

# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O zaparciu stołka u dzieci. Przez Dra A. Monti, Docenta Uniwersytetu Wiedeńskiego. Spolszczył Dr *Kazimierz Gurbki*. Wiadomości bieżące. O naturze i leczeniu reumatyzmu. Fosforan wapna w krwotokach nerkowych. Tężec. Przyczynek do działania antymonu. Przecięcie ściany brzucha w celu wydalenia guzów z miednicy. Przyczynek do leczenia puchliny jąder. Dodatek. Farmacyi T. III ark. 15. Policji Lekarskiej T. I ark. 30. Akuszeryi ark. 32.

## ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r.

Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie.

(Ciąg dalszy \*).

### G) Choroby białkówki i tęczówki.

Dział ten najkrótszy z tego powodu, iż zapalenie tych błon najczęściej obserwowałem przy jednoczesnym cierpieniu rogówki lub naczyńki, gdzie i znalazły swój opis. Samoistne zapalenie tęczy niezem się nie odznaczało godnym uwagi. U pewnej syfilitycznej kobiety obserwowałem owrzodzenie przy połączeniu rogówki i białkówki wraz z zapaleniem tęczówek; choroba uleczona podskórnym wtryskiwaniem sublimatu i kropel atropiny. Ciekawy wypadek ograniczonego zapalenia białkówki obserwuję u p. K., której lewą gałkę extyropowano

\*) Patrz Nr 15, 18, 20, 22, 28 i 32 Gaz. Lek.

w lecie r. z. w oftalmicznym instytucie z powodu *fibroma sclerae* (jak mię powiadomil kol. J o d k o); zapalenie trwa już więcej półroczu w wewnątrzno-dolnym kącie oka, nie przyczynia chorej żadnego bólu, wzrok się nie pogorsza, prócz przekrwienia białkówki, rozszerzone są w tem miejscu i żyły łącznicy. Nie jest li oznaką formowania się podobnegoż guza na wewnętrznej stronie białkówki i drugiej gałki ocznej?

Powiniennem tu wspomnieć o 62-letnim, dymisyonowanym Mikołaju Daleckim (z Lubelskiego), który przed 20 laty utracił wzrok w prawem oku. Zmniejszona gałka oczna leży dość głęboko, rogówka przezroczysta, spłaszczona: skroniowa połowa szarej tęczówki ma kolor ciemnoniebieski, prawie czarny, co bardzo widoczne przy białej źrenicy: ta ostatnia prostopadle owalna, nieruchoma i biała w skutek wapiennej zaćmy soczewki (*cat. gypsea*). Lewa gałka zdrowa i wzrok prawidłowy na ten wiek: w zewnętrznej okolicy brwiowej widoczny poprzeczny szram nad rozwiniętą kością: pośrodku szramu ciągle wyrasta brodawka, zrywana przez chorego—wycięliśmy takową i miejsce przypalono lapisem. Czarność całej połowy tęczy u naszego chorego nie była anomalia przyrodniczą, lecz pochodziła w skutek przewlekłego zapalenia tęczówki i naczyniówki, co miało w następstwie uformowanie się barwnikowych złogów w pierwszej, a może być i ostatniej. Dodać tu winniśmy, że podobna czarność tęczówki może także pochodzić i w skutek zaniku tkanki tej błony, przyczem daje się widzieć tylna jej część, co R u o t e nazywa *ectropion ureae*, jednakże w tym razie na czarnym tle *ureae* widać gdzieśgdzie pozostałe pręgi promienistej budowy tęczowej, czego w naszym wypadku nie spostrzegliśmy.

Wycięcie złóg wapiennych dokonano wraz z irydektomią u chłopca starozakonnego, cierpiącego na zarosnięcie prawej źrenicy i miękką zaćmę oka lewego. Operacya ta mało przyniosła korzyści, pomimo oczyszczenia źrenicy, z powodu patologicznych zmian w głębi oka. Takowe istniały i w lewej gałce, ponieważ i po usunięciu zaćmy (najpierw *discista*, a potem *extr. linearis per corneam*) przez kol. C h r z a n o w s k i e g o chory bardzo mało widział; stopień oczyszczenia

---

1) Chory ten zwrócił przez tego moją na siebie uwagę wyrazem twarzy, żywo mi przypominając rzezańców (skopeców) których nieraz widywałem nad brzegami rzeki Rionu, na Kaukazie, gdzie są przed laty przez rząd osiedleni. Pomimo swego wieku Dalecki nigdy się nie golił, gdyż nie miał ani śladu brody, bakiembardów i wąsów; twarz blada, w zmarszczkach, zwieszająca, nazwałbym ją *vir generis*, gdyż bardzo jest charakterystyczna u rzezańców. Naturalna rzecz, że obejrzałem płciowe organa, tembardziej, że chory przyznał mi się, że od urodzenia nigdy nie miał erekcyi, nie spółkował i nawet nie czuł najmniejszego pociągu do płci pięknej. Płciowe organa były jak u 14-letniego chłopca: na *mons veneris* niewielkie włosy, pręć długi 6½ cent., szeroki 22—24 mm., jądra mniejsze niż jaja wróble, w nich się domacałem przydatków (*epididymis*), moszna przeto na pierwszy rzut oka zdaje się być pustą. Napletek dość długi, przy odkryciu *glans penis*, ten ostatni skrzywia się w tył i ku dołowi, tak że otwór mosznowy zwraca się ku mosznie. Dalecki w 20 roku życia posiwił, ma głos miękki, weale nie męzki, chociaż zdaje się być dobrze zbudowany, lecz twierdzi, że zawsze odznaczał się mało fizyczną siłą. Mielismy więc wypadek *atrophiae testicularum congen.* Podobny wypadek opisał L a l l e m a n d (*sur les pertes seminales*) jako pierwowzór wrodzonej *impotentiae* i zaniku jąder.

żrenicy nie odpowiadał sile wzroku; chory wyjechał do Kraśnika, przeto oftalmoskopem nie zbadałem oczu.

## H) Choroby soczewki

„Aucune operation n'exige plus de calme de sage  
lenteur et de delicatessa que l'extraction de la ca-  
taracte.”  
Mazzei.

Załem soczewki *resp.* katarakt operowałem 20 razy, z tych trzy razy u 2 ch starozakonnych (u żadnego z Lublina), reszta u chrześcian. Dwadzieścia razy operowana zaćma u 15 osób, gdyż u 5 na obydwóch oczach. Operowani starozakonni byli mężczyźni, co zaś do 13 chrześcian to z tych operowałem 7 kobiet i 6 mężczyzn. Z 13 chrześcian 6 mieszkańców m. Lublina, a 7 z prowincyi. Co do stanu: 3 panie ze stanu obywatelskiego, ekonomowa, troje osób z lubelskiej dobroczynności, organista, ogrodnik i czworo ze stanu wiejskiego (3 mężczyzn i 1 kobieta).

Katarakta operowaną była raz za pomocą rozcięcia torebki (*discisio*), 6 razy u czterech chorych, przez liniowe wydobyćcie w rogówce (*ext. linearis per corneam*). Były to miękkie zaćmy (*cat. molle*), z tych u jednego chorego z obu oczów wydobyłem cukromoczowe zaćmy (*cat. diabeticae*). U trzech chorych (starozakonny, 40-letnia ekonomowa M. Kempieńska ze Skorzyc i ogrodnik Skorupski) rezultat był dobry, szczególnie u tego ostatniego, jak o tem niżej. U włościanki M. S. ze wsi Chmiela, operowanej na obydwu oczy rezultat w jednym oku był zły, w drugim pośredni; była to zdrowa 32-letnia kobieta, karmiąca dziecko od dwóch miesięcy. Całe obiedwie soczewki były bardzo rozmiękczone i chociaż z trudnością, w zupełności wydobyte z oka, tak, że źrenice wyglądały jak najpiękniej. W lewej gałce powstała *iritis suppur.* z następczem rozmiękczeniem rogówki, przez którą pewnego dnia wyszła z komórki ropa zbita gęsta w formie i wielkości soczewki; w prawej takż miała miejsce *iritis suppur.*, bez porażenia rogówki. Dodać tu muszę, że w tem ostatnim oku wyciągnięta w całości i cała torebka, jednakże i to nieprzyczyniło się do dobrego zejścia operacyi—chora zaledwie mogła rozpoznawać przedmioty (*atresia pupillae*). Każdy więc operujący zaćmę powinien pamiętać na przestrożę wypowiedzianą przez W e c k e r'a na str. 235 tego dzieła: „*On observe souvent, après l'extraction d'une cataracte, une pupille complètement noire et parfaitement régulière, en arriere d'un lambeau tres exactement appliqué, sur un oeil qui porte néanmoins en lui-même le germe de la destruction.*” We wszystkich razach liniowego wydobyćcia zaćmy przez rogówkę, takowe poprzedzam jednoczesnem wycięciem kawałka tęczówki (*iridektomią*).

Trzydzieście razy wydobywałem zaćmę soczewkową przez sklerotykę (*per scleram*) sposobem podanym przez G r a f e'go. Jak wiadomo operacya ta robi się w górnej części gałki za pomocą liniowego nożyka przy jednoczesnem wycianiu kawałka tęczy. Ani razu nie usypiałem chloroformem poddających się operacyi. Prawie wszystkie zaćmy operowane takim sposobem, były albo całkowicie twarde, albo też rozmiękczone tylko w powierzchownych warstwach. Naj-



lepszy rezultat dały pierwsze, a do takich zaliczam: organistę, Józefa Ciesielskiego (lat 38) z Lublina, który miał kataraktę w obu oczach lat 12; panią Błońską z Lublina, której zdjęta 15-letnia katarakta z oka prawego i włościanina Franciszka Turczyniaka (lat 50) ze wsi Łukowa z pod Tarnobrodu, blisko 15 lat cierpiącego na kataraktę obu oczu. U wszystkich tych trojga chorych przywróciłem wzrok prawidłowy, u Franciszka T. tylko w prawym oku nieco pozostało zmętniałem z przodu ciało szkliste w skutek wypadnięcia takowego podczas operacyi i długiego leżenia w otwartej ranie. U organisty obie zaćmy operowałem w dwóch przesłankach: u włościanina, spieszącego do domu, jednocześnie za jednym seansem. Do dobrych rezultatów operacyi zaliczyć takżę wypada operacyę zaćmy w lewym oku 60-kilkoletniej pani Wiehrzeckiej ze wsi Łukowa; po 3 miesiącach musiałem tylko wyciągać zmętniałą torebkę, w której uformowały się złogi wapienne, była to operacya wcale nie łatwa w skutek przyrośnięcia tylnej części tęczówki do torebki, tak, że ciągnąc tę ostatnią obawiałem się aby nie oderwać wraz z nią i tęczówkę; przytęm po wypłynieniu z oka ciecży wodnistej rogówka znacznie zapadła, co jeszcze więcej utrudniało czynność operacyjną, po operacyi było zapalenie tęczy i rogówki, lecz źrenica pozostała oczyszczoną. Dobrze też zejście miało miejsce u żydka z Tarłowa, jak o tem nieco niżej.

Cztery operacyj sposobem G r ä f e'go miały w rezultacie zanik gałki ocznej, a więc dość znaczny procent zejść niepomysłnych. Przyczyną tego w części obwiniamy miękkość powierzchniowych warstw katarakty, które po rozcięciu torebki i wydobyciu jądra soczewkowego z wielką nieraz trudnością wychodzą z oka, a jeżeli z tych resztek i oczyszcza się komórka tylna, to rogówka, a szczególnie tęczówka i sama rana ulegają znacznemu podrażnieniu. Otóż we wszystkich tych razach początkiem złego rokowania było *iritis*, najczęściej *suppurativa*, z którego powstała *panophthalmitis*, rogówka cierpi tu następczo, lecz nigdy pierwotnie, bez zapalenia tęczy. Jednakże *irido-keratitis suppurativa* może i nie wywołać zapalenia całej gałki, *panophthalmitis* miało miejsce u dwóch tylko operowanych chorych. Na zejście złe niezaprzeczenie miały wpływ i same gałki oczne i ogólny stan operowanych, któremi były stare osoby, źle odżywione, prócz tego cierpiące na inne choroby: u pani M. (lat 63), przed operacyą stwierdziliśmy drżenie tęczy (*iridodonesis*), co dowodziło rozmiękczenia ciała szklistego, przy operacyi nie utraciliśmy ani kropli tego ostatniego (w ogóle w nieznacznej ilości i to nie zawsze wypadło nam przez ranę w białkowiec), zaćma prędko wyszła z oka, lecz już na drugi dzień ranka zaczęła ropić, następnie *iritis suppur.* i *panophthalmitis*. W obu oczach tej chorej istniała w wyższym stopniu *staphylococcus posticum*. U pani K. (lat 71), bezustannie trzęsącej się i kiwającej głową a przytęm głuchej <sup>1)</sup> pozostały w oku resztki zaćmy, które wywoływały krwotoki w komórcę, a następnie *irido-kyklitis*. U włościanina Koz. (lat 68), ze wsi Bózaniec, Bilgorajskiego pow., operowana zaćma w prawej gałce przy oddawna uległej zanikowi lewej, wywołała w rezultacie przewlekłe ropiaste zapalenie tęczy i rogówki,

---

1) Z ucha lewego wyrwałem ogromnego polipa.

które się rozpoczęło od rany; w ogóle zauważyłem, że potrzeba być bardzo ostrożnym z choremi, których już jedno oko uległo zanikowi, w drugim dość często wykrywamy mniej więcej znaczne chorobliwe zmiany w naczyniówce, o czem słówko niżej. Nakoniec u ostatniej chorej, 61-letniej pani P. z Józefowa ord., przyczyny ropiastego zapalenia tęczy i następnie *panophthalmitis* wykryć nie zdołałem: operacyę, wykonaną przy pomocy kol. J a n i s z e w s k i e g o, także nie obwiniam, gdyż takowa była umiarkowaną i w oku nie pozostało ani cząsteczki zaćmy, ciało szkliste wypadło w nieznacznej ilości. U pana D. (lat 65), cierpiącego na hemiplegią lewej połowy po ekstrakcyi powstało długotrwałe zapalenie tęczy i ciała rzeskowego, skutkiem czego *cataracta secundaria*. Dla wypędzenia z oka zmienionej soczewki używam zwykle *Schlittenmanerre* i tylko w razie uporeczywego niewychodzenia rozmięczonych jej cząstek wprowadzam do komórki srebrną łyżeczkę; może przeto z tej przyczyny następuje podrażnienie tęczy, gdyż podrażnienia takowej w samej ranie usuwam trzykrotnem cięciem tęczy przy irydektomii, co niedopuszcza pozostania i zaciśnięcia przy brzegach cząstek tęczówki. Zresztą i z tej strony nie można być pewnym co do zachowania się tęczy, w niektórych razach pomimo kilkakrotnego wprowadzania do kamery łyżeczki lub pinceta (dla wyjęcia cząstek zaćmy lub torebki) zejście było dobre, w innych przy podrażnieniu rany i tęczy niezaczem objawiły się w oku groźne następstwa. Z pięciu chorych, u których miało miejsce złe zejście operacyi, 4 byli operowani w szpitalu, jedna w domu prywatnym. Nakoniec o dwóch chorych, którym operowana była zaćma przez sklerotykę z pomyślnem zejściem, mówić będę niżej nieco obszerniej.

Operacya zaćmy przez wydobyćcie, a szczególnie sposobem G r a f ' e g o przez sklerotykę niezaprzeczenie jest probierzem kamieniem operacyjnej zdolności lekarza, równie jak jest też polem do popisu i do rozgłosu w publice. Jednakże z własnego przekonania powtarzamy, że wyżej przytoczone słowa W e c k e r'a są najsprawiedliwsze, nawet przy zastosowywaniu tak wychwalanego sposobu—modyfikowanej ekstrakcyi zaćmy przez białkówkę; prawda, rogówka nie ulega tu rozmięczeniu pierwotnemu jak po ekstrakcyi *per corneam*, lecz tęczówka, pomimo irydektomii nie jest zabezpieczoną od zapalenia, a do tego jak często pozostają w oku (tylnej komórce) cząstki zaćmy, które podrażniają tęczówkę i wywołują zarośnięcie źrenicy, niekiedy nawet i kolobomatu w tęczówce. Nieraz odchodziliśmy od chorego przez nas operowanego z niepewnem przekonaniem w jakim stanie znajdziemy oko jutro lub pojutrze, gdyż nie nas nie upewnia co do przebiegu pooperacyjnego czasu, chociażby operacyi nie zarzucić nie można: dopiero po upływie trzech dni mniej więcej można być spokojnym co do pomyślnego rezultatu, gdyż ani razu nieobserwowaliśmy wywiązania się złych następstw operacyi w następnych dniach. Czyby nie można było zapobiedz złym następstwom tego sposobu operacyi, rozdzielając go na 2 seanse, najprzód irydektom'a i *discissio* (wreszcie rozmięczenie wierzchnich warstw zaćmy) i dopiero za drugim razem *extractio per scleram*, którą wyżej stawimy nad *ext. per corneam* z wielu względów operacyjnych i pooperacyjnych, np. co do astygmatyzmu.



Ze i operacja *extractio linear. per corneam* może mieć złe następstwa i weale nie jest straszną także przekonaliśmy się w ciągu tego roku, a więc w podobnych razach lepiej zastąpić wydobycie zaćmy rozcięciem torebki (*discisio*), ma się rozumieć jeśli chory nie bardzo chce wygrać na czasie i jeśli odżywianie nie upośledzone wiekiem lub stanem zdrowia.

Ze wszystkich wypadków operowanej zaćmy, zasługują na wzmiankę trzy następujące, jakoteż dwa samoistnego zwichnięcia (termin niestosowny), lub ode-  
rwania się katarakty (*dislocatio cataractae spontanea*).

1-sza o b s e r w a c y a. *Cataracta diabetica utr.* Trzydziestokilkoletni ogrodnik, Michał Skorupski z Lublina, przed rokiem zaczął upadać na wzroku i dziś zaledwie rozpoznaje cień przedmiotów. Wycieńczony ogromnie, skóra pomarszczona, sucha, uskarża się na brak fizycznej siły. Pragnienie wielkie, wypija dziennie od 4—5 kwart wody, oddaje moczu  $5\frac{1}{2}$ —6 kwart, ciężkość dziennego moczu = 1,038, nocnego = 1,035. Próba na cukier dwoma sposobami (T r o m m e r'a za pomocą *cupr. sulf.* i *kali caust.*, a także gotowaniem z *kali caust.*) przekonała nas o obfitej ilości takowego w urynie. Chory przybył do szpitala św. Jana Bożego, gdzie przy łaskawej pomocy kol. J a n i s z e w s k i e g o i J a n k o w s k i e g o operowaliśmy go jednocześnie na oba oczy. Przyczyną ślepoty naszego pacyenta była zaćma miękka obu oczu (*catar. molle utr.*), a sądząc z choroby jakiej on ulegał rozpoznaliśmy cukromoczową zaćmę (*cat. diabetica*). Operowaliśmy obie zaćmy przez liniowe wydobycie przez górną część rogówki (*extr. linear. per corneam*), poprzedziwszy takowe irydektomią. Obie soczewki dość łatwo wydobyto z oczu—miały one konsystencyę gęsto rozgotowanego krochmalu. Reakcyi po operacyi nie było prawie żadnej, źrenice zupełnie czarne; chory odzyskał wzrok prawidłowy przy braku zmian w siatkówce, to jest t. zw. *retinitis diabetica*. Prócz odzyskania wzroku nasz chory przy użyciu chininy, żelaza i posilnej mięsnej diety po  $1\frac{1}{2}$  miesiącach poprawił się znacznie i w ogólnym stanie zdrowia, moczu zaczął oddawać mniej, a mianowicie  $3\frac{1}{2}$  kwarty, pijąc tylko 3 kwart wody. Zanotować muszę, iż brzuch chorego nieco był powiększony i twardy.

2-ga o b s e r w a c y a. *Cataracta membranacea utr.* Ciekawy egzemplarz błoniastej zaćmy obserwowałem u 6-letniego starozakonnego Getzla Goldbach z Tarłowa. W obu oczach po za źrenicami widzialne były szaro-białawe blaszki nieco drżące przy ruchach gałek; po rozszerzeniu źrenicy atropiną między brzegiem źrenicznym tęczy i błonami gdzie nigdzie widać czarny przedział, wzrok przez to cokolwiek się polepszał, gdyż dno oczu nieco się odkrywało. Malca operowałem na prawe oko przy pomocy kol. J a n k o w s k i e g o; gałkę rozciąłem liniowym nożykiem G r a f e'go w białkówce poniżej rogówki, następnie wyciąłem odpowiedni kawałek tęczówki, nakoniec za pomocą haczyków udało się zupełnie oczyścić źrenicę; zamiast soczewki, która zupełnie zabsorbowała się, wyciągnąłem z tylnej komórki dość zbitą, białawą błonę (resztki woreczka), bez śladów wapiennych zlogów. Po tygodniu, gdy się zaczęła rana zablizniać, chory wyjechał do domu w nadziei odzyskania wzroku, co też można było rokować z przebiegu pooperacyjnego czasu. Taka sama zaćma niezaprzeczenie była

i w lewem oku. Przy operacyi utraciliśmy bardzo mało ciała szklanego. Przyczyna takowej zmiany w systemacie soczewkowym pozostała tajemnicą, gdyż traumatyczne uszkodzenie nie miało tu miejsca.

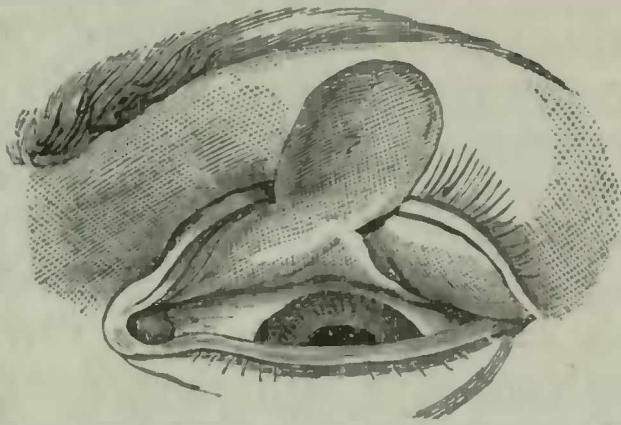
3-cia obserwacya. Pierwszy wypadek samodzielnego oderwania się zaćmy (*luxatio s. dislocatio cataractae spontanea*). 28-letni Jędrzej Pilak, chłop ze wsi Kieleciewice, ma całą głowę pokrytą kołtunem, lecz to nie uchroniło go od zupełnej ślepoty, którą cierpi już od 10 lat. Twardość gałek ocznych nieco zmniejszona. Obie źrenice białe i nieruchome. *Iridodonesis* zewnętrznej połowy lewej tęczówki. Po kilkakrotnem zakropieniu do oczu atropiny źrenice bardzo mało powiększyły się, szczególnie lewa. W prawem oku zaćma ma wygląd jakby trzywarstwowa, zewnętrzna warstwa szara, średnia biała, w deseniu ułożona, a przytem nieregularnie okrągła i jakby nalepiona na żółtawe jądro soczewki. Alabastrowo-biała zaćma w lewej gałce zwichnięta ku stronie nosa, tak, że między górnym równikowym jej brzegiem i tęczą widać czarną przestrzeń, formą przypominającą 1-szą kwadrę; przez średnią część tej ostatniej można było rozpoznać naczynia dna ocznego, rogi zaś były nieprzezroczysto-czarne, widocznie w skutek wypociu lub zlogów barwnika po za tęczówką. Przyczyną zupełnej utraty wzroku, brak poczucia światła, niezaprzeczenie były patologiczne zmiany w głębokich błonach obu gałek; zmiany te musiały następnie wywołać powstanie zaćm soczewek, z których lewa jako cięższa (złogi wapienne) przez rozerwanie się górnej części *membranae Zinnii* usunęła się ku dołowi i ku stronie nosa. Zwichnięta soczewka cokolwiek była zmniejszoną. Rzecz prosta, iż o powrocie wzroku Pilakowi nie można było i myśleć.

4-ta obserwacya. Drugi wypadek samodzielnego oderwania się zaćmy (*dislocatio spont. cataractae oc. dextrae*); zmętnienie ciała szklanego (*hyalitis*). *Atrophia bulbi sin.* Starszemu Dawidowi Domholtz z Lublina, liczącemu lat 48, przed dwoma laty operowana była zaćma w lewem oku, w skutek czego gałka uległa znacznemu zanikowi: przez małą rogówkę widać zwapniałe złogi w źrenicy. Prawem okiem natenczas takż prawie nie widział, lecz przed rokiem w jednym momencie przejrzał, co prawie uznał za cud, a co pochodziło od oderwania się zaćmy i zupełnego oczyszczenia przez to źrenicy. Następnie wzrok chorego znowu się pogorszył, tak, że dziś zaledwie rozpoznaje palce w odległości trzech stóp. Źrenica zupełnie czarna, cała tęczówka drży (*iridodonesis*): po nieznacznym (5 1/2 mm.) rozszerzeniu się od atropiny źrenicy przekonałem się, iż przyczyną tego ostatniego był brak oparcia się tęczy na soczewce, gdyż zmętniała i nieprzezroczysta-biała leżała w tylnej komórce tuż za dolną częścią tęczówki tak, że zaledwie był widzialny górny równikowy jej brzeg. Zaćma zwichnięta ku dołowi znacznie była ruchliwą i przy pewnych położeniach głowy zakrywała mniej więcej znaczną część źrenicy. Przez górną połowę źrenicy widać szarawą, przezroczystą błonę, która była niczem innem jak rozerwaną i pozostałą tu torebką soczewkową, tak, że zwichnięcie zaćmy powstało nie w skutek rozerwania się *membr. Zinnii*, lecz pęknięcia torebki. Przestrzeń źrenicy między zaćmą i torebką zupełnie czarna. Przednia część ciała szklanego zmętniała, tak, że wzornikiem



widać tylko czerwone zabarwienie dna ocznego, lecz rozpoznać stan jego było niemożliwem. Zmętnienie to zapewne powstało w skutek ruchów zwichniętej soczewki i przyczyniło się do pogorszenia widzenia wprędce po oderwaniu się zaćmy, tak, że przez to kataraktalne szkła prawie nie a nie go nie polepszają. Dodać tu muszę, że twardość gałki mało jest zmniejszona, w oku nie ma najmniejszego rozdrażnienia, białkówka nie-  
 przekrwiona. Rogówka, badając go-  
 lem okiem, przezroczysta, lecz roz-  
 patrząc ją przy bocznem oświe-  
 tleniu w dolnych  $\frac{2}{3}$  części zdaje  
 się być zmętniałą od mnóstwa dro-  
 bnych, szaro-żółtawych punkcików  
 przypominających tak zwaną *kera-  
 litis punctata*, a które pochodziły  
 od mnóstwa osiadłych na powierzch-  
 ni rogówki tłuszczowych kulek,  
 wydzielanych obficie przez łączni-  
 cę. Na załączonej rycinie uwyda-  
 tuilem zwichnięcie zaćmy, pozosta-  
 łą w górze rozerwaną torebkę i upstrzenie rogówki masą punkcików, co przyda-  
 wało jej dość charakterystyczny wygląd. U starozakonnych nieraz obserwowa-  
 lem coś podobnego, a co nie mało upośledza wzrok, lecz w takim silnym stopniu  
 widziałem po raz pierwszy. Po dwumiesięcznem zakroplaniu atropiny wzrok co-  
 kolwiek polepszył się i wydzieliny tłuszczowych kulek znacznie się zmniejszyły.

Fig. 5.



5-ta o b s e r w a c y a. Z a ć m a s o c z e w k o w a p r z y c i e m-  
 n ę m z a b a r w i e n i u b i a ł k ó w k i. Zabarwienie białkówki, jak prze-  
 konywają mnie moje obserwacje, bywa przyrodnicze, pochodzące od warstwy  
 ciemno-brunatnego barwnika tej błony, i nabyte w skutek cierpienia naczyńówki  
 oka. O przyrodniczych zabarwieniach białkówki pisałem w *Klin. Monatsblätter für  
 Augenheilkunde* (1869); obecnie posiadam gałkę oczną, której białkówka była  
 ciemno zabarwiona przy jednoczesnem zabarwieniu odpowiedniej półkuli mózgo-  
 wej—*piae matris* i substancji mózgowej. Pozostawiając sobie pisać o tem ob-  
 tuzniej w swoim miejscu, zwracam tu uwagę praktykującego lekarza, że b r u-  
 d n o - c i e m n e plamy białkówki wskazują nam na głębsze cierpienie gałki,  
 gdy tymczasem c z a r n e lub s z a r a w e zwykle bywają przyrodniczymi.

W końcu lutego przybył do mnie właściciel Dymitr Lotysz z Zamchu, Bił-  
 gorajskiego powiatu, mający lat 54. W obu gałkach znalazłem zaćmę soczewko-  
 wą, istniejącą w prawej od lat 15 i od roku w lewej. Prawa zaćma ciemno-bur-  
 szynowego koloru z płynną białawą warstwą pod torebką; lewa nie jednostajnie  
 uformowana, największa mętność soczewki od strony ciała szklanego, które  
 w obu gałkach było rozmiękzone, jak to można już było rozpoznać z drżenia tę-  
 czówek (*iridodonesis*) w dość znacznym stopniu. W lewej tęczówce plamiste  
 złogi barwnika przy jednoczesnem brudno-ciemnym zabarwieniu białkówki z ze-  
 wnętrzej strony rogówki; przedstawiało się ono pod postacią dwóch dość dużych



plam, jasno odgraniczonych od sąsiednich normalnego koloru części sklerotyki; zajmowały one przednią, rzęskową okolicę gałki, nie dochodząc do równika takowej. Pomimo świeższej katarakty tego oka, chory miał gorsze poczucie światła aniżeli okiem prawem, co dowodziło większe zmiany w głębokich błonach ocznych, które wpłynęły na rozmięczenie ciała szklistego i powstanie zaćmy od strony tylnego bieguna soczewkowego. Dnia 28 lutego operowałem przeto tylko prawą zaćmę, przy pomocy kol. J a n i s z e w s k i e g o i J a n k o w s k i e g o, przepowiedziawszy nie świetny rezultat operacyi: po przecięciu sklerotyki *ad superior* i irydektomii, przez ranę natychmiast wyciekła płynna warstwa zaćmy, a twarde jądro opuściło się ku dołowi tylnej komórki, lecz ujawszy go ostrym haczykiem, natychmiast wyciągnąłem przy bardzo małej utracie ciała szklistego. Dnia 4 marca stan oka jak najlepszy, reakcyja bardzo nieznaczna, lecz przez źle nałożony przez felezera opatrunek na oko przez ranę 5 dnia wypadła część tęczy: chory począł uskarżać się na ból, na dnie komórki wylew krwi. Po stosownem użyciu środków chory musiał opuścić szpital dnia 16 marca: na dnie komórki jeszcze widać trochę krwi, wypadnięcie tęczy znacznie zmniejszone przy nieznacznem przekrwieniu gałki; w czarnej źrenicy można rozpoznać skurezoną torebkę w postaci białawych fałdek. Pomimo to operowany gołym okiem mógł za ledwie liczyć palce w odległości stopy, przyczyny tego nie mogliśmy jeszcze rozpoznać wzornikiem, lecz domyślamy się, iż naczyniówka, prawdopodobnie *chorioid. disseminata*, była główną przyczyną jak znacznego osłabienia wzroku, tak też nienormalnego zabarwienia sklerotyki. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### O zaparciu stolca u dzieci

Przez Dra A. M o n t i, Docenta Uniwersytetu Wiedeńskiego.

Spolszczył Dr Kazimierz Gurb ski.

Zaparcie stolca pojawia się dosyć często w pierwszych latach życia dziecięcego. Przyczyną tego jest niedostateczny rozwój błony mięśniowej kiszek, właściwy sposób odżywiania i życia dzieci.

Częstość pojawiania się zaparcia stolca zmniejsza się w miarę wzrastania dziecka, tak, że w drugiej połowie wieku dziecięcego należy ono do wyjątków. Ztąd to, zdanie B o u c h u t a, twierdzącego, że zaparcie stolca tem rzadziej się zdarza im dziecko jest młodsze, uważam za nieuzasadnione.

Zdrowy ssawiec, żywiony prawidłowo, ma w przeciągu 24 godzin 2—4 żółto-zabawionych wypróżnień (2—3 wystarcza). Jedno wypróżnienie na dzień, chociażby było i obfite, uważamy za stan nieprawidłowy, a ztąd za zaparcie stolca w małym stopniu. W tych wypadkach konsystencyja kału jest normalną. Od tego najmniejszego stopnia zaparcia stolca spotykamy się z całym szeregiem stopniowań. W wielu wypadkach wypróżnienia nie mają już miejsca codziennie, lecz co 2 lub 3 dzień, a w wypadkach największego zaparcia co 4 lub 5 dzień, bardzo rzadko jeden raz na tydzień.

Starsze dzieci w wieku od 1—3 lat mają zwykle 1—2 wypróżnień codziennie. Jedno wypróżnienie na 24 godzin wystarcza. W tym wieku za zaparcie stolca pożyjemy pojawienie się wypróżnień co 2 lub 3 dzień.

O b j a w y. Pierwszym, najważniejszym objawem zaparcia stolca jest istotna zmiana kału.

Najprzód kał traci swą zwykłą konsystencję, traci wodę do tego stopnia, że staje się zbitym i twardym. Traci również formę, odchodzi kawałkami, a w wysokim stopniu zaparcia ubytek wody jest tak znaczny, że kał rozkrusza się w pieluchach. Zmienia on również barwę, staje się jaśniejszym, a niekiedy zupełnie bezbarwnym.

Często na powierzchni twardych mass kałowych widzimy śluz i krew w postaci smug, bryłek lub plamek.

Drugi ważny objaw dotyczy samego oddawania stolca.

W stanie prawidłowym defekacja odbywa się bez wysilenia. Przy zaparciu towarzyszy jej silne nadymanie połączone także z kolką czyli morzyskiem (*colica*), o czém jeszcze bliżej mówić będziemy, a pomimo to kał odchodzi tylko częściowo. Kolki w skutku zaparcia stolca występują albo peryodycznie wraz z utrudnioną defekacją, lub pojawiają się same przez się przed takową. W pierwszym wypadku postrzegamy, że na pewien czas przed oddaniem stolca dzieci są niespokojne, krzyczą, kręcą się i w końcu wśród płaczu i krzyku silnie się nadyniają. Napady takie powtarzają się wielokrotnie, dopóki wypróżnienie nie nastąpi. Stosownie do czasu trwania zaparcia, kał przy przejściu przez zwieracz nie wywołuje bólu, lub przeciwnie ból jest tak silny, że dzieci leżą przez chwilę jakby odrętwiale.

W wypadkach, w których napady kolki nie stoją w związku z oddawaniem stolca, ból przybiera typ przepuszczający lub zwalniający.

Przed napadem kolki dzieci są niespokojne, wykrzywiają twarz, zaczynają nagle gwałtownie krzyczeć, niekiedy tak silnie, że twarz przybiera barwę czerwono-niebieską. Wśród kurezowych ruchów zuchwy, a nawet i kończyn, dzieci kręcą się i rzucają, pociągają nuda ku tulowiu i znowu je opuszczają.

Możemy także przytém zauważyć wzdęcie brzucha, przepona jest wtedy popchnięta ku gorze, w skutku czego ruchy oddechowe są krótkie. Brzuch jest twardy i napięty, a przy macaniu wyczuwamy wyraźnie twarde *scybała* w okolicy zstępującej.

Często słyszymy burczenia w kiszkaach i tylko gdy wiatry odejdą, następuje przez krótszy lub dłuższy czas zupełny spokój, dopóki się znowu te same objawy nie powtórzą. Kolka ustępuje zupełnie po oddaniu stolca. Kolka powstaje przez nadmierne rozszerzenie kiszki, które daje powód do nasilonych skurczów i przez drażnienie *scybała* przewodu kiszkowego. Te napady morzyska, występujące niezależnie od defekacji, pojawiają się głównie u ssawców i u dzieci sztucznie karmionych, często także przy względném zaparciu stolca.

Jeżeli zaparcie stolca stanie się habitualnem, prowadzi za sobą przewlekłe wzdęcie brzucha.

Wzdęcie brzucha w tym czasie, w którym nie ma stolca, stale ma miejsce i warunkuje inne objawy, które uważać należy tylko jako bezpośrednie następstwa zatrzymania kału. Najprzód dzieci tracą apetyt, są bardzo niespokojne, niekiedy dostają wymiot. Stan ten albo wkrótce przemija lub się polepsza, skoro tylko wypróżnienie nastąpi. W tych wypadkach, w których tutaj powyżej przytoczone objawy mają miejsce, zaparcie stolca trwa dalej, dzieci stają się bardzo niespokojnymi, w noc nie mogą spać z powodu silnego bólu brzucha, który przy dotykaniu jest bolesny z powodu silnego wzdęcia. W niektórych wypadkach dzieci gorączkują nawet, a ciepłota szczególnie jest podwyższoną na rękach i brzuchu. Tętno i oddychanie są bardzo przyspieszone.

Jako następstwo zaparcia stolca w wieku dziecięcym rzadko bywa biegunka, chociaż niekiedy się pojawia czasowo. W takich razach wypróżnienia stolcowe składają się z porozielanych kawałków kału, pomieszanych niekiedy ze śluzem i krwią. Wypróżnieniom towarzyszą bóle, zwiększające się jeszcze przez częste wydymania (*tenesmus*).

Rodzaj defekacji może łatwo niedoświadczonych prowadzić do błędów rozpoznawczych. Wziąwszy jednak pod uwagę anamnezę, rozebrawszy dane z obmacywania brzucha, trudno jest zapoznać naturę takiej biegunki.

U dzieci, cierpiących na wrodzone wodogłowie, na krzywicę i niedokrewność w wysokim stopniu, gwałtowne napady mogą wywołać drgawki, droga zwrotną powstałe. W takich razach napad morzyska połączony jest z drgawkami ogólnymi, które się tak często powtarzają jak i morzysko. Drgawki ustają dopiero po usunięciu zaparcia stolca. I w tych razach anamneza chroni od grubych błędów rozpoznawczych. Na tę okoliczność szcze-



gólniej należy zwrócić uwagę, że przed zapadnięciem przy nieobecności objawów mózgowych i przy względnie dobrym stanie dziecka, już istniało zaparcie stolca i że napady morzyska poprzedzają wyraźnie napady drgawek. Dalej ważnemi tu są znakami wzdęcie brzucha i obecność *scybała* w okrężnicy.

Bezpośredniemi następstwami zaparcia stolca są przepukliny (*herniae*) i wypadnięcia (*prolapsus*), szczególnie przepukliny pępkowe (*herniae umbilicales*). Również wypadnięcie odbytu (*prolapsus ani*) jest nierzadkiem objawem u ssawców. W skutku zaparcia stolca postrzegamy często zatrzymanie moczu.

B o h n wypowiedział zdanie, że zaparcie stolca może być przyczyną pojawienia się na twarzy ekcemy i strupienia (*impetigo*), a to w skutku zaburzeń w krążeniu i wydzielaniu potu w skórze głowy i szyi. W skutku zбоcezeń w oddawaniu stolca wytwarza się do pewnego stopnia przewlekły stan nawalowy do skóry głowy i twarzy, mający warunkować powstawanie powyższych wysypek. Musimy jednak wyznać, że ten moment wtedy tylko ma znaczenie, kiedy w skórze jest już usposobienie do powstania tego rodzaju spraw, a ztąd i związek pomiędzy obydwoma chorobami jest tylko przypadkowy i bardzo oddalony.

Szkodliwy wpływ zaparcia stolca na przebieg ząbkowania, zaznaczany przez starszych lekarzy, nie jest dowiedziony. Do przyjęcia takowego zdania dało poehop złe zrozumiane zetknięcie się kilku spraw chorobowych; również nie należy się obawiać, by zaparcie stolca dało powód do rozwinięcia się jakiegoś samodzielnej choroby. Nie można jednak zaprzeczyć, że wszystkie ostre cierpienia pogarszają się, gdy im towarzyszy zatrzymanie wypróżnień stolcowych, jak również że długotrwałe i obfite nagromadzenie mass lajnistych utrudnia oddychanie i krążenie w narządziach brzusznych.

P r z y c z y n y. Już na wstępie powiedzieliśmy, że z zaparciem stolca spotykamy się najczęściej w pierwszych latach życia. Przyczyna tego leży w niedostatecznym rozwoju błony mięśniowej kiszki, dalej w braku ruchu czynnego, a w końcu we właściwym sposobie odżywiania dzieci w tym wieku.

Niektórzy autorowie uważają zaparcie stolca za dziedziczne. Pogląd ten uważam za niedowiedziony i sędzę, że w każdym wypadku przy dokładnem i pilnem badaniu, oprócz usposobienia odziedziczonego, możebnem jest wykazanie jednej z przyczyn w bliższym związku stojących z zaparciem stolca, a niżej podanych.

I. P r z e s z k o d y m e c h a n i c z n e. Chociaż ściśle rzeczy biorąc przeszkody mechaniczne tutaj nie należą, jednak wyliczymy je w krótkości. U noworodków znajdujemy:

a) Wady wrodzone kiszki. Rozróżniamy ich w ogóle trzy rodzaje. Do pierwszego zaliczają się wszystkie wypadki, w których odbytnica jest dobrze wykształconą, przewód jej jednak zamknięty albo przez tkankę błoniastą przy otworze stolcowym lub wyżej przez częściowe lub całkowite zrosnięcie przeciwległej ściany kiszki (*imperforatio s. stenosis recti congenita partialis et totalis*). Częściowe zwężenie odbytnicy nie warunkuje zupełnego zatrzymania wypróżnień stolcowych, lecz wypróżnienia są tylko niedostateczne. Dzieci z taką wadą mogą się rozwijać. W takich wypadkach w skutku zastoju kału przychodzi do rozszerzenia odbytnicy, sięgającego aż do krzywizny esowatej. Rozszerzona odbytnica tworzy guz rozmaitej wielkości, stosownie do czasu trwania zastoju kału. Podobne zwężenie odbytnicy postrzegalem zeszłego lata u dwuletniej dziewczynki. Guz, który był wyczuwalny przez ściany brzucha, dochodził prawie do wielkości pięści mężczyzny. Tylko mały palec mógł wejść do odbytnicy. Najsilniejsze środki przeczyszczające, przez innych zalecane lekarzy, nie były w stanie wydalić mass kałowych. Na skutek mojej rady dziecko poddano chirurgicznej operacyi i tym sposobem zwężenie usunięto. Drugi rodzaj obejmuje wszystkie wypadki, w których brak otworu stolcowego, gdzie odbytnica otwiera się do cewki moczowej lub pochwy (kłoka). Trzeci w końcu rodzaj obejmuje wypadki, w których brak otworu stolcowego, przyczem kiszka nie tylko jest zamkniętą, ale i niepodobną, lub jej mniej lub więcej nie dostaje (brak odbytnicy). Objawy zatrzymania smolki (*meconium*) są szczególnego rodzaju, w celu uzupełnienia całości opiszemy je tutaj w krótkości.

Wypróżnień smolki nie dostaje, gdy się takowe nie pokazują w 12 – 24 godzin po urodzeniu.

Podawane w takich razach z powodu nieświadomości przez matki i akuszerki środki rozwalniające pozostają nie tylko bez skutku ale i szkodzą. Wkrótce bowiem pojawia się morzysko, dzieci krzyczą gwałtownie i płaczą, wymiotują, niekiedy przychodzi śpiączka krótkotrwała. Po ssaniu zwykle przychodzą wymioty; dzieci wymiotują śluzem z żołącią, a nawet

smolka. Znajdujemy przytém wzdęcie i różowo-czerwone zabarwienie brzucha, które tem więcej jest natężone, im dłużej trwa zatrzymanie smolki.

Wraz z ogólnemi oznakami zamknięcia kiszki połączone są zawsze pewne szczególne miejscowe objawy, które ukazują na specjalną formę wady. Jeżeli odbytnica zamknięta jest przez błonę, lub jeżeli mamy do czynienia ze zrosnięciem jej ścian, wtedy nagromadzona smolka powyżej zamkniętego miejsca pomiędzy poślądkami tworzy wyraźny guz. W innych razach wprowadzony do odbytnicy palec (świeczka) powyżej otworu stolcowego natrafia na miejsce zatkania.

W miarę nasilania się objawów ból i niespokojność powiększają się i chociaż w miarę utraty sił życiowych pomniejszają się wysilenia do wymiot, to w każdym razie wymioty mogą trwać do końca. Śmierć następuje w różnym czasie, zwykle w pierwszych dniach, niekiedy po kilku tygodniach. Widziałem wypadek, w którym zatrzymanie smolki i objawy zamknięcia kiszki trwały od 10 dni, zanim przystąpiono do operacyjnego leczenia. W e s t w swoim podręczniku przytacza wypadek Dra A r n o l t a, że dziecko żyło 7 tygodni i 3 dni, chociaż okrężnica kończyła się ślepo, a odbytnicy z pełnie brakowało. Śmierć następuje wśród nasilonych objawów wyżej opisanych, niekiedy wśród nagłego upadku sił.

b) Przeszkody mechaniczne nabyte a mianowicie: uwięzienie przepukliny (*inarceratio herniae*) lub wpochwienie (*invaginatio*) części kiszki. Ponieważ w takich wypadkach zaparcie stoła jest tylko objawem w mowie będącego cierpienia, zatem zdaje się być zbyt ciężkiem opisywać bliżej objawy uwięzienia i wpochwienia. Dalej spekanie odbytu (*fissura ani*), nabyte zrosnięcie odbytu (*atresia ani acquisita*) w skutku blizn w około otworu stolcowego po oparzeniach, lub nabyte częściowe zwięźlenie odbytnicy w skutek spraw wrzodzących jak czerwonka (*dysenteria*) i t. d. Ekskoryacje, wrzody błonicowe (*ulcera diphteritica*) w dolnej części odbytnicy, jakie niekiedy postrzegamy u dzieci, z powodu silnego bólu przy defekacji, są czasami przyczyną mechaniczną pośrednią zatrzymania wypróżnień stolcowych.

II. B r a k p o k a r m u. W pierwszych dniach i tygodniach ma miejsce względny brak pokarmu, gdy wrodzone wady rozwoju warg i jamy ustnej, zła brodawka, za silnie wypełniona ssutka lub niedostateczne wydzielanie mleka stoja na przeszkodzie do wprowadzenia pokarmu w potrzebnej ilości. W tych wypadkach obok względnego zatrzymania wypróżnień stolcowych i mocz skąpo odchodzi. U dzieci sztucznie karmionych zbyt nie rozeicieńczenie mleka krowiego może dać powód do względnego zaparcia stoła.

III. Z ł y p o k a r m. U ssawców pierwszą przyczyną zatrzymania wypróżnień stolcowych jest za wielka ilość sernika w mleku. U dzieci, które za często i za każdą razą nad miarę ssą, chociaż mleko zawiera prawidłową ilość sernika, postrzegamy także zaparcie stoła. W tych wypadkach są to niestrawione zaległości sernika, który o wiele przewyższa normę. Ow nadmiar sernika (dla kiszki zupełnie massa obojętna), stoi na równi z obcemi ciałami, które się mogą dostać do kiszki, porusza się powoli, a ztąd koniecznie utrudnia czynność takowych. Powodem zaparcia stoła u ssawców może być dalej za mała ilość tłuszczu w mleku. Przyczyną sprawy w mowie będącej u dzieci sztucznie żywionych są nieo dpowiednie własności lub niedostateczna ilość podawanych pokarmów. Za dalekoby nas to zaprowadziło, gdybyśmy tę przyczynę bliżej rozbiierać chcieli. To tylko wystarczy nadmienić, że zwykle dzieci, których pokarm w pierwszych latach powinien być płynny, cierpią na zaparcie stoła, gdyż żywione są przeważnie pokarmami stałemi lub za zbyt prostemi potrawami. U dzieci sztucznie karmionych za małe rozeicieńczenie mleka krowiego z powodu niedostatecznej zawartości tłuszczu może dać poehop do zatrzymania wypróżnień stolcowych. Zawczesne podawanie pokarmów mączkowatych należy również do przyczyn wywołujących zaparcie stoła. Zupa L i e b i g i a, tak w innych razach z korzyścią używana, przedstawia tutaj tę niedogodność, że tak jak i pokarmy mączkowate sprawia zaparcie stoła. Ten sam skutek u większych dzieci wywołuje nadmierne użycie owoców strączkowatych, chleba.

IV. B r a k l u b p o m n i e j s z e n i e r u c h u r o b a c z k o w e g o k i s z k e k.

Może on być uwarunkowany albo nadmiernem scieńczeniem i zanikiem lub zbyt niemi rozcięciem przewodu kiszkowego; to ostatnie jest najeżestszą przyczyną zaparcia stoła u dzieci krzywicowych, lub zбочzenia w ruchu o których mowa mogą zależeć od porażenia błony mięśniowej kiszki bez wyraźnych zmian anatomicznych, co postrzegamy np. po długotrwałych biegunkach.

V. P o m n i e j s z e n i e w y d z i e l i n y k i s z k e k, które ma miejsce po długich i ciężkich chorobach w skutku niedokrewności w wysokim stopniu.



VI. Zatrzymanie wypróżnień stolcowych jest stałym objawem cierpienia mózgowia rdzenia kręgowego.

VII. Brak napojów, używanie leków ściągających jak ołów, makowiec, dąb glisty, pestki owoców i t. d. mogą być także przyczyną sprawy chorobowej w mowie będącej.

G e r h a r d t twierdzi, że zaparcie stołca bywa niekiedy objawem zatrucia ołowianego, powstałego w skutku lizania przez dzieci biletów wizytowych i żołnierzy ołowianych. Takich wypadków nigdy nie postrzegalem.

VIII. U większych dzieci zaparcie stołca bywa skutkiem braku ruchu.

L e c z e n i e. Przystępując do leczenia dziecka, cierpiącego na zatrzymanie wypróżnień stolcowych, trzeba najprzód zbadać dokładnie przyczynę takowego.

W tym celu trzeba zawsze dziecko zupełnie rozebrać i przedsięwziąć dokładne obmacywanie brzucha, następnie badanie odbytu i odbytnicy za pomocą palca lub zgłębnika. Zadanie leczenia jest dwojakie, najprzód usunięcie istniejącego zastoj kalu, następnie uwzględnienie przyczyny takowego. W celu usunięcia mass kalowych odpowiednio do stanu trawienia podamy środki rozwalniające.

Jeżeli przy obmacywaniu brzucha znajdziemy znaczne nagromadzenie kalu, wtedy leczenie rozpoczynamy od podania silnego środka zwalniającego. Co się zaś tyczy wyboru środka zwalniającego, to należy zwrócić uwagę na wiek dziecka i czas trwania zastoj kalowego. U ssawców, u których zastoj kalu trwa niedługo, wystarczają najłżejsze środki rozwalniające. Prof. M a y r najlepiej lubił podawać mannit. Zapisuje się mannit w następujący sposób: *Rp. Manniti puri dr. duas; Aq. fervidae unc. duas. D. S. Co godzina łyżkę stołową aż do skutku.* Tak jak mannit a może i pewnie działa *hydromel infant.*, rzewień sam lub w połączeniu z magnezją. Dla starszych dzieci zapisuje się zwykle: *Rp. Pulveris rad. rhei chinensis. Maga. carbon. aa. dr. semis; Eleosach. anisi dr. unam. D. ad scat. S. Co godzina na końcu noża.* Dla dzieci, nie chcących zażywać lekarstw zaleca się tak zwany *panis laxans*. Niektórzy lekarze starszym dzieciom przepisują także jalapinę w ilości 1—2 gran. Wedle mego zdania najprostsze środki rozwalniające, jak *Inf. sennae e dr. 2 ad unc. 2,—Aq. laxat. vienens. unc., 2* lub jedną łyżkę stołową oleju rycinowego należy przekładać nad rzewień i *hydromel infantum*. Bardzo pożyteczny w praktyce dziecięcej tak u ssawców jak i u starszych dzieci jest *Syrupus spinæ cercinæ seu rhamni cathartici*. Ssawcom daje się jedną łyżeczkę od kawy, starszym dzieciom większą łyżkę na dzień. Użycie lewatyw w celu wydalenia kalu wedle mego zdania wtedy tylko jest wskazanem, gdy chcemy wywołać skutek natychmiastowy. W tym celu daje się lewatywy z oleju rycinowego lub *aq. lax. vienens.*, mniej właściwemi są lewatywy ze zwyczajnej wody. Niektórzy lekarze zalecają użycie czopków z masła kakaowego lub w połączeniu z wyciągiem wileczej jagody. Gdy zastój kalu już trwa czas dłuższy, wtedy zwykle czopki nie wywołują żadnego skutku.

Odnosnie do leczenia przyczynowego należy uwzględnić u noworodków wady wrodzone w rozwoju kiszek i przedsięwziąć odpowiednie postępowanie operacyjne. Dotyczy to przepuklin, spękań i t. d., które wymagają chirurgicznego leczenia. W tych wypadkach, w których owrzodzenia i ekskoryacja są pośredniemi przyczynami zaparcia stołca, dobre usługi oddaje lekkie tuszowanie azotanem srebra.

Gdzie brak pokarmu jest przyczyną zatrzymania wypróżnień stolcowych, należy się postarać o dostateczny dowóz pokarmu. Zbytecznem zdaje mi się byłoby rozbieranie szczegółowe pojedynczych wypadków w celu przedstawienia postępowania lekarskiego, okoliczności same nam ukazują jak mamy działać. Jeżeli np. wielkie osłabienie dziecka jest przyczyną braku pokarmu, będziemy wlewać mleko łyżeczką. W razie gdy wydzielanie mleka z sutki jest utrudnione, lub gdy go jest za mało, wtedy należy się postarać o mamkę z obfitym pokarmem.

Jeżeli zły pokarm jest przyczyną zaparcia stołca, wtedy przedewszystkiem trzeba uregulować dyetę. U ssawców zwrócimy przedewszystkiem uwagę na regularne podawanie piersi. Gdy znaczna ilość sernika w mleku jest przyczyną zatrzymania wypróżnień stolcowych, zalecam serwatkę. U dwumiesięcznych dzieci 2—3 łyżek dziennie lub nawet więcej, gdy nie ma pożądanego skutku. W tych wypadkach, w których w skutku zaparcia stołca dziecko odpowiednio się nie rozwija, należy zmienić pokarm, najlepszym środkiem stałego usunięcia cierpienia jest przyjęcie mamki, która rodziła 1—2 miesiące przed matką dziecięcia. Jeżeli przyczyną cierpienia jest niedostatek tłuszczu w mleku, zaleca się podawanie mleka krowiego obfitującego w tłuszcz, nieprzegotowanego i niezbieranego. Dozy mleka te same co i serwatki. U dzieci sztucznie żywionych potrzeba pożywienie uczynić podobne

do naturalnego. Rozcieńcza się mleko wedle wiadomych prawideł i gdy pomimo to zaparcie trwa, dodaje się do mleka alkali np. *Sodae bicarbon. dr. semis. Aq. fontanae unc. quatuor*, do każdej porcy napoju po łyżce stołowej. Jeżeli zupa *L i e b i g'a* jest przyczyną zatrzymania wypróżnień, rozcieńczamy ją  $\frac{1}{4}$  częścią wody lub podajemy inny pokarm. U sztucznie żywionych dzieci poleca się szczególniej mieszankina podpuszczki z mlekiem w stosunku dopiero co wzmiankowanem. Samo się przez się rozumie, że przy zaparciu stolec należy unikać pokarmów mączkowych, w jakiejby one nie były podane formie. W niektórych wypadkach nie wystarczają te środki dyetetyczne, należy się uciekać do podawania pokarmów mieszanych; a więc obok mleka matki lub mianki, rosolów, świeżej wody studziennej.

W tych wypadkach, w których zaparcie stolec uwarunkowane jest brakiem lub pomniejszeniem ruchu robaczkowego, bądź w skutek krzywicy lub zaniku, obok diety poleca się tran, u ssawców pod formą mikstury: *Rp. Olei jecoris aselli dr. duas. Plv. gumm. arabic. Aq. fontis aa q. s. ut f. mixt. colaturae unc. duarum. D. S. 2—3* łyżek dziennie. Starszym dzieciom daje się czysty tran, stosownie do wieku od 1 łyżeczki do 2 łyżek dziennie. Zimne obmywanie brzucha i zimne kąpiele szczególniej u starszych dzieci oddają dobre usługi. W wypadkach bardzo upartych zasługują na pierwszeństwo lewatywy z zimnej wody. Stosownie do stopnia zaparcia daje się dziennie od 2—3 lewatyw. Z początku dają lewatywy z wody letniej, której ciepłota dochodzi do 24°, powoli codziennie ciepłotę używanej wody się obniża, tak, że w końcu używamy wody, której temperatura jest taką jak wody studziennej. Zachować należy jeszcze i tę ostrożność, by lewatywy z zimnej wody dawać zawsze w pewnej oznaczonej godzinie, gdyż przez to przewod kiszkowy pobudzany bywa peryodycznie do silniejszego ruchu robaczkowego, który z czasem staje się prawidłowym, a w końcu dobrowolnie się pojawia.

Jeżeli zatrzymanie wypróżnień stolcowych jest następstwem wyczerpania po długotrwałych chorobach kiszek, wtedy oprócz uregulowania diety najlepiej działającymi środkami są zimne lewatywy i wody mineralne. Wody mineralne zalecam głównie starszym dzieciom. Przepisuję picie Marienbad (Kreuzbrunnen), Franzensbad, Eger, Friedrichshall i t. p., dzieciom anemicznym Gleichenberg (Klausner-Quelle), Franzensbad (Franzens-Quelle) i t. d.

Co się tyczy ilości, to dzieciom do 2 lat podaje się 1 uncję, starszym 2—3 uncji na czezo. Z czasem a mianowicie po 5—8 dniach powiększa się dawkę o połowę poprzedniej. Leczenie trwa od 5—12 tygodni i towarzyszyć mu winien ruch.

W końcu w obec niedostatecznej wydzieliny kiszek, jaka powstaje po długotrwałych chorobach, daje się sam rzewień lub w połączeniu z żelazem, albo aloes w małych dawkach, w końcu wody mineralne wedle prawideł wyżej podanych.\*

Samo się przez się rozumie, że należy usunąć wszystkie szkodliwości; przy każdym zatrzymaniu wypróżnień stolcowych dopomaga leczeniu: podawanie płynnych pokarmów, picie wody studziennej, a u starszych dzieci czynny i bierny ruch.

## Wiadomości bieżące.

— O naturze i leczeniu reumatyzmu. W ogble przyjętą jest teoria, że reumatyzm jest chorobą krwi, że jakaś *materia peccans* krąży we krwi, którą *P r a n t* pozornie z wszelką wykazał pewnością a która ma być kwasem mlecznym. Na tej opierając się zasadzie stosują przeciw reumatyzmowi leczenie alkaliczne, pomimo że i inne środki niemniej skutecznymi się okazały, ale które ztąd błędnie empirycznymi nazwano. Wedle *G i l l i a m'a*, autora niniejszej pracy, określenie to jest niesłusznem, gdyż użycie środków tych, bacząc na istotę choroby, również jest racjonalnem. Kwas mleczny w pewnym oznaczonym stosunku krąży we krwi prawidłowej i dlatego sam przez się nie jest szkodliwym. Obecność zbyt wielkiego stosunku tego kwasu we krwi okazuje się dopiero szkodliwą. Nadmiar we krwi może powstać wśród dwóch warunków: 1) Gdy prawidłowo znajdujący się kwas mleczny nie ulega żadnym przemianom i z ustroju nie jest wydzielanym. 2) Gdy powstawanie tego kwasu prędzej się odbywa jak wśród stosunków prawidłowych. Jeżeli pierwszy wypadek ma miejsce, wtedy chodzi widocznie o to, by albo wydalic lub zniszczyć kwas w mowie będący lub wywołać przemianę na prawidłowe jego produkta rozkładu. Wydzielenie drogą



bezpośrednią niełatwo osiągnąć, łatwiejszymi są wywołanie zniszczenia i przemian wstecznych. W celu zubożenia przepisują alkalia, przez co i prawidłowa przemiana się przyspiesza. Kwas mleczny bowiem, po odegraniu roli w ustroju, szuka zasady z którą by się połączył, przy utlenianiu żądanego związku powstaje węglan sody i woda—do tylą więc użycie alkali jest racjonalnem. Takie postępowanie jednak w chorobie zależnej od zbyt szybkiego wytwarzania się kwasu okazałoby się zupełnie niewłaściwem. Wiadomo że kwas mleczny tworzy się glukozy, a źródła powstawania tej ostatniej są bardzo różnorodne. P a v y utrzymuje, że cząsteczki włókniaka, które ulegną przemianie lub rozpadowi, stanowią naturalny ferment dla przemiany glukozy na kwas mleczny, kwasny stan krwi przeszkadza temu; to samo utrzymuje M i a l h e. W tym więc wypadku trzeba niedopuszczać by krew stała się alkaliczną, aby przeszkodzić szybkiemu wytwarzaniu się kwasu mlecznego i w tym celu używać kwasów, chociaż wydaje się to być paradoxem przy nadmiarze kwasu we krwi. I rzeczywiście niektóre kwasy, a szczególnie k w a s e y t r y n o w y, okazały się bardzo skutecznymi w pewnych wypadkach reumatyzmu. Również kwasy w połączeniu z alkaliami, szczególnie o c t a n p o t a ż u (*kali acetikum*) w tych okolicznościach się zaleca, gdyż wiadomo jest, że zasada bywa wydalana a kwas zatrzymywany. Byłoby żąd bardzo ważnem przy leczeniu reumatyzmu oznaczyć, kiedy mamy dawać kwasy a kiedy alkalia, na co teraz jednak przy obecnym stanie patogenezy reumatyzmu nie można odpowiedzieć.

(*The Clinic*, N. 7, 1872).

— Fosforan wapna w krwotokach nerkowych. Pierwszy wypadek hematurii, w którym C a s p a r i użył fosforanu wapna, odnosi się do własnego jego dziecka, które przed 8 miesiącami po silnem przeziębieniu w obec miernej gorączki uskarżało się na tępy ból w okolicy lędźwiowej; mocz nie odchodził prawie przez 24 godzin, następnie pojawił się, lecz ciemno-czerwony i w obec wielkiego uczucia bólu. Ilość krwi była tak znaczną, że w nocniku utworzył się duży skrzep krwi. Odpowiadające charakterowi choroby leczenie miernie przeciwzapalne nie wywołało polepszenia, bóle w lędźwiach wprawdzie ustąpiły, objawy gorączkowe znikły, ale mocz odchodził znowu z trudnością i krwawy. Ze utrata krwi była znaczna, pokazało się to po objawach wyraźnie występującej niedokrewności. Zimne oblewanie okolicy lędźwiowej, kwasy mineralne, adun, tanina i inne środki ściągające okazały się tak bezskutecznymi jak sporysz i kreozot, krew odchodziła ciągle a osłabienie przyjmowało groźne rozmiary. Nawet półtorochlorek żelaza tak nieraz pomysłnie stosowany w krwotokach nie przyniósł żadnej ulgi. Bez szczególnej nadziei powodzenia autor przepisał f o s f o r a n w a p n a (0,5 co dwie godziny), zalecany przez S t r o h m e y e r a w krwotokach dróg moczowych. Skutek był podziwianym; po użyciu 4 proszków ilość krwi w moczu zmniejszyła się, przy dalszem używaniu wapna mocz przejaśniał się coraz więcej, po dwóch dniach za dodatkiem dopiero kwasu azotowego można było wykazać małą tylko ilość krwi, a następnego dnia mocz nie przedstawiał śladu krwi. Autor w kilku jeszcze innych wypadkach krwotoków nerkowych przepisywał fosforan wapna zawsze z pomyslnym skutkiem.

(*Deutsche Klinik* N. 23, 1872).

— Tężec (*tetanus*). Prof. H e i n e c k e obserwował 13 wypadków tężca i odnośnie do istoty choroby podaje kilka ciekawych uwag. Przyjmuje on, że sam bodziec nerwowy w ranie nie jest przyczyną, gdyż nie do każdej rany przywiązany jest ból gwałtowny, a wiele ran bardzo bolesnych nie wikła się z tężcem; nie można także za przyczynę pożytywać pewnego szczególnie umiejscowionego bodźca nerwowego (na końcach kończyn). Nie można również wynaleźć specyficznego bodźca, który byłby powodem rozwinięcia się tężca, w początku choroby nie spotykamy się także z podwyższoną czynnością zwrotną. Wedle H. przyczyną tężca nie może być także ostre zatrucie krwi, tak z powodu pierwotnie niedostającego pomnożenia ruchów zwrotnych jak i z powodu nieobecności gorączki w niektórych wypadkach. H. przyjmuje zaziębienie jako istotną przyczynę tężca, a mianowicie zaziębienie ogólne a nie samych tylko ran. Przeprowadza on jako podobieństwo inne następstwa zaziębień: nieżyty, nerwobóle, reumatyczny mięśniowe, zapalenia płuc, opłucnej, stawów, gdzie przyjmujemy przeniesienie pobudzenia na drodze odruchu od podrażnionych nerwów skóry do nerwów naczyniowych danych narządzi. Dotknięte narzędzie jest albo częścią wystawioną na bodziec szkodliwy, albo też *locus minoris resistentiae*. Jeżeli przeniesiemy to do sprawy chorobowej w mowie będącej, wtedy przyjdziemy do wniosku, że „tężec polega na przekrwieniu osrodków nerwowych, wywołanem na drodze odruchu przez ciepłotę i wpływy atmosferyczne, uważając narzędzia osrodkowe za *locus minoris resistentiae* na tej zasadzie, że podrażnione zostały bodźcem z rany początek biorącym”. Wedle tej teorii

dadzą się objasnić i te wypadki tężea, które towarzyszą wstrząśnieniom narzędzi ośrodkowych, jak również tak zwany tężec reumatyczny. Niejedna sekcya przemawia za tą teorią, nieobecność zaś żadnych objawów nie przeczy jej, gdyż przekrwienia, szczególnie krótkotrwałe, łatwo na trupie mogą nie być wykazanemi.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1 Bd. 2 u. 3 Heft).

— Przyczynek do działania antymonu. R a d z i e j e w s k i przedsięwziął szereg doświadczeń głównie z *tartarus stibiatus*, jako ze środkiem terapeutycznie najwięcej używanym i najłatwiej rozpuszczalnym w wodzie ze wszystkich przetworów antymonu. Dośzedł do następujących rezultatów: 1) Działanie wymiotne *tartarus stibiatus*, wprowadzonego do żołądka, polega na bezpośrednim wpływie na błonę śluzową żołądka a nie na wessaniu. 2) Zmniejszenie częstości tętna serca po wymiotach nie jest tylko skutkiem działania potażu ale także czynnością zwrotną. 3) Antymon oprócz działania na кишки działa jeszcze ogólnie podobnie jak arsen, poraża aestezodyczne części rdzenia kręgowego i zmniejsza— w mniejszym nieco stopniu jak arsen—czynność serca. Terapeutycznie a n t y m o n jest gorszym od arsenu z powodu złego wpływu na kanał kiszkowy; przy nieżytach dróg odlechowych działa podobnie jak środki narkotyczne. Te ostatnie usuwają bezustanny bodziec do kaszlu, który nieżyt pogarsza, przez zmniejszenie nadezulości obwodowych nerwów czuciowych; antymon dlatego znosi ten bodziec, bo przewodnictwo przez rdzeń kręgowy czyni niemożliwym. Ze działanie to *tartarus stibiatus* odnosi się nie do potażu a do antymonu, o tem R. przekonał się za pomocą oddzielnych doświadczeń.

(*Arch. f. Anat., Physiol. und wissenschaft. Med.*).

— Przecięcie ściany brzucha w celu wydalenia guzów z miednicy. S p e n c e r W e l l s opisuje następujący wypadek: 40-letnia kobieta zamężna, która już kilka razy rodziła, przywieziona była prawie w stanie konania dnia 6 czerwea 1871 r. do Samariterhospital w Londynie. Obwód brzucha nadmiernie wielki wynosił 53", odległość od mostka do kości łonowej 32". Zrobiono natychmiast przekłucie (*punctio*), poczem wypłynęło około 50 kwart jasnego, słomiano-żółtego płynu; teraz w dolnej części brzucha można było wyczuć guz twardy, ruchomy, który się rozciągał 4" nad pępek aż do żeber fałszywych lewej strony. Autor wraz z N e l a t o n e m rozpoznali guz w macicy usadowiony i uradzili nie wykonywać operacyi aż z chwilą ukazania się groźnych objawów. Chwila ta wkrótce nadeszła, gdyż pomimo opróżnienia tak znacznej ilości płynu, takowy znowu się zebrał. W dwa więc dni po wykonaniu pierwszego nakłucia zrobiono przecięcie ściany brzucha 9" długości mające, poczem wypłynęło 6 kwart wodnisteo płynu. Ukazał się duży guz, siedzący po prawej i tylnej stronie dna macicy, który odjęto przy samej podstawie za pomocą odgniatacza wraz z pewną częścią tkanki samej macicy. W obec kruchości naczyń dla zatamowania krwotoku nie wystarczały ani podwiązka, ani półtorochlorek żelaza, ani żelazo rozpalone, dlatego tkanki ujęte zostały dwoma długimi igłami, które następnie okręcono nitką jedwabną. Końce igieł wyprowadzono na zewnątrz, brzegi zaś rany zewnętrznej połączone szwem. Od 1—6 dnia po operacyi tętno z 88 poskoczyło na 120, ciepłota z 98,8 na 120,4 F. (30—39 R.) i odtyd zaczęła opadać. Oddalone igły i podwiązki 9 dnia musiano znowu z powodu krwotoku częściowo nałożyć. 13 dnia podwiązka odpadła, chora czuła się daleko lepiej i powoli przychodziła do siebie. Chora 12 lipca jako zdrowa wypisaną została ze szpitala, następnego dnia ukazała się miesiączka, która w zupełnie prawidłowy sposób trwała przez dni trzy.

(*Med. Times and Gazette*).

— Przyczynek do leczenia puchliny jąder. Sposób M e s s e n g e r'a B r a d l e y'a polega na tem, że po opróżnieniu płynu przez nakłócie, na odpowiednią połowę moszeu wraz z ich zawartością przez trzy tygodnie nakłada opaskę naciskającą, którą przyrządza z *Emplastrum saponatum*. Dotąd autor użył tego sposobu szczęśliwie w 4 wypadkach i zaleca szczególnie tę metodę przy leczeniu ambulatoryjnym.

(*Brit. med. journal; Juni, 1872*).

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---



# GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,  
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1872 do 1 stycznia 1873) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1873 r. rsr. 108 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ: Postrzeżenia z praktyki lekarskiej. Roczne sprawozdanie z oftalmicznej praktyki. Przez Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie. (Ciąg dalszy). Kronika zagraniczna. O zaparciu stołca u dzieci. Przez Dra A. Monti, Docenta Uniwersytetu Wiedeńskiego. Spolszczył Dr *Kazimierz Gurbki*. Wiadomości bieżące. O naturze i leczeniu reumatyzmu. Fosforan wapna w krwotokach nerkowych. Tężec. Przyczynek do działania antymonu. Przecięcie ściany brzucha w celu wydalenia guzów z miednicy. Przyczynek do leczenia puchliny jąder. Dodatek. Farmacyi T. III ark. 15. Policji Lekarskiej T. I ark. 30. Akuszeryi ark. 32.

## ROCZNE SPRAWOZDANIE Z OFTALMOLOGICZNEJ PRAKTYKI

od 1 (13) marca 1871 do 1 (13) marca 1872 r.

Dra med. *Józefa Talko* (w Lublinie), członka towarzystwa niemieckich oftalmologów w Heidelbergu, oraz towarzystw lekarskich w Kijowie, Tyflisie, Wilnie i w Odessie.

(Ciąg dalszy \*).

### G) Choroby białkówki i tęczówki.

Dział ten najkrótszy z tego powodu, iż zapalenie tych błon najczęściej obserwowałem przy jednoczesnym cierpieniu rogówki lub naczyńki, gdzie i znalazły swój opis. Samoistne zapalenie tęczy niezmie się nie odznaczało godnym uwagi. U pewnej syfilitycznej kobiety obserwowałem owrzodzenie przy połączeniu rogówki i białkówki wraz z zapaleniem tęczówek; choroba uleczona podskórnym wtryskiwaniem sublimatu i kropel atropiny. Ciekawy wypadek ograniczonego zapalenia białkówki obserwuję u p. K., której lewą gałkę extyropowano

\*) Patrz Nr 15, 18, 20, 22, 28 i 32 Gaz. Lek.

w lecie r. z. w oftalmicznym instytucie z powodu *fibroma sclerae* (jak mię powiadomil kol. J o d k o); zapalenie trwa już więcej półroczu w wewnętrznno-dolnym kącie oka, nie przyczynia chorej żadnego bólu, wzrok się nie pogorsza, prócz przekrwienia białkówki, rozszerzone są w tem miejscu i żyły łącznicy. Nie jest li oznaką formowania się podobnegoż guza na wewnętrznej stronie białkówki i drugiej gałki ocznej?

Powiniennem tu wspomnieć o 62-letnim, dymisyonowanym Mikołaju Daleckim (z Lubelskiego), który przed 20 laty utracił wzrok w prawem oku. Zmniejszona gałka oczna leży dość głęboko, rogówka przezroczysta, spłaszczona: skroniowa połowa szarej tęczówki ma kolor ciemnoniebieski, prawie czarny, co bardzo widoczne przy białej źrenicy: ta ostatnia prostopadle owalna, nieruchoma i biała w skutek wapiennej zaćmy soczewki (*cat. gypsea*). Lewa gałka zdrowa i wzrok prawidłowy na ten wiek: w zewnętrznej okolicy brwiowej widoczny poprzeczny szram nad rozwiniętą kością: pośrodku szramu ciągle wyrasta brodawka, zrywana przez chorego—wycięliśmy takową i miejsce przypalono lapisem. Czarność całej połowy tęczy u naszego chorego nie była anomalia przyrodniczą, lecz pochodziła w skutek przewlekłego zapalenia tęczówki i naczyniówki, co miało w następstwie uformowanie się barwnikowych złogów w pierwszej, a może być i ostatniej. Dodać tu winniśmy, że podobna czarność tęczówki może także pochodzić i w skutek zaniku tkanki tej błony, przyczem daje się widzieć tylna jej część, co R u o t e nazywa *ectropion ureae*, jednakże w tym razie na czarnym tle *ureae* widać gdzieśgdzie pozostałe pręgi promienistej budowy tęczowej, czego w naszym wypadku nie spostrzegliśmy.

Wycięcie złóg wapiennych dokonano wraz z irydektomią u chłopca starozakonnego, cierpiącego na zarosnięcie prawej źrenicy i miękką zaćmę oka lewego. Operacya ta mało przyniosła korzyści, pomimo oczyszczenia źrenicy, z powodu patologicznych zmian w głębi oka. Takowe istniały i w lewej gałce, ponieważ i po usunięciu zaćmy (najpierw *discista*, a potem *extr. linearis per corneam*) przez kol. C h r z a n o w s k i e g o chory bardzo mało widział; stopień oczyszczenia

---

<sup>1)</sup> Chory ten zwrócił przez tego moją na siebie uwagę wyrazem twarzy, żywo mi przypominając rzezańców (skopeców) których nieraz widywałem nad brzegami rzeki Rionu, na Kaukazie, gdzie są przed laty przez rząd osiedleni. Pomimo swego wieku Dalecki nigdy się nie golił, gdyż nie miał ani śladu brody, bakiembardów i wąsów; twarz blada, w zmarszczkach, zwiewiesiała, nazwałbym ją *vir generis*, gdyż bardzo jest charakterystyczna u rzezańców. Naturalna rzecz, że obejrzałem płciowe organa, tembardziej, że chory przyznał mi się, że od urodzenia nigdy nie miał erekcyi, nie spółkował i nawet nie czuł najmniejszego pociągu do płci pięknej. Płciowe organa były jak u 14-letniego chłopca: na *mons veneris* niewielkie włosy, pręć długi 6½ cent., szeroki 22—24 mm., jądra mniejsze niż jaja wróble, w nich się domacałem przydatków (*epididymis*), moszna przeto na pierwszy rzut oka zdaje się być pustą. Napletek dość długi, przy odkryciu *glans penis*, ten ostatni skrzywia się w tył i ku dołowi, tak że otwór mosznowy zwraca się ku mosznie. Dalecki w 20 roku życia posiwił, ma głos miękki, weale nie męzki, chociaż zdaje się być dobrze zbudowany, lecz twierdzi, że zawsze odznaczał się mało fizyczną siłą. Mielismy więc wypadek *atrophiae testicularum congen.* Podobny wypadek opisał L a l l e m a n d (*sur les pertes seminales*) jako pierwowzór wrodzonej *impotentiae* i zaniku jąder.



żrenicy nie odpowiadał sile wzroku; chory wyjechał do Kraśnika, przeto oftalmoskopem nie zbadałem oczu.

## H) Choroby soczewki

„Aucune operation n'exige plus de calme de sage  
lenteur et de delicatessa que l'extraction de la ca-  
taracte.”  
Mazzei.

Zaém soczewki *resp.* katarakt operowałem 20 razy, z tych trzy razy u 2 ch starozakonnych (u żadnego z Lublina), reszta u chrześcian. Dwadzieścia razy operowana zaéma u 15 osób, gdyż u 5 na obydwóch oczach. Operowani starozakonni byli mężczyźni, co zaś do 13 chrześcian to z tych operowałem 7 kobiet i 6 mężczyzn. Z 13 chrześcian 6 mieszkańców m. Lublina, a 7 z prowincyi. Co do stanu: 3 panie ze stanu obywatelskiego, ekonomowa, troje osób z lubelskiej dobroczynności, organista, ogrodnik i czworo ze stanu wiejskiego (3 mężczyzn i 1 kobieta).

Katarakta operowaną była raz za pomocą rozcięcia torebki (*discisio*), 6 razy u czterech chorych, przez liniowe wydobyćcie w rogówce (*ext. linearis per corneam*). Były to miękkie zaémy (*cat. molle*), z tych u jednego chorego z obu oczów wydobyłem cukromoczowe zaémy (*cat. diabeticae*). U trzech chorych (starozakonny, 40-letnia ekonomowa M. Kempieńska ze Skorzyc i ogrodnik Skorupski) rezultat był dobry, szczególnie u tego ostatniego, jak o tém niżej. U włościanki M. S. ze wsi Chmiela, operowanej na obydwu oczy rezultat w jednym oku był zły, w drugim pośredni; była to zdrowa 32-letnia kobieta, karmiąca dziecko od dwóch miesięcy. Całe obiedwie soczewki były bardzo rozmiękczone i chociaż z trudnością, w zupełności wydobyte z oka, tak, że źrenice wyglądały jak najpiękniej. W lewej gałce powstała *iritis suppur.* z następczém rozmiękczeniem rogówki, przez którą pewnego dnia wyszła z komórki ropa zbita gęsta w formie i wielkości soczewki; w prawej takóż miała miejsce *iritis suppur.*, bez porażenia rogówki. Dodać tu muszę, że w tém ostatnim oku wyciągnięta w całości i cała torebka, jednakże i to nieprzyczyniło się do dobrego zejścia operacyi—chora zaledwie móglą rozpoznawać przedmioty (*atresia pupillae*). Każdy więc operujący zaémę powinien pamiętać na przestrożę wypowiedzianą przez W e c k e r'a na str. 235 tego dzieła: „*On observe souvent, après l'extraction d'une cataracte, une pupille complètement noire et parfaitement régulière, en arriere d'un lambeau tres exactement appliqué, sur un oeil qui porte néanmoins en lui-même le germe de la destruction.*” We wszystkich razach liniowego wydobyćcia zaémy przez rogówkę, takowe poprzedzam jednoczesném wycięciem kawałka tęczówki (*iridektomią*).

Trzydzieści razy wydobywałem zaémę soczewkową przez sklerotykę (*per scleram*) sposobem podanym przez G r a f e'go. Jak wiadomo operacya ta robi się w górnej części gałki za pomocą liniowego nożyka przy jednoczesném wycianiu kawałka tęczy. Ani razu nie usypiałem chloroformem poddających się operacyi. Prawie wszystkie zaémy operowane takim sposobem, były albo całkowicie twarde, albo też rozmiękczone tylko w powierzchownych warstwach. Naj-

lepszy rezultat dały pierwsze, a do takich zaliczam: organistę, Józefa Ciesielskiego (lat 38) z Lublina, który miał kataraktę w obu oczach lat 12; panią Błońską z Lublina, której zdjęta 15-letnia katarakta z oka prawego i włościanina Franciszka Turczyniaka (lat 50) ze wsi Łukowa z pod Tarnobrodu, blisko 15 lat cierpiącego na kataraktę obu oczu. U wszystkich tych trojga chorych przywróciłem wzrok prawidłowy, u Franciszka T. tylko w prawem oku nieco pozostało zmętniałem z przodu ciało szkliste w skutek wypadnięcia takowego podczas operacyi i długiego leżenia w otwartej ranie. U organisty obie zaćmy operowałem w dwóch przesłankach: u włościanina, spieszącego do domu, jednocześnie za jednym seansem. Do dobrych rezultatów operacyi zaliczyć takż wypada operacyę zaćmy w lewem oku 60-kilkoletniej pani Wiehrzeckiej ze wsi Łukowa; po 3 miesiącach musiałem tylko wyciągać zmętniałą torebkę, w której uformowały się złogi wapienne, była to operacya weale nie łatwa w skutek przyrośnięcia tylnej części tęczówki do torebki, tak, że ciągnąc tę ostatnią obawiałem się aby nie oderwać wraz z nią i tęczówkę; przytém po wypłynieniu z oka cieczy wodnistej rogówka znacznie zapadła, co jeszcze więcej utrudniało czynność operacyjną, po operacyi było zapalenie tęczy i rogówki, lecz źrenica pozostała oczyszczoną. Dobrze też zejście miało miejsce u żydka z Tarłowa, jak o tem nieco niżej.

Cztery operacyj sposobem G r ä f e'go miały w rezultacie zanik galki ocznej, a więc dość znaczny procent zejść niepomysłnych. Przyczyną tego w części obwiniamy miękkość powierzehownych warstw katarakty, które po rozcięciu torebki i wydobyciu jądra soczewkowego z wielką nieraz trudnością wychodzą z oka, a jeżeli z tych resztek i oczyszcza się komórka tylna, to rogówka, a szczególnie tęczówka i sama rana ulegają znacznemu podrażnieniu. Otóż we wszystkich tych razach początkiem zlego rokowania było *iritis*, najczęściej *suppurativa*, z którego powstała *panophthalmitis*, rogówka cierpi tu następczo, lecz nigdy pierwotnie, bez zapalenia tęczy. Jednakże *irido-keratitis suppurativa* może i nie wywołać zapalenia całej galki, *panophthalmitis* miało miejsce u dwóch tylko operowanych chorych. Na zejście złe niezaprzeczenie miały wpływ i same galki oczne i ogólny stan operowanych, któremi były stare osoby, źle odżywione, prócz tego cierpiące na inne choroby: u pani M. (lat 63), przed operacyą stwierdziliśmy drżenie tęczy (*iridodonesis*), co dowodziło rozmiękczenia ciała szklistego, przy operacyi nie utraciliśmy ani kropli tego ostatniego (w ogóle w nieznacznej ilości i to nie zawsze wypadło nam przez ranę w białkowiec), zaćma prędko wyszła z oka, lecz już na drugi dzień ranka zaczęła ropić, następnie *iritis suppur.* i *panophthalmitis*. W obu oczach tej chorej istniała w wyższym stopniu *staphylococcus posticum*. U pani K. (lat 71), bezustannie trzęsącej się i kiwającej głową a przytém głuchej <sup>1)</sup> pozostały w oku resztki zaćmy, które wywoływały krwotoki w komórce, a następnie *irido-kyklitis*. U włościanina Koz. (lat 68), ze wsi Bózaniec, Bilgorajskiego pow., operowana zaćma w prawej galce przy oddawna uległej zanikowi lewej, wywołała w rezultacie przewlekłe ropiaste zapalenie tęczy i rogówki,

---

1) Z ucha lewego wyrwałem ogromnego polipa.



które się rozpoczęło od rany; w ogóle zauważyłem, że potrzeba być bardzo ostrożnym z choremi, których już jedno oko uległo zanikowi, w drugim dość często wykrywamy mniej więcej znaczne chorobliwe zmiany w naczyniówce, o czem słówko niżej. Nakoniec u ostatniej chorej, 61-letniej pani P. z Józefowa ord., przyczyny ropiastego zapalenia tęczy i następnie *panophthalmitis* wykryć nie zdołałem: operacyę, wykonaną przy pomocy kol. J a n i s z e w s k i e g o, takżę nie obwiniam, gdyż takowa była umiarkowaną i w oku nie pozostało ani cząsteczki zaćmy, ciało szkliste wypadło w nieznacznej ilości. U pana D. (lat 65), cierpiącego na hemiplegią lewej połowy po ekstrakcyi powstało długotrwałe zapalenie tęczy i ciała rzeskowego, skutkiem czego *cataracta secundaria*. Dla wypędzenia z oka zmienionej soczewki używam zwykle *Schlittenmanerre* i tylko w razie uporeczywego niewychodzenia rozmięczonych jej cząstek wprowadzam do komórki srebrną łyżeczkę; może przeto z tej przyczyny następuje podrażnienie tęczy, gdyż podrażnienia takowej w samej ranie usuwam trzykrotnem cięciem tęczy przy irydektomii, co niedopuszcza pozostania i zaciśnięcia przy brzegach cząstek tęczówki. Zresztą i z tej strony nie można być pewnym co do zachowania się tęczy, w niektórych razach pomimo kilkakrotnego wprowadzania do kamery łyżeczki lub pinceta (dla wyjęcia cząstek zaćmy lub torebki) zejście było dobre, w innych przy podrażnieniu rany i tęczy niezaczętem objawiły się w oku groźne następstwa. Z pięciu chorych, u których miało miejsce złe zejście operacyi, 4 byli operowani w szpitalu, jedna w domu prywatnym. Nakoniec o dwóch chorych, którym operowana była zaćma przez sklerotykę z pomyślnem zejściem, mówić będę niżej nieco obszerniej.

Operacya zaćmy przez wydobycie, a szczególnie sposobem G r a f ' e g o przez sklerotykę niezaprzeczenie jest probierzem kamieniem operacyjnej zdolności lekarza, równie jak jest tęż polem do popisu i do rozgłosu w publice. Jednakże z własnego przekonania powtarzamy, że wyżej przytoczone słowa W e c k e r ' a są najsprawiedliwsze, nawet przy zastosowywaniu tak wychwalanego sposobu—modyfikowanej ekstrakcyi zaćmy przez białkówkę; prawda, rogówka nie ulega tu rozmięczeniu pierwotnemu jak po ekstrakcyi *per corneam*, lecz tęczówka, pomimo irydektomii nie jest zabezpieczoną od zapalenia, a do tego jak często pozostają w oku (tylnej komórce) cząstki zaćmy, które podrażniają tęczówkę i wywołują zarośnięcie źrenicy, niekiedy nawet i kolobomatu w tęczówce, Nieraz odchodziliśmy od chorego przez nas operowanego z niepewnem przekonaniem w jakim stanie znajdziemy oko jutro lub pojutrze, gdyż nie nas nie upewnia co do przebiegu pooperacyjnego czasu, chociażby operacyi nie zarzucić nie można: dopiero po upływie trzech dni mniej więcej można być spokojnym co do pomyślnego rezultatu, gdyż ani razu nieobserwowaliśmy wywiązania się złych następstw operacyi w następnych dniach. Czyby nie można było zapobiedz złym następstwom tego sposobu operacyi, rozdzielając go na 2 seanse, najprzód irydektomię i *discisionem* (wreszcie rozmięczenie wierzchnich warstw zaćmy) i dopiero za drugim razem *extractio per scleram*, którą wyżej stawimy nad *ext. per corneam* z wielu względów operacyjnych i pooperacyjnych, np. co do astygmatyzmu.

Ze i operacja *extractio linear. per corneam* może mieć złe następstwa i weale nie jest straszną takż przekonaliśmy się w ciągu tego roku, a więc w podobnych razach lepiej zastąpić wydobycie zaćmy rozcięciem torebki (*discisio*), ma się rozumieć jeśli chory nie bardzo chce wygrać na czasie i jeśli odżywianie nie upośledzone wiekiem lub stanem zdrowia.

Ze wszystkich wypadków operowanej zaćmy, zasługują na wzmiankę trzy następujące, jakoteż dwa samoistnego zwichnięcia (termin niestosowny), lub ode-  
rwania się katarakty (*dislocatio cataractae spontanea*).

1-sza o b s e r w a c y a. *Cataracta diabetica utr.* Trzydziestokilkoletni ogrodnik, Michał Skorupski z Lublina, przed rokiem zaczął upadać na wzroku i dziś zaledwie rozpoznaje cień przedmiotów. Wycieńczony ogromnie, skóra pomarszczona, sucha, uskarża się na brak fizycznej siły. Pragnienie wielkie, wypija dziennie od 4—5 kwart wody, oddaje moczu  $5\frac{1}{2}$ —6 kwart, ciężkość dziennego moczu = 1,038, nocnego = 1,035. Próba na cukier dwoma sposobami (T r o m m e r'a za pomocą *cupr. sulf.* i *kali caust.*, a także gotowaniem z *kali caust.*) przekonała nas o obfitej ilości takowego w urynie. Chory przybył do szpitala św. Jana Bożego, gdzie przy łaskawej pomocy kol. J a n i s z e w s k i e g o i J a n k o w s k i e g o operowaliśmy go jednocześnie na oba oczy. Przyczyną ślepoty naszego pacyenta była zaćma miękka obu oczu (*catar. molle utr.*), a sądząc z choroby jakiej on ulegał rozpoznaliśmy cukromoczową zaćmę (*cat. diabetica*). Operowaliśmy obie zaćmy przez liniowe wydobycie przez górną część rogówki (*extr. linear. per corneam*), poprzedziwszy takowe irydektomią. Obie soczewki dość łatwo wydobyto z oczu—miały one konsystencyę gęsto rozgotowanego krochmalu. Reakcyi po operacyi nie było prawie żadnej, źrenice zupełnie czarne; chory odzyskał wzrok prawidłowy przy braku zmian w siatkówce, to jest t. zw. *retinitis diabetica*. Prócz odzyskania wzroku nasz chory przy użyciu chininy, żelaza i posilnej mięsnej diety po  $1\frac{1}{2}$  miesiącach poprawił się znacznie i w ogólnym stanie zdrowia, moczu zaczął oddawać mniej, a mianowicie  $3\frac{1}{2}$  kwarty, pijąc tylko 3 kwart wody. Zanotować muszę, iż brzuch chorego nieco był powiększony i twardy.

2-ga o b s e r w a c y a. *Cataracta membranacea utr.* Ciekawy egzemplarz błoniastej zaćmy obserwowałem u 6-letniego starozakonnego Getzla Goldbach z Tarłowa. W obu oczach po za źrenicami widzialne były szaro-białawe blaszki nieco drżące przy ruchach gałek; po rozszerzeniu źrenicy atropiną między brzegiem źrenicznym tęczy i błonami gdzie nigdzie widać czarny przedział, wzrok przez to cokolwiek się polepszał, gdyż dno oczu nieco się odkrywało. Malca operowałem na prawe oko przy pomocy kol. J a n k o w s k i e g o; gałkę rozciąłem liniowym nożykiem G r a f e'go w białkówce poniżej rogówki, następnie wyciąłem odpowiedni kawałek tęczówki, nakoniec za pomocą haczyków udało się zupełnie oczyścić źrenicę; zamiast soczewki, która zupełnie zabsorbowała się, wyciągnąłem z tylnej komórki dość zbitą, białawą błonę (resztki woreczka), bez śladów wapiennych zlogów. Po tygodniu, gdy się zaczęła rana zablizniać, chory wyjechał do domu w nadziei odzyskania wzroku, co też można było rokować z przebiegu pooperacyjnego czasu. Taka sama zaćma niezaprzeczenie była



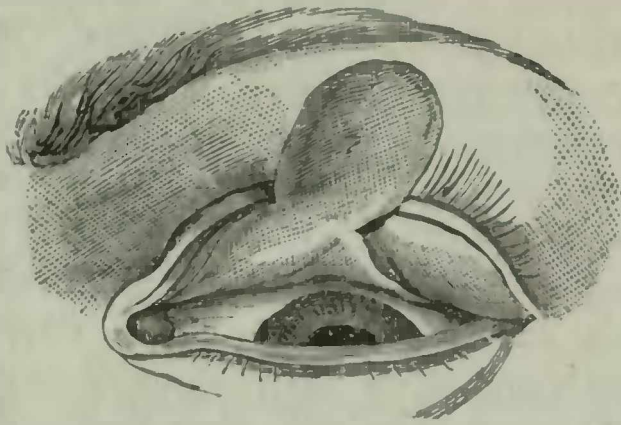
i w lewem oku. Przy operacyi utraciliśmy bardzo mało ciała szklanego. Przyczyna takowej zmiany w systemacie soczewkowym pozostała tajemnicą, gdyż traumatyczne uszkodzenie nie miało tu miejsca.

3-cia obserwacja. Pierwszy wypadek samodzielnego oderwania się zaćmy (*luxatio s. dislocatio cataractae spontanea*). 28-letni Jędrzej Pilak, chłop ze wsi Kieleciewice, ma całą głowę pokrytą kołtunem, lecz to nie uchroniło go od zupełnej ślepoty, którą cierpi już od 10 lat. Twardość gałek ocznych nieco zmniejszona. Obie źrenice białe i nieruchome. *Iridodonesis* zewnętrznej połowy lewej tęczęwki. Po kilkakrotnem zakropieniu do oczu atropiny źrenice bardzo mało powiększyły się, szczególnie lewa. W prawem oku zaćma ma wygląd jakby trzywarstwowa, zewnętrzna warstwa szara, średnia biała, w deseniu ułożona, a przytęm nieregularnie okrągła i jakby nalepiona na żółtawe jądro soczewki. Alabastrowo-biała zaćma w lewej gałce zwichnięta ku stronie nosa, tak, że między górnym równikiem jej brzegiem i tęczęwą widać czarną przestrzeń, formą przypominającą 1-szą kwadrę; przez średnią część tej ostatniej można było rozpoznać naczynia dna ocznego, rogi zaś były nieprzezroczysto-czarne, widocznie w skutek wypociu lub zlogów barwnika po za tęczęwką. Przyczyną zupełnej utraty wzroku, brak poczucia światła, niezaprzeczenie były patologiczne zmiany w głębokich błonach obu gałek; zmiany te musiały następnie wywołać powstanie zaćm soczewek, z których lewa jako cięższa (zlogi wapienne) przez rozerwanie się górnej części *membranae Zinnii* usunęła się ku dołowi i ku stronie nosa. Zwichnięta soczewka cokolwiek była zmniejszoną. Rzecz prosta, iż o powrocie wzroku Pilakowi nie można było i myśleć.

4-ta obserwacja. Drugi wypadek samodzielnego oderwania się zaćmy (*dislocatio spont. cataractae oc. dextrae*); zmętnienie ciała szklanego (*hyalitis*). *Atrophia bulbi sin.* Starzakoennemu Dawidowi Domholtz z Lublina, liczącemu lat 48, przed dwoma laty operowana była zaćma w lewem oku, w skutek czego gałka uległa znacznemu zanikowi: przez małą rogówkę widać zwapniałe zlogi w źrenicy. Prawem okiem natenczas takż prawie nie widział, lecz przed rokiem w jednym momencie przejrzał, co prawie uznał za cud, a co pochodziło od oderwania się zaćmy i zupełnego oczyszczenia przez to źrenicy. Następnie wzrok chorego znowu się pogorszył, tak, że dziś zaledwie rozpoznaje palce w odległości trzech stóp. Źrenica zupełnie czarna, cała tęczęwka drży (*iridodonesis*): po nieznacznym (5 1/2 mm.) rozszerzeniu się od atropiny źrenicy przekonałem się, iż przyczyną tego ostatniego był brak oparcia się tęczy na soczewce, gdyż zmętniała i nieprzezroczysta-biała leżała w tylnej komórce tuż za dolną częścią tęczęwki tak, że zaledwie był widzialny górny równikowy jej brzeg. Zaćma zwichnięta ku dołowi znacznie była ruchliwą i przy pewnych położeniach głowy zakrywała mniej więcej znaczną część źrenicy. Przez górną połowę źrenicy widać szarawą, przezroczystą błonę, która była niczem innem jak rozerwaną i pozostałą tu torebką soczewkową, tak, że zwichnięcie zaćmy powstało nie w skutek rozerwania się *membr. Zinnii*, lecz pęknięcia torebki. Przestrzeń źrenicy między zaćmą i torbką zupełnie czarna. Przednia część ciała szklanego zmętniała, tak, że wzornikiem

widać tylko czerwone zabarwienie dna ocznego, lecz rozpoznać stan jego było niemożliwem. Zmętnienie to zapewne powstało w skutek ruchów zwichniętej soczewki i przyczyniło się do pogorszenia widzenia wprzódce po oderwaniu się zaćmy, tak, że przez to kataraktalne szkła prawie nie a nie go nie polepszają. Dodać tu muszę, że twardość gałki mało jest zmniejszona, w oku nie ma najmniejszego rozdrażnienia, białkówka nie-  
 przekrwiona. Rogówka, badając go-  
 lem okiem, przezroczysta, lecz roz-  
 patrząc ją przy bocznem oświe-  
 tleniu w dolnych  $\frac{2}{3}$  części zdaje  
 się być zmętniałą od mnóstwa dro-  
 bnych, szaro-żółtawych punkcików  
 przypominających tak zwaną *kera-  
 litis punctata*, a które pochodziły  
 od mnóstwa osiadłych na powierzch-  
 ni rogówki tłuszczowych kulek,  
 wydzielanych obficie przez łączni-  
 cę. Na załączonej rycinie uwyda-  
 tuilem zwichnięcie zaćmy, pozosta-  
 łą w górze rozerwaną torebkę i upstrzenie rogówki masą punkcików, co przyda-  
 wało jej dość charakterystyczny wygląd. U starozakonnych nieraz obserwowa-  
 lem coś podobnego, a co nie mało upośledza wzrok, lecz w takim silnym stopniu  
 widziałem po raz pierwszy. Po dwumiesięcznem zakroplaniu atropiny wzrok co-  
 kolwiek polepszył się i wydzieliny tłuszczowych kulek znacznie się zmniejszyły.

Fig. 5.



5-ta o b s e r w a c y a. Z a ć m a s o c z e w k o w a p r z y c i e m-  
 n ę m z a b a r w i e n i u b i a ł k ó w k i. Zabarwienie białkówki, jak prze-  
 konywają mnie moje obserwacje, bywa przyrodnicze, pochodzące od warstwy  
 ciemno-brunatnego barwnika tej błony, i nabyte w skutek cierpienia naczyńówki  
 oka. O przyrodniczych zabarwieniach białkówki pisałem w *Klin. Monatsblätter für  
 Augenheilkunde* (1869); obecnie posiadam gałkę oczną, której białkówka była  
 ciemno zabarwiona przy jednoczesnem zabarwieniu odpowiedniej półkuli mózgo-  
 wej—*piae matris* i substancji mózgowej. Pozostawiając sobie pisać o tem ob-  
 tuzniej w swoim miejscu, zwracam tu uwagę praktykującego lekarza, że b r u-  
 d n o - c i e m n e plamy białkówki wskazują nam na głębsze cierpienie gałki,  
 gdy tymczasem c z a r n e lub s z a r a w e zwykle bywają przyrodniczymi.

W końcu lutego przybył do mnie właściciel Dymitr Lotysz z Zamchu, Bił-  
 gorajskiego powiatu, mający lat 54. W obu gałkach znalazłem zaćmę soczewko-  
 wą, istniejącą w prawej od lat 15 i od roku w lewej. Prawa zaćma ciemno-bur-  
 szynowego koloru z płynną białawą warstwą pod torebką; lewa nie jednostajnie  
 uformowana, największa mętność soczewki od strony ciała szklanego, które  
 w obu gałkach było rozmiękzone, jak to można już było rozpoznać z drżenia tę-  
 czówek (*iridodonesis*) w dość znacznym stopniu. W lewej tęczówce plamiste  
 złogi barwnika przy jednoczesnem brudno-ciemnym zabarwieniu białkówki z ze-  
 wnętrzej strony rogówki; przedstawiało się ono pod postacią dwóch dość dużych



plam, jasno odgraniczonych od sąsiednich normalnego koloru części sklerotyki; zajmowały one przednią, rzęskową okolicę gałki, nie dochodząc do równika takowej. Pomimo świeższej katarakty tego oka, chory miał gorsze poczucie światła aniżeli okiem prawem, co dowodziło większe zmiany w głębokich błonach ocznych, które wpłynęły na rozmięczenie ciała szklстого i powstanie zaćmy od strony tylnego bieguna soczewkowego. Dnia 28 lutego operowałem przeto tylko prawą zaćmę, przy pomocy kol. J a n i s z e w s k i e g o i J a n k o w s k i e g o, przepowiedziawszy nie świetny rezultat operacyi: po przecięciu sklerotyki *ad superior* i irydektomii, przez ranę natychmiast wyciekła płynna warstwa zaćmy, a twarde jądro opuściło się ku dołowi tylnej komórki, lecz ujawszy go ostrym haczykiem, natychmiast wyciągnąłem przy bardzo małej utracie ciała szklстого. Dnia 4 marca stan oka jak najlepszy, reakcyja bardzo nieznaczna, lecz przez źle nałożony przez felezera opatrunek na oko przez ranę 5 dnia wypadła część tęczy: chory począł uskarżać się na ból, na dnie komórki wylew krwi. Po stosownem użyciu środków chory musiał opuścić szpital dnia 16 marca: na dnie komórki jeszcze widać trochę krwi, wypadnięcie tęczy znacznie zmniejszone przy nieznacznem przekrwieniu gałki; w czarnej źrenicy można rozpoznać skurezoną torebkę w postaci białawych fałdek. Pomimo to operowany gołem okiem mógł za ledwie liczyć palce w odległości stopy, przyczyny tego nie mogliśmy jeszcze rozpoznać wzornikiem, lecz domyślamy się, iż naczyniówka, prawdopodobnie *chorioid. disseminata*, była główną przyczyną jak znacznego osłabienia wzroku, tak też nienormalnego zabarwienia sklerotyki. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

## K R O N I K A Z A G R A N I C Z N A.

### O zaparciu stolca u dzieci

Przez Dra A. M o n t i, Docenta Uniwersytetu Wiedeńskiego.

Spolszczył Dr Kazimierz Gurbski.

Zaparcie stolca pojawia się dosyć często w pierwszych latach życia dziecięcego. Przyczyną tego jest niedostateczny rozwój błony mięśniowej kiszek, właściwy sposób odżywiania i życia dzieci.

Częstość pojawiania się zaparcia stolca zmniejsza się w miarę wzrastania dziecka, tak, że w drugiej połowie wieku dziecięcego należy ono do wyjątków. Ztąd to, zdanie B o u c h u t a, twierdzącego, że zaparcie stolca tem rzadziej się zdarza im dziecko jest młodsze, uważam za nieuzasadnione.

Zdrowy ssawiec, żywiony prawidłowo, ma w przeciągu 24 godzin 2—4 żółto-zabawionych wypróżnień (2—3 wystarcza). Jedno wypróżnienie na dzień, chociażby było i obfite, uważamy za stan nieprawidłowy, a ztąd za zaparcie stolca w małym stopniu. W tych wypadkach konsystencyja kału jest normalną. Od tego najmniejszego stopnia zaparcia stolca spotykamy się z całym szeregiem stopniowań. W wielu wypadkach wypróżnienia nie mają już miejsca codziennie, lecz co 2 lub 3 dzień, a w wypadkach największego zaparcia co 4 lub 5 dzień, bardzo rzadko jeden raz na tydzień.

Starsze dzieci w wieku od 1—3 lat mają zwykle 1—2 wypróżnień codziennie. Jedno wypróżnienie na 24 godzin wystarcza. W tym wieku za zaparcie stolca pożyjemy pojawienie się wypróżnień co 2 lub 3 dzień.

O b j a w y. Pierwszym, najważniejszym objawem zaparcia stolca jest istotna zmiana kału.

Najprzód kał traci swą zwykłą konsystencję, traci wodę do tego stopnia, że staje się zbitym i twardym. Traci również formę, odchodzi kawałkami, a w wysokim stopniu zaparcia ubytek wody jest tak znaczny, że kał rozkrusza się w pieluchach. Zmienia on również barwę, staje się jaśniejszym, a niekiedy zupełnie bezbarwnym.

Często na powierzchni twardych mass kałowych widzimy śluz i krew w postaci smug, bryłek lub plamek.

Drugi ważny objaw dotyczy samego oddawania stolca.

W stanie prawidłowym defekacya odbywa się bez wysilenia. Przy zaparciu towarzyszy jej silne nadymanie połączone także z kolką czyli morzyskiem (*colica*), o czém jeszcze bliżej mówić będziemy, a pomimo to kał odchodzi tylko częściowo. Kolki w skutku zaparcia stolca występują albo peryodycznie wraz z utrudnioną defekacyą, lub pojawiają się same przez się przed takową. W pierwszym wypadku postrzegamy, że na pewien czas przed oddaniem stolca dzieci są niespokojne, krzyczą, kręcą się i w końcu wśród płaczu i krzyku silnie się nadyniają. Napady takie powtarzają się wielokrotnie, dopóki wypróżnienie nie nastąpi. Stosownie do czasu trwania zaparcia, kał przy przejściu przez zwieracz nie wywołuje bólu, lub przeciwnie ból jest tak silny, że dzieci leżą przez chwilę jakby odrętwiale.

W wypadkach, w których napady kolki nie stoją w związku z oddawaniem stolca, ból przybiera typ przepuszczający lub zwalniający.

Przed napadem kolki dzieci są niespokojne, wykrzywiają twarz, zaczynają nagle gwałtownie krzyczeć, niekiedy tak silnie, że twarz przybiera barwę czerwono-niebieską. Wśród kurezowych ruchów zuchwy, a nawet i kończyn, dzieci kręcą się i rzucają, pociągają nuda ku tulowiu i znowu je opuszczają.

Możemy także przytém zauważyć wzdęcie brzucha, przepona jest wtedy popchnięta ku gorze, w skutku czego ruchy oddechowe są krótkie. Brzuch jest twardy i napięty, a przy macaniu wyczuwamy wyraźnie twarde *scybała* w okolicy zstępującej.

Często słyszymy burczenia w kiszkaach i tylko gdy wiatry odejdą, następuje przez krótszy lub dłuższy czas zupełny spokój, dopóki się znowu te same objawy nie powtórzą. Kolka ustępuje zupełnie po oddaniu stolca. Kolka powstaje przez nadmierne rozszerzenie kiszki, które daje powód do nasilonych skurczów i przez drażnienie *scybała* przewodu kiszkowego. Te napady morzyska, występujące niezależnie od defekacyi, pojawiają się głównie u ssawców i u dzieci sztucznie karmionych, często także przy względnem zaparciu stolca.

Jeżeli zaparcie stolca stanie się habitualnem, prowadzi za sobą przewlekłe wzdęcie brzucha.

Wzdęcie brzucha w tym czasie, w którym nie ma stolca, stale ma miejsce i warunkuje inne objawy, które uważać należy tylko jako bezpośrednie następstwa zatrzymania kału. Najprzód dzieci tracą apetyt, są bardzo niespokojne, niekiedy dostają wymiot. Stan ten albo wkrótce przemija lub się polepsza, skoro tylko wypróżnienie nastąpi. W tych wypadkach, w których tutaj powyżej przytoczone objawy mają miejsce, zaparcie stolca trwa dalej, dzieci stają się bardzo niespokojnymi, w noc nie mogą spać z powodu silnego bólu brzucha, który przy dotykaniu jest bolesny z powodu silnego wzdęcia. W niektórych wypadkach dzieci gorączkują nawet, a ciepłota szczególnie jest podwyższoną na rękach i brzuchu. Tętno i oddychanie są bardzo przyspieszone.

Jako następstwo zaparcia stolca w wieku dziecięcym rzadko bywa biegunka, chociaż niekiedy się pojawia czasowo. W takich razach wypróżnienia stolcowe składają się z porozielanych kawałków kału, pomieszanych niekiedy ze śluzem i krwią. Wypróżnieniom towarzyszą bóle, zwiększające się jeszcze przez częste wydymania (*tenesmus*).

Rodzaj defekacyi może łatwo niedoświadczonych prowadzić do błędów rozpoznawczych. Wziąwszy jednak pod uwagę anamnezę, rozebrawszy dane z obmacywania brzucha, trudno jest zapoznać naturę takiej biegunki.

U dzieci, cierpiących na wrodzone wodogłowie, na krzywicę i niedokrewność w wysokim stopniu, gwałtowne napady mogą wywołać drgawki, droga zwrotną powstałe. W takich razach napad morzyska połączony jest z drgawkami ogólnymi, które się tak często powtarzają jak i morzysko. Drgawki ustają dopiero po usunięciu zaparcia stolca. I w tych razach anamneza chroni od grubych błędów rozpoznawczych. Na tę okoliczność szcze-



gólniej należy zwrócić uwagę, że przed zapadnięciem przy nieobecności objawów mózgowych i przy względnie dobrym stanie dziecka, już istniało zaparcie stolca i że napady morzyska poprzedzają wyraźnie napady drgawek. Dalej ważnemi tu są znakami wzdęcie brzucha i obecność *scybała* w okrężnicy.

Bezpośredniemi następstwami zaparcia stolca są przepukliny (*herniae*) i wypadnięcia (*prolapsus*), szczególnie przepukliny pępkowe (*herniae umbilicales*). Również wypadnięcie odbytu (*prolapsus ani*) jest nierzadkiem objawem u ssawców. W skutku zaparcia stolca postrzegamy często zatrzymanie moczu.

B o h n wypowiedział zdanie, że zaparcie stolca może być przyczyną pojawienia się na twarzy ekcemy i strupienia (*impetigo*), a to w skutku zaburzeń w krążeniu i wydzielaniu potu w skórze głowy i szyi. W skutku zбоcezeń w odstawianiu stolca wytwarza się do pewnego stopnia przewlekły stan nawalowy do skóry głowy i twarzy, mający warunkować powstawanie powyższych wysypek. Musimy jednak wyznać, że ten moment wtedy tylko ma znaczenie, kiedy w skórze jest już usposobienie do powstania tego rodzaju spraw, a ztąd i związek pomiędzy obydwoma chorobami jest tylko przypadkowy i bardzo oddalony.

Szkodliwy wpływ zaparcia stolca na przebieg ząbkowania, zaznaczany przez starszych lekarzy, nie jest dowiedziony. Do przyjęcia takowego zdania dało poehop złe zrozumiane zetknięcie się kilku spraw chorobowych; również nie należy się obawiać, by zaparcie stolca dało powód do rozwinięcia się jakiegoś samodzielnej choroby. Nie można jednak zaprzeczyć, że wszystkie ostre cierpienia pogarszają się, gdy im towarzyszy zatrzymanie wypróżnień stolcowych, jak również że długotrwałe i obfite nagromadzenie mass lajnistych utrudnia oddychanie i krążenie w narządziach brzusznych.

P r z y c z y n y. Już na wstępie powiedzieliśmy, że z zaparciem stolca spotykamy się najczęściej w pierwszych latach życia. Przyczyna tego leży w niedostatecznym rozwoju błony mięśniowej kiszki, dalej w braku ruchu czynnego, a w końcu we właściwym sposobie odżywiania dzieci w tym wieku.

Niektórzy autorowie uważają zaparcie stolca za dziedziczne. Pogląd ten uważam za niedowiedziony i sędzę, że w każdym wypadku przy dokładnem i pilnem badaniu, oprócz usposobienia odziedziczonego, możebnem jest wykazanie jednej z przyczyn w bliższym związku stojących z zaparciem stolca, a niżej podanych.

I. P r z e s z k o d y m e c h a n i c z n e. Chociaż ściśle rzeczy biorąc przeszkody mechaniczne tutaj nie należą, jednak wyliczymy je w krótkości. U noworodków znajdujemy:

a) Wady wrodzone kiszki. Rozróżniamy ich w ogóle trzy rodzaje. Do pierwszego zaliczają się wszystkie wypadki, w których odbytnica jest dobrze wykształconą, przewód jej jednak zamknięty albo przez tkankę błoniastą przy otworze stolcowym lub wyżej przez częściowe lub całkowite zrosnięcie przeciwległej ściany kiszki (*imperforatio s. stenosis recti congenita partialis et totalis*). Częściowe zwężenie odbytnicy nie warunkuje zupełnego zatrzymania wypróżnień stolcowych, lecz wypróżnienia są tylko niedostateczne. Dzieci z taką wadą mogą się rozwijać. W takich wypadkach w skutku zastoju kału przychodzi do rozszerzenia odbytnicy, sięgającego aż do krzywizny esowatej. Rozszerzona odbytnica tworzy guz rozmaitej wielkości, stosownie do czasu trwania zastoju kału. Podobne zwężenie odbytnicy postrzegalem zeszłego lata u dwuletniej dziewczynki. Guz, który był wyczuwalny przez ściany brzucha, dochodził prawie do wielkości pięści mężczyzny. Tylko mały palec mógł wejść do odbytnicy. Najsilniejsze środki przeczyszczające, przez innych zalecane lekarzy, nie były w stanie wydalić mass kałowych. Na skutek mojej rady dziecko poddano chirurgicznej operacyi i tym sposobem zwężenie usunięto. Drugi rodzaj obejmuje wszystkie wypadki, w których brak otworu stolcowego, gdzie odbytnica otwiera się do cewki moczowej lub pochwy (kłoka). Trzeci w końcu rodzaj obejmuje wypadki, w których brak otworu stolcowego, przyczem kiszka nie tylko jest zamkniętą, ale i niepodobną, lub jej mniej lub więcej nie dostaje (brak odbytnicy). Objawy zatrzymania smolki (*meconium*) są szczególnego rodzaju, w celu uzupełnienia całości opiszemy je tutaj w krótkości.

Wypróżnień smolki nie dostaje, gdy się takowe nie pokazują w 12 – 24 godzin po urodzeniu.

Podawane w takich razach z powodu nieświadomości przez matki i akuszerki środki rozwalniające pozostają nie tylko bez skutku ale i szkodzą. Wkrótce bowiem pojawia się morzysko, dzieci krzyczą gwałtownie i płaczą, wymiotują, niekiedy przychodzi śpiączka krótkotrwała. Po ssaniu zwykle przychodzą wymioty; dzieci wymiotują śluzem z żołącią, a nawet

smolka. Znajdujemy przytém wzdęcie i różowo-czerwone zabarwienie brzucha, które tem więcej jest natężone, im dłużej trwa zatrzymanie smolki.

Wraz z ogólnemi oznakami zamknięcia kiszki połączone są zawsze pewne szczególne miejscowe objawy, które ukazują na specjalną formę wady. Jeżeli odbytnica zamknięta jest przez błonę, lub jeżeli mamy do czynienia ze zrosnięciem jej ścian, wtedy nagromadzona smolka powyżej zamkniętego miejsca pomiędzy pośladkami tworzy wyraźny guz. W innych razach wprowadzony do odbytnicy palec (świeczka) powyżej otworu stolcowego natrafia na miejsce zatkania.

W miarę nasilania się objawów ból i niespokojność powiększają się i chociaż w miarę utraty sił życiowych pomniejszają się wysilenia do wymiot, to w każdym razie wymioty mogą trwać do końca. Śmierć następuje w różnym czasie, zwykle w pierwszych dniach, niekiedy po kilku tygodniach. Widziałem wypadek, w którym zatrzymanie smolki i objawy zamknięcia kiszki trwały od 10 dni, zanim przystąpiono do operacyjnego leczenia. W e s t w swoim podręczniku przytacza wypadek Dra A r n o l t a, że dziecko żyło 7 tygodni i 3 dni, chociaż okrężnica kończyła się ślepo, a odbytnicy z pełnie brakowało. Śmierć następuje wśród nasilonych objawów wyżej opisanych, niekiedy wśród nagłego upadku sił.

b) Przeszkody mechaniczne nabyte a mianowicie: uwięzienie przepukliny (*incarceratio herniae*) lub wpochwienie (*invaginationis*) części kiszki. Ponieważ w takich wypadkach zaparcie stołca jest tylko objawem w mowie będącego cierpienia, zatem zdaje się być zbyt niebezpiecznym opisywać bliżej objawy uwięzienia i wpochwienia. Dalej spekanie odbytu (*fissura ani*), nabyte zrosnięcie odbytu (*atresia ani acquisita*) w skutku blizn w okolo otworu stolcowego po oparzeniach, lub nabyte częściowe zwięzienie odbytnicy w skutek spraw wrzodzących jak czerwonka (*dysenteria*) i t. d. Ekskoryacje, wrzody błonicowe (*ulcera diphteritica*) w dolnej części odbytnicy, jakie niekiedy postrzegamy u dzieci, z powodu silnego bólu przy defekacji, są czasami przyczyną mechaniczną pośrednią zatrzymania wypróżnień stolcowych.

II. B r a k p o k a r m u. W pierwszych dniach i tygodniach ma miejsce względny brak pokarmu, gdy wrodzone wady rozwoju warg i jamy ustnej, zła brodawka, za silnie wypełniona ssutka lub niedostateczne wydzielanie mleka stoja na przeszkodzie do wprowadzenia pokarmu w potrzebnej ilości. W tych wypadkach obok względnego zatrzymania wypróżnień stolcowych i mocz skąpo odchodzi. U dzieci sztucznie karmionych zbytne rozcieńczenie mleka krowiego może dać powód do względnego zaparcia stołca.

III. Z ł y p o k a r m. U ssawców pierwszą przyczyną zatrzymania wypróżnień stolcowych jest za wielka ilość sernika w mleku. U dzieci, które za często i za każdą razą nad miarę ssą, chociaż mleko zawiera prawidłową ilość sernika, postrzegamy także zaparcie stołca. W tych wypadkach są to niestrawione zaległości sernika, który o wiele przewyższa normę. Ow nadmiar sernika (dla kiszki zupełnie massa obojętna), stoi na równi z obcemi ciałami, które się mogą dostać do kiszki, porusza się powoli, a stąd koniecznie utrudnia czynność takowych. Powodem zaparcia stołca u ssawców może być dalej za mała ilość tłuszczu w mleku. Przyczyną sprawy w mowie będącej u dzieci sztucznie żywionych są nieo odpowiednie własności lub niedostateczna ilość podawanych pokarmów. Za dalekoby nas to zaprowadziło, gdybyśmy tę przyczynę bliżej rozbiierać chcieli. To tylko wystarczy nadmienić, że zwykle dzieci, których pokarm w pierwszych latach powinien być płynny, cierpią na zaparcie stołca, gdyż żywione są przeważnie pokarmami stałemi lub za zbyt prostemi potrawami. U dzieci sztucznie karmionych za małe rozcieńczenie mleka krowiego z powodu niedostatecznej zawartości tłuszczu może dać poehop do zatrzymania wypróżnień stolcowych. Zawezenie podawanie pokarmów mączkowatych należy również do przyczyn wywołujących zaparcie stołca. Zupa L i e b i g i a, tak w innych razach z korzyścią używana, przedstawia tutaj tę niedogodność, że tak jak i pokarmy mączkowate sprawia zaparcie stołca. Ten sam skutek u większych dzieci wywołuje nadmierne użycie owoców strączkowatych, chleba.

IV. B r a k l u b p o m n i e j s z e n i e r u c h u r o b a c z k o w e g o k i s z k e k.

Może on być uwarunkowany albo nadmiernem ścięceniem i zanikiem lub zbyt niemi rozcięciem przewodu kiszkowego; to ostatnie jest najczęstszą przyczyną zaparcia stołca u dzieci krzywicowych, lub zbożenia w ruchu o których mowa mogą zależeć od porażenia błony mięśniowej kiszki bez wyraźnych zmian anatomicznych, co postrzegamy np. po długotrwałych biegunkach.

V. P o m n i e j s z e n i e w y d z i e l i n y k i s z k e k, k t ó r e m a m i e j s c e p o d ł u g i e c i c iężkich chorobach w skutku niedokrewności w wysokim stopniu.



VI. Zatrzymanie wypróżnień stołcowych jest stałym objawem cierpienia mózgowia rdzenia kręgowego.

VII. Brak napojów, używanie leków ściągających jak ołów, makowiec, dąb glisty, pestki owoców i t. d. mogą być także przyczyną sprawy chorobowej w mowie będącej.

G e r h a r d t twierdzi, że zaparcie stołca bywa niekiedy objawem zatrucia ołowianego, powstałego w skutku lizania przez dzieci biletów wizytowych i żołnierzy ołowianych. Takich wypadków nigdy nie postrzegalem.

VIII. U większych dzieci zaparcie stołca bywa skutkiem braku ruchu.

L e c z e n i e. Przystępując do leczenia dziecka, cierpiącego na zatrzymanie wypróżnień stołcowych, trzeba najprzód zbadać dokładnie przyczynę takowego.

W tym celu trzeba zawsze dziecko zupełnie rozebrać i przedsięwziąć dokładne obmacywanie brzucha, następnie badanie odbytu i odbytnicy za pomocą palca lub zgłębnika. Zadanie leczenia jest dwojakie, najprzód usunięcie istniejącego zastoj kału, następnie uwzględnienie przyczyny takowego. W celu usunięcia mass kałowych odpowiednio do stanu trawienia podamy środki rozwalniające.

Jeżeli przy obmacywaniu brzucha znajdziemy znaczne nagromadzenie kału, wtedy leczenie rozpoczynamy od podania silnego środka zwalniającego. Co się zaś tyczy wyboru środka zwalniającego, to należy zwrócić uwagę na wiek dziecka i czas trwania zastoj kałowego. U ssawców, u których zastoj kału trwa niedługo, wystarczają najłżejsze środki rozwalniające. Prof. M a y r najlepiej lubił podawać mannit. Zapisuje się mannit w następujący sposób: *Rp. Manniti puri dr. duas; Aq. fervidae unc. duas. D. S.* Co godzinę łyżkę stołową aż do skutku. Tak jak mannit a może i pewnie działa *hydromel infant.*, rzewień sam lub w połączeniu z magnezją. Dla starszych dzieci zapisuje się zwykle: *Rp. Pulveris rad. rhei chinensis. Maga. carbon. aa. dr. semis; Eleosach. anisi dr. unam. D. ad scat. S.* Co godzina na końcu noża. Dla dzieci, nie chcących zażywać lekarstw zaleca się tak zwany *panis laxans*. Niektórzy lekarze starszym dzieciom przepisują także jalapinę w ilości 1—2 gran. Wedle mego zdania najprostsze środki rozwalniające, jak *Inf. sennae e dr. 2 ad unc. 2,—Aq. laxat. vienens. unc.*, 2 lub jedną łyżkę stołową oleju rycinowego należy przekładać nad rzewień i *hydromel infantum*. Bardzo pożyteczny w praktyce dziecięcej tak u ssawców jak i u starszych dzieci jest *Syrupus spinæ cercinæ seu rhamni cathartici*. Ssawcom daje się jedną łyżeczkę od kawy, starszym dzieciom większą łyżkę na dzień. Użycie lewatyw w celu wydalenia kału wedle mego zdania wtedy tylko jest wskazanem, gdy chcemy wywołać skutek natychmiastowy. W tym celu daje się lewatywy z oleju rycinowego lub *aq. lax. vienens.*, mniej właściwemi są lewatywy ze zwyczajnej wody. Niektórzy lekarze zalecają użycie czopków z masła kakaowego lub w połączeniu z wyciągiem wileczej jagody. Gdy zastój kału już trwa czas dłuższy, wtedy zwykle czopki nie wywołują żadnego skutku.

Odnosząc do leczenia przyczynowego należy uwzględnić u noworodków wady wrodzone w rozwoju kiszek i przedsięwziąć odpowiednie postępowanie operacyjne. Dotyczy to przepuklin, spękań i t. d., które wymagają chirurgicznego leczenia. W tych wypadkach, w których owrzodzenia i ekskoryacja są pośredniemi przyczynami zaparcia stołca, dobre usługi oddaje lekkie tuszowanie azotanem srebra.

Gdzie brak pokarmu jest przyczyną zatrzymania wypróżnień stołcowych, należy się postarać o dostateczny dowóz pokarmu. Zbytecznem zdaje mi się byłoby rozbieranie szczegółowe pojedynczych wypadków w celu przedstawienia postępowania lekarskiego, okoliczności same nam ukazują jak mamy działać. Jeżeli np. wielkie osłabienie dziecka jest przyczyną braku pokarmu, będziemy wlewać mleko łyżeczką. W razie gdy wydzielanie mleka z sutki jest utrudnione, lub gdy go jest za mało, wtedy należy się postarać o mamkę z obfitym pokarmem.

Jeżeli zły pokarm jest przyczyną zaparcia stołca, wtedy przedewszystkiem trzeba uregulować dietę. U ssawców zwrócimy przedewszystkiem uwagę na regularne podawanie piersi. Gdy znaczna ilość sernika w mleku jest przyczyną zatrzymania wypróżnień stołcowych, zalecam serwatkę. U dwumiesięcznych dzieci 2—3 łyżek dziennie lub nawet więcej, gdy nie ma pożądanego skutku. W tych wypadkach, w których w skutku zaparcia stołca dziecko odpowiednio się nie rozwija, należy zmienić pokarm, najlepszym środkiem stałego usunięcia cierpienia jest przyjęcie mamki, która rodziła 1—2 miesiące przed matką dziecięcia. Jeżeli przyczyną cierpienia jest niedostatek tłuszczu w mleku, zaleca się podawanie mleka krowiego obfitującego w tłuszcz, nieprzegotowanego i niezbieranego. Dozy mleka te same co i serwatki. U dzieci sztucznie żywionych potrzeba pożywienie uczynić podobne

do naturalnego. Rozcieńcza się mleko wedle wiadomych prawideł i gdy pomimo to zaparcie trwa, dodaje się do mleka alkali np. *Sodae bicarbon. dr. semis. Aq. fontanae unc. quatuor*, do każdej porcy napoju po łyżce stołowej. Jeżeli zupa *L i e b i g'a* jest przyczyną zatrzymania wypróżnień, rozcieńczamy ją  $\frac{1}{4}$  częścią wody lub podajemy inny pokarm. U sztucznie żywionych dzieci poleca się szczególniej mieszankina podpuszczki z mlekiem w stosunku dopiero co wzmiankowanem. Samo się przez się rozumie, że przy zaparciu stolec należy unikać pokarmów mączkowych, w jakiejby one nie były podane formie. W niektórych wypadkach nie wystarczają te środki dyetetyczne, należy się uciekać do podawania pokarmów mieszanych; a więc obok mleka matki lub mianki, rosolów, świeżej wody studziennej.

W tych wypadkach, w których zaparcie stolec uwarunkowane jest brakiem lub pomniejszeniem ruchu robaczkowego, bądź w skutek krzywicy lub zaniku, obok diety poleca się tran, u ssawców pod formą mikstury: *Rp. Olei jecoris aselli dr. duas. Plv. gumm. arabic. Aq. fontis aa q. s. ut f. mixt. colaturae unc. duarum. D. S. 2—3* łyżek dziennie. Starszym dzieciom daje się czysty tran, stosownie do wieku od 1 łyżeczki do 2 łyżek dziennie. Zimne obmywanie brzucha i zimne kąpiele szczególniej u starszych dzieci oddają dobre usługi. W wypadkach bardzo upartych zasługują na pierwszeństwo lewatywy z zimnej wody. Stosownie do stopnia zaparcia daje się dziennie od 2—3 lewatyw. Z początku dają lewatywy z wody letniej, której ciepłota dochodzi do 24°, powoli codziennie ciepłotę używanej wody się obniża, tak, że w końcu używamy wody, której temperatura jest taką jak wody studziennej. Zachować należy jeszcze i tę ostrożność, by lewatywy z zimnej wody dawać zawsze w pewnej oznaczonej godzinie, gdyż przez to przewod kiszkowy pobudzany bywa peryodycznie do silniejszego ruchu robaczkowego, który z czasem staje się prawidłowym, a w końcu dobrowolnie się pojawia.

Jeżeli zatrzymanie wypróżnień stolcowych jest następstwem wyczerpania po długotrwałych chorobach kiszek, wtedy oprócz uregulowania diety najlepiej działającymi środkami są zimne lewatywy i wody mineralne. Wody mineralne zalecam głównie starszym dzieciom. Przepisuję picie Marienbad (Kreuzbrunnen), Franzensbad, Eger, Friedrichshall i t. p., dzieciom anemicznym Gleichenberg (Klausner-Quelle), Franzensbad (Franzens-Quelle) i t. d.

Co się tyczy ilości, to dzieciom do 2 lat podaje się 1 uncję, starszym 2—3 uncji na czezo. Z czasem a mianowicie po 5—8 dniach powiększa się dawkę o połowę poprzedniej. Leczenie trwa od 5—12 tygodni i towarzyszyć mu winien ruch.

W końcu w obec niedostatecznej wydzieliny kiszek, jaka powstaje po długotrwałych chorobach, daje się sam rzewień lub w połączeniu z żelazem, albo aloes w małych dawkach, w końcu wody mineralne wedle prawideł wyżej podanych.\*

Samo się przez się rozumie, że należy usunąć wszystkie szkodliwości; przy każdym zatrzymaniu wypróżnień stolcowych dopomaga leczeniu: podawanie płynnych pokarmów, picie wody studziennej, a u starszych dzieci czynny i bierny ruch.

## Wiadomości bieżące.

— O naturze i leczeniu reumatyzmu. W ogóle przyjętą jest teoria, że reumatyzm jest chorobą krwi, że jakaś *materia peccans* krąży we krwi, którą *P r a n t* pozornie z wszelką wykazał pewnością a która ma być kwasem mlecznym. Na tej opierając się zasadzie stosują przeciw reumatyzmowi leczenie alkaliczne, pomimo że i inne środki niemniej skutecznymi się okazały, ale które ztąd błędnie empirycznymi nazwano. Wedle *G i l l i a m'a*, autora niniejszej pracy, określenie to jest niesłusznem, gdyż użycie środków tych, bacząc na istotę choroby, również jest racjonalnem. Kwas mleczny w pewnym oznaczonym stosunku krąży we krwi prawidłowej i dlatego sam przez się nie jest szkodliwym. Obecność zbyt wielkiego stosunku tego kwasu we krwi okazuje się dopiero szkodliwą. Nadmiar we krwi może powstać wśród dwóch warunków: 1) Gdy prawidłowo znajdujący się kwas mleczny nie ulega żadnym przemianom i z ustroju nie jest wydzielanym. 2) Gdy powstawanie tego kwasu prędzej się odbywa jak wśród stosunków prawidłowych. Jeżeli pierwszy wypadek ma miejsce, wtedy chodzi widocznie o to, by albo wydalic lub zniszczyć kwas w mowie będący lub wywołać przemianę na prawidłowe jego produkta rozkładu. Wydzielenie drogą



bezpośrednią niełatwo osiągnąć, łatwiejszymi są wywołanie zniszczenia i przemian wstecznych. W celu zubożenia przepisują alkalia, przez co i prawidłowa przemiana się przyspiesza. Kwas mleczny bowiem, po odegraniu roli w ustroju, szuka zasady z którą by się połączył, przy utlenianiu żądanego związku powstaje węglan sody i woda—do tylą więc użycie alkali jest racjonalnem. Takie postępowanie jednak w chorobie zależnej od zbyt szybkiego wytwarzania się kwasu okazałoby się zupełnie niewłaściwem. Wiadomo że kwas mleczny tworzy się glukozy, a źródła powstawania tej ostatniej są bardzo różnorodne. P a v y utrzymuje, że cząsteczki włókniaka, które ulegną przemianie lub rozpadowi, stanowią naturalny ferment dla przemiany glukozy na kwas mleczny, kwasny stan krwi przeszkadza temu; to samo utrzymuje M i a l h e. W tym więc wypadku trzeba niedopuszczać by krew stała się alkaliczną, aby przeszkodzić szybkiemu wytwarzaniu się kwasu mlecznego i w tym celu używać kwasów, chociaż wydaje się to być paradoxem przy nadmiarze kwasu we krwi. I rzeczywiście niektóre kwasy, a szczególnie k w a s e y t r y n o w y, okazały się bardzo skutecznymi w pewnych wypadkach reumatyzmu. Również kwasy w połączeniu z alkaliami, szczególnie o c t a n p o t a ż u (*kali acetikum*) w tych okolicznościach się zaleca, gdyż wiadomo jest, że zasada bywa wydalana a kwas zatrzymywany. Byłoby żąd bardzo ważnem przy leczeniu reumatyzmu oznaczyć, kiedy mamy dawać kwasy a kiedy alkalia, na co teraz jednak przy obecnym stanie patogenezy reumatyzmu nie można odpowiedzieć.

(*The Clinic*, N. 7, 1872).

— Fosforan wapna w krwotokach nerkowych. Pierwszy wypadek hematurii, w którym C a s p a r i użył fosforanu wapna, odnosi się do własnego jego dziecka, które przed 8 miesiącami po silnem przeziębieniu w obec miernej gorączki uskarżało się na tępy ból w okolicy lędźwiowej; mocz nie odchodził prawie przez 24 godzin, następnie pojawił się, lecz ciemno-czerwony i w obec wielkiego uczucia bólu. Ilość krwi była tak znaczną, że w nocniku utworzył się duży skrzep krwi. Odpowiadające charakterowi choroby leczenie miernie przeciwzapalne nie wywołało polepszenia, bóle w lędźwiach wprawdzie ustąpiły, objawy gorączkowe znikły, ale mocz odchodził znowu z trudnością i krwawy. Ze utrata krwi była znaczna, pokazało się to po objawach wyraźnie występującej niedokrewności. Zimne oblewanie okolicy lędźwiowej, kwasy mineralne, alun, tanina i inne środki ściągające okazały się tak bezskutecznymi jak sporysz i kreozot, krew odchodziła ciągle a osłabienie przyjmowało groźne rozmiary. Nawet półtorochlorek żelaza tak nieraz pomysłnie stosowany w krwotokach nie przyniósł żadnej ulgi. Bez szczególnej nadziei powodzenia autor przepisał f o s f o r a n w a p n a (0,5 co dwie godziny), zalecany przez S t r o h m e y e r a w krwotokach dróg moczowych. Skutek był podziwianym; po użyciu 4 proszków ilość krwi w moczu zmniejszyła się, przy dalszem używaniu wapna mocz przejaśniał się coraz więcej, po dwóch dniach za dodatkiem dopiero kwasu azotowego można było wykazać małą tylko ilość krwi, a następnego dnia mocz nie przedstawiał śladu krwi. Autor w kilku jeszcze innych wypadkach krwotoków nerkowych przepisywał fosforan wapna zawsze z pomyslnym skutkiem.

(*Deutsche Klinik* N. 23, 1872).

— Tężeć (*tetanus*). Prof. H e i n e c k e obserwował 13 wypadków tężeć i odnośnie do istoty choroby podaje kilka ciekawych uwag. Przyjmuje on, że sam bodziec nerwowy w ranie nie jest przyczyną, gdyż nie do każdej rany przywiązany jest ból gwałtowny, a wiele ran bardzo bolesnych nie wikła się z tężeć; nie można także za przyczynę pożytywać pewnego szczególnie umiejscowionego bodźca nerwowego (na końcach kończyn). Nie można również wynaleźć specyficznego bodźca, który byłby powodem rozwinięcia się tężeć, w początku choroby nie spotykamy się także z podwyższoną czynnością zwrotną. Wedle H. przyczyną tężeć nie może być także ostre zatrucie krwi, tak z powodu pierwotnie niedostającego pomnożenia ruchów zwrotnych jak i z powodu nieobecności gorączki w niektórych wypadkach. H. przyjmuje zaziębienie jako istotną przyczynę tężeć, a mianowicie zaziębienie ogólne a nie samych tylko ran. Przeprowadza on jako podobieństwo inne następstwa zaziębień: nieżyty, nerwobóle, reumatyczny mięśniowe, zapalenia płuc, opłucnej, stawów, gdzie przyjmujemy przeniesienie pobudzenia na drodze odruchu od podrażnionych nerwów skóry do nerwów naczyniowych danych narządzi. Dotknięte narzędzie jest albo częścią wystawioną na bodziec szkodliwy, albo też *locus minoris resistentiae*. Jeżeli przeniesiemy to do sprawy chorobowej w mowie będącej, wtedy przyjdziemy do wniosku, że „tężeć polega na przekrwieniu osrodków nerwowych, wywołanem na drodze odruchu przez ciepłotę i wpływy atmosferyczne, uważając narzędzia osrodkowe za *locus minoris resistentiae* na tej zasadzie, że podrażnione zostały bodźcem z rany początek biorącym”. Wedle tej teorii

dadzą się objasnić i te wypadki tężea, które towarzyszą wstrząśnieniom narzędzi ośrodkowych, jak również tak zwany tężec reumatyczny. Niejedna sekcya przemawia za tą teorią, nieobecność zaś żadnych objawów nie przeczy jej, gdyż przekrwienia, szczególnie krótkotrwałe, łatwo na trupie mogą nie być wykazanemi.

(*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 1 Bd. 2 u. 3 Heft).

— Przyczynek do działania antymonu. R a d z i e j e w s k i przedsięwziął szereg doświadczeń głównie z *tartarus stibiatus*, jako ze środkiem terapeutycznie najwięcej używanym i najłatwiej rozpuszczalnym w wodzie ze wszystkich przetworów antymonu. Dośzedł do następujących rezultatów: 1) Działanie wymiotne *tartarus stibiatus*, wprowadzonego do żołądka, polega na bezpośrednim wpływie na błonę śluzową żołądka a nie na wessaniu. 2) Zmniejszenie częstości tętna serca po wymiotach nie jest tylko skutkiem działania potażu ale także czynnością zwrotną. 3) Antymon oprócz działania na кишки działa jeszcze ogólnie podobnie jak arsen, poraża aestezodyczne części rdzenia kręgowego i zmniejsza— w mniejszym nieco stopniu jak arsen—czynność serca. Terapeutycznie a n t y m o n jest gorszym od arsenu z powodu złego wpływu na kanał kiszkowy; przy nieżytach dróg odlechowych działa podobnie jak środki narkotyczne. Te ostatnie usuwają bezustanny bodziec do kaszlu, który nieżyt pogarsza, przez zmniejszenie nadezulości obwodowych nerwów czuciowych; antymon dlatego znosi ten bodziec, bo przewodnictwo przez rdzeń kręgowy czyni niemożliwym. Ze działanie to *tartarus stibiatus* odnosi się nie do potażu a do antymonu, o tem R. przekonał się za pomocą oddzielnych doświadczeń.

(*Arch. f. Anat., Physiol. und wissenschaft. Med.*).

— Przecięcie ściany brzucha w celu wydalenia guzów z miednicy. S p e n c e r W e l l s opisuje następujący wypadek: 40-letnia kobieta zamężna, która już kilka razy rodziła, przywieziona była prawie w stanie konania dnia 6 czerwea 1871 r. do Samariterhospital w Londynie. Obwód brzucha nadmiernie wielki wynosił 53", odległość od mostka do kości łonowej 32". Zrobiono natychmiast przekłucie (*punctio*), poczem wypłynęło około 50 kwart jasnego, słomiano-żółtego płynu; teraz w dolnej części brzucha można było wyczuć guz twardy, ruchomy, który się rozciągał 4" nad pępek aż do żeber fałszywych lewej strony. Autor wraz z N e l a t o n e m rozpoznali guz w macicy usadowiony i uradzili nie wykonywać operacyi aż z chwilą ukazania się groźnych objawów. Chwila ta wkrótce nadeszła, gdyż pomimo opróżnienia tak znacznej ilości płynu, takowy znowu się zebrał. W dwa więc dni po wykonaniu pierwszego nakłucia zrobiono przecięcie ściany brzucha 9" długości mające, poczem wypłynęło 6 kwart wodnisteo płynu. Ukazał się duży guz, siedzący po prawej i tylnej stronie dna macicy, który odjęto przy samej podstawie za pomocą odgniatacza wraz z pewną częścią tkanki samej macicy. W obec kruchości naczyń dla zatamowania krwotoku nie wystarczały ani podwiązka, ani półtorochlorek żelaza, ani żelazo rozpalone, dlatego tkanki ujęte zostały dwoma długimi igłami, które następnie okręcono nitką jedwabną. Końce igieł wyprowadzono na zewnątrz, brzegi zaś rany zewnętrznej połączone szwem. Od 1—6 dnia po operacyi tętno z 88 poskoczyło na 120, ciepłota z 98,8 na 120,4 F. (30—39 R.) i odtyd zaczęła opadać. Oddalone igły i podwiązki 9 dnia musiano znowu z powodu krwotoku częściowo nałożyć. 13 dnia podwiązka odpadła, chora czuła się daleko lepiej i powoli przychodziła do siebie. Chora 12 lipca jako zdrowa wypisaną została ze szpitala, następnego dnia ukazała się miesiączka, która w zupełnie prawidłowy sposób trwała przez dni trzy.

(*Med. Times and Gazette*).

— Przyczynek do leczenia puchliny jąder. Sposób M e s s e n g e r'a B r a d l e y'a polega na tem, że po opróżnieniu płynu przez nakłucie, na odpowiednią połowę moszeu wraz z ich zawartością przez trzy tygodnie nakłada opaskę naciskającą, którą przyrządza z *Emplastrum saponatum*. Dotąd autor użył tego sposobu szczęśliwie w 4 wypadkach i zaleca szczególnie tę metodę przy leczeniu ambulatoryjnym.

(*Brit. med. journal; Juni, 1872*).

---

Redaktor i wydawca Prof. Dr G i r s z t o w t.

---

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

---

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Sto-Krzyżka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою.

---