęczę wypadłą i przez skrzep, jedno i drugie odcięto, zagojenie dobre . . . . . 0
2. P. A. żona rolnika lat 61, zaćma dojrzała, zrosty tylne (*Synech. poster.*) złożyły w torebce. Operacja sposobem Graefego, po wycięciu tęczy, wydobyto torebkę przednią szczypczykami, reszta jak zwykle . . . . .  $\frac{20}{70}$
3. T. M. wyrobnica lat 17, zaćma miękka dojrzała w oku lewym, w prawem poczynająca. *Extractio linearis cum iridectomia* w lewym . . . . .  $\frac{20}{50}$
4. Ż. J. syn wyrobnika lat 16, *Cataracta diabetica utrius oculi*, zaćmy niedojrzałe, przednia istota korowa tylko miejscami zmętniała. *Discissio praeparatoria* w obu oczach w tydzień później *Extractio linearis c. iridectomia* w obu współcześnie . . . . .  $\frac{20}{40}$  pr.  $\frac{20}{30}$  lew.
5. K. L. policyjant lat 36, zaćma miękka niedojrzała w oku prawem, jakoby powstała przed ośmiu dniami bez wiadomego powodu. Oko lewe Em S =  $\frac{20}{20}$ . *Discissio praeparatoria. Extractio linearis* bez wycięcia tęczy . . . . .  $\frac{20}{30}$
6. Z. L. córka kolonisty lat 8, zaćma wrodzona błoniasta w obu oczach. Chloroformowana. Cięcie lancą, wycięta tęczą, zaćma wydobyta szczypczykami. Operacja w obu oczach współcześnie . . . . .  $\frac{20}{70}$  pr.  $\frac{20}{100}$  l.
7. Z. B. handlarka lat 40, zaćma przejrziała dolną częścią do komórki zwichnięta w oku lewym, w prawem wysoka *M. blennorrh. sacci lacrymalis* w obu, leczona przez 6 tygodni. *Ozaena*. Operacja Graefego. Soczewka wydobyta łyżeczką, ogromny odpływ ciała szklistego. Reakcja niewielka, ciało tkwiło przez miesiąc w ranie . . . . .  $\frac{20}{200}$
8. M. W. wyrobnica lat 35. zaćma w obu oczach miękka nie-

- dojrzała. *Discissio praeparatoria, Extractio linearis cum iridectomia* w obu, współcześnie . . . . .  $\frac{20}{70}$   $\frac{20}{70}$
9. F. A. żona rolnika lat 24, zaćma przejrzała w obu oczach. Operacja *G r a e f e g o* w obu współcześnie, torebki rozdarte obwodowo, w prawem pozostało dosyć istoty korowej przy dolnej części torebki . . . . .  $\frac{20}{70}$   $\frac{20}{70}$
10. Ch. A. żona żołnierza lat 33. W prawem oku zaćma dojrziała, jądra nie widać, istota korowa szara, mazista, w lewem zaćma miękka. Chloroformowana, operacja współcześnie w obu oczach, w prawem sposobem *G r a e f e g o*, w lewem *discissio* . . . . .  $\frac{20}{40}$  pr.  $\frac{20}{70}$  lew.
11. K. J. służąca lat 20. *Cataracta capsularis utrius — synechia posterior totalis* w obu oczach, gałki miękkie, uczucie światła i projekcja dobra. Operacja sposobem *G r a e f e g o* w oku prawem, torebki nie można było wydobyć, pozostało nieco istoty korowej. Na piąty dzień *iridocyclitis* długotrwała . . . . .  $\frac{20}{200}$
12. Z. P. rolnik lat 49. *Cataracta capsularis, oclusio pupillae, synechia totalis anterior peripherica* w oku prawem, uczucie światła dobre, projekcja niepewna. W lewem *amaurosis, cataracta gypsea*. Operacja sposobem *W e n z l a*, torebka wydobyta cząstkami, wy ciśnięto bardzo wiele *corticalis* prawie przezroczystej Na 3 dzień *iritis, iridocyclitis* przez 18 dni trwająca . . . . .  $\frac{1}{8}$
13. B. K. córka rolnika lat 18, gałka lewa w części zanikła wskutku dawnego zranienia, zupełnie nie bolesna. W prawem *iridocyclitis chronica, cataracta capsularis, oclusio pupillae, synechia anterior peripherica*, uczucie światła dobre, operacja sposobem *W e n z l a*, wydobyto jądro i bardzo wiele przezroczystej masy korowej, pierwsze trzy dni spokojne, na 4-ty *iritis* niezbyt silna przez kilka tygodni . . . . .  $\frac{1}{8}$
14. R. L. handlarz lat 24, *catar. Lenticulocapsul.* w oku lewem, na torebce złogi, uczucie światła dobre, projekcja wątpliwa, w oku prawem *amaurosis, cataracta gypsea*, operacja sposobem *G r a e f e g o*, torebka wydobyta szczypczykami. *Iritis* długotrwała, *occlusio pupillae* . . . . .  $\frac{1}{8}$
15. P. J. młynarz lat 25. *Cataracta capsulolenticularis*, w oku lewem, *synechia posterior* od zewnątrz, *synechia anterior peripherica* w zewnętrznej połowie, źrenica od wewnątrz wolna, uczucie światła i projekcja dobre. Oko prawe do połowy zmniejszone, nadzwyczaj miękkie, niebolesne, przez biątkówkę można doskonale wy-

	czuwać złogi wapienne w naczyniówce. <i>Extractio linearis cum iridectomia</i> od wewnątrz. . . . .	$\frac{20}{1.0}$
16.	F. M. służąca lat 18. <i>Cataracta mollis dextri matura</i> . Operacja sposobem Graefego, torebka rozdarta obwodowo . . . . .	$\frac{20}{50}$
17.	B. H. syn handlarza lat 8, zaćma urazowa świeża <i>glaucoma secundare. Extractio linearis sine iridectomia</i> . . . . .	$\frac{1}{\infty}$
18.	M. A. młynarz lat 20, zaćma urazowa (traum.) oka lewego, powstała przed tygodniem, mocno napęczniała, gałka twarda, uczucie światła liche. W oku prawem zaćma urazowa od roku trwająca w części wessanna. <i>Extractio linearis sine iridectomia</i> w lewym oku, <i>discissio</i> w prawem . . . . .	$\frac{20}{70}$ pr. $\frac{2}{50}$ lew.
19.	O. S. wyrobnik lat 34, zwichnięcie urazowe soczewki przezroczystej w oku lewym. Jaskra następcza, uczucie światła dosyć dobre, z oka prawego pozostały szczątki tylko po dawnym zranieniu, niebolesne. Cięcie nożem Graefego, tęcza nie wycięta. Przebieg pooperacyjnego okresu prawidłowy, <i>iridoplegia, glauc. splc, excavatio incipiens n. optici. Injections strychninini nitrici</i> . . . . .	$\frac{20}{10}$
20.	Z. H. handlarka lat 50. <i>Cataracta cretacea luxata ad cameram anteriorem, glauc. consecutivum</i> , w oku od dawna amaurotycznym. Oko lewe Em $\frac{20}{30}$ . Cięcie nożem Graefego, zaćma wydobyta pętlą Weber'a . . . . .	0
21.	O. H. proboszcz lat 78. <i>Cataracta secundaria</i> . Rozdarcie dwiema igłami . . . . .	$\frac{20}{100}$ Jaeg. Nr. 7
22.	J. A. wdowa lat 52. <i>Cataracta secundaria sinistri</i> S $\frac{20}{100}$ . Rozdarcie dwiema igłami . . . . .	$\frac{20}{70}$ $\frac{20}{70}$
23.	P. S. wyrobnik lat 80, <i>Cataracta secundaria sinistri</i> S $\frac{2}{200}$ , operacja jak wyżej . . . . .	$\frac{20}{70}$ $\frac{20}{70}$

Zestawienie rezultatów operacji zaćmy prawidłowej i nieprawidłowej, wykonanych w roku 1880, przedstawia następujący stosunek różnych stopni siły widzenia :

Zaćmy prawidłowe.		S = $\frac{20}{200}$ otrzymano w 3 przypadkach	
$\frac{20}{30}$ S =	otrzymano w 4 przypadkach	S = $\frac{1}{\infty}$ „ 2 „	
S = $\frac{20}{40}$	„ 18 „	S = 0 „ 2 „	
S = $\frac{20}{50}$	„ 17 „	Zaćma nieprawidłowa	
S = $\frac{20}{70}$	„ 32 „	S = $\frac{2}{30}$ otrzymano w 2 przypadkach	
S = $\frac{20}{100}$	„ 8 „	S = $\frac{20}{40}$ „ 2 „	



$S=^{20}_{/30}$  otrzymano w 4 przypadkach  
 $S=^{20}_{/70}$  " 10 "  $S=^1_{/\infty}$  otrzymano w 4 przypadkach  
 $S=^{20}_{/100}$  " 4 "  $S=0$  " 2 "  
 $S=^{20}_{/200}$  " 2 "

Pierwsza więc kategoria, zaemy prawidłowej, operowanej wyłącznie sposobem A. v. Graefe, przedstawia nam rezultat pomyślny w 79 przypadkach czyli 91.8% (Siła widzenia od  $^{20}_{/30}$  do  $^{20}_{/100}$ ); połowiczny ( $S=^{20}_{/200}$ ) w 3 przypadkach, czyli 3,5%; wreszcie rezultat niepomyślny dający się poprawić ( $S=^1_{/\infty}$ ) w 2 przypadkach t. j. 2.3% i absolutnie niepomyślny w 2 przyp. t. j. 2.3%.

Rezultaty przez każdego z operujących otrzymane przedstawiają się w sposób następujący:

	$S=^{20}_{/30}$	$^{20}_{/70}$	$^{20}_{/50}$	$^{20}_{/70}$	$^{20}_{/100}$	$^{20}_{/100}$	$\frac{1}{\infty}$	0	Ilość operacyj
Jodko	1	9	12	20	3	—	—	—	45
Gepner	3	9	5	10	3	2	—	1	33
różni	—	—	—	2	2	1	2	1	8
	4	18	17	32	8	3	3	2	86

Z rezultatów operacyj zaemy nieprawidłowej niepodobna wyprowadzać wniosków i porównań z powodu nader różnych warunków, w jakich znajdowały się zaemy do tej kategorii włączone. W każdym razie 4 wykazane przypadki z  $S=^1_{/\infty}$  nie mają być uważane za bezwarunkowo stracone, kwalifikują się one do wykonania sztucznej źrenicy (*Iridotomia*). Jakkolwiek rezultat taki był bardzo prawdopodobny, i przed wykonaniem operacji przewidziany, była ona zdaniem naszym bezwarunkowo wskazana jako dająca bądź co bądź nadzieję przywrócenia prędzej lub później chociaż części wzroku, skazanego w przeciwnym razie na pewną i zupełną zaturę.

\* \* \*

### A m b u l a t o r y j u m .

Przez ciąg ubiegłego roku otrzymało poradę lekarską w ambulatoryjum osób 3605 (mężczyzn 1842, kobiet 1261, dzieci do lat 10 obojga płci 547). Chrześcijan 2485. Żydów 1120, którym udzielono konsultacyj 18805; małych zaś operacyj jak przecięcie kanalików łzowych, otwarcie ropni, wyrwanie rżęs, wydobycie obcych ciał z błony rogowej, wykonano 394.

Choroby spostrzegano następujące :

Choroby łącznicy . . . . .	1462	Oparzenia i rany . . . . .	25
Choroby ostre . . . . .	530	Choroby rogówki . . . . .	1108
" przewlekłe . . . . .	907	Choroby idiopatyczne . . . . .	8

1) Przez  $S=^1_{/\infty}$  rozumiemy uczucie światła pozostające po operacji.

Rany rogówki z wypadnięciem tęczy . . . . .	9	Phthisis bulbi . . . . .	42
Rany rogówki z zaćmą urazową . . . . .	15	Anophthalmus post operati- nem . . . . .	7
Oparzenie wapnem . . . . .	3	Hydrophthalmus congenitus . . . . .	1
Obce ciało . . . . .	237	<i>Anomalije refrakcyi</i> . . . . .	85
<i>Choroby białkówki</i> . . . . .	11	Nadwzroczność (hypermetropia) . . . . .	54
Scleritis et episcleritis . . . . .	7	Krótkowzroczność (myopia) . . . . .	35
Rany białkówki . . . . .	4	Astygmazym nadwzroczny . . . . .	4
<i>Choroby tęczy i ciała rzęskowego</i> . . . . .	94	„ krótkowzroczny . . . . .	2
Iritis 63, prolapsus iritis 86, cyclitis 5, iridocyclitis 18.		<i>Anomalije akomadacyi</i> . . . . .	63
<i>Choroby naczyńiówki</i> . . . . .	24	Presbyopia . . . . .	58
Sclerotico-chorioideitis ante- rior . . . . .	3	Paresis accomodationis . . . . .	5
Staphyloma posticum . . . . .	9	<i>Choroby mięśni ocznych</i> . . . . .	32
Iridochorioideitis . . . . .	4	Strabismus converg . . . . .	10
Chorioideitis-disseminata . . . . .	4	„ divergens . . . . .	4
Retino-chorioideitis . . . . .	3	Nystagmus . . . . .	5
<i>Jaskra</i> . . . . .	37	Paresis abducentis . . . . .	1
glaucoma splx. 19, glaucoma inflammator 7, glaucoma absolutum 16.		„ trochlearis . . . . .	4
<i>Choroby nerwu wzrokowego i siatkówki</i> . . . . .	20	<i>Choroby oczodołu</i> . . . . .	4
Retinitis pigmentosa . . . . .	2	Caries orbitae . . . . .	4
„ albuminurica . . . . .	3	Periostitis . . . . .	3
Amotio retinae . . . . .	1	<i>Choroby dróg łzowych</i> . . . . .	93
Atrophia n. n. optico. . . . .	10	Dacryocystoblenorrhoea . . . . .	42
Perineuritis . . . . .	4	Phlegmone sacci . . . . .	9
<i>Amblyopia</i> . . . . .	12	Fistula lacrymalis . . . . .	11
<i>Amaurosis</i> . . . . .	15	Stricturae . . . . .	21
<i>Choroby soczewki</i> . . . . .	120	<i>Choroby powiek</i> . . . . .	351
Zaćma idiopatyczna . . . . .	106	Blepharitis . . . . .	109
„ traumatyczna . . . . .	14	Hordeolum . . . . .	25
<i>Choroby ciała szklanego</i> . . . . .	8	Chalazion . . . . .	9
Opacitates c. vitr. . . . .	7	Blepharophimosi . . . . .	5
Synchisis scintillans . . . . .	1	Ptosis . . . . .	3
<i>Choroby samej gałki ocznej</i> . . . . .	50	Entropium . . . . .	25
		Ectropium . . . . .	36
		Trichiasis et distichiasis . . . . .	137
		Vulnus . . . . .	6
		Tumores . . . . .	3
		Razem . . . . .	3605

W liczbie zgłaszających się o poradę do ambulatoryjum, znajdowało się 30 osób niewidomych na oba oczy; mianowicie, mężczyzn 13, kobiet 10, dzieci niżej lat 10-ciu 7. W 15 przypadkach ślepotą zależała od cierpienia nerwów wzrokowych lub siatkówki, w 4-ch od jaskry (*glaucoma absolutum*) w 4-ch, *phthisis bulbi anterior* jako następstwo chorób łącznicy 5 razy *iridocyclitis* sympatyczne, w 1-ym *glioma retinae* i w jednym wreszcie cierpienie rogówek podczas tyfusu.

Z E B R A N I E  
dat statystycznych z lat dziesięciu

w roku	leczono w ogóle	ambulato- ryjnie	udzielono konsultacyj	na salach Instytutu	przez dni szpitalnych	wykonano większych operacyj
1871	2392	2127	12682	265	9034	125
1872	3055	2577	14677	478	14850	225
1873	2303	2663	12493	540	16351	269
1874	3168	2616	12844	552	15872	274
1875	3178	3674	14325	503	17608	272
1876	3730	3181	18918	549	16042	236
1877	3890	3250	17488	640	20862	328
1878	4235	3529	17578	706	22070	295
1879	4265	3634	17396	621	17676	274
1880	4292	3605	18805	687	20246	322
	54508	30856	157207	5551	170611	2620

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

124. A. Strümpel. Skurcze toniczne w mięśniach dowolnych. (*Myotonia congenita*).

Choroba, w mowie będąca, bywa prawie zawsze wrodzona i polega na nieprawidłowej funkcyi w układzie mięśniowym dowolnym.

Przy każdej czynności mięśniowej odpowiednie mięśnie sztywnieją i przechodzą w stan tetaniczny, co trwa za każdym razem dość krótko. Jeżeli chory uchwyci przedmiot jaki, to nie jest w stanie ręki dowolnie, zaraz roztworzyć; wyprostowanie ręki odbywa się wtedy powoli, sztywno i w sposób niezgrabny. Zgiąwszy nogę, nie może takowej od razu wyprostować, a wyprężonej nogi nie może od razu zgiąć. Przy zwróceniu głowy, chory uczuwa sztywność w karku, a zamknięte powieki nie od razu dają się roztworzyć. Oko na bok zwrócone musi pozostać w tem położeniu przez pewną chwilę czasu. Usta i język w ruchach swych doznają podobnych zaburzeń.

Nieraz podobne zeszywnienie mięśni występuje pod wpływem bodźców psychicznych, a stan tężcowy mięśni może czasem być tak znaczny, że dana osoba zwalić się musi na ziemię.

Zwykle wspomniane objawy występują najsilniej przy pierwszych ruchach po odpoczynku.

Gdy ruchy trwają dłużej, to stopniowo dane mięśnie stają się bardziej gibkie i giętkie, tak, że w końcu najtrudniejsze i najbardziej skomplikowane czynności mięśniowe odbywają się z wielką łatwością i w sposób prawidłowy.

I tak: przy wejściu na schody, przestąpienie pierwszych stopni odbywa się z wielką trudnością, niezmiernie wolno i sztywno. Następnie powoli elastyczność w nogach się powiększa i dalsze piętra już żadnej trudności nie przedstawiają. Toż samo ma miejsce przy tańcu, pływaniu i t. d.

Z tego wszystkiego widzimy, że objawem najważniejszym i podstawowym w tej chorobie jest ten, że każdy mięsień dowolny, który poprzednio przez pewien czas był w spokoju, przeszedłszy w stan czynny, wpada w skurcz tetaniczny, mniej lub wię-

cej czasu trwający. Chory przez to traci możność natychmiastowego zwolnienia mięśnia skurzonego, co jest główną przeszkodą w wykonywaniu ruchów celowych.

Nieprawidłowość rzeczona obejmuje wszystkie mięśnie dowolne, tak przez rdzeń unerwione, jako też mięśnie twarzy, oczu, języka, polyku i t. d.

Odruchy skórne i ścięgniste w spostrzeganych dotąd przypadkach nie przedstawiały nic nieprawidłowego

Przy badaniu elektrycznej pobudliwości nerwów i mięśni zauważono w niektórych przypadkach (Seeligmüller), że tężec wywołany przez bodźce elektryczne, trwał względnie dość długo po usunięciu bodźca.

Mięśnie w przypadku Strümpela były niepomiernie silnie rozwinięte, przy bardzo nieznacznym pokładzie tłuszczowym podskórnym, tak, że w danym tym razie można było myśleć o istnieniu prawdziwego przerostu mięśni.

Czucie, wydzielanie moczu i wypróżnienia stolcowe bywają prawidłowe.

Co się tyczy istoty choroby, to do dzisiaj nic pewnego powiedzieć nie można. W ogóle na pomienioną formę cierpienia dopiero od niedawnego czasu zwrócono uwagę. Wprawdzie pewne nieco podobne kazuistyczne przypadki znajdujemy u Charles Bella, Leydena, Benedicta i Erba, ale, ściśle rzeczy biorąc, dopiero parę lat temu pierwszy Thomsen (*Arch. f. Psychiatr. Bd. VI.*), opisawszy rzeczoną chorobą, spostrzeganą u siebie i swego rodzeństwa, zwrócił na nią uwagę. Następnie daleko dokładniej opisał takową Seeligmüller (*Deutsche med. Wochenschrift 1876, 33—34.*), później Bernhardt (*Virchow. Arch. Bd. 75.*), przy opisie spostrzeganego przez siebie przypadku, zebrał cały materiał odnośnie rzeczonej choroby. Ostatnią pracę w tym kierunku podaje nam Strümpel (*Berlin. Klinische Wochenschrift, 1881. Nr. 9.*); on również dla rzeczonej choroby podaje nazwę, o ile nam się zdaje, bardzo udatną: *Myotonia congenita.*

Grosstern.

### 132. O miejscowem leczeniu dyfterytu.

Niedawno redakcyjja gazety „The british medical Journal“ zwróciła się do lekarzy, mających największe doświadczenie w leczeniu *diphtheritis*, z zapytaniem, czy uznają oni za użyteczne leczenie miejscowe przy *diphtheritis* i jeżeli tak, to jakich używają środków? Odpowiedzi wypadły tak:

D-r Sturges uważa miejscowe leczenie za niepotrzebne.

D-r E. Woakes zawsze używa środków miejscowych. Przy obecności nalotów przypala on energicznie *argento nitrico in substantia*, powtarzając to niekiedy po trzy razy dziennie. Oprócz tego zaleca on częste płókanie jamy ustnej i nosa roztworami, zawierającymi *chlor* i *kalium hypermanganicum*. Jednocześnie przepisuje do wewnątrz duże dawki półtora chlorku żelaza.

Prof. Mc. Call Anderson używa skutecznie: *ac. carbolicum* gr. 2—3 na  $\bar{5}$  j wody z dodatkiem  $\bar{3}$  j gliceryny w postaci spray'a lub płókania. Przypalających środków nie przepisuje.

D-r K. Cory uważa za najlepsze środki miejscowe: kwas karbolowy (1 część na 60 części wody), albo *kalium hypermanganicum* (grj na  $\bar{5}$  j wody) albo wodę utlenioną ( $H^2 O^2$ ). Wszystkie te środki naznacza w postaci spray'a.

D-r Alder Smith otrzymuje bardzo dobre skutki za pomocą rozcieńczonego kwasu karbolowego za pomocą spray'a. U dorosłych miejsca pokryte nalotem smaruje on roztworem z równych części: *glycerini*, *acidi carbolici*, *ac. sulphurosi* (*brit. farmak.*) i *liqu. ferri sesquichlorati fort.*

D-r T. Barlow znajduje pożytecznemi wdychania ze słabego roztworu gliceryny, kwasu karbolowego, a także wdychania z kreozotu.

D-r Protser Zames uważa za najlepsze do rozpuszczenia nalotu mocne roztwory z kwasu mlecznego w postaci spray'a lub smarowania pędzelkiem. Przy współcierpieniu jam nosowych robi on częste przepłókiwania (co godzina

i częściej) roztworami z kwasu karbolowego, z sulfo-karbolatów, z salicylatów i z bisulfatu chininy.

D-r K. Neale używa także kwasu mlecznego.

Prof. Burney naznacza w samym początku choroby smarowanie z równych części roztworu półtorachlorku żelaza i gliceryny, albo kwasu karbolowego i gliceryny. Takie smarowanie naznacza 2--3 razy na dzień, płóczęc oprócz tego gardło i jamę ustną roztworem *kalii hypermanganici* albo roztworu z gr. 10 *kalii chlorici* na 5j wody z dodatkiem kilku kropel kwasu solnego. W późniejszym okresie choroby naznacza ciepły spray z gliceryny 5β, ac. *carbolici* 5β, boraksu gr. 80 na 5 VIII wody.

D-r F. Koberts w początku choroby dla ograniczenia szerzenia się nalotu przypala raz energicznie *lapide in substantia* albo roztworem: *arg. nitr.* 5j na 5j wody. W tym samym celu używa także roztworu z równych części *ac. hydrochlor* i wody, albo z równych części *liqu. ferri sesquichlorati* i wody lub gliceryny. Dla zniszczenia (rozpuszczenia) nalotu używa on parowych wdychań, kwasu mlecznego, *natri phosphorici*, *kalii chlorici* i rozcieńczonego roztworu półtorachlorku żelaza. Dla niedopuszczenia rozpadów gangrenowych zaleca on rozcieńczone roztwory *kalii chlorici*, z kwasu solnego, z boraksu i t. d. Symptomatycznie bardzo się łagodzą cierpienia gardła przez ssanie kawałków lodu i wdychanie pary.

Prof. Lydney Kinger zaleca stosowanie miejscowe roztworu kwasu karbolowego w glicerynie. Wewnątrz naznacza on półtorachlorek żelaza.

(*The brit. med. Journal* 1881 r. 23 lipca, pag. 123—125, także *Wraczebnija Wiedomości* z 22 sierpnia 1881 r.)

D-r E. P.

**133. M. A. Gautier. O trującym alkaloidzie śliny ludzkiej.** (*Alcaloïde toxique dans la salive humaine*). W zwykłej ślinie udało się badaczowi wykryć ciało, nie białkowe, łatwo rozpuszczalne, działające szczególnie na ptaki, które pod jego wpływem wpadały w rodzaj odrętwienia. Na podobieństwo jadu węzów posiada ono wszystkie odczyny, właściwe alkaloidom trupim.

(*Gazette hebdomadaire*, Nr. 29, 1881. Str. 463).

L. Anders.

**134. Oppenheimer'a próba na cukier w moczu.** Oppenheimer rozpuszcza *cupri sulphur crystallis* grj w 5j czystej gliceryny. 2—3 krople tego płynu gotuje się na szkiełku z 5β *liq. kali carbonici*. Następnie dodaje się parę kropel moczu i znów gotuje. Jeżeli jest cukier w moczu to opada CuO. 5j oznaczonej mieszaniny redukuje grj cukru gronowego. Ta próba jest pewniejsza niż próba Tromera. Mieszana wskazana weale się nie psuje.

(*Louisville Medic. News in New-York Medic. Record*. 1881. Nr. 6).

D-r E. P.

**135. Dr. Drument. Nowy objaw tętniaka piersiowego** (*aneurysma thoracicum*). Choremu zaleca się, by głęboko westchnął, a następnie, zamknąwszy usta, powinien bardzo wolno wydychać przez nozdrza. Jeżeli wówczas przyłożymy stetoskop, najlepiej dwuuszny, na przebiegu tchawicy, to usłyszymy wyraźny szmer współczesny ze skurczem sercowym. Szmer ten zależy od mimowolnego i nagłego wydychania, wywołanego przez to, że przy skurczu serca worek tętniakowy rozszerzając się, wypycha mechanicznie powietrze z klatki piersiowej.

Według D-ra Drumonta objawu tego nie ma w przypadkach wady zastawkowej aorty bez tętniaka.

Objaw ten wreszcie może służyć do rozpoznania różniczkowego pomiędzy nowotworem płuc (rak i t. d.), a tętniakiem aorty piersiowej.

(*Gazette des hôpitaux* 50. Ann. de la Soc. méd. chir. de Liège).

Grosstern

## NADEŚLANO DO REDAKCYI:

„Třeti sjezd polských lékařů a přírodopýtců v Krakově 1881“. Vypravuje D-r Karel Choudounsky.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 9 Сентября 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.

## Staraniem Stowarzyszenia

D O

WYDAWNICTWA DZIEŁ LEKARSKICH  
W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

1) D-ra *Pawła Guttmanna*. **Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych.** Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. Kremera i Docenta D-ra St. Pareńskiego. Warszawa 1877. Cena 3 zhr. 75 c. — 2 Rs. 50 kop.

2) D-ra *Jana Steinera*. **Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy.** Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera. Kraków 1877. Cena 4 zhr. — 3 Rs. 70 kop.

3) D-ra *Antoniego Jurasza*, Profesora z Heidelberga. **Laryngoskopija**, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 zhr. 25 c.

4) D-ra *Oskara Widmanna*, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. **Choroby serca i tętnic.** Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 zhr. 85 c.

5) D-ra *A. Rothego* naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie. **Psychopatologia Forensis**, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i w Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 zhr. 25 c.

6) D-ra *H. Jordana* Docenta wyż. lek. w Uniw. Jagiell. **Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy.** Dział I-szy fizylogija i dyjetetyka ciąży, porodu i pòłogu. Dzieło oryginalne ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 4 zhr. 50 c.

Skład główny powyższych dzieł znajduje się w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

0—5

## PEPTONA DEFRESNE

*Jedyna, która po rozbiórce chemicznym przyjętą została w Szpitalach Paryżkich*

JEDYNA NAGRODA W ODDZIALE FRANCUZKIM 1878



25 0/0 Peptony; (4 0/0) Azotu  
24 0/0 Części węglo-wodnistych

} GWARANTOWANYCH



## PEPTONA DEFRESNE

zawiera podwójną ilość mięsa w stosunku do swojej wagi — zupełnie przygotowaną do pożywienia.

Doza: Dwie łyżki stołowe w rosole lub w dobrym winie.

## WINO DEFRESNE NA PEPTONIE

Doza pół kieliszka zwy-  
czajnego po jedzeniu.

Brak apetytu, konwalescencya, choroby piersiowe, żołądka i kiszek.  
DEFRESNE, WYNAŁAZCA PANKREATYNY, 2, Rue de Lombards, Paris,  
i we wszystkich aptekach w Warszawie.

Składy główne u pp. A. F. Galle, Ludwika Spiess i Mrozowskiego.