

90597

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Prof. Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK I. — 1899.

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIwersYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1899.



~~KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej~~

~~4006~~

Okuliści polscy
według obliczenia z r. 1899.

- Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wałowa
l. 7.
- Dr Bałaban. Warszawa.
- Dr Bielitowski. Petersburg.
- Dr Bednarski Adam, I. asystent kliniki okulisty, we Lwowie.
- Dr Bittner Adolf. Świsłocz (Rosya).
- Dr Bieniecki. Kalisz.
- Dr Borowski Stanisław, elew klin. ok. w Krakowie.
- Dr Borowski. Wilno.
- Dr Borkiewicz, lekarz 11 kadru zapasowego kawaleryi.
- Dr Brudzewski Karol. Lwów, ul. Kopernika l. 8.
- Dr Burbo Barbara. Weisser Hirsch koło Drezna.
- Dr Centnarowicz. Warszawa, Długa, l. 18.
- Dr Ciechański Al. Przemyśl.
- Dr Ciecieniowski. Jewpatorya (Rosya).
- Dr Cywiński. Wilno.
- Dr Dobrzański. Warszawa, Złota 14.
- Dr Ebersson. Tarnów.
- Dr Ettinger J. Erlangen.
- Dr Feinstein. Warszawa, Karmelicka 3.
- Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiślna 42.
- Dr Fukała. Wiedeń.
- Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż, Bl. Haussmann 103.
- Dr Garliński. Łódź.
- Dr Gepner Bolesław (ojciec). Warszawa, Krakowskie Przedm. 65.
- Dr Gepner (syn). Warszawa, Aleje Jerozolimskie 25.
- Dr Giedroń Juraga. Aleksandropol.
- Dr Gidlewski. Lwów.
- Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de Treviso 21.
- Dr Górecki Ksawery. Paryż, Blv. Murat 137.
- Dr Halicki. Bobrzyńsk.
- Dr Hertyk. Maryampol.
- Dr Hlasko. Wilno.
- Dr Holz. Warszawa.
- Dr Hulewicz. Bytom.
- Dr Huszczo. Białystok.
- Dr Hoene. Kijów.
- Dr Idzikowski. Woskreszeński Zawód. (?)
- Dr P. Jasiński. Shenandoah Pennsylvania (Ameryka).
- Dr Januszkiewicz Bronisław. Warszawa, Ciepła 4.
- Dr Jarnatowski (senior). Poznań.
- Dr Jarnatowski (junior). Poznań.
- Dr Kamocki. Warszawa, Widok 7.
- Dr Kapuściński Bol. Poznań.
- Dr Kepiński. Warszawa, Senatorska l. 32.
- Dr Kicki Tytus. Lwów, ul. Kopernika l. 3.
- Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, 86.
- Dr Krajski W. Bessarabia.
- Dr Kramsztyk Zyg. Warszawa, ul. Graniczna l. 4.
- Dr Krzymuski. Tomsk.
- Dr Kreutz, II. asystent klin. okulisty, we Lwowie.
- Dr Kuszelewski. Lublin.
- Dr Lachowicz, ordynator szpitala oft. fund. hr. Przeździeckiego.
- Dr Langie Adam. Kraków, Sławkowska 20.

- Dr Lakiernik. Łódź, Zwada 12.
Dr Łasiński, Radaca zdrowia, Wrocław.
Dr Łuniewski Stefan, II asyst. klin. okulist. w Krakowie.
Dr Maciesza. Syberya.
Dr Machek Emanuel, Prof. okul. Uniw. Fr. I. we Lwowie, Akademicka 11.
Dr Mączewski Tytus. Łomża.
Dr Majewski Kazimierz W., I asyst. klin. okul. w Krakowie.
Dr Majkowski. Drzenica.
Dr Marcisiewicz Feliks. Kraków, Wiślna 10.
Dr Markiewicz. Przemyślany.
Dr Markowski. Łódź, ul. Andrzeja 5.
Dr Muttermilch. Warszawa, Miodowa 1. 5.
Dr Niegolewski Felicjan. Poznań.
Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk (Dynaburg).
Dr Nowicki. Disna.
Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
Dr Pautyński. Drezno.
Dr Piaszczyński. Warszawa, Śliska 1. 12.
Dr Płachecki. Radom.
Dr Popławska Stan. Warszawa.
Dr Przybylski. Odessa.
Dr Rakowicz. Drezno.
Dr Ratuld L. Paryż, Boulevard Barbès 57.
Dr Rosenzweig Leon. Lwów, Sykstuska 6.
Dr Rumszewicz K. Kijów.
Dr Rymowicz. Kazań.
Dr Seidenmann. Lublin.
Dr Sroczyński Franciszek, Docent okul. Uniw. Jag., Kraków, Flo. ryańska 38.
Dr Stasiński. Poznań.
Dr Strzemiński Ignacy. Wilno, ul. Trocka.
Dr Świda. Mińsk.
Dr Szuliński Adam. Lwów, Kilińskiego 2.
Dr Talko Józef, rzecz. radca stanu. Lublin.
Dr Talko Włodzimierz. Sosnowiec.
Dr Tomaszewski. Smigiel.
Dr Topolański. Wiedeń. szpit. braci Miłosierdzia.
Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań. St. Marcin 1. 6.
Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radaca zdrowia, Prof. Uniw. Jagiel., Kraków, ul. Wolska 11.
Dr Winawer Adolf. Warszawa, Elektoraina 4.
Dr Wolfring, b. prof. okul. Uniw. Warszawskiego. Marszałkowska 1. 87.
Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
Dr Ziemiński. Warszawa.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABUŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACIEKA WE LWOWIE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

—*— ROCZNIK PIERWSZY —*—

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Kilka słów w sprawie rozmiękczenia rogówki (keratomalacyi) u noworodków.

Przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Rozmiękczenie z rozpadem rogówki wolno ale złośliwie postępujące u noworodków błędnych, podobnych raczej do trupa, aniżeli do istoty żyjącej, na oku, które bynajmniej nie przedstawia mimo ciężkiej sprawy znamion silnego zapalenia, — zaledwo bowiem spojówka nieco przedstawia się przekrwioną skoro do powiększenia przychodzi ze strony tęczówki, często zaś błada i suchą bywa przy łuszczącym się nabłonku, — odnosimy zazwyczaj do następstw złego odżywiania całego ustroju po zaburzeniach narządu trawienia, po chorobach zakaźnych, jak szkarlatyna, po zapaleniach opon mózgowych i mózgu, a nie wielu autorów zwraca na to uwagę, iż kiła wrodzona częstokroć, jeżeli nie najczęściej, bywa zmian tych ocznych przyczyną.

Sam od kilkunastu lat na tę, rzadko na szczęście zachodzącą, ale często zapożyczaną chorobę zwracam uwagę i już kilka przypadków przez stosowne leczenie wyleczyłem, chociaż choroba ta każe, jak wiadomo, według dotychczasowych zapamiętań niepomyślnie rokować.

Oczywiście, jeżeli pochodzenie choroby przyjmiemy to, które zwykle przytaczane bywa, a nie uwzględnimy swoistej przyczyny, w krótkim czasie organizm ulega rozkładowi, zanim nawet nieraz rogówka ma czas rozpaść się. Gdy atoli syfilis wczesnie rozpoznać po innych objawach nam się uda i przyczynowe leczenie stosownie przeprowadzamy, ocalamy nie tylko życie, ale i oko dziecka. Z drugiej strony nie zwracano na to uwagi, że przy słabszym zajęciu kiłowem może rozpad rogówki wolniej się rozwijać i do mniejszej części rogówki ograniczyć.

Nieraz nawet tylko jedno oko chorobie ulega, za czem przemawia następujący przykład, z praktyki mej w Poznaniu zaczerpnięty:

Helenę Kr. 3-miesięczne dziecko wojskowego przyniesiono mi 10 kwietnia 1893 roku z powodu zajęcia lewego oka. — Badając rodziców, dowiedziałem się, że pierwszych dwoje dzieci wkrótce po urodzeniu umarło w «kureczach», trzecie 4-letnie było zdrowe, lecz tak, jak pierwsze dwa, miało wyrzuty na ciele. Helena jest czwartym dzieckiem, które zresztą wczas przyszło, ale jak poprzednie, okazuje wyrzut i wrzody rozliczne na skórze, od tygodnia zaś na oko zapadło. Ojciec do zakażenia nie chce się przyznać, ma jednak grucz. lymf. nabrzniiałe, matka zaś jako 11-letnie dziecko chorowała; na co, nie wie; zresztą zawsze była zdrową, dobrze wygląda i sama karmi. Helenka jest dzieckiem bardzo wątłym. Na czole, karku i w wielu innych miejscach widać blizny skórne wciągnięte z odzieniem czerwonym po «ropniach», które rzekomo od urodzenia w rozmaitych miejscach pokazują się. Obecnie jeszcze widać dwa pęcherze wielkości orzecha łaskowego na potylicy. Powieki nie domykają. *L. o.* blade, dolną i środkową część rogówki zajmuje szaro-żółte zmętnienie głębokie, o rozpadającej się tkance, średnicy 4—5 mm. Podpada przedewszystkiem, że mimo dość wybitnych zmian na rogówce odczyn ogólny bardzo niewyraźny. Dziecko zupełnie apatyczne nie daje żadnych objawów jakiegokolwiek dolegliwości, tylko przy dotyku oczu zamyka takowe. Leczenie polegało na stosowaniu maści żółtej, atropiny i zakładaniu opaski, na kapielach

sublimatowych, podawaniu wina w małych a częstych ilościach. Już w następnych dniach rozpad rogówki zmniejszał się, ścieśniał. Następnie zaczęły się od brzegu strącać nekrotyczne części, a w ciągu kilku tygodni sprawa zakończyła się wytworzeniem blizny rogówki w środku lekko spłaszczonej. W miarę polepszania się stanu oka i dziecko wogóle lepszego nabierało wejrzenia, dawało więcej objawów życia i przyjmowało pierś. Ropnie skórne nie odtwarzały się. W kilka miesięcy później atoli doniesiono mi, że dziecko skończyło na «kurecze».

Gdy w tym przypadku domyślać się tylko było można, że mamy do czynienia z rozpoczynającym się rozpadem rogówki i to na podstawie kły wrodzonej wobec znamion u rodzeństwa starszego, a w części i chorej dziewczynki samej, u której leczenie przeciwkłowe dobre i względnie szybkie spowodowało usunięcie zajęcia oka, to w następnym przypadku obraz zajęcia ócz był zupełnie typowym, za keratomalacją noworodków przemawiającym. Otóż kilka szczegółów:

W lutym 1894 roku przyniesiono mi dziecko męskiego rodzaju, przeszło półroczne. Wywiady wykazały, że ojciec, sekretarz sądowy w Poznańskim w czasie swej wojskowości nabył kłę, a wyleczony »zupełnie« w kilka lat później ożenił się. Żona poprzednio zdrowa, po zamążpójściu często rozmaitym przypadłościom nerwowym ulegała. Zaszła wkrótce w ciążę, ale w czwartym miesiącu poroniła. Później jeszcze kilka razy w rozmaitych miesiącach roniła, a przyniesione mi dziecko, owoc nieco przedczesny piątego zajścia w ciążę, od urodzenia słabe bardzo, sama karmi. U dziecka tego pojawiały się na rozmaitych częściach ciała pęcherze (*pemphigus*), które pozostawiły dość znaczne blizny. Przed tygodniem zaczęły się rogówki zaćmiewać, a zaćmienie to, znaczny robiąc postęp, rodziców zaniepokoiło. Rzeczywiście dziecko bardzo wątpliwe o nasadach długich kości zgrubiałych przedstawia obraz typowy charakteru noworodka syfilitycznego, którego szczegółowo, jako znanego, nie będę opisywał, zaznaczę tylko, że obie rogówki były w stanie rozpadu w środkowych i dolnych swych częściach a tylko przybrzeżny górny pasek pozostał jeszcze przezroczysty. Wobec tego, że rogówka nie w całej grubości, ale tylko w przednich i środkowych warstwach częścią żółto wydętą, częścią rozpadającą się przedstawiała, i wobec, zdaniem mojem, niewątpliwie kilowej podstawy cierpienia, postanowiłem polecić przeprowadzenie leczenia swoistego w nadziei, że może jednak powiedzie się, jeżeli dziecko przy życiu się utrzyma, część wzroku ocalić. Nadzieja ta

nie zawiódła. Leczenie polegało na starannem oczyszczeniu oczu sublimatem w słabym roztworze, zastosowaniu pilokarpiny i maści żółtej Pagenstechera i na zakładaniu opaski. Przeciw podstawowej chorobie przepisałem kąpiele sublimatowe.

Na konieczność podstawowego leczenia, a mianowicie na kąpiele sublimatowe szczególnie pragnąłbym przy tej sposobności zwrócić uwagę czytelnika, gdy doświadczenie mnie poucza, że właśnie to leczenie przeciwkółowe, u dzieci bardzo polecenia godne, wobec nowych środków rtęciowych i nowych sposobów stosowania ich, poszło poniekąd w zapomnienie. Przepisuję w takich razach pastylkę 1 gr. Angererowską na kąpiel z dodaniem kilku łyżek soli kuchennej. Oczywiście pastylka powinna poprzednio w odpowiedniej ilości wody być rozpuszczoną i do wanny nie metalowej dodaną. Obok sublimatu działa u takich dzieci i kalomel, który, jak wiadomo, dzieci doskonale znoszą. Przepisuję go w proszkach po 5—10 mgr. dwa razy dziennie, stosownie do wieku, przy czem atoli polecić trzeba, by nierozpuszczający się kalomel dobrze znięszano z płynem, w którym się podaje, albo by proszek wsypano dziecku w usta a następnie wiano do ust nieco słodzonej wody.

Powracając do przypadku powyżej przytoczonego, to pod wpływem już nakreślonego leczenia i środków wzmacniających, a mianowicie silnych rosółków i wina starego dziecko powoli przychodziło do siebie, stan rogówek znakomicie się poprawiał i po upływie może 4—6 tygodni sprawa skończyła się wytworzeniem bielm owalnych, pozostawiających górną część rogówki przezroczystą.

W rok później wykonałem obustronnie iridektomię z dobrym wynikiem. Co dalej z dzieckiem się stało, tego nie wiem, nie miałem bowiem wiadomości, przeniósłszy się do Krakowa.

Rozpowszechnionem jest zdanie, że keratomalacja występuje wyłącznie tylko w pierwszych miesiącach życia a nawet Horner¹⁾ zaczyna odnośny artykuł od słów: »Von besonderem

¹⁾ Krankheiten des Auges im Kindesalter w Gerhardta Handbuch der Kinderkrankheiten t. V. 2. p. 327.

Interesse ist eine Hornhauterkrankung, welche bei schwächlichen, heruntergekommenen Kindern, von der ersten Lebenswoche bis zum Alter von $\frac{1}{2}$ Jahre, seltener und unter sehr ungünstigen Lebensverhältnissen auch noch später auftritt». Że jednak i później czasami choroba ta występuje i że dlatego okoliczności nie potrzebują być wyjątkowo niekorzystne, za tem przemawia następujący przezemnie postrzegany i leczony przypadek:

Dnia 15 maja 1891 r. przyniosła mi wyrobnicza F. z Poznania swego $1\frac{1}{4}$ -rocznego synka z powodu choroby lewego oka. Dowiedziałem się przytem, co następuje: Matka przed siedmiu laty miała *lues genitalium*, następnie wystąpiła *roscola* i *pharyngitis*. Od dwóch lat zamężna. Dwa razy poroniła, raz nieżywe zrodziła. Od 4 lat ma wrzód goleniowy.

Dziecko przyniesione mi miało już w 6 tygodni po urodzeniu mieć chore oczy, ale o rodzaju i leczeniu tej choroby nie umie matka nie pewnego powiedzieć. Stan obecny ma trwać od kilku dni. Badanie wykazało co następuje: U dziecka słabo rozwiniętego, leżącego w poduszkach bez wszelkiego udziału, z oczyma na wprost otwartemi, widać na czole dwie twarde krosty różowe, a w kąciku lewym ust owrzodzenie wyniosłe z brzegami twardymi. Gruczoły limfatyczne wyczuwalne, nabrzmiąte i twarde. Co do ocz, to zmiany tylko u lewego oka podpadają, a mianowicie obok wydzieliny ropno-śluzowej spojówki, miernie obfitej widać w dolnej i środkowej części rogówki owalne zmętnienie żółto-szare nieodgraniczające się ściśle od otoczenia, z ubytkiem nierównym, tworzącym wklęsnięcie wielkości większego ziarna konopi.

Na razie stosowano tylko jodoform, atropinę, zakładano opaskę, i polecono, by dziecko regularnie było kapanie i dobrze odżywiane. Gdy atoli i przy późniejszym stosowaniu saletrzanu srebra wrzód rozszerzał się i przyszło do wypadnięcia tęczęwki, a zresztą stan ogólny wcale się nie zmieniał, przepisano obok miejscowego leczenia, także proszki kalomelowe. Dnia 27. stycznia rogówka cała była zniszczona, a tęczęwka bardzo zgrubiła, tworzyła błonę mocno gębczastą, o powierzchni słoninkowatej przy zupełnie zarośniętej źrenicy.

Słoninkowatość ta powstała ze zlania się kilku kilaków (gumma) na obnażonej tęczęwce. Ciekawym niewątpliwie i pod tym względem jest ten przypadek, o ile wykazuje, że przy kile wrodzonej wytwa-

rzają się kilaki tęczówkowe, jak to zresztą już przy innej sposobności stwierdziłem¹⁾.

Pod wpływem miejscowego leczenia, polegającego na obmywaniu borem, stosowaniu jodoformu i opasce i przy ściśle wykonanych wcierkach po 1—2 gr. szaruchy papulae na czole, papulae humidae przy kąciku ust zniknęły, dziecko wygląd przybrało zdrowszy, stało się żywsze, natomiast oko lewe coraz więcej traciło grubą, czerwoną warstwę, pokrywającą tęczówkę, w jej zaś miejscu wytworzyła się ściśła, płaska blizna (*phthisis anterior*).

W czerwcu tegoż roku zapisano w protokóle: dziecko bawi się, żywe, ma cerę zdrową; głowa nieco wielka, przednie górne sieczne zęby przedstawiają nierówne, jakby po wykruszeniu zębów szczątki. Prawe oko łzawi się, a z worka łzowego przy nacisku wydobywa się śluz. Lewa gałka zanikła do 1/3. Matka bez przerwy wykonywała wieierki, podając naprzemian proszki kalomelowe.

Dodam jeszcze, że dziecko ostatni raz widząc 15-go lutego 1892 r., stwierdziłem dobry ogólny stan. Ale u prawego oka wytworzyły się tylne zrosty wskutek przebytego późniejszego zapalenia tęczówki, a nadto powstało zwięźlenie prawego przewodu nosołzowego wskutek zapalenia syfilitycznego okostny przewodu tegoż.

W Nrze 18 *Dsch. med. Wochenschr.* z r. 1898 przytacza Dr. Peltesohn z Hamburga dwa przypadki, w których również otrzymał pomyślny wynik leczenia antisyfilitycznego, a w pracy swej daje wyraz zdziwieniu, że wzmianki o związku przyczynowym pomiędzy kilką i chorobą w mowie będącą, nie spotyka u autorów. O związku tym wyczytał tylko pobieżną wzmiankę w dziełku Alexandra: *Syphilis u. Auge* i w podręczniku Michla, który wyliczając choroby mózgowo, mogące keratomalację wywołać, przytacza Meningitis gummosa na podstawie kily przyrodzonej. — Przy dokładniejszym atoli przegłądaniu literatury, byłby się Peltesohn przekonał, że związku tego ani nie zaprzeczano, ani też przy omawianiu tej choroby ocznej pod względem etiologicznym nie pomijano. Na to niech posłuży choćby to, że i Horner²⁾ wprawdzie syfilis nie czyni wprost odpowiedzialną za powstawanie tej choroby ocznej, wa-

¹⁾ O kilakach tęczówkowych u noworodków. «Nowiny lek.» 1893, p. 545.

²⁾ l. c. p. 330.

żny jej atoli przypisuje współudział, kiedy z jednej strony przytacza właśnie przypadki tej choroby u dzieci wybitnie syfilitycznych, a z drugiej strony wyraźnie powiada: «Die Constitutionsanomalie hat nur die Bedeutung, die mangelnde Ernährung, den Marasmus zu begünstigen oder zu verschulden». Skoro więc stan charłactwa powoduje kiła, a to charłactwo przyczyną jest objawów ocznych, w takim razie oczywiście w pierwszym rzędzie znowu kiła i obwinioną etiologicznie i uwzględnioną terapeutycznie być winna. — Niemniej Fuchs¹⁾ kiłę ważną w tej sprawie przypisuje rolę, mówiąc: «Die Keratomalacie tritt in der Regel in Folge von schwächenden Einflüssen auf, welche die Kinder treffen und deren Ernährung beeinträchtigen. Dazu gehört unzureichende oder unzweckmäßige Ernährung, künstliches Aufziehen der Kinder, schwere Krankheiten wie Scharlach, Masern Typhus u. s. w. und besonders auch hereditäre Syphilis». Mojem zdaniem atoli samo złe odżywienie nigdy sprawy tak poważnej nie wywołuje. Niejednokrotnie miałem sposobność, zajmując się kiedyś chorobami dzieci, widywać niemowlęta, będące na łasce obcych kobiet, zawodowo trudniących się głodzeniem dzieci, a nigdy nie spotkałem się z keratomalacją, jeżeli nie przyczyniały się do niej jeszcze inne okoliczności, mianowicie właśnie kiła wrodzona.

W jakim stosunku kiła stoi do tego rodzaju zachorzenia oka, o tem trudno na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości coś szczegółowego zawyrokować. Postać tego rozpadu rogówkowego niczem się nie różni od rozpadu powstałego przy encephalitis interstitialis u dzieci, a przy cholery w ogóle. Obwiniano działanie porażenne (neuroparalityczne), zatory, to znowu wyłącznie wysychanie tkanki (xerosis) wskutek ubytku płynu ustrojowego przez towarzyszące często tej chorobie rozwolnienie, obok zupełnej odporności przeciw przyjmowaniu pokarmów i napoi. Wreszcie posądzano pierwiastki mykotyczne. Pewnych danych nie dostarczały nam dotychczas

¹⁾ Lehrbuch der Augenheilkunde. Wien 1898, p. 194.

rozbiory znanych przypadków. Najprawdopodobniej chodzi tutaj o rozpad tkanki rogówkowej marantyczny, spowodowany upośledzeniem odżywienia wskutek ogólnej choroby, a w danym razie pewnie najczęściej kily. Oczywiście rozpad występuje przede wszystkim w miejscu, gdzie rogówka pozostaje niepokrytą t. j. w środku i dołem, gdy przy wpół otwartych oczach gałka ku górze zbacza, a dalej w obrębie szpary otwartej wysycha także i nabłonek spojówkowy gałki w postaci trójkątów.

Zazwyczaj oba oczy równocześnie zapadają, ale niewątpliwie zachodzą i takie przypadki, gdzie tylko jedno oko zajęte zostało, a organizm miał czas wzmocnić się i zapadnięciu drugiego zapobiegła natura lub zastosowane leczenie, jak w przypadku pierwszym przezemnie przytoczonym.

Czy, już przez Hornera¹⁾ stwierdzone, drobnoustroje odgrywają jaką rolę etiologiczną, wątpić należy. Prawdopodobnie obecne w każdym oku doznawają w rozpadającej się rogówce korzystniejszego rozwoju, lubo z drugiej strony oczywiście do tem szybszego rozpadu rogówki przyczyniać się mogą. Ciekawy przypadek ogłasza pod tym względem Dr. Zirma²⁾, który miał sposobność spostrzeżać u dziecka 6-tygodniowego powstającą keratomalacyę na podstawie lues, stwierdzić oględzinami pośmiertnemi kiłę, a nadto i oko samo poddać dokładnemu badaniu, które doprowadza go do wniosku, że kiła usposabia narząd źle odżywiony, a zatem w przypadku w mowie będącym rogówkę zanikającą do rozpadu; na rogówce rozwijają się drobno-ustroje, przypadkowo w otoczeniu się znajdujące. W przypadku Zirma rozchodziło się o koki, których rodzaju nie umiał autor dokładnie oznaczyć. Koki te mnożyły się na rogówce i wywołały, znalazłszy w rogówce dobrą pożywkę, rozpad tejże i dalsze działanie odczynowe, objawiające

¹⁾ W roku 1877 na zjeździe towarz. oftalm. w Heidelbergu.

²⁾ Keratomykose—beginnende Keratomalacie—bei einem mit Lues haemorrhagica congenita behafteten Säugling. Wiener klin. Wochenschrift Nr. 34, 35, r. 1898.

się w wystąpieniu leukocytów, które otaczają części przez koki zajęte. Ale otaczają one także naczynia spojówkowe przyrogówkowe, dalej kanał Schlemma, znajdują się w ciałku rzęskowem a częściowo także w tęczówce. Wiązadło grzebieniaste (*lig. pectinatum*) zatkałe leukocytami, ale nie przyszło jeszcze do hypopyon. Z preparatów swych wnioskuje autor, że większa część leukocytów, występujących na tylnej części rogówki pochodzi z kanału Schlemma, z którego one wzdłuż błony Descemeta rozpościerają się.

Autorowi zdaje się, że działanie koków na rogówce raczej przez obfite wkroczenie, aniżeli przez mnożenie się tychże przychodzi do skutku, sądzi to zaś ze zmniejszającej się liczby koków od miejsca wkroczenia do głębi postępując tkanki rogówkowej. —

Według dotychczasowych naszych wiadomości nie ulega więc żadnej wątpliwości, że do powstania keratomalacji potrzeba znacznego upośledzenia odżywienia całego organizmu, potrzeba obniżenia sił żywotnych. To obniżenie spotykamy bardzo często w rozlicznych chorobach zakaźnych gorączkowych, a jednak keratomalacya tutaj względnie rzadko występuje. Jeżeli ona częściej właśnie w młodym wieku, ba w najpierwszej objawia się młodości, musi do tego może usposabiać budowa młodej rogówki, z drugiej strony atoli przeważnie właśnie inny czynnik, za który uważamy stanowczo jad kiły wrodzonej, a skłania nas do tego przypuszczenia i skuteczność leczenia przeciwkłowego niejednokrotnie nie tylko przez nas lecz także przez innych osiądana, i objawy towarzyszące keratomalacji u noworodków, a wreszcie nieraz zeznania obciążające rodziców.

2. Przetoki rogówko-twardówkowe po operacji zaćmy powstałe.

Podat

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Do niemiłych acz na szczęście nie zbyt częstych wydarzeń po operacji zaćmy zaliczać musimy przetoki pooperacyjne. Występują one w tych przypadkach, gdzie albo kawałeczek torebki utkwiał w ranie, a później, skoro przyszło do zrostu tęczówki z częścią wśródkomórkową tej torebki, mięsień tęczówkowy pociągając torebkę, uniemożliwia wrośnięcie jej w ranę, albo częściej może jeszcze przychodzi do przetoczki, gdy z jakiegokolwiek powodów ranca zlepiła po operacji ponownie otwiera się, n. p. wskutek niespokojnego zachowania się chorego, wskutek niewłaściwie założonej uciskowej opaski, wskutek wzmożonego ciśnienia wśródgałkowego przy kaszlu, śmiechu, wymiotach itd, a może i wtedy, gdy operator, wycinając tęczówkę, odetnie z nią kawałek rogówki.

Gdy małeńki tylko otworek pokrywa cieniutka błoneczka, zdarza się niejednokrotnie, że z rana po spokojnej nocy oko dobrze jest napięte, przednia komórka głęboka, a wzrok względnie dobry przez szkło wypukłe. Weześniej lub później atoli wśród czynności dziennych błoneczka owa w postaci pęcherzyka wypukłona pęka, ciecz wodna uchodzi powoli lub małym strumieniem wytryskuje. Wzrok natychmiast się obniża wskutek zmienionej łalliwości, a spostrzega to osobnik głównie wtenczas, gdy to dotyczy jedyne go widzącego oka. Skoro drugie oko lepszy ma wzrok, nieraz dopiero lekarz przy badaniach powtarzających się w rozmaitych porach dnia stwierdza zdarczenie. Gdy się to częściej powtarza, zamknięcie pęcherzykowate wcale się już nie odtwarza, ciecz powoli przesącza, a tylko przy wysiłkach większych, przy kaszlu itd. zupełnie wypływa, co znowu chory sam spostrzega. Oko takie staje się więc miękkim a mianowicie od T—1 aż do T—3. Przednia komórka

może być zupełnie pozbawioną cieczy, albo mniej więcej staje się płytką. Przez ciągłą tę zmianę podrażnia się ciało rzęskowe, a z niem i siatkówka wskutek przesuwania się ciała szklistego. Chory po każdym wypróżnieniu się przedniej komórki doznaje wrażeń entoptycznych, ma zwłaszcza objaw gwiazd spadających, lub zjawisko złotego piasku, iskier itd., z czasem przychodzi do przewlekłego zapalenia jagodówki, prowadzącego do bolesnego zaniku gałki.

Widzimy więc, że skutki nieraz bardzo małej nieprawidłowości w zagojeniu się pooperacyjnym, mogą być złowrogie, a oko «szczęśliwie operowane» nie tylko wzrok traci, ale nawet dla drugiego może stać się niebezpiecznym przez sympatyczne działanie. To też z jednej strony zadanie operatora dążyć powinno usilnie do tego, by przed operacją usunąć wszystko, coby taki niekorzystny obrót wywołać mogło, a przede wszystkim przez stosowne leczenie i dozorowanie pooperacyjne złemu zapobiedz i prawidłowy rychłozrost ranki spowodzić.

Niewątpliwie opaska niejednokrotnie przyczynia się wielce do tego błędnego koła — jednakże nie opaska jako taka, ale opaska niewłaściwie zastosowana. Jest ona *malum necessarium*, które ominąć można u ludzi powolnego temperamentu i umiejących panować nad sobą, ale nie z reguły. Dlatego przyznając, że w razach poszczególnych zagojenie bez opaski może prędzej i prawidłowiej się odbyć, nie śmiałybym tego postępowania uogólniać, a najmniej u naszego zdenerwowanego lub często nie dość rozsądnego społeczeństwa. Gdy więc opaskę koniecznie zakładać trzeba, i ze względów aseptyki i dla koniecznego ustalenia oka, zakładajmy ją tak, by ona operowanemu szkody nie przynosiła. Pokład gazy i waty na gałce winien więc ściśle uwzględnić stosunek gałki do oczodołu. Dziś, wiem to z doświadczenia, kładzie się często pęk waty w dowolnej ilości na oko, gdy za czasów Graefowskich pojedynczymi warstewkami skubanki, starannie pokrywano powieki, by wysłać próżnię między gałką a wystającymi brzegami oczodołowymi. Opaskę samą prowadzić trzeba lekko, bez wywierania

ucisku na gałkę, gdyż inaczej każdy ucisk musi oko drażnić i zwrotnie do ruchów powodować. Skoro atoli i przy opasce prawidłowo założonej operowany niespokojnie się zachowuje, często głowę na poduszce przerzucając, opaska może również przesuwając się i tem gałkę drażnić. W takich to razach znakomite oddaje nam usługi poleczone przez Wolffberga przytwierdzenie pokładu waty papierem cienutkim t. z. jedwabnym, przyklepionym gumą arabską do czoła, nosa i policzka. Chory może wtenczas pozwolić sobie ruchy odpowiednie wykonywać głową, bez drażnienia gałki pośrednio przez opaskę. W celach aseptyki poleca się w takich razach gumę rozpuścić w roztworze sublimatu 1:1000. Przy bardzo wrażliwych osobach ograniczam się nawet do samego papieru, pod którym gałka swobodnie ruchy wykonywać może, będąc pod dostateczną co do światła i pyłu, osłoną.

Uwzględnienie powyższych warunków operacyjnych, jako też dobrze założona opaska zapobiegnie zbyt późnemu lub nieprawidłowemu zrostowi ranki, zwłaszcza, gdy i chorego do wskazówek naszych może i chce się zastosować.

Skoro zaś już mamy do czynienia z wytwarzającą się przetoką, trzeba naprzód przez spokój chorego, wzgl. sprowadzony środkami lekowymi i przez dłuższą lecz stosownie zakładaną opaskę powtarzającemu się odpływowi cieczo zapobiedz, do czego nam nie mało środki ustalające źrenicę i ubezwładniające działanie ciała rząskowego pomocnymi być mogą, jakoto: atropina, skopolamina, dyboisina. Mimo wczesnego, celowego zapobiegania i mimo tych usiłowań może się atoli zdarzyć, że zamierzonego skutku nie osiągniemy. Wkroczyć nam zaś trzeba, by oko ocalić. Nie uchodzi to jednak za rzecz łatwą. Otóż w ostatnim czasie zdarzył mi się przypadek, w którym przez operację złemu zapobiegłem skutecznie i dlatego pozwolę sobie postępowanie moje w krótkich słowach opisać, mniemając, iż sposób ten w podobnych razach wart naśladowania.

P. M., lekarz powiatowy z T., 70 lat mający, zawsze dobrze widział, zwłaszcza w oddaleniu. Radzi się pierwszy raz w lipcu

1897 z powodu, iż grając na skrzypcach, zauważył obniżenie wzroku. Badania tegoż wykazują: *pr. o.* 6/26 Mp. 13 Sn. 1, 0. *l. o.* palce 8 mt. Mp. 13 czyta Sn.: 2, 25. W listopadzie tegoż roku *pr. o.* 6/36 Mp. 15 Sn. 1. 5. *l. o.* palce 1 mt. Mp. 13. Badanie wykazało twardą soczewkę ze zaćmionem jądrem w obu oczach i prażkowano zaćmioną korę przeważnie w lewym oku.

Dnia 15 listopada wykonałem po należytem przygotowaniu operację zaćmy na lewym oku. Przebieg operacji był prawidłowy. Płatowe cięcie z płatkim spojówkowym, wycięcie średnio wielkiego kawałka łączówki, wyciśnięcie dużej, grubej, twardej soczewki, lekki krwotok do przedniej komórki. Wypłukanie krwi. Opaska uciskowa na oba oczy. Przebieg gojenia był dobry, tylko p. k. pozostawała dłuższy czas miałąką, a to z powodu jużto niespokojnego, żywego zachowania się chorego, który się szybko podnosił z chwilą wejścia mego do pokoju, a przedewszystkiem wskutek silnego kaszlu przy *bronchitis catarrhalis*, jakiej chorey nabył w rozpalonych wagonach kolejowych.

Po tygodniu zapisałem, że przednia komórka zawsze jeszcze miałąką, źrenica czysta, szpara łączówkowa nieco nieregularna wskutek zlepiania się wewnętrznego końca zwieracza z torebką tylną. Napięcie nieco obniżone (T—1). Zresztą blizna operacyjna gładka, jedynie w samym może środku brzegi nie zupełnie przylegają. Stan ten niewiele co zmienia się także w następnych dniach, a wzrok badany dnia 26. listopada wynosi: 6/36 Hp. 9 zaś 6/18 komb.+4, O D. 40 t.; Sn. 1, 5 przez +18. Dnia 28. listopada chorey, ciągle kaszląc, opuszcza zakład mój, zaopatrzony w okulary.

Dnia 8. lutego 1898. r. p. M. znowu się przedstawia. Badanie wzroku wykazuje: *pr. o.* Sn. 2, 25 6/36 Mp. 12. *l. o.* 6/12 Hp. 11 komb.+2:25 10 t. Sn. 0, 8 przez +18. Soczewka *pro.* więcej skupiona w jądrze — a kora mocniej zmętniona przepuszcza jeszcze światło. *l. o.* wygląda dobrze, tylko lekka znaczy się pęcherzykowatość w samym środku blizny operacyjnej, ale to tylko przy badaniu lupą.

Następnego dnia przystąpiono do operacji zaćmy prawego

oka. Przebiegu, który był dobrym, nie będę opisywał, jako nie-należącego do rzeczy, wspomnę tylko, że tutaj wzrok badany po tygodniu wynosił 6/18 a w kilka miesięcy później nawet 6/12—9 przy Hp. 9 komb.—1.0 30° n.

Gdy mi się chory atoli w lipcu b. r. wskutek mego polecenia jeszcze raz przedstawił, zadziwiony byłem, że wzrok lewego oka obniżył się znacznie, p. M. bowiem zaledwo rozpoznawał tem okiem palce na odległość 10' najlepiej przez +8. To obniżenie wzroku lewego oka tłumaczyło się częściowo wytworzeniem się błony następowej w źrenicy, ale przedewszystkiem znacznem obniżeniem napięcia (T—2).

Przednia komórka miała bardzo, źrenica wąska, lekkie nastrzyknięcie naokolorogówkowe, gałka na dotyk bolesna. Wziernikiem nie można szczegółów dna oka rozpoznać. Chory podaje, że oko z wilża się często, najlepiej widzi niem rano, a po umyciu dawny powraca stan. Nieraz błysk i promieniotwanie. — Wspomniałem choremu o możliwości usunięcia tych objawów przez operację.

Dnia 18. września chory znowu się przedstawił celem ostatecznego zaradzenia złemu. Stan oka mimo przepisanych środków (atrop. ze skopolaminą) nietylko się nie zmienił, ale nawet pogorszył, a wzrok tak się obniżył, że chory mógł tylko palce na 4—5' rozpoznawać. Przypuszczając małą jaką przetoczkę, badałem ściśle przez lupę bliźną lekko spłaszczoną, a wtenczas na samym środku małejki dostrzegłem pęcherzyk wielkości ziarnka drobnego piasku.

Przez kilka dni nalepnych zakładałem choremu opaskę uciskową i przekonywałem się, że rano napięcie nieco wzma-gało się, nie dochodziło atoli nigdy do prawidłowości. Z T—2 podnosiło się do T—1, w ciągu zaś dnia, a nawet wkrótce po wstaniu chorego stan dawniejszy powracał.

Postanowiłem więc po kilku dniach następnym niezwłocznie przejść do operacji, która jedynie mogła sytuację ocalić. Rękoczyn wykonałem w następujący sposób: Po należytem znieczuleniu oka, odłączyłem spojówkę ponad bliźną operacyjną bezpośrednio na około 1/6 obwodu rogówkowego. Następnie wpro-

wadziłem nożyk Knapowski przez maleńki przesączający pęcherzyk celem wykonania przecięcia torebki zgrubiałej, a krańce odłączonej spojówki tak szwem jedwabnym poziomo założonym, ująłem nad samą rogówką, by spojówkowy zmarszczek przetoczkę pokrywał. Zasypałem xeroform, zapuściłem atropinę i założyłem opaskę obuoczną. Przez trzy dni zmieniałem ją tylko celem zapuszczenia atropiny, nie badając wcale oka, atoli po 3 dniach mogłem się przekonać, że przednia komórka zagłębiła się; a postać gałki poprzednio górą nieco przyplaszczona wyrównała się, źrenica rozszerzyła się, spojówka pokrywała dobrze ranę. Oko nie tylko samoistnie już nie bolało, ale i na ucisk było niewrażliwe. Gdy i dalszy przebieg był dobrym, wyjąłem nitkę po 5 dniach. Napięcie gałki zaraz po operacyi przedstawiało się prawidłowem i pozostało niem aż do dnia, w którym chory opuścił zakład t. j. w 7 dni po operacyi, wzrok zaś podniósł się do 6/24 Hp. 13 Sn. 1, O przez +18. Wszelkie objawy podmiotowe zupełnie ustąpiły.

Wobec wyniku tej operacyi po tygodniu osiągniętym można się było spodziewać, że on trwałym będzie, a wzrok jeszcze dalej się podniesie. Do tej nadziei tem więcej jesteśmy uprawnieni, gdy badanie wziernikiem nie wykazało żadnych zmian wybitniejszych, tłómaczących obniżenie poprzednie wzroku.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Ropień powieki górnej jako przyczyna ropo-posocznicy.

(Obserwacya zakomunikowana na posiedzeniu Tow. lek. lubelskiego dnia 17 listopada 1898 r.).

Zwykle t. z. jęczmienie powiek, a nawet flegmona oczodołu i panophthalmitis kończą się wyzdrowieniem; flegmona często jednak bywa przyczyną zaniku n. wzrokowego, panophthalmi-

tis pociąga za sobą zanik gałki ocznej. Zdarzają się jednak wypadki, że niewinne napozór ropnie powiek, jak również tkanki oczodołowej, a także ropne zapalenia błon wśródgałkowych wywołują poważne objawy ogólne, a to wskutek zapalenia błon mózgowych, wywołanych zwykle ropnem zapaleniem żył oczodołowych, zatkaniem ich i przeniesieniem tej sprawy na jamy czaszkowe, zwykle sinus cavernosus, a stąd na błony mózgowie. Warunki, jakie sprzyjają temu, osobliwie przy zastosowaniu środków antyseptycznych, niedostatecznie nam są znane; więcej niebezpiecznemi są ropnie uformowane po za fascia tarsoorbitalis. W każdym razie takie wypadki w prywatnej praktyce są bardzo przykre, lekarz powinien być ostrożnym w rokowaniu zejścia napozór niewinnych nawet ropni (osobliwie, skoro pacjent gorączkuje), mających styczność z oczodołem, aby nie mieć sobie nic do wyrzucenia w razie śmierci pacjenta i zapobiedz często powtarzanym w podobnych razach gawędom: »doktor nie poznał się na chorobie«.

Jeszcze do tego dodam jedną praktyczną radę: nie spieszyć się z otworzeniem ropnia, aż się pokaże wyraźne chęłbotanie, gdy bowiem po użyciu noża ropa się nie wydzieli, a objawią się wkrótce groźne symptoma zapalenia żył oczodołowych, a następnie błon mózgowych, najbliżsi zwykle obwiniają o to rękoczyn lekarza. Pamiętać też należy, że tu ukłucie wązkim nożykiem, jak to się robi przy dobroczynnych cięciach przy rozpoczynającej się phlegmone w innych częściach ciała, wątpliwie prowadzą do pożądanego celu, a to wskutek niesprzyjających anatomicznych warunków oczodołu (Berlin¹⁾.

Do tej kategorii wypadków zaliczam świeżo spostrzegany w oddziale ocznym szpitala św. Józefa, otwartym dzięki mojej inicjatywie w połowie października r. b.

Do mieszkania mego przyprowadzono z domu zarobkowego 14-letniego bardzo wycieńczonego Wiktora Buhalskiego, który zachorował przed paru dniami bez żadnej przy-

¹⁾ Berlin, Entzündliche Erkrankungen d. Orbitalgebilde (Handb. d. Gesamm. Augenheilkunde XI, str. 548).

czynny. Przysłał go kol. Kuszelewski. Odwróciwszy obrzękniętą górną powiekę, znalazłem pośrodku takowej, przy górnym brzegu chrząstki otwarty ropień, wielkości migdała, który niewiele rozszerzyłem lancą, przyczem się wydzieliło parę kropel dobrej ropy. Zasypałem xeroformem i zaleciłem kataplazmy z lnianego siemienia, zwilżane 5% roztworem kwasu borowego. Na drugi jednak dzień przyprowadzono znowu chłopaka, który zdradzał stan gorączkowy, obrzęk powieki zamiast się zmniejszyć powiększył się, górna powieka stwardniała i stała się bolesną — chorego odesłałem do szpitala św. Józefa, gdzie zaleciłem nieustannie antyseptyczne kataplazmy na oko i przysypkę xeroformem. Przyjęto go tegoż samego dnia, 5. listopada.

6 listopada. Silny jak przy różny obrzęk prawych powiek, chemosis, wysadzenie gałki i znaczny upadek wzroku (zaledwo liczy palce); całe czoło, osobliwie strony prawej i prawa pozauszna okolica spuchnięte i przy dotyku bolesne. Całą noc majączył i wymiotował, w dzień zupełna przytomność. Skarży się na silny ból głowy i szyi. T° 38, tętno 110. Rozpoznano: phlebitis orbitae et thrombus sinus cavernosi dxt. Do wewnątrz chinina po 4 gr., 3 razy dziennie, ciepłe kataplazmy zwilżane 5% roztworem kwasu borowego, pędzlowanie czoła jodyną.

7 listopada. Zupełna przytomność, choć w nocy chorey majączył, wymiotów nie było; lecz za to chorey uskarża się na silne bóle w głowie, szyi, plecach, we wszystkich mięśniach i większych stawach tak, że krzyczy przy poruszeniu go i nawet przy dotykaniu. Na piersiach, osobliwie z przodu, i na plecach gęsto rozsiane, ropą przepelnione pęcherzyki, wielkości ziarenka prosa nawet małego grochu. Czerwoność, obrzęk i twardość prawych powiek powiększyła się; bolesne przy dotyku, jak również obrzmiałe czoło i prawa strona szyi, przeważnie regio mastoidea; tętno 110, t° 38,9. Ponieważ stwierdzono, że obrzękły i lewe powieki, przeto wobec powyższych objawów rozpoznano, że utworzył się i thrombus sinus cavernosi sin. wraz z objawami septycznego zakażenia krwi i pochodzącym się zapaleniem błon mózgowych.

W nocy począł chorey uskarżać się na silny ból w oko-

licy wątroby, przyczem skóra przybrała kolor żółtawy; przypuszczałem, że jest to wynikiem następowego infarktu wątrobianego, wskutek zatoru (thrombus) żylnego, czego nie mogliśmy stwierdzić anatomicznie, ponieważ jama brzuszna nie była przy sekcji otwierana.

8 listopada. Tętno drobne i prędkie (132), t° 39. Chory odpowiada na pytania, ale się zapomina i ciągle rozmawia z sobą. Wyniszczony, z silnem żółtem zabarwieniem skóry. Wysypka w górnej części tułowia przysycha, przybierając barwę ciemno-czerwoną, z odcieniem sinawym, pokazały się nowe ropne pęcherzyki na brzuchu i w górnej części ud. Obie gałki wysadzone i nieruchome. Obustronne nabrzmienie spojówki i twardy, bolesny różyczkowy obrzęk wszystkich czterech powiek, uniemożliwiający zbadanie chorego wziernikiem; nie było wątpliwości, że utworzył się thrombus i lewej oczodołowej żyły, co też rozpoznano przy łóżku chorego. Kataplazmy odrzuca, więc zaprzestano je przykładać.

9 listopada zrana chory zmarł w stanie nieprzytomnym.

Na prośbę matki otworzyliśmy tylko czaszkę i zbadaliśmy jamy oczodołów, przez usunięcie górnej ich ściany od strony jamy czaszkowej. Przy sekcji obecni byli koledzy: J a c z e w s k i, R a d o m y s k i i S e i d e n m a n n, którzy oglądali chorego za życia, a z którymiśmy stwierdzili na stole sekcyjnym rozpoznanie zmian anatomicznych, zrobione przy łóżku chorego.

Okazało się, że powiekowy ropień wywołał pblegmone orbitae dxt. i phlebitis górnej jej żyły, cała jama nacieczona była ropą, która głównie wytworzyła się w wierzchołku piramidy, przy foramen opticum. W obu sinus cavernosi znajdowała się czekoladowego koloru ropa. Lewa oczodołowa żyła zatkana była dość grubym skrzepem (thrombus), sztywnie sterzącym do wnętrza czaszki, po rozcięciu lewego sinus cavernosus. W lewym oczodole wykryto tylko następczy surowicy obrzęk tkanki oczodołowej, bez śladu ropnego nacieczenia. Błony mózgowe silnie przekrwione, żyły ich rozszerzone, na basis cerebri jednak nie znaleziono oznak ich zapalenia, gdy przeciwnie na wypukłej części półkul, osobliwie prawej, pod-

pajęcza przestrzeń silnie była obrzęknięta i sama błona przedstawiała się na całej przestrzeni zamętniałą i wzdłuż sinus longitudinalis z wyraźnym odcieniem żółtym (meningitis suppurativa).

Wypadek ten następuje następujące praktyczne uwagi:

a) Niewielki stosunkowo ropień w sąsiedztwie lub tuż za powięzią powiekową może wywołać nie tylko ropienie tkanki oczodołowej (phlegmone orbitae), lecz phlebitis v. ophthalmicae superioris, thrombus sinus cavernosi, meningitis i septyczne zakażenie krwi.

b) Objawy phlegmone orbitae połączone z bolesnym ciastowatym obrzękiem czoła i okolicy mastoidalnej tejże strony, wskazują przy mózgowych objawach na zatkanie sinus cavernosi tejże strony (Griesinger i inni). Skoro jednak zostanie potem zatkany (thrombus) i sinus cavernosus strony przeciwnej, a następnie i vena orbitalis superior zdrowego dołąd oczodołu, to mamy do czynienia z następnym obrzmieniem (infiltratio) jego tkanki łącznej, obrzękiem powiek i chemosis, przy nieruchomości gałki ocznej. Do rozwoju phlegmone suppur. następczo cierpiącego lewego oczodołu, w danym wypadku jeszcze nie doszło. Rozpoznanie moje przy łóżku chorego, wobec kolegów, oparłem na słowach prof. Berlin'a, który powiada: »Entwickelt sich ein *beiderseitiger Exophthalmus* mit entzündlichem Oedem des Conjunctiva und der Lider, Seh- und Bewegungsstörungen der Bulbus nach schweren Gehirnerscheinungen aus einer vorausgegangenen *einseitigen* entzündlichen Orbitalaffection, so darf man wohl mit Sicherheit auf eine Sinusthrombose schliessen«. Berlin, l. c. p. 540.

c) Z ogólnych objawów tej ciężkiej choroby zauważyć trzeba:

1. Silne bóle w większych stawach, a także w mięśniach szyi, tułowia i kończyn, osobliwie objawiające się przy najmniejszym poruszeniu chorego, a nawet przy dotykaniu palcami.

2. Gęsto rozsiane po skórze pęcherzyki ropne (pustulae miliariae¹⁾) naprzód na piersiach, a potem na brzuchu i gór-

¹⁾ Przepuszczenie moje znajduje potwierdzenie w pracy profesora Neumanna, z którą się poznałem po napisaniu mego spostrzeżenia;

nych częściach ud, a które — zdaniem naszym — miały li tylko przerzutowe, emboliczne pochodzenie, prawdopodobnie z rozpadłych zakrzepów sin. cavernosi, w chwili powstania ogólnego zakażenia krwi. Prawdopodobnie znajdowały się w nich streptococcus pyog. i staphylococcus pyogenes, lecz kultury ich — niestety — nie mieliśmy możności sprawdzić.

3. Wreszcie jeszcze jedna uwaga. U naszego pacyenta na 2 dni przed śmiercią przy palpacji zdawało się nam, iż mamy wskazanie do onkotomii prawego oczodołu, zdawało się, że dość niegłęboko było przeciąć górną powiekę, aby oswobodzić zebrany w oczodole ropień. Bacząc jednak na ogólny bez nadziejny stan chorego, i pominąc na radę w tym stanie prof. Berlina (l. c. str. 548), dobrzem zrobił, że nie wziąłem do ręki noża: autopsja przekonała bowiem, że zagłębienie noża wywołałoby w danym razie tylko krwotok, bez wypróżnienia ropy, a to z powodu ropnego nacieczenia tkanki oczodołowej, bez wytworzenia się swobodnego, mogącego się wydzielić ropnia.

Kończąc pobieżny opis naszego wypadku, nie mogę nie wspomnieć, iż widzę w nim wielkie podobieństwo do spostrzeżenia prof. Förstera ¹⁾: u 14 l. chłopca po dalekim spacerze potworzyły się liczne ropnie, pochodzące z gruczołów Meibom'a, w prawej górnej powiece; u przychodzącego gorączkującego chorego, po użyciu kataplazmów, otwarte zostały ropnie od strony łącznicy; tego samego wieczora silny ból głowy, protrusio oc. dxt., a w następny dzień protrusio oc. sin., chemosis, konwulsye, nieprzytomność i śmierć na drugi dzień

powiada on: »Bei der grossen Gruppe der pyämischen u. septischen Erkrankungen findet man neben einfachen Scarlatinenformen u. erysipeloiden Erythemen auch pustulöse Efflorescenzen«. W tych wykwitach skórnych zwykle znajdują się staphylococcus et streptococcus pod postacią bakteryjnych zatorów (p. jego artykuł »Ueber die Beziehungen d. Hautkrankh. zum Gesamtorganismus und über toxische Exantheme w Arch. f. Dermat. u. Syphil. 1896. Nr. 36, str. 365 i 368«).

¹⁾ Förster, Allgemein Leiden u. Veränderungen d. Sehorgans. Graefe - Saemisch (Handb. der gesammten Augenheilkunde. XIII, str. 182).

wieczorem po onkotomii. Chociaż oględzin pośmiertnych nie zrobiono, autor — opierając się na spostrzeżeniach Colu'a, Knapp'a, Heubner'a i in. — twierdzi, że był tu bezwąt-
pienia zakrzep sinus cavernosi. Nasze badanie zwłok popiera
przypuszczenie Förstera. Sądzę przeto, że wypadek nasz
będzie miał pewną wartość w kazuistyce oftalmicznej.

Dr. Józef Talko.

III. STRESZCZENIA.

*Porównawcze oznaczenie refrakcyi oka za pomocą
skiaskopii, przed i po atropinowaniu.* Dr. Chorczew. (Wo-
jemo-medycyński Zarząd. Grudniowa książka, 1898).

W literaturze rosyjskiej nie ma już artykułów poświęcono
skiaskopii (Połakow, Koczorowski, Simmanski, Szyman-
nowski, Legal, Katz i in.). Autor, lekarz w Bobrujsku, badał
tym sposobem oczy u 288 rekrutów, przed i po atropinowaniu
w ciągu 3—4 dni. Badano na odległość 50 ctm., którą wymierzano
za pomocą sznurka długości 50 ctm. Używano wziernika skiasko-
powego płaskiego 40 mm. w średnicy z otworkiem 3 mm. Korzystano
z wziernika Donnberga. Wymiary swoje dr. Ch. przedstawił
w tablicach, które tak dadzą się streścić:

1) Zupełnie jednakie wyniki w oznaczeniu refrakcyi przed i po
atropinowaniu wypadły w mniejszej ilości wypadków (30%), w wię-
kszej zaś (70%) otrzymywano tę lub ową różnicę. Najczęściej jed-
nakie rezultaty okazywały się przy myopicznej refrakcyi (39%),
potem przy emmetropicznej (33%), najrzadziej przy nadmiarowej
(5,6%).

2) Znajdywano zwykle wyższą myopię i niższą hypermetropię
w nieatropinowanym oku, w stosunku do takowych po atropinowaniu.

3) Różnica w większej ilości wypadków (77%) nie przewyższa
1,0D, w mniejszej waha się między 1,0 do 2,0D. Wyższą od 1,0D.
refrakcyą bywa częściej przy hypermetropii (34%), potem przy
emmetropii, najrzadziej przy myopii (8%).

4) Porównawcze oznaczenia As. przed i po atropinowaniu bar-
dzo często (85%) nie jednoczą się. Średnia różnica w stopniu As,
choć nieznaczna (0,9D), lecz w oddzielnych południkach dochodzi
do 3,5D, przeto

5) atropinowanie przy oznaczeniu As staje się koniecznem. Astygmatyków badano 66, krótkowidzów 100, nadwzrocznych 53 i emmetropów 69.

Mówiąc o M., autor potrąca kwestyę etiologii takowej u ludu prostego, wśród którego często dają się spostrzegać wysokie stopnie M. z wielkimi sklerektazyami. Podobne wypadki dają prawo przypuszczać, że wytwarzaniu się M. nie tylko sprzyja nastawianie oczu na bliskie przedmioty i konwergencya, lecz że takowa zależna jest i od dziedzicznego usposobienia, a może być i od »akomodacyi na odległość«, co stwierdzili Gałęzowski, König, Ruiz, Wadziński i in. W 100 myopicznych oczach wykryto 62 razy *Staph. posticum*.
Dr. J. T.

O zastosowaniu komórek wodnych w przypadkach niezborności i rogówki stożkowatej. Dr. Kazimierz Wincenty Majewski. (Wi cherki ewicz. Wiadomości z kliniki okulist. Uniw. Jagiell. Rocznik I).

W przypadkach, gdzie ani szkła sferyczne, ani walcowate, ani hyperboliczne nie są w stanie wyrównać działania nieprawidłowej krzywizny rogówki, można wyłączyć szkodliwy jej wpływ optyczny przez założenie ortoskopu Czernaka, t. j. komórki, brzegiem ściśle do obwodu oczodołu przylegającej, a wypełnionej wodą, lub, lepiej, fizyologicznym roztworem soli, w którym badany otwiera oko. Komórka ta zamknięta jest z przodu nie płaską szybką, jak w klasycznym ortoskopie, ale płasko-wypukłą soczewką, tak dobraną, żeby mogła działaniem swem zastąpić rogówkę. Rogówka bowiem, zawarta między cieczą wodną przedniej komory, a cieczą, wypełniającą komórkę, mając niemal ten sam współczynnik załamania, co oba te płyny, przestaje oddziaływać szkodliwie na prawidłowy przebieg promieni, które teraz regularnie załamuje owa płasko-wypukła soczewka. Tak zmodyfikowany ortoskop nazwał dr. Lohnstein hydrodiaskopem i wypróbował go ze świetnym skutkiem na sobie, będąc dotkniętym obustronnie stożkowatym zniekształceniem rogówki. Doświadczenia z tym przyrządem, przeprowadzone na licznych chorych w klinice prof. Wi cherki ewicza, wykazały:

1) że oko doskonale znosi dłuższy czas (kilka godzin z rzędu) trwające zetknięcie z wyjątkowym, lekko ogrzanym, fizyol. roztworem soli;

2) że za pomocą wyżej opisanego przyrządu można uzyskać nieraz znakomitą poprawę wzroku (n. p. z $\frac{2}{60}$ na $\frac{6}{8}$, lub $\frac{6}{60}$ na $\frac{6}{1}$) w przypadkach, gdzie wszelkie inne dotychczas używane środki korekcyjne zupełnie zawiodły;

3) że, jeżeli hydrodiaskop potrzebuje może jeszcze ulepszeń,

żeby go chorzy stale nosić mogli, to natomiast już w obecnej swej formie może lekarzowi oddać usługi, jeśli chodzi o to, żeby ściśle wykazać, o ile w danym razie niedowidzenie zależy od niezborności rogówki, a jaki jego procent musi być wzięty na karb istniejących równocześnie zaćmień w środkach łamiących.

Streszczenie własne.

Kilka wypadków wykrycia ciał obcych stałowych lub żelaznych w oku za pomocą sideroskopu Asmusa z następowem wydobyciem tychże elektromagnesem Hirschberga. Dr. Adam Bednarski. (Więcherkiewicz. Wiadomości z kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell. Rocznik I).

Za motto swej pracy obiera autor myśl, wypowiedzianą przez Gallemarta, że wprowadzenie sideroskopu do praktycznej okulistyki zamienia niepewne rozumowania i przypuszczenia dyagnostyczne na ściśłą, przedmiotową obserwację fizycznego zjawiska. Po krótkim wstępie historycznym podaje dr. B. dokładny opis sideroskopu Asmusa i sposób jego użycia, poczem przytacza szereg przypadków, w których badanie sideroskopem pozwoliło nie tylko wykryć obecność żelaza w oku, ale także oznaczyć dokładnie miejsce, w którym utkwiał odprysk. Dzięki takiemu ściśłemu zlokalizowaniu położenia ciała obcego udało się w trzech przypadkach, to jest u wszystkich chorych, którzy się poddali operacyi, wydobyć żelazo za pomocą elektromagnesu Hirschberga. Na zakończenie poleca autor przyrząd Asmusa do szerszego użytku ze względu na to, że pozwala on stwierdzić na pewne obecność żelaza w oku lekarzowi, nie mającemu wprawy we wzernikowaniu i wogóle nie posiadającemu doświadczenia okulistycznego, a zresztą przydać się może i chirurgowi do wykrycia ciał obcych, żelaznych lub stałowych, w innych częściach ciała.

Dr. K. W. Majewski.

Beitrag zur Casuistik des einseitigen Nystagmus. Dr. Otto Neustätter z Monachium. (Archiv. für Augenheilkunde. October 1898).

Nystagmus jednostronny należy do wielkich rzadkości. Dr. Neustätter zdołał zebrać w literaturze zaledwie 25 opisanych przypadków. Z liczby tej w 3 przypadkach oko drgające wykonywało ruchy poziome, we wszystkich zaś innych pionowe. Przy drżeniu gałek obustronnem stosunek jest odwrotny: wahanía poziome zdarzają się nieporównanie częściej, niż pionowe. Dr. Neustätter miał sposobność spostrzegać w klinice Samelsohna w Kolonii w krótkim czasie po sobie 4 przypadki jednostronnego drżenia, przedstawiające wszystkie cztery, możliwe typy wahań. W pierwszym przypadku u 7 le-

tniego chłopca oko prawe okazywało poziomo, drgające ruchy (200 wahań na minutę), podczas gdy lewe pozostawało w zupełnym spokoju. Stan ten, wedle wywiadów, miał być wrodzony. V pro: $\frac{6}{30}$ c — 8 D Vlo: *dtto. Strabismus divergens periodicus oc. dextrae*. — Zez został operacyjnie usunięty, ale dopiero po upływie roku, gdy bystrość wzroku prawego oka nieco się poprawiła, stwierdzono zmniejszenie się drżenia. — Drugi przypadek odnosił się do 24 letniego mężczyzny, którego oko prawe, zezujące rozbieżnie z powodu tenotonii *recti interni* wykonanej dla zezu zbieżnego przed 12 laty, okazywało żywe i szybkie ruchy drgające w kierunku pionowym. Po operacyjnem usunięciu zezu — nystagmus ustąpił zupełnie. W trzecim przypadku, u dziewczynki, liczącej $1\frac{1}{2}$ roku, oko prawe okazywało od urodzenia silne i wydaltne ruchy wirujące przy zupełnym spokoju oka lewego. Wreszcie ostatni przypadek: u 10 letniego chłopca oko prawe, okazujące *leucoma adhaerens et coloboma iridis artificiale*, wykonywało wahańia w kierunku skośnym od góry zewnątrz ku dołowi wewnątrz. Rozbierając powyższe przypadki, dochodzi autor do wniosku, że dla jednostronnego nystagmus podobnie jak dla obuocznego trzeba szukać przyczyny w ośrodkach nerwowych, a nie, jak tego chcą niektórzy badacze, w mięśniach lub nerwach obwodowych. *Dr. K. W. Majewski.*

Congenital ptosis with anormal associated movement of the affected lid, by Victor Miller. (British. med. Journ. 1898, str. 1259).

U 9 letniej dziewczynki, mającej przyrodzone opadnięcie powieki lewej, podnosi się powieka nagle przy otwieraniu ust, a zatem przy działaniu mięśnia dwubrzusznego (*digastr.*) powstaje niezwykły kurecz mięśnia unoszącego powiekę. To samo następuje przy poruszeniu bocznem szczęki dolnej, przyczem do współruchu daje powód kurecz m. skrzydlastego (*pterygoideus*). W przypadku opisanym mięsień górny prosty porażony, żrenica lewa większa od prawej, dno oka zresztą prawidłowe przy wysokiej *lpm*.

Komisya, powołana przez tow. oftalmologiczne dla zbadania podobnego przypadku, orzekła, że m. unoszący górną powiekę, może być unerwiony przez jądro trzeciej pary, albo też jądro to za pośrednictwem trójdzielnego dopiero pobudzonem bywa. *W.*

Ophthalmoplegia externa completa mit Paralyse des Augenfacialis. Dr. von Fragstein und Dr. Kempner in Wiesbaden. (Deutsche med. Wochenschrift. 1898. 335).

U 47 letniego, u którego nie można było stwierdzić ani kiły, ani nadużywania wyskoku lub tytoniu, niemniej stwierdzić po-

przedzającej dyfteryi, zatrucia ołowiowego lub urazu, spostrzegali autorzy rzekomo od 15 roku życia trwające porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych obu ocz, a także górnej gałęzi prawego twarzowego nerwu. Zresztą system nerwowy był zupełnie prawidłowy. Autorzy przyjmują porażenie jądrowe spowodowane przez pierwotne zwyrodnienie jądra albo też sklerozę, lub sprawę tuberkuliczną¹⁾. Przypadek ten popierałby zapatrywanie Mendla o początku mózgowym nerwu twarzowego, wobec którego to zapatrywania jednakże dziwnem zdawać się musi tak rzadko występujące porażenie twarzowego przy jądrowym zewnętrznem porażeniu oka. *W.*

Un cas d'ophtalmoplegie externe d'origine nucleaire chez une fillette de vingt-deux mois à la suite de varicelle.
A. B. Marfan. (Arch. de Médecine des Enfants 1898. Mars, t. I.)

Dwudziestomiesięczne dziecko, dotknięte obustronnie porażeniem wszystkich zewnętrznych mięśni gałki z wyjątkiem mięśnia odwodzącego. Powód: przebyta przed 8 miesiącami ospa wietrzna, do której przyłączył się ropień skórny za uchem. Przed przecięciem ropnia raz jedyny wystąpiły u dziecka kurcze, potem zaś zauważyła matka opadnięcie powiek i nieruchomość gałek. Autor przyjmuje rdzeniowe zachorzenie jądrowe w postaci *polioccephalitis superior* w następstwie ospy wietrznej. *W.*

Schstörungen durch Bleivergiftungen. Elschnig. (Wiener med. Wochenschrift. 1898. 27, 28, 29.)

Prawie w 1⁰/₉ zatruc ołowiem występują zaburzenia wzrokowe i to jako najpierwszy objaw. Każda część dróg wzrokowych może być tutaj zajęta. Najczęściej występuje jednakże zapalenie nerwu wzrokowego, już to jako *neuritis*, już to jako *neurorretinitis* lub jako tarcz zastoinowa. E. przytacza przypadek takiego zatrucia, w którym wszelkie typowe wystąpiły objawy mózgowej narosłi, jako to: ból głowy, wymioty, zawrót, napady nieprzytomności lub zapomnienia, zaburzenia mowy. Czynnościowe zaburzenia polegały na hemianopsyi bilateralnej, tak że cierpienie trzebaby umiejscowić w środkowej części skrzyżowania nerwów. Rokowanie według E. jest niepomyślnem, zwłaszcza jeżeli wczesnie przyłącza się do tarczy zastoinowej zбочzenie czynnościowe. Najczęściej zachodzi dalej *neuritis retrobulbaris*, tak że można nieraz rozpoznąć niedowidzenie wyskokowe, tylko że obok środkowego skotoma jest także i obwodowe ograniczenie pola. Rokowanie i tu jest tylko w świeżych, lekkich przypadkach korzystne. Najczęściej zaś występuje

¹⁾ Od 32 lat? *W.*

otrucie ołowne w postaci znanej ślepoty przejściowej. Podobna do „*amaurosis uraemica*“ powstaje w czasie kolki ołownej. Ponieważ przy tej ślepotcie źrenice refleksyjnie oddziaływują, przeto siedliska choroby trzebaby szukać w półkulach. Natomiast E. miał sposobność widzieć przypadek takiej ślepoty przejściowej z siedliskiem obwodowym, t. zn., że źrenice nie oddziaływały, a wziernik wykazywał zupełną ischaemię naczyń wskutek kurezu, z którego nastąpieniem i wzrok powrócił. Autor sądzi, że przy środkowych zaniewidzeniach rozchodzi się właśnie o kurez naczyń, co by się zgadzało z ujemnym wynikiem badań anatomicznych mózgu przy *encephalopathia saturnina*, przez Westphala osiągnięch.

Oprócz zaburzeń wzrokowych wspomina autor także i o zaburzeniach mięśniowych, lubo tytuł pracy tego nie zapowiada. Są one oczywiście o wiele radsze, a pomiędzy nimi widzujemy porażenie odwodzące, okoruchowe bez i z współudziałem gałązek wśródgałkowych, także odosobnione porażenia źrenicy lub akomodacyi. Najprawdopodobniej mają one znaczenie porażenia obwodowych.

Pod względem terapeutycznym wskazuje autor na możliwą skuteczność poleconego przez Segelekena nakłucia lędźwiowego (*Lumbalpunktion*), o ile zaburzenia wzrokowe polegają na nabiegu wodnistym mózgu (*Gehirnocdem*). HW.

Über Ulcus rodens corneae. Prof. H. Schmidt-Rimpler. (Arch. f. Augenheilk. von Knapp u. Schweigger XXXVIII. t. 1898).

Ze względu na niezgodność zapatrywań różnych okulistów na naturę tej względnie rzadkiej postaci wrzodu rogówkowego, po raz pierwszy dokładnie opisanego przez Moorena w r. 1867, — zabiera prof. Schmidt-Rimpler głos, aby przyczynić się do ustalenia pojęcia tej jednostki chorobowej, którą jedni autorowie okulistycznych podręczników, jak Michel, Wecker i Landolt uważają za jedno z *ulcus serpens*, a inni, jak Panas, pomijają zupełnie milczeniem. Do bliższego określenia cech różniczkowych tego cierpienia pomogła autorowi ta okoliczność, że w przypadku, na którym wywód swój opiera, miał możność wykonania sekeyi oka i badania drobnowidowego, którego rzekomo w żadnym z dotychczas ogłoszonych przypadków jeszcze nie przeprowadzono.

Chory zgłosił się do kliniki z niezbyt głębokim wrzodem, ale zajmującym znaczną część obwodu rogówki t. o., okazującego silne nadržanie i podrażnienie zapalne. Wrzód był już od strony rąbka spojówkowego częściowo zablizniony, brzeg zaś zwrócony ku środkowi rogówki okazywał szarawe nacieczenie i wyraźne podminowanie. Na błonie Descemet'a widoczne drobne złogi wycięty włóknikowej,

na dnie komórki małe hypopyon, wreszcie objawy zapalenia tęczęwki i tylne przyczepiny. Napięcie oka prawidłowe. Chory liczył palce na odległość 25 cm. Mimo energicznego stósowania rozlicznych środków leczniczych, cierpienie wlokło się miesiącami; od czasu do czasu wrzód wśród silnych bólów posuwał się dalej ku środkowi rogówki, podczas gdy obwodowe jego części goiły się grubą, silnie unaczynioną blizną. Po ośmiu miesiącach bystrość wzroku obniżyła się do słabego poczucia światła. Chory, trapiiony bólami, zaczął się domagać wyjęcia gałki, mimo że mu jeszcze usilnie zalecano cierpliwość. Wreszcie spełniono jego życzenie, co go od dalszych cierpień uwolniło. — Nadmienić należy, że kilkakrotnie podjęte badanie bakteriologiczne cząstek nacieku zdjętych z dna i brzegów wrzodu nie dało żadnych dodatkich wyników, bo znalezione i królikom zaszezczone gronkowce nie zdradziły żadnych swoistych własności.

Sekeya wyjętego oka i badanie drobnowidowe dostarczyły następujących danych: W miejscach już zabliznionych warstwa przybłonkowa okazywała bardzo znaczne zgrubienie, pod nią zaś kryła się tkanka łączna, silnie unaczyniona. Błona Descemet'a była wszędzie zupełnie dobrze utrzymana z wyjątkiem miejsc, w których wykonano kilkakrotnie nakłucie rogówki celem wypuszczenia hypopyon. W obrębie owrzodzenia, które drążyło w głąb najwyżej na połowę grubości rogówki, pozostałe warstwy rogówki zajęte były drobno komórkowym nakiem. Dośrodkowy brzeg wrzodu, który już makroskopowo cechował się wyraźnem podminowaniem, okazywał na przekroju rodzaj daleko nad owrzodziłą powierzchnię wysuniętego okapu, złożonego z przybłonki i błony Bowman'a. Pod nim widać, zwłaszcza w dośrodkowym kącie — gęsty naciek drobnokomórkowy. Tęczęwka przedstawiała zwykły obraz przyostrego zapalenia, a w siatkówce znaleziono miejscami zgrubienie i przerost włókien Müllera.

W końcowym wywodzie przytacza autor cechy wyróżniające *ulcus rodens* od *ulcus serpens*: zatem punkt wyjścia na obwodzie rogówki, brak skłonności do drążenia w głąb i przebijania rogówki, podminowanie dośrodkowego brzegu i szerzenie się w tym kierunku przy równoczesnem zabliznianiu się obwodowych części, mała skłonność do wytwarzania hypopyon, które jednak może się zdarzyć, jak o tem pocięza opisany przypadek, wreszcie uporeczywy i długotrwały przebieg, kończący się nieraz zupełnem zniszczeniem rogówki mimo energicznego leczenia, n. p. mimo przypalania, któremu Fuchs, zdaniem autora, zbyt wielką w leczeniu tego cierpienia przypisuje wartość.

Dr. K. W. Majewski.

Zur Diagnose und Prognose des Chorioidalsarcoms.

Dr. O. Lange z Brunświku. (Die Ophthalmologische Klinik, 1898, Nr. 23).

Może nigdzie w okulistyce tak bardzo nie zależy na wczesnem rozpoznaniu jak wobec mięsaka naczyniówki, który nie tylko spowoduje utratę oka, ale wprost życie chorego zagraża. Dlatego, zdaniem autora, nie należy czekać z wyjęciem gałki do czasu, aż rosnący nowotwór następową jaskrą wywoła, jak to uczynił Guibert w dwóch przypadkach ogłoszonych w „*Ophthalmologische Klinik*“ — bo nieraz prędzej można się przerzutów doczekać, — ale radzi uciec się do wszelkich możliwych środków rozpoznawczych i usunąć oko chociażby z pełną nawet bystrością wzroku, jeśli się nabierze przekonania, że w niem rośnie mięsak naczyniówki. Na poparcie swego twierdzenia przytacza L. dwie historye choroby, z których pierwsza odnosi się do człowieka w sile wieku i w pełni ogólnego zdrowia, skarżącego się jedynie na ściśnięcie pola widzenia od skroni, co za pomocą perimetru stwierdzono. Badanie wziernikiem wykazało w lewem oku dosyć obwodowo, od strony nosa ograniczone oderwanie siatkówki, która tworzyła w tem miejscu wystającą ku cięciu szklistemu wyniosłość i przy żywych nawet ruchach oka nie okazywała najmniejszego falowania. Zresztą oko nie przedstawiało żadnych innych zmian. Tn. Vlo: $\frac{5}{4}$ E. Punkeya wykonana przez twardówkę w miejscu oderwania dała wynik ujemny. Prześwietlenie z powodu umiejscowienia zmiany od strony nosa było technicznie niewykonalne. Dr. L. użył zatem za zgodą chorego sposobu, zalecanego w podobnych przypadkach przez Schmidt-Rimplera, t. j. naciął szeroko ściągając gałki w odnośnem miejscu, rozchylił zapomocą haczyków brzegi rany i przekonał się naocznie, jakoteż przy użyciu zgłębnika o obecności nowotworu, nie wiele większego od ziarna grochu, — poczem przystąpił niezwłocznie do wyjęcia oka. Na wypadek ujemnego wyniku badania gotów był spojść ranę kilkoma szwami. — Badanie anatomiczne wykazało: *Melanosarcoma chorioidae*, zatem najzjadliwszą postać tego nowotworu. — W drugim przypadku, zupełnie podobnym do opisanego, napięcie oka było również prawidłowe. Autor stara się obalić regułę, postawioną w r. 1890. przez Panasa, że przy zwyyczajnem odczepieniu siatkówki uisk jest zawsze obniżony, a przy odczepieniu zależnem od nowotworu zawsze przychodzi do podwyższenia napięcia i przytacza z jednej strony dane statystyczne na poparcie twierdzenia, że dosyć często znacznie nawet rozrosłe guzy nie wywołują jeszcze żadnych objawów jaskry, a z drugiej strony opisuje przypadek, gdzie sam wyjął oko ośleple z powodu całkowitego oderwania siatkówki, gdyż bar-

dzo znaczne podwyższenie ucisku i wogóle wybitny obraz jaskry — nasunęły mu podejrzenie mięsaka naczyńiówki. Tymczasem sekcya oka nie wykazała ani śladu nowotworu.

Zastanawiając się nad rokowaniem zarzucia l. pewną niedokładność zestawieniom statystycznym Fuchsa, Freundenthala i Baudouina i utrzymuje, że po wczesnej enukleacyi należy się spodziewać większej odsetki zupełnych uzdrowień, niż to podają ci autorowie (Fuchs: 6^o/₁₀). Co się zaś tyczy czterech okresów ogólnie rozróżnianych obecnie w przebiegu tego cierpienia (1. *Stadium amblyopiac*, 2. *Stadium glaucomatosum*, 3. *Stadium perforationis*, 4. *Stadium generalisationis*) — to autor twierdzi, że ze względu na wyżej przytoczone przykłady podział taki zupełnie nie wytrzymuje krytyki, radzi zatem przyjąć tylko dwa okresy, z których pierwszy trwa tak długo, dopóki jeszcze nowotwór rozwija się śródgątkowo, a drugi rozpoczyna się z chwila, gdy tenże zaczyna już ścianać gałki przerastać. Podział taki miałby także praktyczne znaczenie, bo, jak wiadomo, w pierwszym z tych okresów miejscowy nawrót cierpienia należy po enukleacyi do rzadkości, w drugim zaś mimo enukleacyi częstem jest zjawiskiem.

Dr. K. W. Majewski.

Hundert Star-Extractionen mit offener Wundbehandlung. Prof. Dr. Jan Hjort z Chrystyanii. (Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. Februar 1898).

Zur offenen Wundbehandlung bei Augenoperationen. Tenże. (Centralblatt für prakt. Augenheilkunde. October 1898).

Już w maju z. r. ogłosił prof. H. swój sposób leczenia ran po operacyach wykonywanych na gałce ocznej, w szczególności po operacyach zaćmy. Pozostawia on, jak wiadomo, oko operowane bez wszelkiej opaski, pozwala choremu otwierać je i swobodnie niem się rozglądać, zaleca jedynie przez kilka pierwszych dni spokojne leżenie w łóżku. Postępowanie to uzasadnia twierdzeniem, że najważniejszym czynnikiem aseptycznego przebiegu po operacyach ocznych jest tak zwana »fizyologiczna tualeta oka«, a rozumie przez to oczyszczające działanie łez, które opłukują ustawicznie brzegi rany i usuwają przy pomocy swobodnych ruchów powiek wszelką wydzielinę. Opaskę uważa H. po operacyi zaćmy za przeciwwskazaną, gdyż zawsze wywiera ona pewien ucisk na oko i utrudnia przez to wytwarzanie się przedniej komórki, tłumuje ruchy powiek, przez co powstrzymuje odpływ łez i wydzieliny spojówkowej, wreszcie odcina przystęp światła, którego wpływ na źrenicę — zwłaszcza po operacyi zaćmy bez wycięcia łączówki — jest korzystny i pożądany. W dodatku opaska, chociażby nawet najlepiej założona, z łatwością

może się przesunąć, przesunięta zaś ugniata zazwyczaj oko niemiłosiernie.

W lutym z. r. ogłosił H. wyniki gojenia się rany po stu operacjach zaćmy, po których leczenie następowe przeprowadzano stale bez zakładania opaski. Na 100 przypadków zdarzyły się następujące powikłania:

W 1 przypadku *panophthalmitis metastatica (haematogenes)* $V = 0$.

W 1 przyp. *iritis*; $V =$ palec: 3 m.

W 1 przyp. *iritis et oclusio pupillae*; $V = 1$.

W 1 przyp. *exacerbatio chorioiditidis exsudativae*, która już przed operacją istniała. $V =$ palec: 3,5 m.

W 6 przypadkach: wypadnięcie tęczówki (na 61 operacji bez irydektomii);

W 5 przyp. utrata ciała szklistego bez niekorzystnego wpływu na dalszy przebieg.

U reszty operowanych przebieg był zupełnie prawidłowy. — W lipcu z. r. dodał H. jeszcze krótkie sprawozdanie z 18-tu dalszych operacji, wśród których raz przyszło do prawdziwej (jedynej doład) infekcyi przyrannej, a w innym przypadku powstało całkowite oderwanie siatkówki i naczyńówki u osoby pochodzącej z rodziny krwawców i dotkniętej haemophiliją. Tu krwotok naczyniówkowy był przyczyną utraty oka. U wszystkich innych operowanych wyniki były dobre. *Dr. K. W. Majewski.*

Protargol w chorobach ocznych. Dr. Distler. (*»Wracz«*, Nr. 49. 1898).

Autor, lekarz moskiewskiego ocznego szpitala, chciał rozwiązać następujące pytania: jakim roztworem protargolu odpowiadają używane roztwory azotanu srebra; czy możemy stosować protargol w tych wypadkach, gdzie użycie lapisu przeciwwskazane bywa; i wreszcie o ile leczenie protargolem jest bolesne?

Protargol, stosowany w 45 ambulatoryjnych wypadkach ostro-zakaźnego nieżytu tęczownicy (zwykle wywołanego kasecznikiem Weeks'a) działał znakomicie. — Najlepiej działał stosowany 20% roztwór jego, słabiej 5—10%, a 5% może być zapisywany choremu w postaci kropeł, skoro ostrozapalne objawy ustąpiły. W ciężkich wypadkach 20% już jest niedostateczny, dr. D. używał 40% (Davier zatrzymał się na 33%). Nie używano do tego pędzelków, lecz wkraplano w szpitalu silny roztwór kropłomierzem (raz na dzień) i po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minuty zmywano go wodą, poczem polecano przychodzącym chorym wkraplać w mieszkaniu 5% roztwór 3—4 razy dziennie.

Protargol stosowano i przy *blen. gonorrhoeica neonatorum*, przy jednoczesnem obmywaniu oczu roztworem kali hypermanganici (1:5000). Ani razu nie obserwowano pogorszenia ani też owrzodzenia rogówki, a te, które już były do leczenia, także prędko zagoiły się, jak i przy użyciu azotanu srebra. Poronnego działania nie obserwowano.

Z 3-ech wypadków *blen. gonorrhoeica* u dorosłych, u jednego chorego, pomimo 2-razowych dziennie przyżęgań 40% roztworem protargolu, cała rogówka została zniszczona w jednym oku, drugie oko pozostało zdrowe, chociaż ochronnego nań opatrunku nie stosowano (w szpitalu tym oka zdrowego w podobnych wypadkach nie zawiązuje się).

40% roztwór protargolu sprawia ból taki, jak 4% roztwór azotanu srebra, co łatwo było sprawdzić, ponieważ autor, *experimenti causa*, jedno oko zwykle leczył protargolem, drugie — azotanem srebra. Przyżeganie 4% roztworem azotanu srebra więcej jest bolesne, aniżeli przyżeganie 20% protargolu, ostatnie jest mniej bolesne, aniżeli przyżeganie 2% roztworem azotanu srebra, — zresztą gra tu nie-małą rolę indywidualność chorego.

Przy użyciu protargolu potrzeba używać roztworów dziesięć razy silniejszych aniżeli azotanu srebra — 20% odpowiada sile 2% roztwemu lapisu, 40% — 4% roztworu lapisu.

Przy jaglicy, *blepharitis ulcrosa* nie używał autor protargolu, w ostatniej chorobie nie widział potrzeby zamieniać dobrze działające przyżeganie *lapide mitigato*. Przy *dacryocystitis* stosowano z dobrym skutkiem protargol w 6-ciu tylko wypadkach, wniosków przeto autor nie robi.

Oddając pochwały działaniu protargolu, dr. D. wszakże nie widzi bezwzględnej potrzeby usuwania z praktyki okulistycznej azotanu srebra, którego skuteczność dostatecznie jest stwierdzona klinicznie¹⁾.

Dr. J. T.

Doświadczenia własne nad działaniem protargolu.

Prof. Dr. B. W i c h e r k i e w i c z. (Wiadomości z kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell. Rocznik I. Druk. Uniw.).

Z pośród szeregu licznych środków, podanych w nowszych czasach dla zastąpienia nieocenionego w praktyce okulistycznej, ale bądź co bądź posiadającego pewne ujemne strony azotanu srebra, — za najlepszy uważa prof. W. protargol, związek srebra z istotą proteiową, wykryty przez chemika E i c h e n g r ü n a, a polecony przez

¹⁾ Protargol inne ma znaczenie terapeutyczne aniżeli azotan srebra; tegoż ani zastąpić, ani przezeń zastąpiony być nie może. W.

Neissera przeciw rzeżączoce cewki moczowej. W doświadczeniach swych używał autor rozczyńców 5^o/₁₀ do 25^o/₁₀ i stosował je w różnych zapalnych cierpieniach spojówki, rogówki i woreczka łzowego. Zdziaiwiająco skutecznym okazał się ten środek w leczeniu rzeżączoekowego zapalenia spojówki tak noworodków jako też dorosłych. W cierpieniu tem stosuje autor protargol w sposób następujący: po wypłukaniu worka spojówkowego wodą borową lub rozczyńcem soli i po odwinięciu powiek, wyciera spojówkę wałką, napojoną 20^o/₁₀ rozczyńcem protargolu, poczem zakłada maść borową (3^o/₁₀) lub sublimatową (1:10,000). Nadto chory otrzymuje zlecenie zapuszczać co godzinę 3^o/₁₀ rozczyń protargolu. Wśród takiego leczenia stan oka w kilku dniach znakomitej doznaje poprawy, obrzmienie i naciek ustępują, wydzielina ropna z dnia na dzień się zmniejsza, a i chory uczuwa wnet znaczną podmiotową ulgę. Wrzody rogówkowe na tle zakażenia Neisserowskimi dwóinkami powstałe pod wpływem protargolu przestają się szerzyć i szybko się goją. Przy wrzodach innego pochodzenia nie rozwija protargol tak skutecznego działania. Przy ropnych zapaleniach woreczka łzowego żaden dotychczas środek tak dobrych autorowi nie oddał usług jak protargol, który wstrzykiwany w 10^o/₁₀—20^o/₁₀ rozczyńcie raz lub dwa razy dziennie do przewodów noso-łzowego w zdziwiająco nieraz krótkim czasie usuwa ropienie. Za niezbędny jednak warunek skutecznego działania uważa prof. W. poprzednie dokładne wypłukanie woreczka wodą borową, co umożliwia zetknięcie się protargolu z chorą błoną śluzową i wniknięcie w głębsze jej warstwy. Mniej zlawiennym okazał się środek ten w przebiegu ostrych zapaleń spojówki, jako też w przewlekłej jaglicy. Przy leczeniu tej ostatniej oddaje autor pierwszeństwo wypróbowanemu przez siebie kseroformowi. Jako niewątpliwą zaletę protargolu, stawiająco go nawet pod pewnym względem wyżej od lapisu, podnosi autor okoliczność, że nawet silniejsze jego rozczyńcy, wkraplane do worka spojówkowego, nie sprawiają chorym żadnego bólu lub co najwyżej nieznaczne tylko pieczenie. Wreszcie na uwagę zasługuje tu jego dodatnia strona, że nawet po najdłuższem stosowaniu nie wywołuje ciemnego zabarwienia spojówki (*argyrosis*).
Dr. K. W. Majewski.

Die Skrophulose des Auges in ihren Beziehungen zum Geschlecht u. Lebensalter. Dr. Emil Guttmann z kliniki prof. Magnusa w Wroclawiu. (»Deutsche med. Wochenschrift«. 1898. 34).

Do żoźowych zapaleń oka policza autor, za swoim szefem, prof. Magnusem, pryszczyki pojedyncze czyli rozrzucone Hornera —

phlyctacna solitaria — niezbyt pryszczykowy spojówki i pryszczykowe zapalenie rogówki, także — *pauvus scrophulosus*.

Na swoim materiale wykazuje Magnus, że na 40 tysięcy chorych, leczonych przez 14 lat, 6550 czyli 16,4% było chorych na zapalenie pryszczykowe spojówkorogówkowe. W liczbie tej było męskiego rodzaju 2157 czyli 32,5%, a żeńskiego 4393 czyli 67,5%. Przewaga rodzaju żeńskiego w zajęciu tem skrofulicznem pokazuje się w każdym wieku i odpowiada także statystycznym danym innych klinik, z którymi autor porównuje statystykę Magnusa, a mianowicie przerabia w tym celu materiał kliniczny Janego, Wicherkiewicza, Schreiberna, Sattlera i Kerschbauera. Wynika więc ogólnie, że rodzaj żeński niemal podwójną liczbą częściej zachorzeń w zachorzeniach żółzowych. Mniej jest ten stosunek wybitny przed wiekiem rozkwitu, bo wynosi tylko 4 : 2,6, zaś po 15 roku życia stosunek ten zmienia się jeszcze na niekorzyść żeńskiego rodzaju, a wzięwszy wiek po 15 roku osobno, przedstawia się, jak 6 : 2.

Autor dochodzi do wniosku, że wielka skłonność żeńskiego rodzaju do zapaleń żółzowych oka polega na wielkiem usposobieniu tegoż do zewnętrznych zachorzeń oka i zarazem ogólnie do skrofulów, będących tylko wyrazem zmniejszonej odporności.

Zapalenia pryszczykowe spojówkorogówkowe rozpoczynają się w połowie pierwszego roku życia, częstotliwość ich wzrasta do 4 roku, a po nim powoli zmniejsza się. Najczęściej występuje pomiędzy pierwszym a drugim ząbkowaniem. H.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu mówił Hahn o *lues hereditaria tarda*. Wobec ważności przedmiotu, także okulistów wiele zajmującego, przytaczamy główne ustępy odczytu, połączonego z przedstawieniem osób, służących do wyjaśnienia poglądów wykładającego.

Hahn badał osoby, umieszczone w zakładzie idiotów w Alsterdorf i w hamburskim zakładzie głuchoniemych i ślepych, celem wypośredkowania, o ile kiła wrodzona wywarła wpływ na choroby, w zakładach owych leczone. Zbadano 540 idiotów, 100 głuchoniemych i 60 niewidomych. Z tych 700 osób 50 przedstawiało wyraźne znamiona kiły wrodzonej, a mianowicie 40 idiotów, 4 głuchoniemych i 6 niewidomych. Wobec braku dat anamnestycznych

można było tylko z pewnych znaków wnioskować o kile, a Hahn sądzi, że przy dokładnej anamnezie w daleko większej liczbie byłyby się choroby przedstawiały, jako na tle kiły powstałe zmiany chorobowe.

Wykazawszy rozmaite zbożenia skóry, przez kilę spowodowane, przedstawia następnie asymetryę czaszki, wypukłości kości czołowej, t. zw. czoło olimpijskie, zgrubienie kości, dochodzące do wielkości orzecha włoskiego, budowę czaszki hydrocephaliczną i mikrocephaliczną. Następnie zmiany nosa, polegające na zapadnięciu się grzbietu lub samej tylko przegrody. Omówiwszy jeszcze zmiany, występujące w ustach i krtani, przechodzi do znamion, tworzących *trias* Hutchinsona. Tylko w pięciu przypadkach mógł trzy te znamiona równocześnie znaleźć, zaś często jedno lub dwa razem. Oprócz zbożeń zębów siecznych górnych, zwłaszcza przy drugim ząbkowaniu występujących, a przez Hutchinsona ściśle określonych, uważa on tylko małe zęby (*mikroodontia*), jako znamienne dla rozpoznania *lues hereditaria*, gdy inne, przez Fourniera opisane, widział u wielu zupełnie zdrowych dzieci (Co najzupełniej potwierdzić możemy według własnego doświadczenia).

Drugi objaw Hutchinsona, głuchoniemota, może być następstwem albo zarośnięcia ujścia trąbki Eustachego, albo zmiany w uchu samym, lub też w ośrodku słuchowym. Trzeci objaw, zapalenie rogówki miąższowe, częściej występuje przy *heredosyphilis*, aniżeli inne, i prowadzi do zupełnej często nieprzeźroczystości rogówki. Już to jako powikłania zapalenia rogówkowego, już to samo dzielnie występują zapalenia tęczówki, naczyńówki, siatkówki, nerwu wzrokowego.

Poświęciwszy sporo uwag zajęciom kości, stawów, gruczołów limfatycznych, opon mózgowych i mózgu samego, i zaznaczywszy to, co te chorobowe zmiany wyróżnia od zajęć, nie polegających na podstawie kiłowej, nadmieniam, że wszystkie omawiane stigmata, a mianowicie mózgowo, występują także u dorosłych w następstwie kiły nabytej, czemu się nie można dziwić, zważając, że późna odziedziczona kiła jest tylko trzeciorzędną postacią kiły nabytej w łonie matki. Gdy tam jad dostaje się do ustroju przez ranę, tutaj drogą łożyskowego obiegu krwi, a objawy kiły dziedzicznej występują, jak przy nabytej trzeciorzędnej postaci, dopiero późno, po wielu nieraz latach. Gdy sprawa chorobowa występuje już w dzieciństwie, wywołuje, przy swej skłonności niszczenia postaci, zniszczenie kości i innych narządów, a u dziecka, rosnącego naturalnie, spowoduje odmienne objawy, aniżeli u dorosłego. Będą one nieraz tylko drugorzędnego znaczenia, i tak n. p. okostniowe nawarstwienie kości goleniowej spowoduje albo upośledzenie rozwoju tej kości,

albo, przeciwnie, pobudzi jej rośnięcie, zachorzenia kości czaszkowych powodują powstrzymanie rozwoju w postłaciach asymetryi najrozmaitszego rodzaju, a zachorzenia zębów objawiają się w znamionach Hutchinsonowskich.

Z tego też wynika, że kiła, nabyta przez dziecko od mamy krótko po urodzeniu, w niczem się nie różni od kiły wrodzonej pod względem pewnych zmian rozwojowych, z wyjątkiem, oczywiście, zębów, już zawiązanych. Zresztą nietrudno rozeznać kiłę odziedziczoną od nabytej. Pomijając już bowiem łatwo dający się stwierdzić okres wylęgania, dalej wybitne pierwszorzędne objawy kiły nabytej, to kiła dziedziczna wywołuje zmiany, które nabytej nie są właściwe, jak rozliczne zniekształcenia czaszki, zęby H., zapalenie rogówki mięższowe rozlane, głuchota, pęcherzyca (*pcmphigus*), rzekome porażenia (*pseudoparalysis*) kończyn wskutek przesunięcia trzonu i nasady kości. H.

2. Lekarsko-przyrodniczne Towarzystwo w Jenie. Na posiedzeniu d. 10 listopada 1898 r. mówił E. Hertel o zachorzeniach worka łzowego. Z wykładu wyjmujemy kilka ważniejszych szczegółów:

Przy przewlekłych ropieniach worka, połączonych zazwyczaj z rozszerzeniem ściany, zgrubieniem i wyrostkami do wnętrza, nabłonek bywa wybująły i na szerokich przestrzeniach zwyrodniały, z licznymi komórkami kubkowatymi. Niekiedy wdrażenie wysłane nabłonkiem mogłoby uchodzić za prawdziwe gruczolę i jako takie też niezawodnie w dawniejszych opisach uważano zadziernienie (*Abschnürung*) tej błony woreczkowej.

Podobne zmiany napotykał H. także przy przewlekłym niezycie woreczka łzowego, a między ropieniem a niezyciem mógł H. stwierdzić jedynie różnicę pod względem stopnia zmian patologicznych.

Szczegółowo zaznacza dalej pojawianie się mieszków w błonie śluzowej, a znalazłszy je nawet u osób, pochodzących z okolic wolnych od jaglicy, nie podziela zdania Kuhlnta, który na kongresie w Heidelbergu 1891 r. zaznaczył identyczność tych tworów z jaglicą. Badając woreczki zdrowe, znalazł H. u płodu i noworodków luźną błonę śluzową, składającą się z tkanki adenoidalnej, natomiast nigdy nie napotykał prawdziwych mieszków, które za to zawsze napotkać można u osób, w wieku od 20 do 40 lat będących, lubo nie tak licznie, jak w patologicznych przypadkach. H. wypowiada przekonanie, iż błona śluzowa woreczka składa się z tkanki adenoidalnej, bardzo wrażliwej. Gdy więc zmieniony płyn śluzowy spojówki, przechodząc przez woreczek, podrażnia jego błonę

4 L słuzową, powstaje pomnożenie ciałek limfoidalnych, a niejednokrotnie także tworzą się prawdziwe mieszkki.

W czterech przypadkach mógł H. stwierdzić gruźlicę worka łzowego, raz prawdziwego polipa. W końcu zaznacza H. zmiany, jakie napotykał przy dłuższem sondowaniu przewodu łzowego. Sondowanie takie niszczy śluz nabłonek, a nadto sprowadza stwardnienie tkanki łącznej ścian przewodu (*Münch. med. Wochenschrift.* Nr. 51. 1898). W.

V. NOWE KSIĄŻKI.

Dr. Tscherning: *Optique physiologique*. (Paris. 1898. Carré et Naud).

Dzieło to, przedstawiające dzisiejszy stan wiedzy o optycznych własnościach oka, zawiera wiele nowych poglądów, ciekawych szczegółów i własnych spostrzeżeń autora, — zasługuje przeto na krótkie streszczenie.

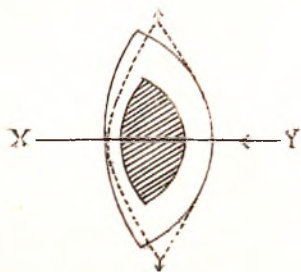
We wstępie zaznajamia autor czytelnika w sposób jasny i niezwykle przystępny z pojęciami dyoptryki i katoptryki, niezbędnymi dla zrozumienia praw optyki fizyologicznej, — poczem następuje zajmujący wykład o tak zwanych fałszywych obrazkach w oku, przez które należy rozumieć obrazki przedmiotów zewnątrznych, powstałe przez przecięcie się nie promieni załamanych, lecz promieni odbitych od powierzchni łamiących oka. Są to zatem obrazki katoptryczne. I tu już spotykamy się z czemś nowem: oto prócz powszechnie znanych i łatwo dostrzegalnych trzech obrazków Purkiné-Sansona opisuje Tscherning jeszcze inne i podaje sposoby, za pomocą których można je spostrzegać. I tak rozróżnia on jeszcze obrazek, jaki daje tylna powierzchnia rogówki. Jest on prosty, pomniejszony i urojony. Obrazek ten opisał wprawdzie Purkiné z początkiem bieżącego stulecia, ale potem zapomniano o nim zupełnie i dopiero przed kilku laty zwrócił nań Tscherning powtórnie uwagę i wy badał przy pomocy swego oftalmofakometru dokładnie jego powstanie i własności. Prócz tego dowiadujemy się o istnieniu jeszcze dwóch obrazków, z których jeden tworzą promienie, wracające z oka po odbiciu się od przedniej powierzchni soczewki i zawrócone niejako powtórnie w głąb oka skutkiem odbicia się od przedniej powierzchni rogówki; — drugi zaś wytwarzają pro-

nienie, ulegające tym samym kolejom, co tamte, tylko, że są to promienie odbite nie od przedniej, ale od tylnej powierzchni soczewki. Oba w ten sposób powstałe obrazki tworzą się na siatkówce oka badanego, są zatem podmiotowe (entoptyczne). Co do pierwszego z nich, to istnienia jego dowiódł Tscherning tylko teoretycznie, ale dostrzedz go dotychczas nie był w stanie, ostatni zaś można wśród korzystnych warunków we własnym oku wywołać.

Przystępując do opisu anomali i niedokładności systemu optycznego oka, przytacza autor zdanie Helmholtza, który mawiał, że, gdyby mu mechanicz zamówiony przyrząd optyczny oddał wykonany tak niedokładnie, jak niedokładnie zbudowane jest przeciętne oko ludzkie, to czułby się zniewolonym odrzucić ten przyrząd, jako nie odpowiadający najskromniejszym nawet wymaganiom. Tscherning uważa jednak sąd ten za zbyt surowy. Bardziej do przekonania przemawia mu zdanie Mascarta, który utrzymuje, że przeciętne oko ludzkie posiada wszystkie wady i błędy, jakie tylko przyrząd optyczny posiadać może, ale tylko w takim stopniu, że bystrość wzroku jeszcze na tem nie cierpi. Istotnie dziwić się należy, że normalne oko ludzkie wyposażone jest względnie doskonałą bystrością, choć nie jest prawie nigdy ześrodkowane dość ściśle, t. zn., że środek rogówki, źrenicy i soczewki nie leży na linii prostej, — a przecież należytego ześrodkowania wymaga się od każdej lornetki teatralnej. Rogówka okazuje aberrację sferyczną i chromaticzną i prawie zawsze pewien stopień niezborności; źrenica niemal nigdy nie jest dokładnie okrągłą; soczewka bardzo często, zamiast prostopadle, jest nieco skośnie do osi widzenia ustawioną, przez co znów powstaje niezborność. Wreszcie mało jest oczu idealnie miarowych, natomiast najczęściej zachodzi pewien, choć mały, stopień ametropii. Otóż autor w kilku rozdziałach omawia dość wyczerpująco te wady systemu optycznego oka, nie podaje jednak nowych szczegółów, któreby fizyologom i okulistom nie były już znane z „Optyki fizyologicznej” Helmholtza.

Natomiast w rozdziale o akomodacyi spotykamy się ze światłem i przekonywającym uzasadnieniem własnej teoryi Tscherninga, wedle której, jak wiadomo, akomodacya polega na wytwarzaniu się pewnego rodzaju *lenticonus anterior* pod wpływem rozciągającego działania mięśnia rzęskowego. Wbrew zatem twierdzeniu Helmholtza, który twierdzi, że mięsień rzęskowy kureząc się zwalnia napięcie więzadełka Zinna, przez co soczewka na mocy własnej sprężystości wypukła się, zwłaszcza co do przedniej swej powierzchni, — przytacza Tscherning przekonywające dowody, że mięsień rzęskowy napina to więzadełko, przez co równikowa krawędź soczewki — roz-

ciągana — staje się niejako ostrzejsza, a tem samem powierzchnia



soczewki, zwłaszcza przednia, przypłaszcza się na obwodzie, w środku natomiast powierzchnia ta bardziej się wypukła, wypychana przez zbliższe nieco i niełatwo dające się spłaszczyć, a przez ciało szkliste ku przodowi wypierane — jądro soczewki. Załączona rycina wyjaśnia ten mechanizm dostatecznie. — Tak zmieniona co do kształtu soczewka staje się bardziej zbierającą i to nie tylko w środkowej

części, co jest zresztą rzeczą na pierwszy rzut oka widoczną, ale, co ciekawsze, także na obwodzie, gdzie powierzchnia łamiąca jest przypłaszczoną. Aby to pozornie paradoksalne zjawisko wytłumaczyć, zwraca autor uwagę na fakt, częstokroć zapoznawany, że siła łamliwości pewnej części powierzchni soczewki zależy nie tylko w odwrotnym stosunku od długości promienia krzywizny w tem miejscu, ale także w prostym stosunku od stopnia nachylenia tej części powierzchni do osi soczewki. Olóż na powyższym rysunku widać wyraźnie, że obwodowe części przedniej powierzchni soczewki są podczas akomodacyi bardziej nachylone do osi XY , niż w stanie spoczynku. Szczerpie ramy sprawozdania nie pozwalają mi zastanawiać się nad spostrzeżeniami i doświadczeniami, które przemawiają za istnieniem takiego mechanizmu akomodacyi. Dość, jeśli wspomnę, że autor przeprowadził szereg badań, którym nie można odmówić naukowej ścisłości, a które teorię jego znakomicie popierają i uzasadniają. Ciekawych odsyłam zatem do oryginału.

Zawiduję teorię widzenia barw omawia autor szczegółowo i obszernie, przyznaje jednak sam, że w tej dziedzinie wiele jest jeszcze pytań zupełnie nierozjaśnionych. Huyghens w wstępie do swego dzieła o świetle, które wyszło na kilka lat przed ukazaniem się optyki genialnego Newtona, — zapowiada, że o barwach nie będzie pisał wcale, bo pisano już o nich wiele, stawiano różne teorie, a nikomu jeszcze tej kwestyi nie udało się rozwiązać. Olóż, zdaniem Tscherninga, to, co wówczas można było słusznie powiedzieć o fizyce barw, dziś da się z równą słusznością powtórzyć o ich fizyologii, która nie znalazła jeszcze swego Newtona.

Ostatnie rozdziały swej książki poświęca autor sprawie ruchów gałek ocznych, przyczem uzasadnia prawo Listinga, wreszcie omawia widzenie obuoczne i tłumaczy ważniejsze złudzenia optyczne, w działach tych nie wykracza jednak poza zakres tego, co w tym przedmieciu zawiera w sobie klasyczne dzieło Helmholtza. Wogóle, jeśli

optykę fizyologiczną Tscherninga można porównywać ze sławnym dziełem niemieckiego uczonego, to trzeba się zgodzić, że jest ona tylko krótkim, ale wybornym szkicem fizjologii wzroku, — szkicem, który, jeśli nie wyczerpuje może przedmiotu, to zaleca się za to zajmującym i przystępnym sposobem przedstawienia trudnych nawet i zawiłych wywodów.

Dr. K. W. Majewski.

Prof. Dr. R. Greeff: *Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges.* (Berlin. 1898. Hirschwed. Berlin).

Mamy przed sobą książeczkę, tem cenniejszą dla nas, że autor, uwzględniając w takowej wszystkie najnowsze zdobyczo techniki drobnowidowej, zaznajamia początkującego ze sposobem mikroskopowania naszego organu w szczególności.

Opisawszy z początku mikroskop i mikrotom, poucza on, w jaki sposób należy »otrzymywać odpowiedni materiał«. Oko, mające być przedmiotem badania drobnowidowego, powinno — o ile to jest możliwe — być otrzymywane przez enukleację z żyjącego człowieka, gdyż oko wyjęte z trupa podlega zbyt prędko rozkładowi, a tem samem zachodzą i znaczne zmiany pośmiertne w tkankach takowego.

Cheąc przy badaniu świeżej tkanki otrzymać rychło żądany preparat, należy posługiwać się mikrotomem z przyrządem do zamrażania (Gefriermikrotom), przyczem przedmiot badany nie powinien przekraczać wysokości 2—4 mm. Badanie płynów oka uskutecznia się znanym sposobem przy pomocy szkiełka nakrywkowego, przyczem rozpostarty na nim i wysuszony płyn ustala się przez pociągnięcie przez płomień. Nie cheąc lub nie mogąc posługiwać się powyżej wspomnianym mikrotomem, należy przedewszystkiem tkankę, mającą być badaną, dokładnie stwardzić. Do tego celu służy alkohol, płyn Müllera, płyn Erlitzkiego, sublimat, kwas pikrynowy, kwas pikrynowy z sublimatem, toruol, kwas osmowy, kwas azotowy i chlorek platynowy. Tak bardzo dziś rozpowszechniony formol nie zupełnie odpowiada swemu zadaniu, gdyż, już po dość krótkim czasie, sprowadza on bardzo silne stwardnienie tkanek, okalających oko, i zamęca soczewkę, z drugiej zaś jednak strony nie należy zapominać o jego znakomitej właściwości niezmiętniania rogówki. Najbardziej przemawia autor za używaniem płynu Müllera, który zawsze pozostaje jeszcze najpewniejszym. Przed włożeniem oka do kwasu osmowego należy oko wprzód przekroić, do wszystkich zaś innych płynów rzuca się gałkę w całości, w których pozostaje ona aż do zupełnego stwardnienia i dopiero bezpośrednio przed zatopieniem oka w masie, do tego przeznaczonej, należy oko przeciąć. W tym celu radzi autor posługiwać się 3—5 cieciami

poziomymi. Aby zaś przy tej procedurze nóż po przecięciu rogówki nie usunął się z bardzo twardej soczewki i takowa nie wysliznęła się nie przekrojona dół ciała szklistego, należy wypród oko przycisnąć rogówką do stołu i z góry przecinać oko długimi cięciami. Wyjątek w tym względzie stanowią gałki oczne, w których usadowił się nowotwór. Chcąc wówczas poznać dokładnie miejsce wyjścia lakowego, musimy używać cięcia równikowego. Tak przygotowaną gałkę oczną zatapia się w parafinie lub celoidylinie, która może być zastąpioną gotową i wygodniejszą do użycia fotoksyliną. Przy zatapianiu preparatu w celoidylinie należy przedewszystkiem preparat dobrze odwodnić przez wrzucenie lakowego do absolutnego alkoholu. Celoidylinę kraje się na małe cząstki, które wrzuca się do mieszaniny, składającej się z dwu części eteru siarczanego i jednej części absolutnego alkoholu. W ten sposób uzyskuje się masę rzadszą, w której preparat zatopiony pozostaje 4 dni, i masę twardszą, do której się rzuca lakowy na dalsze 4 dni. Zupełnie już stwardniały preparat kraje się mikrotomem, a uzyskane tym sposobem skrawki barwi się, odwadnia, wyjaśnia i ustala w balsamie kanadyjskim. Znany ogólnie sposobem postępuje się przy zatapianiu preparatu parafiną w ramkach metalowych. Zatapianie w parafinie ma tę wielką dogodność, że można otrzymać o wiele cieńsze skrawki i całe serye tychże, przyczem żaden z nich nie zatracą się. Należy przytem jednak zawsze pamiętać o tem, że niektóre tkanki oka podlegają przy rozgrzaniu silnemu zmarszczeniu. Z tego też względu najkorzystniejszym i najpewniejszym dla nas jest używanie celoidyliny. Jako najlepsze barwiki do zabarwienia bądź jąder, bądź jąder i tkanki razem (Kern- und Doppelfärbung) podaje autor hematoksylinę, hematoksylinę z cozyną, sposób van Giesona, karmin, karmin pikrynowy, karmin alunowy z kwasem pikrynowym. Metodą Weigerta, Paala, Marechiego barwi się osłonki rdzenne nerwu, sposobem Nissla komórki zwojowe, zaś Weigerta komórki tkanki łącznej nerwowej (Gliazellen). Metodą Heidenhaina lub Bandy otrzymujemy piękne figury karyokinetyczne. Do otrzymania pozytywnych obrazów stałych komórek rogówki należy stosować przepisy Ranviera lub Drascha, zaś metoda Strickera wydaje bardzo piękne negatywne obrazy tychże. Dalej są dokładnie omawiane znane nam metody Golgiego, Ramon y Cajala i t. zw. *Erliche'sche vitale Methylenblaufärbung*.

Następne stronicie poświęca autor krótkiemu opisaniu wstrzykiwania masy czerwonej wedle Böhma i Davidofa, niebieskiej wedle Thierscha i t. zw. zimnej masy do naczyń ocznych lub też wprost w tkankę przez wkłucie (*Gefäss und Stichinjectionen*).

Tak ważny dla nas przy badaniu drobnowidowem sposób

odbarwienia barwika w oku został uwzględniony przez autora w metodach Griffitha, Fieckiego i Alfieri-Pisa. Dalej znajdujemy bardzo cenne wskazówki, w jaki sposób należy robić trwałe preparaty do demonstracyi klinicznej z całej gałki ocznej, bądź to na drodze suchej, bądź to w osobno na to sporządzonych szklach Priestley-Smitha, w których zatapia się preparat w żelatynie.

W końcu swego dziełka omawia autor pokrótce, jak należy postępywać przy badaniu drobnowidowem z pojedynczemi częściami gałki ocznej.

Całość przedstawia się wcale dodatnio, a choć metody, opisane przez autora, i sposoby postępowania przy mikroskopowaniu są ogólnie znane, to w każdym razie należy uważać myśl autora za bardzo szczęśliwą, że opisuje tylko najbardziej wskazane i wypróbowane sposoby dla badania oka, pomijając liczny i w wielu szczegółach często trudny do zrozumienia balast, a prowadząc początkującego niejako za rękę, stara się, w sposób nader łatwo zrozumiały, pouczyć i zachęcić go do przedsięwzięcia badań drobnowidowych, bez których dzisiaj coraz bardziej utrudnionem staje się dokładne poznanie naszej wiedzy.

Czy to jako podjęcie dla początkującego, czy też jako ułatwiający czasem oryentowanie się, dziełko to odda bardzo dobrą przysługę każdemu, kto się zajmuje drobnowidowem badaniem oka.

Ballaban.

Prof. Dr. H. Schmidt-Rimpler in Göttingen. 1898: *Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten.*

Od czasu, gdy Förster swoim znakomitem zestawieniem (*Handbuch von Graefe-Sacmsch. Capitel XIII.*) dał podwalinę do dalszych badań oka w związku z chorobami całego organizmu, mamy już liczne spostrzeżenia dotyczące tego, tak ważnego i zawsze niewyczerpanego działu okulistyki, zarówno zajmującego i każdego lekarza praktycznego, jak internistę, neurologa i okulistę. Spostrzeżenia takie zestawili w niemieckiej literaturze Knies i Schwarz, w francuskiej Berger, w angielskiej Gowers. Chociaż doskonale zostały pojedyncze części tego działu w ostatnich latach opracowane, to jednak żadna z powyższych prac nie osiągnęła znaczenia i rozmiarów dzieła, które mamy przed sobą. Zdaje mi się przeto, że sama treść dzieła i opracowanie takowego przez autora tej miary, co Schmidt-Rimpler, zasługują na nieco dokładniejsze omówienie na tem miejscu. Cały materiał zebrany jest w tem dziele w sposób poglądowy i bardzo zrozumiały, podzielony na ośm rozdziałów, a mianowicie: *Erkrankungen des Nervensystems, Erkrankungen der*

Nieren, Constitutions-Anomalien, Erkrankungen der Circulations- und Aspirationsorgane, Infectionskrankheiten und Vergiftungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Hautkrankheiten. Rozumie się samo przez się, że pierwszy z nich został przez autora najbardziej uwzględnionym i zajmuje, tak co do rozmiarów, jak i szczegółowego opracowania materiału, najpierwsze miejsce. I tak opisuje autor w tymże przedewszystkiem zloczenia oczu, które towarzyszą różnorodnym chorobom nerwowym, i omawia dokładnie ich związek, względnie zawisłość jednych od drugich. Że autor poświęca dość obszernie miejsce sposobowi powstania tarczy zastoinowej, to nie może nas dziwić, jeżeli zważymy, że on jest jednym z tych pionierów, którzy starali się rzucić światło na dotychczas ciemny i niezbadane dostatecznie pole anatomii i patogenezy tego cierpienia. Broni on, naturalnie, w tym kierunku swego własnego przekonania, którego wyraz dał w t. zw. Transporttheorie, w przeciwieństwie do teorii zapalnej (Phlogistische Theorie). Dokładnie opracowaną i objaśnioną dobrmi rycinami jest połowiczna ślepoła (hemianopsia). To samo dotyczy porażań mięśni ocznych, których opisanie przypomina pod wielu względami znakomity sposób przedstawienia rzeczy przez Mauthnera.

Dalej następuje omówienie poszczególnych postaci chorobowych systemu nerwowego, przyczem krótkie opisy tychże, wyprzedzające omówienie objawów ocznych, dają się mile i korzystnie odczuwać lekarzowi niespecjaliście chorób nerwowych. Trudniemby było zadanie, gdybyśmy chcieli wymieniać, w ramach tej małej krytyki, choćby i nieliczne szczegóły tego, tak obfitego materiału. Z każdego wiersza tchnie doświadczenie okulisty, który w zupełności panuje nie tylko nad swoją specjalnością, lecz i nad całością wewnętrzną medycyny i nerwowych chorób. To samo dotyczy i innych rozdziałów, chociaż w porównaniu z pierwszym wydawałby się mogło, jakoby autor nie okazywał im już tak wielkiego zainteresowania. W jak najdokładniejszy sposób uwzględnił autor najnowszą literaturę, a mimo tego nie nosi to dzieło wcale na sobie piętna tylko suchej kompilacyi. Na każdym prawie miejscu on sam zabiera słowo, a to, co mówi od siebie, jest bardzo uwagi godne. Samą rzecz ilustrują nadzwyczaj zajmujące krótkie historye chorób, a takie urozmaicenie nie sprawia czytelnikowi nigdzie wrażenia, jakoby miał tylko suchy podręcznik przed sobą, mimo że z każdego rozdziału może wiele korzystać. Na końcu każdego rozdziału znajduje się dokładne zestawienie odpowiedniej literatury.

Według naszego wrażenia podręcznik niniejszy stanowi nie tylko ozdobę zbiorowego dzieła, którego częścią składową on jest (Specielle Pathologie und Therapie von Hofrath Prof. Dr. Hermann Nothnagel),

lecz zajmuje nadto jedno z naczelnych miejsc w literaturze okulistycznej, jako takiej.

Książka powyższa jest niezbędna dla okulisty i wogóle dla każdego lekarza, pracującego naukowo. *Baltaban.*

VI. LECZNICTWO.

1. Formalina przeciw narośłom rakowatym nie dającym się operować. Bayer w Pradze leczył nawrót raka prawej paclwiny rozczynek 8% formaliny w następujący sposób: Pokrywszy otoczenie płaszczyzny rakowatej za pomocą *ung. cerussae* napawa silnie wrzód rakowaty osmioprocentową formaliną, a potem codzień pokrywa gazą maczaną w 4% formalinie dopóty, dopóki nie utworzy się silny strup. Odczepienie tegoż przyspiesza się ciepłymi kąpielami względnie okładami. Po usunięciu strupa operuje się powstałą ranę, jeżeli w niej ślady narośli jeszcze pojawiają się, w ten sam sposób. Zachodzi pytanie, czy przy naroślach nie wrzodzących formalina zastrzykiwana w narośl nie okaże może również dobrych skutków. (*Deutsche Praxis* 1898 Nr. 16.)

2. Nirwanina jest to (chlorok *dzwetylozylcoccol-p-amido-oxypbenzoiłometylozey*) środek znieczulający, mający rozmaite posiadać własności przed kokainą. Rozpuszcza się w wodzie łatwo, reaguje neutralnie, a 5% rozczynek do oka zapuszczony już po kilku minutach sprawia znieczulenie zupełnie lub spojówka przejściowo podrażnia się. Działanie jego nie wnika głęboko; gdzie jednak środek ten bezpośrednio styka się z kończynami nerwów np. przy wrzodach albo ranach lub też po zastrzyknięciu podskórnym lub podspojówkowym, działanie jego jest zupełne i długotrwałe. Według doświadczeń na zwierzętach przeprowadzanych nirwanina dziesięć razy mniej jest trującą od kokainy, gdy więc kokainy największa dawka dla dorosłego wynosi 0,05, to tutaj 0,5 bez szkody można wstrzykiwać.

Dalej jest nirwanina środkiem antyseptycznym, a już 1% rozczynek powstrzymuje rozwój bakterii, kiśnienie i gnicie. Znieczulenie lubo tylko powierzchownie działające trwa długo t. j. nawet po usunięciu środka lub wessaniu, a z tego powodu nadaje się do zastosowania przy ranach i wrzodach rogówkowych, gdy chodzi o dłuższe działanie.

Najwięcej niezawodnie usług odda do zastrzykiwań podskórnych i skórnych w celu sprowadzenia miejscowego znieczulenia dla operacji. W chir. klinice Prof. *Klaussnera* w Mnichowie robiono doświadczenia, które wykazały, że 2% rozczynek jest wystarczającym rozczynek, zaś do nasączania sposobem *Schleicha* nawet 0,2—0, 5%. Chorzy nie

zdradzają żadnych zmian ani pod względem tętna, serca, oddechu ani też co do źrenicy i ogólnego stanu.

3. Podspójówkowe zastrzykiwania rozczywnów jodowych zachwata Sourdille z Nantes według doświadczeń zaczerpniętych na klinice Panasa. Używa się do tego rozczywnu Rp. *Jodi puri* 0,01-2 *Kalii jod.* 1,0 *Aq. dest.* 30,0. Co drugi lub trzeci dzień zastrzykuje się 4—5 kropel. Ból jest mierny, odczyn nieco silny znika po 12—24 godz.

Przy *chorioiditis* z mętami ciała szklistego, nawet przy rozpaczliwej chor. *macularis* ma następować już po kilku tygodniach znaczne polepszenie. Dodać atoli wypada, że autor używa równocześnie i innych środków wskazanych ogólnym stanem. Także przy krwiotokach do ciała szklistego, przy *keratitis interst.* młodego wieku i przy mięszszowem zapaleniu rogówki osób starszych w kilku przypadkach dodatni występował skutek. (Kl. Therap. Wschrft. 1898. Nr. 50).

Nasze doświadczenia, co prawda dotychczas nie zbyt jeszcze liczne, przekonały nas, że zastrzykiwania te, często zresztą bardzo bolesne, nie odznaczają się w skuteczności niczem od zastrzykiwań soli 2^{90} , które chorzy daleko lepiej znoszą.

4. Zamiast wcierek poleca S. W. Olander ze Sztokholmu noszenie woreczka 50 cm. długiego a 40 cm. szerokiego, w który się codziennie maże 6 gr. szaruchy. Worek taki nosi chory na gołej skórze piersi i na plecach przez 10—15 dni, by go potem zamienić na świeży. Przy 30-dniowem noszeniu znalazł autor tę samą ilość rtęci w moczu, co przy wcierkach, a to go skłania do przypuszczenia, że tylko przez oddechanie dostaje się rtęć do ustroju. (Med. d. Gegenwart 1898. Nr. 12).

5. Nerwice trójdzielnego, tak często właśnie u nas występujące, powinny lekarza zastać przygotowanego na zwalczanie ich rozmaitymi środkami; podajemy tutaj te, które nam się okazywały pożyteczne.

W świeżych przypadkach odznaczających się wolnymi przerwami: *natr. salicyl* rano i wieczorem po 1 gr. Dalej chinina lub połączenie: *phenac.*, *antipyr.* ana 0,3, *chin. salic.* 0,2 *Mfp. disp. d. t.* VI. S. 1—2 proszków dziennie. — *Elixirium antineuralgicum* Krafft-Ebbinga czyli *elixirium analgicum* dwie łyżki dziennie. Gdy to nie pomaga, faradyzuje się pędzlem bolesne miejsca, podczas gdy szeroka elektroda na karku się zakłada. Elektryzowanie trwa 5—10 minut.

Fedor Krause (Ctrbl. Ther. Heft. IV. 1898) poleca przeciw nerwicom trójdzielnego *Aconitium nitricum* Mercka: 0,025 na 25,0. Z tego co godzinę (dziesięć razy) po jednej kropli, codziennie o jedną kroplę za każdym razem więcej aż do 6 kropel czyli 60 przez dzień. Skuteczność tego środka w uporeczym przypadku stwierdziliśmy także. Wobec trującego działania, jakim się fojad (*aconitum*) odznacza, zaleca się przy stosowaniu tego środka wielką ostrożność. Najwyższa dawka akonityny wynosi 0,004 jednorazowo, a 0,03 dziennie. Najwyższa dawka polecanego przez Krausego azotanu akonityny wynosiłaby tylko około 0,003 gr.

6. Wyciąg z ciała rześkowego i ciała szklistego zachwala Dr. Le-grange z Bordeaux (Clin. ophthm. Nr. 16 1898). Nazywa go *oculine*. O ile można aseptycznie wydobywa z ocz wołowych odnośno części, które mięsza następnie ze sterylizowaną gliceryną w stosunku: ciała szkl. i rześk. 100 gr., glic. 200 gr.: po 6 godzinnem macerowaniu dodaje 200 gr. wody steryliz., przepuszcza przez gazę i papier filtracyjny. W ten sposób przyrządzony płyn używany jest do picia. Rozczyn wyciągu glicerynowego w fizyolog. słonej wodzie, zawierający skuteczny pier-wiastek w stosunku 1:3, służy do zastrzykiwań podspojówkowych. Tej organoterapii używał autor rzekomo ze skutkiem przeciw ubytkowi ciała szklistego i przeciw odczepieniom siatkówki. Z nielicznych doświadczeń autora nie można przekonać się o skuteczności środka, tem mniej, że i inne sposoby lecznicze bywały równocześnie zastosowane.

II.

VII. ROZMAIŃCOCI.

Działanie alkoholu odkażające doznało nowego określenia. Według Minervinięgo alkohol otyłowy nieznacznie działa zabójczo na bakterye. Silniej działa w roztworach średnich 50—70^o, aniżeli w słabych lub małych. Najmniej działa absolutny alkohol, a nawet środki antyseptyczne, rozpuszczone w alkoholu, tracą swą siłę odkażającą w porównaniu do podobnych rozczyń w wodnych. Działanie to w odwrotnym stoi stosunku do zawartości procentowej alkoholu (Ueber die bactericide Wirkung des Alkohols. Zeitschr. f. Hyg. t. 29. z. 1).

Wpływu spłukiwań aseptycznych i antyseptycznych na drobnoustroje prawidłowej spojówki doświadczał Randolph i podaje następujące badań swych wyniki: Z 50 prawidłowych spojówek zrobiono zaszczerpienie na agarze. Dziesięć epruwetek pozostało jałowych. Gdy po opłukaniu ocz wodą przegotowaną ponownie zrobiono zaszczerpienie, otrzymano 18 epruwetek jałowych. Następnie opłukano oczy sublimatem 1:5000. Z 42 spojówek, które poprzednio dały wyniki dodatnie szczerpienia, tylko w 9 razach otrzymano dowód jałowości, we wszystkich innych zaś wyhodowano staphylococcus.

Wobec tego zaufanie nasze do sublimatu, jako środka odkażającego, musiałoby doznać znacznego wstrząśnienia (Arch. f. Ophthalm. Vol. 36. z. 3).

Scabies corneae. Według wiadomości, podanej przez prof. Saemischę, wystąpiło u 19 letniego wieśniaka zapalenie rogówki krzowiaście (büschelförmige keratitis) z wystającym szarem zaćmieniem. Po użyciu żółtej maści w miejscu nacięku powstał strzępek, który zdjęto szczerpzykami i poddano badaniu drobnowidowemu. Takowo wykazało,

ku wielkiemu zdziwieniu autora, roztozcz świerzbowy (świerzbowiec żółty), a w otoczeniu jego 8 jajek w rozmaitych okresach rozwoju.

Zagojenie nastąpiło prędko pod wpływem atropiny i opaski uciskowej (Klin. Monatsbl. f. Aughlk. 1898. grudz.).

Widzenie tęczyowych obłączy, jak wiadomo, rozmaicie, lecz nie zawsze jasno bywa tłumaczone. W ostatnim czasie H. Salomonsolin znowu się zajmował tą sprawą. Na podstawie doświadczeń i spostrzeżeń, czynionych przez niego z obwódkami i obłączkami kolorowemi, uwydatniającemi się na okolo płomieni we mgle, dochodzi do następującego zapatrywania: Fizyologicznie powstaje w tych warunkach naokoło światła objaw, znany pod nazwą obłączy Mejerowskich. Objaw ten, bardzo słaby, przedstawia się jako okrąg równej z płomieniem barwy, otoczony na zewnątrz pierścieniem czerwonym, dalej pierścieniem ciemnym, później niebiesko-zielonym, a najbardziej na zewnątrz znowu czerwonym. Objaw ten zależy od difrakcyi światła o komórkowo twory powierzchni rogówkowej, a mianowicie o zluszczone komórki nabłonkowe, w wyższym zaś stopniu także w zapalnym stanie oka. Inny objaw barwny występuje u zdrowych ócz tylko przy rozszerzonej źrenicy, odznacza się zaś od tamtego tem, że jest jaśniejszy, a ograniczony także ciemnym pierścieniem od płomienia, przedstawia barwy widmowe w naturalnym porządku, mianowicie na wewnątrz fioletkowe, na zewnątrz czerwone. To widzenie barwne, najprzód przez Dondersa opisane, zachodzi nie tylko w oczach zdrowych, ale i takich, które dotknięte są zaćmą, jeżeli przytem źrenicę rozszerzymy, a autor tłumaczy je difrakcyą o regularnie promienisto naokoło twardego jądra ułożone szpary kratowane kory. Także obłącze barwne przy jaskrze w tenże sposób dalyby się tłumaczyć (Arch. f. Anat. u. Physiologie, 1898, str. 187).

Jaskra a dna. Znaną już i wielokrotnie stwierdzoną jest rzeczą, że jaskra może być spowodowaną zaburzeniem wymiany materyi przez artrytyzm, który, wywołując zaburzenia przesączania (filtracyi i diffuzyi) przez ściany naczyń i wśródblonek, zmienia te ściany, przez co do jaskry daje niejednokrotnie powód. Dr. Walter w Odesie, przypominając ten objaw, zaznacza, iż po podaniu w odnośnym przypadku *piperacyi* 20 gr. w dwóch seryach dawek i przy zachowaniu stosownej diety, znikły tak objawy glaukomatyczne, jako też długo trwające bóle stawów, migrena i zaburzenia trawienia (Ophth. Klinik. 1898. N-o 21, str. 392).

Nowo urządzona klinika okulistyczna została we Lwowie d. 25 b. m. otwartą uroczystie i oddaną pod zarząd prof. dr. E. Machoka, który przy tej sposobności wygłosił rzecz: „O ważności zadania kliniki okulistycznej w kraju, w którym jest przeszło 5000 ciemnych“.

Dziewiąty międzynarodowy kongres okulistyczny odbędzie się w bieżącym roku w Utrechie i to od 14—18 sierpnia.

Z nadesłanego nam łaskawie zaproszenia do współudziału dowiadujemy się, co następuje: Wykłady i rozprawy odbywać się mają

w języku angielskim, francuskim i niemieckim. Urządzone będą posiedzenia ogólne i wydziałowe; trzy będą wydziały, a mianowicie: 1. dla anatomii, anatomii patologicznej i bakterjologii; 2. dla optyki i fizjologii; 3. dla spostrzeżeń klinicznych i operacji.

Z kongresem połączona będzie wystawa narzędzi i przyrządów, zwłaszcza takich, które mają znaczenie historyczne.

Do komitetu zarządzającego (comité d'organisation) należą pp.: D. Argyll Robertson, George A. Berry, M. E. Mulder, prof. uniwers. w Groningen, M. Straub, prof. uniwers. w Amsterdamie, W. Koster, prof. uniwers. w Leydzie, H. Snellen, prof. uniwers. w Utrechcie. Ostatni przyjmuje też zgłoszenia wykładów.

Zeitschrift für Augenheilkunde, nowo czasopismo, wydawano przez profesorów Kuhnta w Królewcu i Michela w Wyrzburgu, nakładem S. Kargera w Berlinie. Pierwszy zeszyt, który dopiero co odebraliśmy, zawiera obok prac oryginalnych Kuhnta, Burriego w Bazylei, Juliusa z Królewca, kazuistykę, streszczenia zbiorowe (Sammelreferate), sprawozdania z posiedzeń i t. d. i t. d. Pierwszy ten zeszyt zapowiada treścią i drukiem bardzo korzystnie nowe wydawnictwo. Do treści powrócimy w najbliższym czasie. Z przyjemnością zaznaczamy, że do stałych współpracowników należy między innymi także dr. Kamocki z Warszawy, jako referent prac polskich. Przekonani też jesteśmy, że tem więcej oryginalnych prac w języku polskim pojawiać się może i powinno, im więcej do spełnienia literackiego obowiązku zabiera się dobrych, wytrawnych sprawozdawców dla pism zagranicznych, a pewność autorom polskim daje w tym przypadku gorliwość, znajomość rzeczy i wytrawne pióro polskiego współpracownika nowego niemieckiego czasopisma. H.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr. Junge, były profesor okulistyki w Petersburgu, zmarł tamże.

Dr. Jodko-Narkiewicz, bardzo swego czasu wzięty okulista, b. docent akademii med.-chirurg., a później przy szkole głównej w Warszawie, gdzie wykładał aż do r. 1869, zmarł 30 paźdz. r. z. w majątku swym pod Mińskiem.

Docent prywatny dr. Oeller w Mnichowie, znany z wydawanego przez siebie wybornego oftalmoskopijnego atlasu, mianowany został nadzwyczajnym profesorem.

Dr. C. A. Wood mianowany profesorem okulistyki przy college of physicians w Chicago.

Dr. Mikołaj Andogski habilitował się dla okulistyki przy akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych
prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają
autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie
wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian
w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają
pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

Miejsce wolontaryusza

przy uniwers. klinice okulistycznej może być zaraz zajęte. — Bliższych
szczegółów udzieli dyrektor kliniki

Prof. Dr. Wicherkiewicz.

Sztuczne oczy szklane

tylko 1-szej dobroci.

Przy odbiorze 100 sztuk policza się à 0-80 M.
500—1000 " " " " à 0-60 M.

Oczy według wzorów — po najniższych cenach.

(Premiowane: Medalem srebrnym i nagrodą honorową).

Wywóz do wszystkich krajów. 1—x

Müller Zschach, Lauscha w Turynгии (Thüringen, Deutschland).

Fabryka sztucznych ocz i przyrządów szklanych.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROTCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty

➔ ROCZNIK PIERWSZY ➔

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnym wyleczeniem¹⁾.

Napisał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Chory, dymisyonowany lekarz wojskowy, p. P., mający lat 67, zjawił się u mnie 22 czerwca r. 1897 z następującymi objawami chorobowymi.

Lewa powieka górna i sąsiednia część nosa były posiane drobnymi wrzodami, odznaczającymi się brudno-szarem dnem i brzegami podkopanymi, zazębionymi, jakby powyżeranymi.

¹⁾ Artykuł powyższy zasługuje na szczególną uwagę ze względu na rzadkość przypadku znakomicie postrzeżanego, żałować tylko wypada, że nie wykonano badania bakteryologicznego, a zwłaszcza doświadczenia na króliku lub morświnie celem potwierdzenia rozpoznania. W.

Wrzody były powierzchowne, z wyjątkiem dwóch: jednego na powiece około otworu nadoczodołowego (foramen supraorbitale), przenikającego do okostnej, drugiego na boku nosa, mniej głębokiego, nie dochodzącego do okostnej. Dno i brzegi wszystkich wrzodów były miękkie, nieco bolesne przy ucisku, z nieznaczną wydzieliną surowiczą, tworzącą w kilku miejscach strupy. Powieka obrzękła, lecz miękka, brzeg jej wolny odwinęty (ectropium).

W bliskości kąta wewnętrznego oka lewego spostrzegało się okrągłe i miękkie nabrzmienie, zajmujące okolice worka łzowego i przedstawiające w swoim obrębie przetokę, w której ukazywały się łyzy i krople rzadkiej ropy. Nabrzmienie nie było bolesne ani samodzielnie, ani przy ucisku, pokryte skórą prawidłową i wogóle nie przedstawiało żadnych objawów zapalnych. Łzawienie nie istniało ani wówczas, ani poprzednio.

Gruczoły sąsiednie i dalsze nie były obrzmiałe; gorączka w ciągu choroby nigdy nie miała miejsca.

Oprócz wymienionych objawów chory przedstawiał ślady przebytej jaglicy, w postaci blizn na spojówce powiek obu ocz, znieknięć na lewej rogówce i zrostów spojówki (symblepharon) w wewnętrznym kącie oka lewego; w oku tem istniało poprzednio zawiązanie rzęs (trichiasis), wskutek którego chory musiał od czasu do czasu wyrwać sobie rzęsy. Stan ten, jak widzieliśmy, zmienił się w ciągu choroby na odwrotny, mianowicie na odwiniecie powieki.

Właściwości wrzodów i charakter ropy, sączącej się z przetoki łzowej, nasuwały rozpoznanie gruźlicy. Wprawdzie brzegi wrzodów nie przedstawiały szarawych gruzełków prosówkowych, lecz wiemy, że gruzełki te nie zawsze mogą być spostrzegane, gdyż ulegają szybkiemu rozpadowi, powiększając sobą wrzód. Zazębienie brzegów wrzodów wskazywało, że gruzełki musiały poprzednio tu istnieć, gdyż zazębienia wytwarzają się wskutek rozpadu gruzełków.

Rozpoznanie gruźlicy potwierdzało się wykluczeniem wszelkich innych podobnych spraw chorobowych powieki. Owrzodzenia przy płaskim raku skórnym (ulcus rodens) przedstawiają różowe, błyszczące dno, podobne do ziarniny; dno

twarde, otoczone twardym brzegiem albo guzowatym wałem, który następnie zwykle rozszerza się.

Wilk powstaje w dzieciństwie lub w wieku dojrzałym, bardzo rzadko w starości; w większości przypadków rozszerza się na skórze symetrycznie. Wrzody odznaczają się czerwonym dnem, łatwo krwawiącym, otoczonym sino czerwoną obwódką; w okolicy wrzodów widzimy charakterystyczne planki albo grudki i blizny.

Wrzody przy kile guziczkowej i pryszczowej posiadają dno zagłębione, brzegi twarde, jakby ścięte, zazębione i wystające nad powierzchnię skóry; otoczone są obwódką miedzianej barwy i pokryte grubą żółtawą warstwą nalotu. Występują jednocześnie z innymi objawami kily i zwykle wywołują obrzęknięcie sąsiednich gruczołów.

Wrzody, powstałe z kilaków, są obszerne, odznaczają się nierównym, głębokim dnem i podkopanymi czerwonymi brzegami.

Nie może być mowy w danym przypadku o pierwotnym wrzodzie kilowym, który zwykle bywa jedynym i przedstawia twarde dno i brzegi.

W końcu co do kily musimy dodać, że chory stanowczo twierdzi, iż nigdy jej nie przechodził, a ponieważ jest lekarzem, trudno byłoby przypuścić, że kiła przebiegła u niego niedopatrzoną.

Cierpienie worka łzowego było również niewątpliwie pochodzenia gruźliczego. Brak objawów zapalnych i drożność przewodu noso-łzowego wykluczały zapalenie worka. Wygląd przetoki był również inny, niż spostrzegany zwykle przy tem zapaleniu, mianowicie przetoka była dość szeroka i przedstawiała brzegi czerwonawe i podkopane. Prawidłowy stan górnej szczęki i przestrzeni nosowych i brak obrzęknięcia gruczołów wyłączały przypuszczenie złośliwego nowotworu. O przepuklinie mózgu (encephalocèle) nie mogło być mowy przy zjawieniu się cierpienia w starości.

Chory jest wysokiego wzrostu, miernej budowy, źle odżywiony. Na gruźlicę dotąd nie chorował; w rodzinie, o ile wie,

również jej nie spostrzegano. Płuca i inne narządy nie przedstawiają zbroceń, wskutek czego opisane cierpienie gruźlicze należy uważać za pierwotne; nie myślę, żeby miało początek w okostnej górnej brzegu oczodołowego, co możnaby przypuścić z przenikającego do okostnej wrzodu, gdyż żadne objawy zapalenia okostnej nie występowały w ciągu całego spostrzeżenia.

Dowiedziałem się od chorego, że cierpienie swoje zauważył od kilku tygodni i że się już zwracał o radę do kol. Dembowskiego, który na naradzie z kol. Hłasko zaproponował mu operację, lecz rozpoznania swego nie powiedział. Później dowiedziałem się od rzeczonych kolegów, że ich rozpoznanie zgadzało się w zupełności z mojem. Chory stanowczo wymówił się od wszelkiego zabiegu operacyjnego i, zwracając się do mnie, prosił jedynie, aby mu przepisać coś antyseptycznego. Wskutek tego przepisałem roztwór 0,02% sublimatu dla stosowania w postaci przymoczeki rozgrzewającej, lecz uprzedziłem, aby wiele nie liczył na ten środek i za kilka dni pokazał się, gdyż prawdopodobnie wypadnie uciec się do energiczniejszego leczenia.

Jednak chory zjawił się dopiero po 11 miesiącach, mianowicie 19 maja 1898 r. Wrzody górnej powieki i nosa były różowawe, pokryte ziarniną; powieka, wolna od obrzęku, była nieco skrócona; odwinięcie brzegu znikło. Przetoka worka łzowego zagoiła się, wytworzywszy głęboką bliznę, worek zarósł, powstało łzawienie, którego poprzednio nie było. Oprócz wymienionego roztworu sublimatu, chory żadnych środków lekarskich nie używał.

W kilka miesięcy później pokazałem chorego w Towarzystwie lekarskim wileńskim na posiedzeniu 24 października r. 1898. Górna powieka i sąsiednia część nosa były pokryte bliznami; jedynie tylko wrzód głęboki około otworu nadoczodołowego nie w zupełności był zagojony i zrastał się z okostną. Na nosie w miejscu głębokiego wrzodu znajdowała się wciągnięta wewnątrz blizna, nieprzyrośnięta do kości. Na brzegu powieki, w bliskości wewnętrznej kąta oka utworzyła się

szczelina, podobna do kolobomatu wrodzonego, jako skutek skurczenia się blizn w tem miejscu. Górna powieka jest skrócona, lecz przy zamykaniu zakrywa, z dolną, gałkę oczną, z wyjątkiem małego wewnętrznego odcinka.

W obrębie worka łzowego w miejscu, w którym przedtem znajdowała się przetoka, utworzyła się głęboka blizna, nieprzyrośnięta do kości. Powstało łzawienie oka lewego wskutek zamknięcia worka łzowego.

Blizny na powiece i na nosie są gładkie, miękkie i, z wyjątkiem dwóch wymienionych, powierzchowne; nie są one podobne do pozostających po wrzodach kilowych albo po wilku i po płaskim raku skórnym, lecz takie, jakie mogą być wytworzone przez wrzody gruźlicze.

Koledzy na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, tak ci, co widzieli chorego w pierwszym okresie cierpienia, jak również inni, którzy ujrzeni go po raz pierwszy, jednomyślnie uznali, że choroba, która miała tu miejsce, mogła być tylko gruźlicą.

Oprócz opisanych objawów powstał w tym czasie nowy, dotąd niespostrzegany, mianowicie znieczulenie rogówki i spojówki gałki lewego oka i znaczne osłabienie czułości skóry czoła w obrębie lewego nerwu nadoczodołowego (n. supraorbitalis), skóry lewej powieki górnej i sąsiedniej części nosa. Przypuszczam, że osłabienie czułości skóry czoła zależy od ucisku nerwu nadoczodołowego przez wymienioną głęboką bliznę, zrośniętą z okostną. Odpowiedni objaw na skórze powieki i nosa jest wywołany prawdopodobnie przez ucisk bliznami zakończeń nerwów nadbłoczkowego, podbłoczkowego i nosowrzęskowego (n. naso-ciliaris). Znieczulenie rogówki i spojówki może zależeć od cierpienia tego ostatniego nerwu, z którego powstają korzeń długi (radix longa sensitiva) i nerwy rzęskowe długie (nn. ciliares longi), zaopatrując gałkę oczną w gałązki nerwowe czuciowe, podobnie jak to spostrzegamy przy półpaścu, przy którym cierpienie gałki ocznej i znieczulenie rogówki i spojówki występują najczęściej przy wysypce na sąsiedniej części nosa, oznaczającej cierpienie nerwu nosowrzęskowego.

Stan ogólny chorego pozostał bez zmiany.

W ciągu kilku następnych tygodni zagoił się w zupełności ostatni wrzód, znajdujący się około otworu nadoczodołowego, i odtąd żaden nowy objaw chorobowy nie powstał, co pozwala uważać cierpienie za ukończone.

Oprócz roztworu sublimatu, który stosował pacjent w ciągu kilku miesięcy, żaden środek leczniczy nie był używany. Rzecz naturalna, że i 0,02% roztwór sublimatu, przepisany na życzenie chorego, nie mógł mieć najmniejszego wpływu na przebieg cierpienia. Wyleczenie nastąpiło samodzielnie.

Opierając się na wyglądzie klinicznym wrzodów, przebiegu choroby, właściwościach blizn i wykluczeniu innych podobnych cierpień, uważam za dowiedzione istnienie w przypadku opisanym gruźlicy pierwotnej powieki i worka łzowego. Nie dokonano wprawdzie badania bakteriologicznego, gdyż nie było dlań materiału z przyczyny wstrętu, jaki powziął chory, po propozycji operacyi, do wszelkiego zabiegu, mającego cień podobieństwa do niej, lecz możemy tem się pocieszyć, że w znacznej części przypadków badanie to nie wykazuje przy gruźlicy swoistych laseczników i że objawy kliniczne i przebieg cierpienia dostatecznie wyjaśniają rozpoznanie.

Przypadek opisany jest rzadkim z umiejscowienia sprawy chorobowej na powiece i w worku łzowym i ze szczęśliwego zakończenia. Cierpienie nie przeszło na gałkę oczną, nie stało się ogólnem, lecz znikło bez leczenia, bez polepszenia odżywiania, pomimo, że pacjent cały czas choroby przebył w mieście.

Gruźlica skóry została dokładnie poznana dopiero w ostatnich czasach; na powiekach rzadko ją widziano. Kaposi¹⁾ od r. 1879 do 1898 spostrzegał w swej klinice 22 przypadków gruźlicy skóry (18 u mężczyzn, 4 u kobiet), wśród których nie było ani jednego na powiekach. Chorzy byli w wieku od lat 12 do 60; u 18 cierpiały płuca lub krtani, u 1 kiszeki, w 3 przypadkach choroba była pierwotną na skórze.

¹⁾ Archiv für Dermatologie und Syphilis. XLIII u. XLIV B. Festschrift gewidmet F. I. Pick. I. Theil, S. 373. 1898.

W podręcznikach okulistyki, nawet obszernych, nie ma mowy o gruźlicy powiek; jedynie w najnowszych dziełach lub czasopismach możemy znaleźć o niej wzmianki. Bach¹⁾ zaznacza w ogólnych słowach, że spostrzegał gruźlicę na powiekach w trzech postaciach, mianowicie na skórze, jako rozlane cierpienie chrząstki i, bardzo rzadko, jako chalazion; mógł on w kilku przypadkach poprzeć rozpoznanie swoje doświadczeniem, przenosząc cząstki tkanki chorej do komórki przedniej królików i wywołując w ten sposób gruźlicę u tych zwierząt.

Ta ng l²⁾ znalazł w kilku gradówkach łaseczniki Kocha i na tej podstawie wypowiedział zdanie, że wszelkie chalazion jest utworem gruźliczym. Zdanie to zostało wkrótce odparte przez Deutschmann'a³⁾ i Weiss'a⁴⁾. Doświadczenie wykazało, że przeniesienie do komórki przedniej królika cząstek świeżo wyłuszczonego chalazion nie wywoływało gruźlicy nawet wtedy, gdy chalazion pochodziło od suchotnicy, kiedy tymczasem w drugim przypadku szczepienie królikowi cząstki gruczołu limfatycznego, serowało zwyrodniałego, od dziecka z żołądki, wywołało gruźlicę tęczęwki.

W każdym razie nie możemy zaprzeczyć, że w niektórych, rzadkich przypadkach, chalazion przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych, także rzadkich, kiły.

Sifex⁵⁾ spostrzegł gruźlicę obu powiek oka lewego u sześciolatniego dziecka. Znalazł łaseczniki i rozpoznanie poparł przeszczepieniem na królika z dodatnim skutkiem. Przy obojętnem leczeniu (przemywanie roztworem kwasu borowego) i pobycie na wsi nastąpiło wyleczenie; dolna powieka pozostała zniekształconą, górną zachowała postać prawie zupełnie prawidłową.

¹⁾ Archiv für Augenheilkunde, XXVIII B., S. 36. 1894.

²⁾ Beiträge zur path. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie, Bd. IX. 1890.

³⁾ Beiträge zur Augenheilkunde, Heft. II, S. 109. 1891.

⁴⁾ Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde, Juni 1891, S. 206.

⁵⁾ Berliner medicinische Gesellschaft, Sitzung vom 20 Februar 1895 (w »Berliner klin. Wochenschrift«, Nr 9, 1895, str. 195).

Schmidt-Rimpler¹⁾ spostrzegł u piętnastoletniego chłopca pod skórą dolnej powieki prawej zgrubienia podobne do chalazion; spojówka tej powieki, znacznie obrznięta i zaczerwieniona, była pokryta małymi żółtawymi guziczkami, podobnymi do torebek jaglicowych. Nabrzmienie gruczołów na prawej stronie szyi i gruczołu przyuszne go prawego, który następnie przedstawiał ropienie i owrzodzenie. Żadnych innych objawów gruźlicy u chorego, ani też dziedziczności nie było. Wyłuszczone guziczki podskórne i spojówkowe, przysypano rany obficie jodoformem i pokryto opaską sublimatową; wewnątrz stosowano kreozot. Nastąpiło wyleczenie. Rozpoznanie potwierdzono badaniem bakteriologicznem i przeszczepieniem na królika cząstek guziczek.

W przypadku Sureau²⁾ u 13-letniego chłopca na skórze górnej powieki prawej, nieco niżej otworu nadoczodołowego, utworzył się, po uderzeniu tego miejsca, ropień, który został przecięty, lecz długo nie goił się. Wystąpiły objawy podrażnienia mózgowego. Gdy znaleziono w ropie łaseczniki Kocha, po szerokim przecięciu skóry dokonano wyskrobania górnej ściany oczodołu. Odtąd zaczęły znikać objawy chorobowe i nastąpiło zupełne wyleczenie. W danym przypadku tedy ropień gruźliczy powieki był skutkiem gruźlicy sklepienia oczodołu.

Podobny przypadek zapalenia gruźliczego okostnej i kości oczodołu opisał Maze³⁾.

Również rzadko spostrzega się zapalenie gruźlicze worka łzowego. Schmidt-Rimpler⁴⁾ wzmiankuje jedynie tylko, że worek może ulegać temu cierpieniu. W najnowszym czasie Rochon-Duvigneaud⁵⁾ opisał przypadek, w którym gru-

¹⁾ Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. Wien 1898. Str. 474.

²⁾ Société d'ophtalmologie de Paris. Séance du 13 octobre 1896. (Recueil d'ophtalmologie, octobre 1896, p. 612).

³⁾ Marseille Médical, juillet 1898.

⁴⁾ Op. cit., str. 475.

⁵⁾ Archives d'ophtalm., juin 1898, p. 391.

zlica dotknęła nie sam worek łzowy, lecz wywołała ropień z przodu worka, wskutek czego tętnica kąłowa (arteria angularis), końcowa gałąź tętnicy twarzowej (a. facialis), znalazła się na powierzchni ropnia. Autor zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze tego szczegółu: przy cierpieniu worka łzowego tętnica ta nie może być podniesioną przez nabrzmiałość, lecz pozostaje więcej na przodzie, jest zaś podniesioną przez sprawę chorobową, mającą początek we wschodzącem apophysis lub w okostnej tekoż, t. j. w tkankach, leżących więcej z przodu, niż worek łzowy.

Rokowanie gruźlicy powiek i wogóle skóry zależy od odżywiania ogólnego i stanu narządów wewnętrznych. Kaposi w 12 przypadkach z 22 spostrzegał śmiertelne zejście, w 10 pozostałych, w których widziano polepszenie, śmierć mogła nastąpić później. Według Kaposiego gruźlica pierwotna skóry, bez powikłania ze strony innych narządów, daje częste wyleczenie pod wpływem odpowiednich środków, lub nawet samodzielnie.

Jako leczenie stosowano zabiegi operacyjne dla wydalania ognisk chorobowych, używając w tym celu noża, żyłeczki ostrej albo żegadła. Wielki wpływ wywiera ogólne leczenie wzmacniające i usilne odżywianie. Korzystnie działają środki przeciwgruźlicze, jak kreozot i gwajakol. Hebra i inni przypisują dobry skutek tiosinaminie. Autorowie amerykańscy zaznaczają swoiste jej działanie na keloidy i stare blizny (przy stosowaniu wewnętrznem po 0,06 dziennie, powiększając do 0,20 gr., lub podskórnem trzy razy tygodniowo po 12—18 miligr. roztworu 0,50 tiosinaminy na 25 gramów gliceryny i 25 gramów wody). Środek ten mógłby być użytym przeciw bliznom, wytworzonym przez gruźlicę skóry.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Przyczynek do zachorzeń dnawych (artrytycznych) oka.

Podat

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Wogóle skąpe są nasze wiadomości, dotyczące rzeczywistego związku pomiędzy dną prawdziwą, czy to ostrą czy też przewlekłą a chorobami ocznemi, jeżeli wykluczmy przypadki, które rzekomo na dnie mają polegać, ale w których badanie ścisłego takiego związku nie wykazało. Mąż tak doświadczony na polu praktycznej okulistyki, jako też biegły w teorii i w literaturze przedmiotu, jakim jest Foerster, powiada w znakomitem swem dziele »Allgemein-Leiden u. Veraenderungen des Sehorgans«¹⁾: »Viel weniger als über den Zusammenhang von Augenleiden mit Rheumatismus laesst sich über deren Combination mit Gicht sagen... Aus eigener Erfahrung ist mir darüber nichts bekannt u. die von Hutchinson mitgetheilte reiche Casuistik bezieht sich wohl nur auf arthritis gonorrhoeica oder rheumatismus, nicht auf podagra u. der sich aus demselben entwickelndem chronischen Gicht. i t. d.«

Już więcej przywiązuje wagi do takiego związku Schmidt-Rimpler, który, opracowawszy za przykładem Foerstera stosunek chorób ogólnych do ocznych w dziele, w zeszłym numerze »Postępu« omówionem²⁾, zaczyna artykuł swój odnośny od słów: »die aelteren Autoren haben besonders das Auftreten des Glaukoms auf Gicht zurückgeführt u. daher auch die Bezeichnung Ophthalmia arthritica auf diese Krankheit angewandt. Es ist hier viel übertrieben worden, wenngleich gelegentlich allerdings ein Zusammenhang mit Gicht nicht abzuweisen ist.«

¹⁾ Graefe-Saemisch, Handb. der ges. Augenheilkunde, t. VII, p. 159).

²⁾ Die Erkrankungen des Auges i t. d. na str. 390 i n.

Wogóle panuje pod tym względem pewien zamęt, a lubo zaprzeczyć nie można, że najrozmaitsze choroby w pewnych razach albo wskutek dny powstać, albo przez nią, gdy na innej powstały podstawie, odrębne przyjąć mogą znamiona, to niewątpliwie często dny obwiniają autorzy, nie mogąc innej znaleźć przyczyny cierpienia ocznego. Nie będę wyliczał tych chorób, którym chciano nadać podstawę dnawą, odsyłając pod tym względem czytelnika do przytoczonego powyżej dzieła Schmidt-Rimplera, chciałbym natomiast zwrócić uwagę na chorobę oczną, niewątpliwie, jak badanie wykazało, a leczenie potwierdziło, na dnie powstałą, a przytem, o ile literaturę pamięcią ogarniam, dotychczas nie spostrzeganą, lub, jeżeli spostrzeganą, pod inną może nazwą opisaną.

Pani X., 40-stoletnia, otyła osoba, o wyglądzie nieco skrofalicznym, przybyła do mnie 25 stycznia r. z. z powodu zmiany, jaką spostrzegła na prawem oku przed dziesięciu dniami. Zmiana ta wystąpiła po dwudniowych ogólnych dolegliwościach, a zwłaszcza dolegliwościach w członkach i bólu, objawiającym się przeważnie w oku samem. Z ogólnych chorób nie przypomina sobie żadnej ważniejszej.

Badanie oka wykazało, co następuje: Z kącika zewnętrznego prawego oka wyziera pomiędzy powiekami wyniosłość pęcherzykowata wielkości większej fasoli, gubiąca się nieznacznie poza zewnętrznym kącikiem, a linią lekko łukowatą odgraniczona od góry i dołu; pokrywa właśnie mięsień prosty zewnętrzny i kończy się ostro przy samym brzegu rogówkowym, obejmując mniej więcej $\frac{1}{6}$ obwodu rogówkowego. Pęcherz ten, dość wyniosły, przesuwalny do pewnego stopnia i przeświecający, zdaje się najściślej być złączonym swą podstawą ze ścięgnem mięśnia prostego zewnętrznego. Przeświecając przy bocznej oświetleniu, można dostrzedz kilka zlewających się kropczkowatych ściślejszych zmętnień żółtoszarych, jakby piaskowych, tak na przedniej ścianie tego pęcherza, jako też przy samym brzegu rogówkowym, ale na wewnętrznej powierzchni tej wyniosłości umiejscowionych. Żyły tak powierzchowne spojówki, jako też głębsze (mięśniowe) w obrębie tej wyniosłości

nico silniej nastrzyknięte, ale całe zresztą otoczenie, jako też gałka nie przedstawiają żadnych zbożeń.

Dotyk zaledwo słabe sprawia dolegliwości, a głównie chora skarży się na zawadzanie, przypisywane wysuwaniu się wyniosłości spojówkowej w szparę powiekową, a dalej odgrywają niemałą rolę względy kosmetyczne.

Ruchy gałki nie były wcale upośledzone, silne jedynie zwrócenie gałki na wewnątrz staje się nieprzyjemnem. Wzrok nie różni się niczem od dobrego wzroku lewego oka.

Rozpoznanie tego objawu chorobowego budziło rzadkością swą niemałe zajęcie. Na razie trudno było orzec, z czem mamy do czynienia. Przeciw *wągrowi* przemawiało i powstanie objawu wśród ogólnej niemocy i nie dość ściśle ograniczenie pęcherza, a przedewszystkiem wynik prześwietlenia, przy którym nie mogłem stwierdzić ani ruchów, ani też żadnych wnętrznika części, zwłaszcza sysaka, lub szyi. Nie mogła także być ta wyniosłość *torbielem spojówkowym*, powstającym przez pęknięcie twardówki i wydobycie się częściowe ciała szklistego, które następnie się otorbia, gdyż o urazie nie wspominała chora, ani też gałka nie przedstawiała żadnych onegoż śladów i znamion. Można było jeszcze myśleć o tak zwanym „*dukryops*“ czyli torbielu łzowym, powstającym przez zarośnięcie jednego z przewodów wydzielniczych gruczołu łzowego. Wiadomo, że po takim zarośnięciu, spowodowanem czy to urazem, czy sprawą zapalną, płyn łzowy, zbierając się za zarostem, rozpycha przewód, który odłączywszy się od całości, stanowi potem zbiornik osobny torbielowaty. — Jednakowoż zbiorniki takie torbielowe zazwyczaj umiejscowione są więcej w górno-zewnętrznej części worka spojówkowego, znacząc się wyniosłością części górnej powieki, dalej jeżeli nie są przyrodzone, to do ich powolnego powstawania przyczynia się uderzenie lub skaleczenie, a to, jak rzekłem, musieliśmy wykluczyć. Za cóż więc uważać ową wyniosłość ograniczoną, przeświecającą spojówki gałki?

Okoliczność, że pęcherz ów umiejscowiony był przy samem ścięgnię mięśnia, nasuwała mi myśl, czy nie mam do czynienia

z rozszerzeniem częściowem przestworu Tenona, z rodzajem torebki maziowej (bursa synovialis), otaczającej przyczepy mięśni. Wprawdzie wyraźnie takich torebek u człowieka anatomowie nie przyjmują, ale słusznie, zdaniem naszym, powiada Motais¹⁾: »Ces alternatives incessantes d'enroulements, de déroulement, de tension, de plissements, ne pouvaient exister sans bourses séreuses. C'est pourquoi la capsule bulbaire enveloppe l'extrémité préligamenteuse des muscles droits chez tous les vertébrés. Elle ne varie que dans le degré de son développement, proportionell a l'étendue et la fréquence des mouvements oculaires«.

Stosunek przyczepów mięśni prostych gałki do błony Tenona, względnie powłoczki Bonnetta, nie jest, zdaniem mojem, przez anatomów dość ściśle oznaczony.

Landolt i Eperon w rozprawie: »Anomalies des mouvements des yeux«²⁾ wyrażają się tak: »pour pouvoir s'insérer sur le globe oculaire, les quatre muscles droits sont obligés de traverser la cupule que lui forme l'aponévrose de Tenon. Ils ne la perforent pas, à proprement parler ils la dépriment en doigt de gant, et se trouvent ainsi invaginés par cette aponévrose qui les accompagne jusqu'à leur insertion antérieure«. W takim razie oczywiście nie możnaby myśleć o komunikacyi przestworu torebki Tenona z pochewkami mięśni. Wdrażenia czyli wpochwienia ścięgien mięśni prostych łączyłyby się z t. zw. jamą czyli komorą oczodołową.

Nieco odmiennie przedstawia rzecz Schwabe³⁾, powiada bowiem: »Die Sehnen der Augenmuskeln müssen, um zur äusseren Fläche der Sclera zu gelangen, den Tenon'schen Raum durchsetzen. Dies geschieht der Art, dass die Fascien der Augenmuskeln, welche nach dem Bulbus zu immer ansehnlicher werden, in die Tenon'sche Fascie umbiegen. Man kann also davon

¹⁾ Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés p. 266.

²⁾ Traité complet d'ophtalmologie par L. de Wecker et E. Landolt. T. III, p. 768.

³⁾ Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane. Erlangen 1887, p. 223.

reden, dass die Tenon'sche Fascie an diesen Stellen von den genannten Sehnen durchbohrt wird, der Art, dass erstere Fortsetzungen auf die Oberflächen der Augenmuskeln entsendet, welche zu deren Fascien werden (gaines musculaires). Meist ist die dem Augapfel zugekehrte Seite dieser Muskelscheide mit der Sehne verwachsen, die entgegengesetzte durch einen feinen Spaltraum von der Sehne getrennt, welcher Spaltraum vermuthlich mit dem Tenon'schen Raume communicirt.

Przyjmując anatomiczny stosunek, przez Landolta i Eperona przedstawiony, według którego zatem łączyłyby się pochewki ścięgien mięśni prostych z komorą oczodołową, trudno byłoby zrozumieć wytworzenie się przy ścięgnię mięśniowem pęcherza, napełnionego płynem surowicznym lub mazistym, gdy komora oczodołowa, mieszcząca w sobie mięśnie oczne, żyły oczne i główne pnie nerwów ruchu i pierwszej gałęzi trójdzielnego, napełniona jest przedewszystkiem tkanką tłuszczową.

Polegając zaś na przedstawieniu rzeczy Schwalbego, łatwo zrozumieć, że w pewnych warunkach przestwór torebki Tenona wraz z zawartością jej rozszerza się w stronę sąsiednich przestworków, łączących się z tymym.

Może ten stosunek nie należy do reguły, a jest raczej wyjątkowym. Należałoby to przez ściśle badanie anatomiczne stwierdzić. Może wyjątkowy ten stan zachodził i w naszym przypadku, a wypadaloby wykazać, na jakiej podstawie przyszło w danym przypadku do rozszerzenia i zmian chorobowych tej torebki, będącej poniekąd częścią torebki Tenona?

Złogi, objawiające się na ścianie, kazały się domyślać, że mamy do czynienia ze złogami mineralnemi. Przypuszczając u chorej skłonność gościcową (reumatyczną), przepisałem na razie salophen i założyłem opaskę gliceryno-taninową, wysuszającą. Gdy atoli w dwa dni później żadnej zmiany na oku dostrzedz nie mogłem, a chora jej także nie odczuwała, poddałem ostatnią ściślejszemu badaniu. Najprzód wydobyłem po kokainowaniu sikawką Prawaza część zawartości pęcherza. Przedstawiała się ona surowiczo-mazistą, zbyt atoli małą była ilość wydobyta, by ją można było poddać rozbirowi chemicznemu. Mocz

przedstawiał według rozbioru prof. Stopeczańskiego następujące własności: oddziaływanie kwaśne, ciężkość gatunkowa 1.030, mocznik zwiększony słabo, kwas moczowy zwiększony, fosforany zwiększone. W osadzie kryształki szczawianu wapniowego liczne, a także kryształki kwasu moczowego liczne. W wieczornym moczu, tegoż dnia do badania wziętym, o ciężkości gat. 1.020, były mocznany w znaczniejszej ilości.

Badanie Roentgenowskie rąk wykazało wybitne zgrubienie nasad członków palców, zwłaszcza kciuka. Wobec tego, a zwłaszcza wobec złogów prawdopodobnie artrytycznych na wewnętrznej ścianie pęcherza, przypuszczałem podstawę cierpienia dnawą. Zaznaczyć mi jeszcze wypada, że już w kilka dni po pierwszym badaniu chorej i na lewym oku także przy kąćniku zewnętrznym w odpowiednim prawemu miejscu wystąpiło podrażnienie, nabieg wodnisty lekki, występujący widoczniej przy poruszeniu powiek o gałkę.

Przepisałem ciepłe suche okłady, a wewnętrznie obok środków przeczyszczających piperacynę po 1—2 gr. dziennie w Bilińskiej wodzie.

Od tego czasu widocznie nabieg podspojówkowy lewego oka i pęcherz prawego zaczęły zmniejszać się, owe złogi na ścianie pęcherza prawego oka znikwały, a w przeciągu dwóch tygodni, jak mąż chorej ustnie mi donosił, wszelkie objawy i dolegliwości miały być zupełnie zniknąć. Żałowałem, że nie mogłem stwierdzić sam, o ile używanie środków przepisanych wywierało dalszy dobry skutek, zwłaszcza, o ile owe złogi, tak widoczne przy przeświecaniu, pod wpływem leczenia ustępowały.

Chora i później nie mogła osobiście się przedstawić, ale doniesiono mi, że stan jej oczu nie pozostawiał nic do życzenia.

Możnaby, jak w wielu innych przypadkach, i tutaj mieć pewne wątpliwości, czy rzeczywiście dna była powodem cierpienia ocznego. To, co za dna przemawia, nietylko jest rozbiór moczu, ile raczej poprzedzające wytworzeniu się pęcherza i złogów w nim, ogólne usposobienie chorobowe, a przedewszyst-

kciem skuteczność leczenia obok wyniku badania Roentgenowskim przeświecaniem.

Nie wątpię też, iż dna, tak głęboko wnikająca w ustrój ludzki, częściej występuje, aniżeli to zazwyczaj przyjmujemy i aniżeli przytoczeni na wstępie autorzy na to się zgadzają. Brak ścisłego badania, brak pochwytnych nieraz objawów lub zatarcie obrazu chorobowego przez inne objawy są często tego powodem. Nie przeglądając, bo brak mi na razie na to czasu, protokołów moich chorych, nie umiałbym dokładnie twierdzić, w ilu, i w jakich przypadkach z całą ścisłością dnę o zaburzenia chorobowe oczne posądzić lub jej podstawę oznaczyć miałem sposobność. Przypominam sobie atoli obok ograniczonego zapalenia twardówki (scleritis tuberosa migrans) jako często pochodzenia dnawego także i zapalenie rogówki miąższowe (keratitis sclerosans) u 70-cioletniego obywatela wiejskiego z typowymi napadami podagry. W tym przypadku długotrwałe zapalenie rogówki, jako też napady podagry dały się usunąć uregulowaniem diety, gimnastyką leczniczą, a wewnątrznie podawanem colchicum, obok środków miejscowo stosowanych, przez ciepłe okłady, środki zwiężające, używane naprzemian z rozszerzającymi źrenicę. Przy przestrzeganiu wszelkich przepisów chory, którego miałem sposobność w ciągu dwóch lat ponownie widywać, nie podlegał nawrotom.

Sądzę też, że w niejednym przypadku o tak zwanej »ciemnej etiologii« kryje się dna, której i okulista, chcąc przyczynowo leczyć, przeoczyć nie powinien. Że badanie moczu nie daje nam pod tym względem rękojmi, o tem wszyscy wiemy dokładnie. Pewniejszych wyników spodziewać się można po badaniu krwi, a genialne odkrycie Roentgena najpewniejsze oddaje nam pod tym względem usługi.

Z pojęciem dny łączymy pojawienie się moczowego kwasu we krwi, względnie moczu. Wiadomo jednak, że kwas moczowy zachodzi tam, gdzie są wybitne objawy dny, ale i tam, gdzie tych objawów zupełnie nie ma. — Z tego wynikałoby, że kwas moczowy właściwie pod względem etyologicznym nie odgrywa ważnej roli. Za tem przemawia dna

klas niższych ludności, wypływająca ze zupełnie odmiennych etyologicznych warunków, aniżeli dna ludzi w dobrych żyjących stosunkach, wśród których wielu napotykanymy sybarytów. Niewątpliwie usposobienie moczanowe jest objawem zaburzenia trawienia. Błędy dycetyczne, mianowicie nadużywanie wysokowych napojów, takowe wzmagają, a nieraz żadne leki nie usuwają choroby, gdy przytem dyeta nie bywa należycie uwzględniana; ona zaś sama może często cierpieniu kres położyć. Wiadomo także, że zbytne wysiłki fizyczne, wrażenia moralne wskutek zaburzeń odżywienia cierpienie wywołać lub przynajmniej takowe wzmacniać mogą. Tak więc uregulowanie właśnie stosunków dycetyczno-hygienicznych głównem być winno zadaniem, od którego spełnienia zależy będzie często wynik naszego leczenia specjalistycznego.

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do histologii ran rogówkowych, powikłanych opadnięciem ciała szklistego. Dr. Karol Brudzewski (Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. 1898).

Aby uzupełnić pewne braki w wiadomościach, jakie posiadamy o histologii ran rogówkowych powikłanych wypadnięciem ciała szklistego, podjął Dr. B. szereg doświadczeń na królikach, którym wypuszczał soczewkę z oka, robiąc cięcie rogówkowe nożem Graefego i wycinając szeroko i dobrzeźnie tęczęwkę. Po wypuszczeniu soczewki rozcinał cystotomem tylną torebkę i pozwalał ciału szklistemu wypaść przez ranę. Następnie wyjmował w ten sposób operowane oczy kolejno po upływie 24, 48, 72 godzin i t. d., coraz to później, aby mózł badać drobnowidowo ranę operacyjną w różnych okresach jej gojenia się. Na podstawie całego szeregu takich badań dochodzi autor do następujących wniosków, które sam streszcza na końcu swej pracy:

Ciało szkliste opadło do ranki nie bierze czynnego udziału w tworzeniu blizny, lecz organizuje się jak skrzep zapomocą nowej tkanki z otoczenia wytworzonej.

Pierwszą czynnością regeneracyjną jest pojawienie się przy-

błonka, pod którego osłoną cały proces regeneracyjny się odbywa. Do wypływu ciała szklistego dołącza się prawie stąd wgłobienie się w ranę łączówki lub torebki soczewkowej.

Wypadnięcie ciała szklistego do rany nie przeszkadza wcale tworzeniu się blizny, lecz przedłuża czas gojenia się ranki i nie wywołuje widocznego wrastania tkanki łącznej do środka gałki.

Wyniki te uzyskane u królików można, zdaniem autora, przenieść bez zastrzeżeń na pole patologii oka ludzkiego. Jedyna różnica polega na tem, że sprawa gojenia się przebiega u człowieka zazwyczaj nieco prędzej dzięki należytemu założonemu opatrunkowi, pod którym brzegi ranki lepiej do siebie przylegają, a tem samem mniej ciała szklistego mieszczą między sobą. Ponieważ po trzech dniach cała wystająca przez ranę część ciała szklistego z reguły odpada, dlatego odcinanie jej bezpośrednio po wypływie uważa Dr. B. za zabieg zbytczesny, — zwłaszcza, że nie ciało szkliste, ale łączówka wgłobiona równocześnie w ranę lub torebka soczewki ma najczęściej być tą drogą, po której zakażenie w głąb oka się dostaje. — Pracę Dra B. zdobi tablica chromolitograficzna, przedstawiająca odnośne obrazy drobnovidowe.

Dr. K. W. Majewski.

Beiträge zur Lehre von der Pupillenbewegung. Prof. Dr. L. Laqueur (Arch. f. Augenheilk., 1898. XXXVIII. H. Z.).

W pracy tej podaje autor kilka cennych spostrzeżeń, wzbogacających nasze wiadomości o mechanizmie ruchów źrenicy, a rozpoczyna rzecz od rozbioru działania środków zwężających źrenicę, w szczególności lizostygminy. Po zapuszczeniu kropli rozeżymu tego alkaloidu źrenica zaczyna się zwężać, wnet jednak znowu się rozszerza, ale nie dochodzi już do pierwotnej rozwartości. Po pewnej chwili zwieracz znów się kurczyć zaczyna, tym razem mocniej niż poprzednio, po-tem jeszcze raz daje się zauważyć słabe rozszerzenie źrenicy. I to się powtarza kilka razy, przyczem skurcz zwieracza coraz bardziej przeważa, aż wreszcie otwór źreniczny trwale i zupełnie się zwęża. Podobnie »schodkowato« maraś skurcz akomodacyi po zapuszczeniu ezeryny, co można stwierdzić dokładnem badaniem wzroku, kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu wykonaniem. Przeciwnie pod wpływem atropiny zarówno rozszerzenie źrenicy, jak i porażenie akomodacyi dochodzą do szczytu, wzmagając się powoli, ale zupełnie jednostajnie.

Kurczliwość zwieracza źrenicy jest niezmiernie wielka i przewyższa wielokroć przeciętną kurczliwość innych mięśni gładkich ustroju, a tem bardziej wszelkich mięśni prążkowanych. Zważywszy, że po zapuszczeniu ezeryny średnica otworu źrenicznego wynosi

nie raz za ledwie 1 mm, a atropina z drugiej strony może ten jej wymiar doprowadzić do 9 mm, łatwo rachunkiem wykazać, że zwieracz, posiadający w stanie zupełnego rozkurczu przeszło 28 mm długości, skracą się przez skurez na 3,14 mm, czyli do $\frac{1}{9}$ pierwotnej długości! Nie o wiele mniejszą różnicę w rozwarłościi źrenicznego otworu można sprowadzić w stanie fizyologicznym bez użycia środków farmakodynamicznych, a tylko przez kolejne oświetlanie oka jaskrawym blaskiem i pogrążanie w zupełną ciemność, — zwłaszcza u osobników młodych. Rzecz godna uwagi, że nawet kilkumiesięczne porażenie zwieracza źrenicy, wywołane i podtrzymywane częstym atropinowaniem, nie upośledza bynajmniej tej jego znakomitej kurczliwości, bo po odstawieniu atropiny można, zapuściwszy ezeryng, wywołać zarówno energiczny, jak dawniej, skurez źrenicy. Że skurez ten nie obejmuje jednolicie całego mięśnia, lecz, że zwięźlenie źrenicy jest następstwem równoczesnego skurczu całego wieńca okalających ją wrzecionowatych komórek mięśniowych, które mogą też popadać w stan czynny z osobna i niezależnie od siebie, — na to najlepszym dowodem jest utrzymana kurczliwość źrenicy po urazowym przedurcu zwieracza, po operacyjnym wycięciu kawałka tęczówki lub wreszcie przy częściowym umieruchomieniu brzegu źrenicznego przez tylne lub przednie przyczepiny.

Powołując się na prace Juffera, Gabriëlidesa i Grunerta, oświadcza się autor stanowczo za istnieniem mięśnia rozszerzającego źrenicę, a jako dowód jego umiejscowienia w tylnych warstwach tęczówki przytacza prócz nowszych badań histologicznych także fakt, że po rozszerzeniu źrenicy znika bez śladu czarny rąbek barwikowy, widoczny przy średniej jej rozwarłościi. Gdyby rozwieracz źrenicy leżał w przednich warstwach tęczówki, to rąbek ten powinienby się wtedy tem bardziej wywinąć.

Na końcu swej pracy opisuje prof. L. kilkakrotnie spostrzeżany przez siebie teżec zwieracza źrenicy, występujący czasami bezpośrednio po wykonaniu irydektomii. Po wycięciu dość szerokiego nawet kawałka tęczówki, wytworzona szpara ulegała natychmiastowemu zaciśnięciu tak, że w pierwszej chwili nie można było w tęczówce dostrzedz żadnego rzytka. Dopiero po kilku minutach brzegi szpary zaczynały się powoli rozehylać. Zjawisko to przypisuje autor tęczowemu skurezowi zwieracza, wywołanemu bodźcem mechanicznym, jaki stanowi uchwylenie tęczówki szczypcami, zwłaszcza, jeśli tęczówka jest choćby cokolwiek zapalnie podrażniona.

Dr. K. W. Majewski.

Experimentell-bacteriologische Studien zur Lehre von der sympathischen Ophthalmie. Dr. Alfred Moll in Berlin (Centralblatt f. Augenheilkunde, Grudzień, 1898).

Mimo olbrzymiej literatury, jaką się sprawa zapalenia współczulnego może poszczycić, wiele jeszcze brakuje do jej zupełnego wyświetlenia. Za punkt wyjścia dla swych poszukiwań obrał autor tezę Schmidt-Rimplera, wedle której podrażnienie nerwów cząskowych oka skałeczonego wywołuje na drodze odruchowej zaburzenie w krążeniu i w odżywieniu oka drugiego, a przez to budzi w oku tem »skłonność« do zapalenia współczulnego, ale nie sprowadza samej zapalnej sprawy, która wybucha dopiero po zadziałaniu bodźca zapalnego, czy to chemicznego, czy ustrojowej natury. Doświadczenia swe wykonywał Dr. M. na królikach w sposób następujący: W głębokiej narkozie wprowadzał do przedniej komory jednego oka przez rąnkę, zadaną rogówce nożem grotowym, mały kawałeczek wyzarczonej blaszki miedzianej i wbijał ją w tęczówkę. Po pewnej chwili wstrzykiwał królikowi do żyły usznej pół cm. sześciennego czystej bulionowej kultury pewnego charakterystycznego prątka (*micrococcus pyocyaneus*), dającego się z łatwością rozpoznać po zielonem zabarwieniu, jakie nadaje żywej. W 24 godzin po tej podwójnej operacji wypuszczał autor przy pomocy wyjąłwionych cewek ciecz wodną z przedniej komory obu oczu i poddawał ją badaniu bakteriologicznemu. W pewnej części doświadczeń do podrażnienia oka nie używał blaszki miedzianej, lecz przypalał rogówkę kamieniem piekielnym. Z 36 królików, użytych do tych doświadczeń, 14 zginęło przedwcześnie pod wpływem wszczepionego jadu, zanim zdołano zebrać ciecz wodną do zbadania; wiadomo zaś, że badanie bakteriologiczne, przedsięwzięte po śmierci, nie jest w tym wypadku miarodajnem. Z pozostałych 22 królików u 17 (t. j. 77,3%) wyhodowano z cieczy wodnej obydwóch oczu charakterystyczne kolonie, barwiące agar na zielono. Badanie krwi, wziętej ze serca, dawało w tych przypadkach również wynik dodatni. Nakoniec u 5 królików (22,7%) ciecz wodna okazała się obustronnie jałową, ale u tych zwierząt badanie krwi, wziętej ze serca, wypadło też ujemnie. Widocznie w przypadkach tych ustroj zdołał weześnie i zwycięsko uporać się ze zakażeniem. Z 20 innych królików, które służyły za świadków, którym zatem wstrzykiwano tylko zarazek do żyły, nie tykając jednak wcale oka — 7 zginęło przed czasem, z pozostałych 13 u 3 tylko (23,1%) znalazł się *micrococcus pyocyaneus* w cieczy wodnej, a u reszły (76,9%), mimo wielkiej obfitości prątków we krwi, ciecz wodna okazała się obustronnie jałową. Dodatkowo próbował M. u 5 królików wpływu pozagałkowego prze-

cięcia nerwu wzrokowego i nerwów rząskowych na los oka sąsiedniego. We wszystkich jednak przypadkach ochronne działanie tego zabiegu zupełnie zawiodło, z czego autor wysnuwa wniosek, że neurorotomia optico-ciliaris u królika, podobnie jak u morskiej świnki (Boucheron) nie wystarcza, aby przerwać ciągłość ów łuk nerwowy, który pośredniczy w odruchowem wywołaniu zmian naczyniowych i odżywczych w oku sąsiednim. W doświadczeniach swych widzi Dr. M. dowód, że, ażeby te odruchowe zmiany naczyniowe i odżywcze przeszły w zapalenie współczulne, potrzebne jest działanie bodźca zapalnego, jakim może być w danym razie zakażenie ogólne; przytacza spostrzeżenia kliniczne, ogłoszone w literaturze, a potwierdzające to zapalrywanie i radzi w razie grożącej sympatii zwracać baczniejszą uwagę na stan ogólny chorego, a w szczególności badać jego krew bakteriologicznie. *Dr. K. W. Majewski.*

Obecny stan naszych wiadomości o nadnerczach i ich czynnościach. Radziejewski. (Berl. Klin. Wochenschrift. Nr 26. 1898).

Autor okulista zajmował się sprawą powyższą w pracowni farmakologicznego zakładu prof. Liebreicha w Berlinie, a przedstawivszy stan wiadomości naszych co do nadnerczy pod względem anatomii, patologii, anatomii, chemicznych badań, podaje wynik własnych dochoდეń doświadczalnych i dołącza uwagi fizyologiczne.

1ccm. roztworu wodnego 10% - owego wyciągu podnosi ciśnienie krwi, tętno zwalnia. Po uprzednim podaniu atropiny lub przecięciu błędnego, zwolnienia tętna nie ma. Ciśnienie krwi podnosi się także po przecięciu mleczka pocięrowego szyi, a zatem zniszczeniu ośrodka wasomotorycznego, po zniszczeniu rdzenia przedłużonego i całego rdzenia. Z tego wynika, że środek ten działa obwodowo na naczynia, co łatwo stwierdzić doświadczalnie: po porażeniu ośrodka naczynioruchowego przez chloral, czynność serca można znowu podnieść nawet po pięciu minutach przez wyciąg nadnerczy.

Działanie miejscowe: Już Bates w Nowym Jorku (Med. Journ.) zaznaczył, że po wpuszczeniu jednej kropli 10% roztworu do oka, spojówka staje się zupełnie białą, i to już po minucie. Białość przez godzinę się podtrzymuje. Nie rozszerza źrenicy i nie poraża akomodacyi.

Praktycznie daje się użyć ta białość dla leczenia zapaleń, połączonych ze silnem przekrwieniem, dla lepszego rozwinięcia działania atropiny lub eseryny, dla wykazania zmian patologicznych (pryszczyki spojówki, zapalenie twardówki).

Wskutek zwięzienia mięśni naczyniowych krwiotoki bywają słabsze przy operacyach.

L'extraît de capsule surrénale. Son emploi dans la thérapeutique oculaire. Hallot (»Thèse de Paris«, 1898).

W Hôtel-Dieu pod okiem Pansa doświadczał autor wyciągu nadnercza, a z licznych bardzo spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków: 1. Wyciąg nadnercza jest barwotwórczym samoistnie i pod wpływem rozmaitych odczynów. 2. Podnosi ciśnienie krwi i zusza naczynia obwodowe. 3. Wstrzyknięty do żył działa silnie trująco.

I pyrokatechina posiada te same własności, ale w mniejszym znacznie stopniu. Własności pyrokatechiny wypływają z połączenia z istotą jeszcze nieokreśloną, prawdopodobnie toksyną. To połączenie, bardzo łatwo ulegające utlenieniu, należy do klasy fermentów rozpuszczalnych. Działanie naczyniozwiązujące wyciągu nadnercza może z korzyścią być zastosowane: przy przekrwieniach spojówki, w zapaleniach rogówki naczyniowych (kératites vasculaires) jako środek hemostatyczny przy krwawieniu z naczyń włosowatych, wreszcie, aby umożliwić znieczulenie kokainą na oczach zapalonych. Działanie tego środka jest obojętne lub wprost szkodliwe w innych zastosowaniach (Według »Revue générale d'ophth.«, 1898. 8).

II.

Wirkung subconjunctivaler Kochsalzinjectionen bei Chorioiditis in macula. Dr. R. Burri. Basel (»Zeitschrift für Augenheilkunde. Heft 1).

Leczenie chorioiditis in mac., polegające na wcieraniach szaruchy, poceniu się, podawaniu jodu, ciemnicy, uległo zmianie od czasu, kiedy Reymond i Secondi, a szczególnie Darier wprowadzili do terapii zastrzykiwanie podspojówkowe sublimatu. Gdy jednak doświadczano, że nie sublimat, ale sól kuchenna, do rozczyntu ddawana, jest głównie środkiem leczniczym, zaczęto jedynie stosować zastrzykiwanie słabych 2—4—10⁰/₀ rozczyntów soli. Rozczynty takie bowiem, działając jako lymphagogum, przyspieszają wessanie i wydalenie wytworzonych sprawami patologicznymi wytworów.

Aby dać obraz dodatnich skutków leczenia chorioiditis in mac. temi zastrzykiwaniami, opisał autor szczegółowo 7 przypadków, w których nie tylko wzrok naosiowy, ale i pole widzenia uległo znacznej poprawie. Postępowanie jest następujące: Po znieczuleniu 2⁰/₀-ową kokainą wstrzykuje się pomału pełną sikawkę Prawaza poprzednio wyjałowionego płynu, poczem chory winien przez 4 godziny pozostać w łóżku. Zastrzykiwania robi się codziennie, a ogólna ilość ich może dochodzić do 40. a nawet 60., odczyn bowiem po każdorazowym wstrzyknięciu jest bardzo słaby i szybko ustępuje.

Dodatką cechą jest jeszcze i to, że wstrzykiwania soli, działając tylko miejscowo na gałkę i jej otoczenie, a nie na cały ustrój, dadzą się zastosować u osób nawet najbardziej osłabionych.

Kuniewski.

Ein Fall vonluetischerChorioiditis disseminata combinirt mitRetinitis haemorrhagica an einemAuge. Prof. Dr. A. Wagemann in Jena (*Die ophthalmologische Klinik.* Nr. 2. 1899).

U 40-letniego chorego, który już raz przeszedł tylko na lewym oku Chorioiditis diss. lueticica wystąpiło w 4 lata później zapalenie naczyńówki po raz drugi na obu oczach, przyczem na lewym także obwodowa Retinitis haemorrhagica w górnym zewnętrznym kwadrancie w okolicy rozgałęzień art. temp. sup.

Zdaniem autora krwotoki siatkówkowe nie były spowodowane zapaleniem naczyńówki ani zakrzepem pnia art. temp. sup., ani też embolią, gdyż perimetr nie wykazywał odpowiedniego braku w polu widzenia, jak również dalej żyły byłyby więcej pokrecone i rozdęte, ale były objawem zadziałania jadu luetycznego wprost na naczynia siatkówkowe. Wskutek tego przyszło do endarteriitis i phlebitis; zmiany zaś zapalne w ścianach tętnic i żył doprowadziły do zaburzeń w krążeniu, mianowicie do częściowych zastoin i przepuszczalności ścian. Dalej, że dotyczyło to tylko naczyń, a nie samej siatkówki, dowodzi, że siatkówka przedstawiała lekkie tylko zachwianie.

Przypadek ten byłby podobny do opisanych przez Leber'a, gdyby nie to, że tamte dotyczyły osób młodych, u których nie można było wykazać ani kiły, ani wady serca, ani zmian naczyńowych. Retinitis haemorr. w następstwie zmian, jakie kiła wywołuje w naczyniach, należy do rzadkości. Przypadki, opisane przez Haaba, Ammanna, Magnusa, Raehmanna, Seggefa, o tyle różnią się od podanego przez autora, że w żadnym nie było równocześnie Chorioiditis diss. Najwięcej podobieństwa patogenetycznego przedstawiały przed 2 lata przez autora opisany przypadek zaburzenia krążenia w jednej z gałęzi art. cent. z równoczesną Chorioiditis aequal. u chorego kiłowego z wybitną miażdżycą tętnic. W tym przypadku jednak nie było krwotoków siatkówkowych.

Na zakończenie wspomina autor jeszcze o *keratitis marginalis* na tle zmian kiłowych, która, jego zdaniem, polega także na specyficznem schorzeniu siatki naczyń, okalających rogówkę. Formą przypomina ona także zapalenia, zachodzące przy innych chorobach ogólnych, jak miażdżycy tętnic, cukrzycy, dnicy i chorobach wątroby.

Kuniewski.

Zur Beeinflussung des prodromalen Glaucoms durch die Accomodation. Dr. O. Lange (»Die Ophthalmologische Klinik«, Nr. 1. 1899).

G. Hess na kongresie w Heidelbergu w 1897 r. wyjawiał zdanie, że akt akomodacyi ma korzystny wpływ w okresie zwiastunowym jaskry. W dyskusyi nad tem Sattler przytoczył przypadek, w którym chory przez czytanie zdolny był opanować porażający się napad. Podobny przypadek, przez dłuższy czas przez siebie spostrzegany, opisuje Lange. Chory, u którego L. stanowczo stwierdził zwiastuny jaskry, w ten sposób przerywał objawy te, że starał się czytać jak najdrobniejszy druk. Sprzeciwiałoby się to doświadczeniom G. Hessa, który dowiódł, że skurcz mięśnia rzęskowego w oku zdrowym nie wpływa na ucisk śródoczny, autor jednak sądzi, że w oku dotkniętem jaskrą skurcz mięśnia rzęskowego, spowodowany przez miotica, i skurcz fizyologiczny, zachodzący przy akomodacyi, wywierają na nieco wzmożone napięcie w okresie zwiastunowym obniżające działanie.

Luniewski.

Erkrankung der inneren Augenhäute durch die Einwirkung grosser Sonnenhitze. Ein Betriebs-Unfall? Dr. G. Brandenburg (»Aerztliche Sachverständigen-Zeitung«, Nr. 2. 1899).

Jeżeli wpływ zaziębienia na powstawanie chorób ocznych odzyskał dziś jako czynnik etyologiczny dawne znaczenie, którego mu przez czas pewien uporeczywie odmawiano, to co do działania nadmiernego gorąca, w szczególności skwaru słonecznego, zbyt mało istnieje ścisłych spostrzeżeń, aby związek tego szkodliwego czynnika z cierpieniami narządu wzrokowego należycie wyświelić. Tem cenniejsze jest każde nowe doświadczenie w tym kierunku. Dr. B. przytacza naprzód dwa odnośne spostrzeżenia, ogłoszone w r. 1893. przez prof. Wicherkiewicza¹⁾. Pierwsze z nich dotyczy 9-cioletniego chłopca, drugie 49-cioletniego mężczyzny. U obydwu pod wpływem udaru słonecznego wystąpiły: ból i zawrót głowy, śnienie przed oczyma, podwójne widzenie, spowodowane niedowładem poszczególnych mięśni ocznych, ściśnienie pola widzenia i obniżenie szybkości wzroku, — przy braku wszelkich zmian wziernikowych. Prof. W. słusznie, zdaniem autora, przypisuje objawy te zaburzeniom mózgowych czynności i podnosi, że, jeśli w literaturze zrzadka tylko znachodzą się wzmianki o ocznych objawach, występujących po udarze słonecznym, to dzieje się to tylko dlatego, że wtedy zazwy-

¹⁾ »Ueber den verderblichen Einfluss des Sonnenlichtes auf das Auge«. Inter. Klin. Rundschau, Nr. 1. i 2. 1893.

czaj objawy ogólne, o wiele groźniejsze, zajmują przedewszystkiem, a nieraz wyłącznie uwagę lekarza. Następnie podaje Dr. B. własne spostrzeżenie ciężkiego, tym razem organicznego cierpienia oczu, wywołanego działaniem nadmiernego skwaru słonecznego. U 69-cioletniego rolnika wystąpiło wśród ciężkiej pracy w polu, podczas niezmiernie wielkiego upału, prawie nagle pogorszenie wzroku. Badanie wykazało: Vpo = palec na 1 m, Vlo = palec przy oku. Wziernikiem stwierdzono: Neuroretinitis oc. utr., która w dalszym przebiegu doprowadziła do zaniku nerwów wzrokowych. Żadnej przyczyny ogólnej nie można było dla tego zapalenia wykazać, mimo sumiennego poszukiwania. Ani kily, ani cukrzyey, ani jakiejś choroby nerek lub serca, ani jakiegokolwiek zbożenia nerwowego, tak samo żadnego przewlekłego zatrucia — chory nie okazywał. Nie nadużywał wyskokowych napojów, ani tytoniu. Jedynie zatem podeszły wiek mógł tu odegrać rolę czynnika usposabiającego, podczas gdy wpływ upału należy uważać w tym przypadku za czynnik wywołujący cierpienie. Dla lekarza, mającego wydawać orzeczenia w sprawach ubezpieczeń od wypadku, spostrzeżenie wyżej opisane ma naturalnie pierwszorzędą doniosłość. Nakoniec przytacza autor z literatury kilkanaście podobnych przypadków zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego w następstwie udaru słonecznego i podnosi, że Schmidt-Rimpler cierpienie to spotykał także u robotników zajętych w hutach i u palaczy okrętowych, którzy zmuszeni są pracować przy niezmiernie silnym ogniu.

Dr. K. W. Majecki.

Ueber das Vorkommen der acuten Pneumokokken-Conjunctivitis. Dr. Junius (Zeitschrift für Augenheilkunde, Heft 1. 1899).

Badania Kocha, Weeks'a, Guaspariniego, Morax'a, Uhloff'a, Axenfelda stwierdziły, że zapalenia spojówki, znane pod nazwą ogólną conjunctivitis simplex, spowodowane są drobnoustrojami. Wszystkie jednak usiłowania, aby dla pojedynczych zarazków wyszukać odpowiednie rozpoznawcze znamiona, oprócz niektórych godnych uwagi spostrzeżeń, pobiły na niczem. Da się to tem wytłomaczyć, że nie każdy zarazek musi wywołać odpowiednią postać, gdyż zależy to od jego żywotności, od odporności osobnika i od innych dotąd nieznanych wpływów. Nie trzeba również zapominać, że pojawianie się drobnoustrojów przywiązane jest do pewnych miejscowości, jak n. p. bacillus Koch-Weeks'a nigdzie w Niemczech, z wyjątkiem Hamburga, nie był stwierdzony.

Badania bakteriologiczne autora, wykonane w 60 wypadkach, wykazały 49, polegających na zakażeniu pneumokokami, i to w 39 samymi pneumokokami Frankel-Weichselbauma, w 18 te-

niż w połączeniu ze staphylokokkami i xerobacillami. Obraz kliniczny przedstawia się następująco: zazwyczaj choroba rozpoczyna się na jednym oku (dopiero w 4—8 dni przechodzi na drugie) łzawieniem, spojówka powiekowa lekko zaczerwieniona, a nastrzykanie spojówki gałkowej i rzęskowe zaznaczone. Dopiero na drugi dzień obok miernego nabrzmienia górnej powieki zaczerwienia się silnie spojówka powiekowa, a nastrzykanie rzęskowe i spojówki gałkowej staje się wyraźne. Objawy te w następnych dniach wzmagają się, najpóźniej jednak w 6 dniu zaczynają się zmniejszać. Charakterystycznymi są także małe kropeczkowate wybroczyny na spojówce gałkowej, które pojawiają się w 2—3 dni i zajmują przeważnie górną połowę. Mimo silnego nastrzykania rzęskowego nie zauważył autor nigdy zajęcia rogówki. Co do wieku (w 49 przypadkach 36) to chorobie podpadają osoby młode od 3—16 lat, rzadziej starsze. Wszystkie te przypadki leczył autor kalomelem, lekkiem tuszowaniem arg. nitr. i okładami z hydr. oxcyan.

Wkońcu wysnuwa autor ze swoich spostrzeżeń wniosek, że zapalenie spojówek, wywołane pneumokokkami, jest bardzo częstą chorobą, prawdopodobnie endemiczną, i że należy we wszystkich pojawiających się ostrych zapaleniach ocznych przeprowadzać ścisłe badania bakteriologiczne. *Laniewski.*

Ueber intraoculare Pseudoneoplasmen nach Cataract-extraction. Dr. Bisli's. Konstantynopol. (»Die ophth. Klinik« Nr 24, 1898).

U 65-cioletniego operowanego, około 5-go tygodnia po operacyi, spostrzegł autor guz, usadowiony w przednim odcinku gałki, przyplaszczony, okrągławy, jasnożółty, wychodzący jakoby z okolicy ciała rzęskowego. Ciało szkliste zmętnione, zresztą dno prawidłowe. T zdawał się być raczej obniżony. Guzek ten w niespełna 2 miesiące znikł zupełnie.

Do dziś dnia znanych jest w literaturze, razem z podanym przez autora, 9 takich przypadków. Pojawiają się one między 2. a 12. tygodniem po operacyi, a rokowanie bywa dobre, gdyż giną bez śladu w 2. do 8. tygodni. Co jest przyczyną tych rzekomych nowotworów, — niewiadomo, a autor zbija teoryę Groenouwa Haaba i Lindemanna i twierdzi, że gra tu rolę zakażenie przez ranę operacyjną, wskutek czego przychodzi do wysięku surowiczowłóknikowego z naczyń rzęskowych; zmętnienie zaś ciała szklistego przemawia za zakażeniem¹⁾. *Dr. Laniewski.*

¹⁾ Niewątpliwie mamy w takich razach do czynienia z ograniczoną sprawą zapalną, prowadzącą do powoli rozwijającego się wysięku, jakto

Zur Kenntnis der sogenannten expulsiven intraocularen Blutungen. Doc. Dr. S. S. Golowin z Moskwy. (Die ophthalmologische Klinik, Nr. 1. i 2. 1899).

Autor spostrzegał dwa przypadki krwotoku naczyniówkowego w klinice okulistycznej prof. Maklakowa w Moskwie. W pierwszym powstał krwotok natychmiast po wydobyciu zaćmy u 66-letniej wieśniaczki, — w drugim u 50-letniej kobiety po rozcięciu rogówki sposobem Saemisch'a z powodu rozległego wrzodu, połączonego z nagromadzeniem się ropy w przedniej komorze. Ten ostatni przypadek jest o tyle ciekawy, że natychmiast po dokonaniu cięcia, pod wpływem niewidzialnej *vis a tergo*, wyskoczyła z oka soczewka, uległszy w zbyt ciasnej ranie znacznemu splaszczeniu, przy czem kąty zostały nieco nadarte, a tuż za nią wytrysło ciało szkliste. Nie czekając dłużej, założono opatrunek, który po upływie pół godziny przesiąkł krwią. Przy zmianie opaski znaleziono w ranie wypadnięte wewnętrzne błony oczne, pokryte krwawymi skrzepami. Jest to pierwszy znany w literaturze przypadek krwotoku naczyniówkowego po keratotomii. Wypadłe części poddał autor szczegółowemu badaniu anatomicznemu, które wykazało jako przyczynę krwotoku częściową utratę warstwy śródbłonkowej i zwyrodnienie ścian tętnic i żył naczyniówkowych.

Dr. K. W. Majewski.

Beitrag zur Therapie und Prophylaxe der expulsiven Hämorrhagie bei der Staarextraction. Dr. C. Peirone z Turynu. (Archiv. f. Augenheilk. 1898. II).

Do rzadkich na szczęście, ale najgroźniejszych może powikłań, zdarzających się podczas operacji zaćmy, należy niewątpliwie krwotok śródgałkowy, prowadzi on bowiem z reguły do utraty oka. Dlatego skrzętnie należy notować każdy nowy sposób, jakim kiedykolwiek udało się zażegnać groźące i przewidywane niebezpieczeństwo takiego krwotoku lub przynajmniej ograniczyć jego rozmiary. Autor opisuje dwa przypadki z kliniki frankfurckiej, w których przyszło do krwotoku naczyniówkowego i utraty operowanego oka i w których prof. Peschel zdołał, operując później drugie oko, zapobiedz szczęśliwie powtórzeniu się takiego nieszczęścia. W obu

sami w kilku przypadkach przekonać się mogliśmy. Przyczyną zaś takiego wysięku może być silniejsze obrażenie części ciała rzeszkowego w czasie operacji. Bistis powiada wprawdzie o swym przypadku, że przebieg tak operacji jako też i gojenia był prawidłowy, ale nie opisuje wyglądu wzernikowego, gdy *«endliche Sehschaerfe mit geeigneten Gläsern»* wynosiła tylko $\frac{1}{4}$, co stanowiło nie odpowiada wysokość przeciętnej po prawidłowej operacji zaćmy niepowikłanej. *II.*

przypadkach obwinia autor o wywołanie krwotoku wybitną, ogólną miążdżycę tętnie. W pierwszym z nich, u 75-letniej kobiety natychmiast po wypuszczeniu soczewki wystąpił gwałtowny ból, brzegi rany rozwarły się szeroko i mimo, że z zewnątrz oko żadnego nie doznawało ucisku, ciało szkliste, jakby jakąś siłą wypierane, w dość znacznej ilości wydostało się na zewnątrz, a równocześnie ukazał się w głębi ciemnoczerwony odbłask. W następnej chwili fala krwi pojawiła się w ranie i utworzyła natychmiast zbity skrzep. Założono wilgotny opatrunek sublimatowy i zalecono bezwzględny spokój. Opatrunek trzeba było często zmieniać, bo ustawnie krwią przemakał. Trzeciego dnia odecięto wystającą z rany krwawą masę, a badanie drobnovidowe wykazało, że w skład jej wchodziły: ciało rzęskowe, siatkówka i naczyńcówka, pokryte i porozdzielane skrzepami krwi. Przez dwa tygodnie trwał krwawy wypływ, poczem oko przeszło powoli w zanik i utraciło do reszty poczucie światła.

W kilka miesięcy później zgłosiła się chora z dojrzałą już zaćmą na drugim oku. Prof. Peschel, chcąc odwrócić powtórnie, a bardzo prawdopodobną katastrofę, wybrał postępowanie, które okazało się zbawiennem: Naprzód rozciął tylko łobek igielką dysceysyjną, nadając cięciu kształt litery N i sięgając niem o ile możności jak najgłębiej w miąższ soczewki. Ciecz wodna, wnikać przez szeroki otwór obficie między warstwy soczewki, zamienia w takich razach w ciągu kilku dni nawet twarde jądro na półpłynną masę. To też i tu po tygodniu wystarczyło krótkie, prostolinijne cięcie, wykonane w rogówce nożem grołowym, aby wypuścić bez trudu rozmiękłą soczewkę. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Po dwóch miesiącach bystrość wzroku przy użyciu odpowiednich szkieł wynosiła $\frac{6}{12}$, przyczem operowana czytała najdrobniejszy druk Snellen'a.

W drugim zupełnie podobnym przypadku uciekł się prof. Peschel do tego samego sposobu, aby uchronić drugie oko przed smutnym losem, jakiemu uległo oko najpierw operowane, a skutek był, równie jak w pierwszym przypadku, pomyślny. Zapobiegawczą wartość tego przezornego postępowania przypisuje autor tej okoliczności, że krótkie cięcie prostolinijne, zwłaszcza przy skośnem prowadzeniu noża przez warstwy rogówki, zwłaszcza mniej obniża napięcie gałki, niż szerokie cięcie pławowe, które pozwala brzegom rany za łada uciskiem szeroko się rozehylić.

Dr. K. W. Majewski.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Association of American Physicians. 13. kongr. w Waszyngtonie. 3—5 maj. 1898.

W sprawie błędów w różniczkowym rozpoznawaniu kiły, a gruźlicy zdaje sprawę Dr. Janeway. Podaje kilka własnych przypadków, uważanych za gruźlicę, gdy w rzeczy samej rozchodziło się o kiłę. Młody człowiek od dawna leczony był w lecznicy dla suchotników bez najmniejszego skutku. Tymczasem J. odkrył zapalenie wątroby i inne objawy kiły, a zapoczątkowane leczenie przeciwkiłowe najpomysłniejsze odniosło wyniki.

W innym przypadku przy częstej gorączce, potach i bólach w górnej prawej części klatki piersiowej podejrzywano gruźlicę płuc i wysłano chorego do lecznicy klimatycznej. Później wystąpiła przetoka w miejscu bolesnem klatki piersiowej, a badanie zgleźbieniem wykazało zachorzenie dwóch żeber. Leczenie przeciwkiłowe usunęło wszelkie objawy. W podejrzanych przypadkach przypuszczać wypadła kiłę, jeżeli się wyraźne objawy chorobowe gruźlicy nie zjawiają.

Atkinson zwraca na to uwagę, iż w ciemnych przypadkach nieraz kiła jest podstawą cierpienia. Leczył on majątką z powodu uporeczywego kaszlu. W płucach nie mógł A. żadnych odkryć zmian wybitnych; również nie znalazł w płwocinie prątków gruźliczych, ale natomiast stwierdził powiększenie wątroby i białkomocz z walczkami nerkowemi. Z powodu gorączki przypuszczał ropień wątroby, ale nie mógł go, pomimo ponownych usiłowań, wykazać. Skłaniano się następnie do przypuszczenia malaryi, ale poszukiwania w tym kierunku nie dały również podstawy do ścisłego rozpoznania. Gdy teraz prawe jądro zaczęło nabrzmiewać, przepisano, mimo, że chory do kiły się nie przyznawał, jodek potasu. Już po kilku dniach gorączka ustępowała, a przeprowadzone leczenie ściśle przeciwkiłowe zupełnie chorego postawiło na nogi.

Referent niniejszego sprawozdania z własnego doświadczenia mógłby cały szereg przytoczyć przypadków, gdzie przez lata całe leczono na rzekomą gruźlicę, gdy przypadkowo występujące cierpienie oczne pozwoliło właściwą oznaczyć cierpienia naturę. Niechaj mi wolno będzie jeden przypadek w krótkości naznaczyć. Przed 15 laty zgłosiła się do mnie w Poznaniu pacjentka 30-stoletnia z porażeniem mięśnia prostego odwodzącego oka lewego. Wywiady wykazały, iż chora od 5. lat choruje na płuca, rok w rok spędza lato w Reinerz na Śląsku pruskim, ale stan coraz więcej się pogarsza i chora coraz więcej chudnie.

Dokładne badanie całego ustroju kazało domyślać się podstawy kilowej tak cierpienia płucnego mocno rozwiniętego, jako też i porażenia odwodzącego, a dalsze badanie pod tym względem męża chorej tylko potwierdzić mogło słuszność przypuszczenia. Leczenie wiecierkami bardzo korzystnie na cierpienie jedno i drugie wpłynęło. Chora już więcej nie potrzebowała szukać ulgi dla cierpienia płuc w zdrojowiskach i wkrótce nie tylko odzyskała zdrowie, ale znacznie przytyła, i do dziś wolną jest od nawrotów. H.

2. Allgemeiner aerztlicher Verein w Kolonii. Na posiedzeniu 12. grudnia z. r. mówił Dr. Proebsting o nagłym zaniewiedzeniu w następstwie ubytków krwi.

Zaznaczywszy objawy kliniczne zaniewiedzenia lub niedowidzenia po utraatach krwi, zwłaszcza przez krwiotoki żołądkowe, lub też połogowe, przechodzi do oznaczenia znanych teorii, mających objawy oczne tłomaczyć: a słusznie przyznaje, że żadna z dotychczasowych teorii nie zupełnie rzecz tłomaczy. Badanie anatomiczne w jednym przypadku Hirschberga stwierdziło zanik nerwów wzrokowych, sięgający aż do skrzyżowania się nerwów; w innym przypadku, przez Zieglera badanym, stwierdzono stłuszczenie nerwu i siatkówki; Ziegler tłomaczył to stłuszczenie miejscową ischaemią, w następstwie miejscowych skurczów naczyń pochodzenia mózgowego. Dla wytłomaczenia tego kurezu przypomina prelegent doświadczenia Lusanny, Ebsteina i Brown-Séquarda, wykazujące bezpośrednią zależność naczyń żołądka i kiszki od pewnych części mózgu. Obrażenia tych części, a zwłaszcza przednich wzgórków czworacznych, wzgórków wzrokowych (thalamus opticus), wywołać mogą liczne wynacznienia błony śluzowej żołądka i jelita grubego, co tłomaczy się nagłym kurezem małych tętnic i żył w odpowiednich miejscach przewodu pokarmowego.

Może naodwrot krwiotoki narządów klatki piersiowej i brzucha wywołują kurez naczyń mózgu.

Dr. Huisman nie zgadza się na teorię działania zwrotnego, nie może bowiem sobie tego wytłomaczyć, jakby kurez mógł się tak długo utrzymać, by trwałe spowodować zaburzenia, gdy wiadomo, że po kurezu wnet następuje rozkurez, czyli zwolnienie. Przyjmuje on raczej wodnicę (hydrację) mózgu, jako przyczynę braku dostatecznego odżywienia nerwów wzrokowych.

Proebsting odpowiada na to, że krwiotoki są często bardzo nieznaczne, dlatego nie można w takich razach ani o anemii, ani o hydracii mówić, a z drugiej strony musiałyby te objawy daleko częściej występować przy i po operacjach, połączonych ze znacznym ubytkiem krwi, czego się jednak nie widuje.

Leichtenstern przypomina, że przy tak zwanej samodzielnie anemii i przy anemii wskutek bohricephalus, nawet krótkotrwała niedokrewność wywołuje zwyrodnienie tylnych powrzodów mleczu, podobnie jak przy tabes, jak to Liechtheim, Minnich i inni stwierdzili. L. chciałby odpowiednio tłumaczyć zwyrodnienie nerwów wzrokowych, względnie ośrodków wzrokowych przy anemii po krwiotokach żółdkowych i innych. Jeżeli zaś zwyrodnienie to następuje względnie rzadko, to tłumaczyć sobie można okoliczność tę tylko niezbyt często objawiającą się osobistą wrażliwością nerwów wzrokowych (>Muench. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 3).

II.

3. Aerztl. Verein w Gryfyi. Posiedzenie 3-go grudnia 1898 r.

Hochheim mówi na podstawie przedstawionego przypadku o *gruźlicy spojówki*. Chory 76-letni, zawsze przedtem zdrowy, ani co do kły, ani też co do gruźlicy dziedziczością niedotknięty, dostał zapalenia lewego oka, rzekomo po nagryzieniu kości ostrej. Oko to czerwieńło się, bywało z rana zalepione, ale niebolesne. W chwili przedstawienia chorego stwierdzić było można, co następuje: Lewego oka obie powieki lekko czerwone, nabrzmiące, u dolnej powieki brak rzęsów, lekkie odwinięcie obu powiek. Wewnętrzny kąciek zajęty wrzodem, pokrytym ziarniną. Mięska brak. Cała spojówka powiek pokryta granulacjami, które przybrzożną część zniszczyły. U obu powiek w bliskości kącieka zewnętrznego wrzodzik płytki. Spojówka gałki lekko chemotyczna, różowa, po stronie nosa szeroko zajęta guzem, który się daje wyczuć także dołem i zewnątrz pod spojówką i przedstawia się twardym, tak samo jak i spojówka powiek. Rogówka w całości wskutek rozlanego zmętnienia i małych nacieków nieprzezroczysta, a z wszystkich stron powierzchowne naczynia na nią zachodzą. Gałka nieco wystająca w poruszeniach swych tylko ku dołowi upośledzona. Gruzoły *przyuszne* i *podszczekowe niembrzmiałe*. Wzrok przy E. = $\frac{1}{3}$.

Wiek, brak nabrzmięcia gruczolów, brak etyologicznych danych przemawiał za rakiem, *przeciw gruźlicy* zaś wiek. Zestawienie, dokonane przez Eyręgo¹⁾, wykazuje dla gruźlicy spojówki wiek od 10 miesięcy do 30 lat.

Wrzody tuberkuliczne, usadowione, tak samo jak syfilityczne, zwykle na brzegu powiek, mają postać krateru, a spód wygląda serowato. Tutaj usadowienie ich odmienne, a także i zamięcie spodu wrzodu niezwykle. Brak nabrzmięcia gruczolów przyusznych, częściej przy

¹⁾ «Annales d'ocul.» t. 118, str. 120.

raku, aniżeli przy gruźlicy zachodzącej, także przeciw gruźlicy do pewnego stopnia przemawia. Tak więc stawiono rozpoznanie: rak spojówkowy. Tymczasem wycięty kawałek z guza podspojówkowego wykazał typowy gruzołek ze środkowem zserowaceniem i olbrzymiemi komórkami.

Wynik badania barwieniem na prątki tuberkuliczne był dodatni, a także przeszczepienie królikowi do przedniej komórki było skuteczne. Tak więc w tym przypadku kliniczny obraz bynajmniej nie składał się w całość z wynikiem badań histologiczno-bakteryologicznych i doświadczalnych. Prelegent zwraca jeszcze uwagę na trudność rozpoznania różniczkowego pod względem klinicznym a histologicznym. Lubo zazwyczaj badanie histologiczne wystarcza do postawienia rozpoznania gruźlicy, to jednak zachodzą mogą wyjątki, gdzie ono nie wystarcza wobec tego, że i późne kiłowe guzy i wrzody mogą mieć budowę histologiczną zupełnie do gruźliczej podobną, a tylko równoczesne stwierdzenie obecności prątków gruźliczych może rozpoznanie histologiczne upewnić, gdy zaś badanie na prątki wyniku nie daje, doświadczenie na zwierzęciu zastąpić je winno. Przypadek przez Miltval'sky'ego podany poucza nas, że przy braku znamion klinicznego obrazu, histologicznych danych, a nawet i barwienia prątków Kocha, dopiero przeszczepienie tkanki chorej do oka królika może obecność gruźlicy wykazać.

Co do pochodzenia gruźlicy w przypadku przedstawionym, to H. sądzi, że, jak w innych podobnych przypadkach, jest ona pierwotna, pozaustrojowa (eklogene Inf.). Następowa zaś w ciągłości może się rozwijać z galki¹⁾. Prelegent sądzi, że powstawanie zapalenia gruźliczego spojówki na drodze przerzutowej winno jeszcze być wyjaśnionem. Choremu, przez prelegenta przedstawionemu, wyluszczone i spojówkę zajęłą i całą galkę, by go uchronić od dalszych następstw. Z uwagi, dołączonej do referatu, umieszczonego w „Deutsch. med. Wochenschrift». Nr. 3. 1899, dowiadujemy się nadto, że ropa pochodząca z p. k. królika szczepionego, wydała na surowicy prątki gruźlicze czystej hodowli.

H.

V. LECZNICTWO.

7. Protargol. Wobec niedostatecznio przez wielu praktyków cenionych lub przecenianych własności, zaznaczamy, że, według naszego

¹⁾ Także i z worka łzowego, jak przypadek w niniejszym numerze „Postępu» przez Dr. S. Urzemińskiego opisany nas przekonuje, a także sami takie przypadki widywaliśmy.

doświadczenia, a także innych, głównie doskonale działa protargol przeciw zapaleniom rzeżączkowym spojówki, ostrym zapaleniom spojówki, nagminnie występującym, a dalej przeciw rzeżączce worka łzowego (dakryocystoblennorrhoea). — Gdy zapalenia rzeżączkowe straciły swój charakter swoisty, t. j. ropny, wypadła konieczność przejść do środków ściągających, których to własności protargol nie posiada i dlatego w działaniu saletrzanowi srebra nie dorównuje. Własności protargolu, przez nas swego czasu z pewnem ograniczeniem podniesione, a w ciągu dalszych bardzo licznych doświadczeń stwierdzone, i inni poważni autorzy potwierdzili: zaś tacy, którzy pragnęliby mu przypisać, do czego tak skłonni jesteśmy, doświadczając nowego środka i znajdując w nim pewne dodatnie własności, zbyt wiele zalet, przyznają skromnie, że jednak w tych a tych cierpieniach trzeba było uciec się do arg. nitr., do cynku i t. d. I tak Cheney-Boston („Med. and. Surgical Journal“ Nr. 51. 1898.) powiada, że protargolu używał w pięćdziesięciu trzech przypadkach conj. catarrh. acuta, że wprawdzie widywał dobre skutki, ale jednak leczenie było powolne, a nawet nieraz zniewolony był uciec się do zinc. sulf. z kwasem borowym. Według nas już samo swoiste działanie protargolu na dwójki Neisser'owskie zapewnia protargolowi w skarbcu naszym lekowym niepospolite znaczenie.

Zaznaczamy dalej, że protargol, podobnie jak saletrzan srebra, lecz w mniejszym stopniu, zabarwia tkankę tak żywą jak i martwą. Płateczki płócienne, maczane w 2—5 procentowym protargolu, wystawiano przez nas na działanie światła, po kilkogodzinnem działaniu światła słonecznego zabarwiały się ciemno-brunatno, a barwa ta nie dawała się zmyć. Lubo sami na oczach srobrzycy po protargolu nie spostrzegaliśmy, bacząc zawsze na to, by „nie tylko suchą watą ale i wodą“ lub roztworem borowym oczy splukiwać, to jednak może ona przy nieostrożnem stosowaniu wystąpić, jak tego doświadczył Denig (Argyrosis of the conjunctiva the result of Protargol. „The Med. Times and Register“ 24 sept. 1898) u chorego, który z własnego popędu przez 4 miesiące stosował 5 procentowy protargol przeciw przyostremu zapaleniu spojówki. Powstała w tym przypadku argyrosis załameków przejściowych, jak po stosowaniu saletrzanu srebra.

8. Mięsa nie dające się operować, leczono mięszanką toksyn róży i bacillus prodigiosus, zachwała Coley, podając wynik doświadczeń swych w 140 przypadkach. Kokki róży i bac. prod. wyhodowują w tym samym bulionie, a następnie wyjąławia rozgrzaniem hodowli do 58,6. U dzieci i słabych osobników używa hodowli przesączonych, których własność trująca do nieprzesączonych stoi w stosunku 1:10, a nawet 15. Początkowo zastrzykiwano 0,32 sześć. cm. Wpływ zastrzykiwań toksyn ma polegać na szybko postępującej martwicy wskutek ścinania się tkanki i zwyrodnienia tłuszczowego. Niebezpieczeństwo powstać może tylko w razie zastosowania zbyt wielkich dawek albo nieprzestrzegania czystości („Journal of the med. assoc.“ 27/8. 1898).

9. Aipol zachwała Dr. Bonivento przeciw wrzodom rogówkowym, połączonym z opadem ropnym (hypopyon). W 36 przypadkach

udało się wrzody wyleczyć i opad ropy do wossania spowodować. W ten sposób operacyjne usuwanie ropy z przedniej komórki, czy to sposobem Saemisch'a, czy też przez proste nakłucie rogówki, byłoby zbyt szkodliwym. Airol zasypuje się do worka spojówkowego. Proszek airolowy, bezwonny i nietrujący, nie drażni, zdaniem autora, oka i posiada potrzebne własności do pokonania zapalenia ropnego rogówki, jako dzielny czynnik odkażający, a nie wpływający szkodliwie na rogówkę („Klin. therap. Wochenschrift“ 1898. 50—52).

Także Dr. Boneristiani („Supl. al. polikl.“ Nr. 47. 1898.) poleca airol przy ranach, wrzodach wątych, wypryskach ślimaczących, zapaleniach spojówki.

Dalej H. Tausig („W. Med. Presse“ 45. 1898.) zachwala ten środek przy zapaleniu przyszczykowem spojówki i rogówki.

10. Żelatyna jako środek zapobiegający krwawieniu w chirurgii. Jabulay zastrzykuje przed każdym chirurgicznym występem podskórnie w okolicę pola operacyjnego 200 gr. roztworu: 2,5 żelatyny na 100 gr. fizyolog. roztworu soli, a w ten sposób zdołał mięsaki sutkowe i wole operować bez podwiązywania naczyń lub stosowania uciskających kleszczy. Niewątpliwie i w niejodnej operacji ocznej, zwłaszcza na powiekach, można by z tego sposobu, powstrzymującego krwawienie, korzystać („La sem. med.“ 1898. Nr. 56.).

11. Papier sublimatowy wyrabia aptekarz Stern w Wrocławiu. Wyrób ten składa się z papieru przosączającego, 4 cm. szerokiego, 10 cm. długiego, napojonego 1. gr. sublimatu, 0,2 gr. soli kuchennej i czerwonym barwikiem. Zalety papieru wobec używanych zazwyczaj pastylek mają polegać na tem, że przez pośrednictwo papieru rozpuszczalność sublimatu w wodzie staje się łatwiejszą, że unika się ponytek, zachodzących przy pastylkach, branych za pastylki do wewnętrznego użycia, że lekarz dowolną część grama sam przez podział papieru może łatwo zastosować. Dalej zachwala Stern łatwość przenoszenia środka w koptach i trwałość jego („Wochenschr. f. Ther. u. Hyg. d. Augen“ Nr. 18. 1899).

12. Leczenie choroby Basedowa. Wsadzenie galki (exophthalmus) u 55 l. chorej trwało od lat 10. Gdy szyja stawała się coraz grubsza, a serce silniej i częściej uderzało, pojawiły się bóle głowy, wystąpienie galok, obniżenie wzroku, drżenie psychiczne, przygnębienie. Ponieważ leczenie wewnętrzne żadnego nie odnosiło skutku, przystąpił Dr. Libotte do galwanizowania. Szeroką katodę, zgiętą półwałcowato przystosował na szyję, względnie na wole, anodę, nieco mniejszą, również szeroką, na kark. W pierwszych dwóch dniach stosował 10 MA., później 20 i stopniowo aż do 30 MA., i to przez 30 minut. Obok tego używał poleconego przez Vigoroux faradyzowania mięśni ocznych, nerwu sympatycznego i okolicy serea. Po 10 dniowym leczeniu chora wolną była od drżenia, palpitaacyi, oczy mniej były wystające, a usposobienie ogólnie nadzwyczaj się podniosło. Nie mniej i wole się zmniejszyło w sposób widoczny. Po 8. tygodniach powróciła chora rzekomo do zupełnego zdrowia. Skutkiem przypisuje 1. silnym prądom elektrycznym („Zeitschrift für Elektrother. u. aerztl. Elektrotechnik“ 1899. I.). H.

VI. ROZMAIŃCOCI.

Badanie krwi w przypadkach ogólnej świeżej kiły. Wyniki takich badań podał Dr. Calderono w Accademia Peloritana, 30 list z. r., streszczając je jak następuje: W świeżych przypadkach kiły ogólnej z wtórorzędnyimi objawami ilość czerwonych krwinek widocznie zmniejsza się, zawartość hemoglobiny wzrasta się, ilość białych krwinek jako też ich ruchliwość podnosi się. Alkaliczność krwi, odporność czerwonych krwinek i własność trująca surowicy pozostają niezmiennione. Rtgęć, zastosowana jako lek, podnosi barwik krwi, zmniejsza ilość leukocytów. W dawkach zaś trujących rtęć niszczy komórki krwi, zwłaszcza białe, których biologiczna czynność zmniejsza się, pociągając za sobą ciężkie zaburzenia anatomiczne.

Rtgęć w dwojaki sposób może wpływać dodatnio na jad kiłowy: najprzód przez zmianę wytworów, powstałych wskutek podrażnienia jadem kiłowym w ciele, a powtóre przez zniesienie jadu kiłowego, który po wprowadzeniu rtęci do ustroju nie znajduje w nim korzystnych do rozwoju warunków, za czem przemawia pomnażanie się czerwonych krwinek i wzmagająca się ruchliwość białych pod wpływem działania rtęci („W. Med. Wochenschrift“ Nr. 4. 1899).

Zeskórnienie nabłonkowe (xerosis epithelialis). Alessandro podaje na temże posiedzeniu akademii wyniki swych spostrzeżeń i badań, czynionych w kierunku pochodzenia tego objawu patologicznego. U dziewczęcia dotkniętego zeskórnieniem wykrył prątek, który pod względem morfologicznym, biologicznym i zachowania się hodowli odpowiada prątkowi xerobacillus. Zaszczepienie tego prątka królikom, świnkom morskim i gołębiom było dodatnie, ale nie udawało się wytworzyć obrazu klinicznego zeskórnienia (xerosis). Mimo to przypisuje temu prątkowi swoisto chorobotwórcze działanie.

Prątek miękkiego wrzodu (szankra). Lungletowi udało się wyhodować prątek Duroya. Zaszczepienie hodowli wywoływało typowy wrzód, a zaszczepianie z niego znowu dawało doskonałe okazy tego samego prątka, dającego się zabarwiać wszelkimi sposobami znanymi, z wyjątkiem sposobu Grama.

Prątkiem tym jest streptobacillus, $\frac{1}{2}$ do 2 μ długi, a $\frac{1}{3}$ μ szeroki. Hodowla udaje się tylko na skórze ludzkiej, w odpowiedni sposób przez Laugleta przysposobionej, nie udaje się zaś na żadnej innej pożywie, ani też przez zaszczepienie w otrzewną, spojówkę, albo pod skórę („Société de Dermato- et syphilographie“ Nr. 10. 1898.).

Szkodliwe na oko działanie chrysorobiny. Chrysorobina a więcej jeszcze pyrogallol, używane ze skutkiem przeciw łuszczycy (psoriasis), mogą, nie tylko wprost dostając się do oka przy nieostrożnem zachowaniu się chorych, ale także przez ogólne zatrucie szkodliwie działać na oko. Przypadek takiego połączonego niekorzystnego działania na oko opisuje Dr. Linde w Luboce. Chory, leczony dla łuszczycy

maścią Goa w stosunku 1:8, a później 1:1, już po 18 dniach przedstawiał znaczne zmiany na oczach, a mianowicie na prawem oku wystąpiło sine przekrwienie spojówki i nabrzmienie, rogówka wyglądu mleczanego w obrębie szpary przedstawia ubytek nabłonka, 8 mm długi i 5 mm szeroki. Czulość rogówki znacznie upośledzona. Lewego oka nabłonek rogówkowy znaczerowany, czucie obniżone. W obu oczach źrenice znacznie zwężone, nieruchome, tęczęwka przekrwiona, brzeg rzęskowy niebiesko-czerwony. Wzrok znacznie obniżony. W moczu obfita ilość białka i czerwone krwinki z nielicznymi walczkami. Po odstawieniu maści i przy stosownem leczeniu ócz stan polepszył się, ale wzrok zawsze znacznie pozostał obniżonym wskutek plam, jakie na rogówkach się wytworzyły. Gdy wznowiono leczenie luszczycy maścią chrySORobinową, stan ócz znowu się pogorszył.

ChrySORobina wprost na oko działa żrąco, przez wessanie działa pośrednio, a to działanie objawia się wąską źrenicą, nie dającą się nawet atropiną miejscowo zastosowaną rozszerzyć, dalej znieczuleniem rogówki, nastryknięciem naokolorogówkowym i chemicznemi własnościami moczu.

O heterochromii w stosunku do rozwoju zaćmy podaje Bistis z Konstantynopola ciekawe szczegóły: Wiadomo, że barwa tęczęwki zależną jest od barwiku podścieliskowego i od barwiku siatkówkowego. Stosunek obu barwików ważną odgrywa przy tem rolę. Im mniej barwiku podścieliskowego, tem więcej przebija barwik siatkówkowy, a tęczęwka przedstawia się wtenczas niebieskawą, lub nawet, jak u dzieci, u których podścieliskowy barwik dopiero później się rozwija, zupełnie niebieską. Niekiedy dalszy rozwój barwiku podścieliskowego może doznać pewnego upośledzenia wskutek niedorozwoju i objawia się rozmaitem ubarwieniem obu ócz, czyli heterochromią. Otóż Malgat ogłosił w r. 1895 w *Rec. d'ophtalm.* ośm przypadków, w których przy heterochromii oko niebieskie uległo zaćmie, a nowy przyczynek, mający związek przyczynowy pomiędzy różnem ubarwieniem ócz a zaćmą wykazał, podaje Bistis, przypuszczając, iż upośledzenie, powodujące odmienne zabarwienie tęczęwki przez brak pigmentu podścieliskowego, może dać powód i do innych zmian w oku, a mianowicie do rozwoju zaćmy („*Chb. f. pr. Ahk.*“, maj. 1898, str. 136). H.

Ochronne okulary dla kamientarzy. Na posiedzeniu petersburskiego oftalmologicznego Towarzystwa d. 23 grudnia r. z. doc. Dolganow przedstawił nowy typ ochronnych okularów. Są to wielkie i grube szkła (5 centim. w średnicy i 4—5 mm. grubości), wstawione pochyło ku dolowi w metalową oprawę z cienką drucianą siatką u góry i na zewnątrz: od strony nosa i u dołu metalowa oprawa obciągnięta zamszą. Dla robotników, zmuszonych patrzeć w górę, oprawa zmienia się tak, że szkła pochylają się ku gorze, a drucianą siatkę umieszcza się ze strony skroniowej i u dołu. Szkła mogą być wyjęte z oprawy i zastąpione innymi. Waga 40—60 grm., ciężkość ich mało się odczuwa, albowiem opierają się nie na nosie, lecz na czole i twarzy. Ponieważ szkła dość daleko odstają od oczu, przeto niełatwo się

zwilżają potem. Wyrabia je petersburski optyk Urlaub; kosztują pojedynczo 1 r. s. Zdaniem prof. Bellarminowa ochronne okulary typu Dołganowa przewyższają swemi zaletami inne. O ile sądzić można z protokołu, opatrzonego dopiskiem Dra Katz'a, p. Dołganowowi nieznane były ochronne okulary Hillemanusa (1896), z korzyścią używane przez kamieniarzy nad Renem, osobliwie w Holandyi (do nabycia u Olland'a w Utrechie). *Dr. J. T.*

Woda święcona pod względem higienicznym. Wiadomo już skądinąd, iż woda święcona w kościołach, nieraz rzadko odmieniana, a służąca do maczania w niej palców tak zdrowym, jako też chorym, tak czystym rękóm, jako też bardzo brudnym. — może być przenośnikiem rozmaitych chorób. Na kongresie higienistów, jaki w październiku roku zeszłego odbył się w Turynie, przedstawił Dr. Abba wynik swych badań, podjętych z wodą święconą 34 kościołóm w Turynie. We wszystkich przypadkach woda ta była mocno zanieczyszczoną. Przez zastrzykiwania tejże śródtrzewnowo zabijano morskie świnki, wywołując gruźlicę, — nadto stwierdził Dr. Abba rozliczne zapalenia ocz, przez pośrednictwo wody takiej powstałe. Sądzimy, że wobec tego winny zarządy kościołóm uwzględnić zadanie higieny. Odpowiadałyby celowi temu przyrządy, pozwalające maczać palce we wodzie, zamkniętej w naczyniu, nie dopuszczającem pyłu, a sączącej z niego słabym prądem do naczynia podstawionego, również zamkniętego, którego pokrywa środkowym małym otworkiem przepuszczałaby wodę odpływową. W ten sposób zapobiegaloby się zanieczyszczeniu wody święconej, a przez nią przenoszeniu chorobotwórczych drobnoustrojów za pośrednictwem rąk do naszego ustroju. *H.*

IX Zjazd chirurgów polskich zwołuje do Krakowa na pierwszą połowę lipca b. r. przez zjazdów chir. polskich, prof. Rydygier.

Sądzimy, że i okulistów niejedna sprawa, na tych zjazdach poruszana, może bliżej obchodzić, gdyż i okulistyka należy do pokrewnych dziedzin umiętności lekarskich — „Grenzgebiete“. Dlatego nie wątpliwy, że w tym turnieju naukowym i bierny i czynny wziąć powinni udział także i okuliści.

Tegoroczny Zjazd francuskiego Towarzystwa okulistycznego „Société française d'ophtalm“ odbędzie się, jak zwykle, w Paryżu.

Otwarcie Zjazdu nastąpi 1 maja. Referatu: „o usuwaniu przeczyszczającej soczewki“ podjął się prof. Pflueger z Bernu.

Zgłoszenia odczytów przyjmuje aż do 15 marca jeneralny sekretarz Dr. Dubois de Lavignerie (Paris, 56 rue de la Victoire).

„Wiestnik Oftalmologii“, redagowany przez Prof. Chodina w Kijowie, skończył w grudniu z. r. 15. rok istnienia. Ze ważną odgrywa rolę i spełnia znakomicie zadanie w rosyjskiej literaturze lekarskiej, krzewiąc zamiłowanie do naszej specjalności wśród rzeszy lekarskiej swego kraju, za tem przemawia coraz bogatsza treść tego okulistyce poświęconego pisma. Niechaj nam będzie wolno przy tej sposobności pracowitemu redaktorowi, Prof. Chodinowi, przesłać

życzenia, by 25-cioletni jubileusz jego pisma zastał go zawsze pełnego zapału dla nauki i sztuki okulistycznej. *HP.*

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr. Baas, docent prywatny we Fryburgu w Br., mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Współpracownik nasz dr. Bujwid, prof. nadzwyczajny, mianowany został profesorem zwyczajnym higieny przy uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

VIII. LISTY OTWARTE.

LWÓW. Otwarcie kliniki okulistycznej na nowo utworzonym wydziale lekarskim Uniwersytetu lwowskiego odbyło się dnia 25 z. m. Prof. Dr. Machek wyłożył rzecz: „o wpływie nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki. Po wykładzie zwiedzono nowo urządzonej klinikę, która ma po 20 łóżek dla mężczyzn i dla kobiet. Część przeznaczona do celów teoretyczno-naukowych jest oddzieloną od części, w której są pomieszczeni chorzy. Urządzono klinikę, o ile to było można, odpowiednio do celu. Klinika bowiem jest umieszczona w zabudowaniu szpitalnem — uwzględniono wszędzie najnowsze wymogi nauki. Celem należytego oświetlenia wybito kilka wielkich szerokich okien kosztem kraju, oświetlenie jest gazowe w ubikacjach naukowych, elektryczne na oddziale chorych, na którym jest wielka sala operacyjna urządzone wzorowo, według najnowszych wymogów aseptyki. Na chorego przypada 36 m. sześć. powietrza, nie licząc wielkich ubożnych ubikacji.

Z kliniką graniczy oddział okulistyczny szpitala krajowego, którego prymariuszem jest także prof. Machek, urządzonej na 60 łóżek, w ten sposób klinika właściwie rozporządza 100 łózkami.

Wykłady rozpoczął prof. Machek z początkiem półroczną, z powodu niewykończonych robót w klinice, na oddziale ocznym szpitala krajowego. Pierwszym asystentem kliniki jest Dr. Adam Bednarski, drugim Dr. Jan Kreutz. Zastępcą Prof. Macheka na oddziale ocznym jest Dr. Adam Szulistański.

Omyłki drukarskie i inne.

Na str. 21 Nru 1 zam. Dr. Legal czyt. Segal.

„ „ 47: Junge zmarł nie w Petersburgu, lecz w Krymie.

Prof. Treść „Wiestnika Oftalmologii“, redagowanego w Kijowie przez Dr. Chodina, książka za styczeń i luty b. r.

- 1) *O etyologii i leczeniu cierpień dróg łzowych*, Dr. Cahna z Rygi (praca będzie streszczona).
- 2) *O nałożeniu szwu na przenikające rany gałki ocznej*, Dra J. Ginsburg'a, z Woroneża (będzie streszczona).
- 3) *Porażenie n. odwodzącego wskutek ostrego błonicowego zapalenia kanału słuchowego tejże strony*, Spostrzeżenie Dra E. Szymańskiego, z Kurska. Pacjent wyzdrowiał.
- 4) *Wypadek irido-kyklitis zimniczego pochodzenia*, Dra Kirkorowa, w Kiszyniewie.
- 5) *120 operacyj zaćmy z ziemskiej praktyki*, podał Dr A praxsin z Niżnego Nowogrodu. Operował z irydektomią. Ani jaglica, ani lagophthalmus nie stanowiły przeciwwskazania do operacji. Wrazie powikłania dacryocystitis radzi worek łzowy poprzednio wyluszczyć.
- 6) *Sprawozdanie ocznego szpitala Popowych w Kijowie* za r. 1897, podał Dr. M. Kozłowski. Ambulatoryjnie leczono 3459 chorych, stałe 604, wszystkich 4063; ekstrakcyi zrobiono 205, irydektomii 117, oper. ectropion, entropion i trichiasis 122.
- 7) *Sprawozdanie z prywatnej lecznicy w Osadzie Melekessa w gubern. samarskiej*, Dra Sirotkina. Lecznica na 7 łóżek, z których 5 przeznaczono dla ocznych i 2 dla terap. chorych. W ciągu przeszło półtora roku ocznych chorych leczono 1244, z nich 167 stałe. Ekstrakcyi wykonano 30, z nich 26 z irydektomią. Jodoformu wcale nie używa, korzystając z rozczynu sublimatu. *Dr. J. T.*

Konkurs na nagrodę Dr. Jonatana Warschauera.

Akademia Umiejętności w Krakowie ogłasza niniejszem konkurs na nagrodę, ustanowioną przez Dra Jonatana Warschauera, wyznaczając na temat pracy konkursowej:

„Naukowe uzasadnienie organoterapii na podstawie własnych doświadczeń”.

«Praca konkursowa ma zawierać zwięzły zarys historyczno-krytyczny organoterapii, oraz własne doświadczenia autora. Nie wymaga się jednak, żeby doświadczenia autora obejmowały wszystkie dotychczas znane środki; owszem, autor może opracować dokładnie tylko jeden, bądź już znany, bądź też zupełnie nowy środek».

Nagroda konkursowa wynosi 1200 zfr. w. a.

Prace konkursowe należy nadsyłać bezimiennie do Akademii Umiejętności w Krakowie po dzień 31. grudnia 1900 r., z dołączeniem koperty, zawierającej wewnątrz nazwisko i adres autora. Rękopis pracy i koperta mają być zaopatrzone tem samym godłem.

Akademia ogłosi rozstrzygnięcie konkursu na posiedzeniu publicznem w maju 1901 r., a wypłaci nagrodę po złożeniu już wydrukowanej pracy w rocznicę zgonu Dr. J. Warschauera, to jest 10. listopada.

W Krakowie, dnia 10. lutego 1899.

Sekretarz generalny: *St. Smolka.*

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w „Postępie” omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodni.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

WŁADYSŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec

· · · · · ROCZNIK PIERWSZY · · · · ·

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Uszkodzenia oka piorunem.

Przez

DRA JÓZEFA TALKO

(w Lublinie).

Wzmianki o tego rodzaju uszkodzeniach oka w podręcznikach wcale nie znajdujemy. Wypadki jednak są rozsiane w literaturze oftalmologicznej. Ktoby się tem zajmował, temu wskazujemy rozprawę dra Reinewald'a¹⁾, w której zebrał kilkanaście spostrzeżeń, z tych 9 z czasów przedoftalmoskopowych (Anmaurose nach dem Blitzschlag) i 23 z czasów oftalmoskopowych. Te ostatnie dzieli on na 2 grupy — 7 wypadków uszkodzenia piorunem bez powstania zaćmy i 16 wypadków

¹⁾ Theophil Reinewald, Zur Casuistik der Blitzschlagverletzungen des Auges. Inaug. Dissertation. Giessen, 1895., stronie 22.

uszkodzeń piorunowych z utworzeniem się zaćmy, w liczbie których jeden z literatury polskiej¹⁾.

Prócz opalenia i zranienia skóry powiek, spalenia brwi i rzęśców, przekrwienia spojówki, nieraz jej obrzęku (chemosis), spostrzegamy w tych wypadkach lekkie zmętnienie rogówki, iritis, kyklitis z wypociną do ciała szklistego, wynaczynienia w siatkówce i naczyńwce, rzadko pęknięcie tej ostatniej, neuritis, atrophia n. opticy, a nawet oderwanie siatkówki.

Dalej skutkiem uderzeń piorunu powstają: ptosis, niedowład prostych mięśni oka, niedowład akomodacyi, obfite łzawienie i światłowstręt (hyperaesthesia retinae) przy bólach oczu i głowy. Ale co najczęściej daje się spostrzegać — to wytwarzanie się zaćmy w uszkodzonym oku nieraz w kilka nawet godzin, zwykle zaś po kilku tygodniach lub miesiącach. Zaćma piorunowa z początku tworzy się pod postacią tylnej lub przedniej biegunowej, kropczkowatych lub sprychowatych zmętnień w miąższu soczewki, które albo pozostają stałemi, albo też prowadzą w kilka miesięcy do wytworzenia się jedno lub obustronnej kaszowatej zaćmy, przypominającej cukrzycową jej postać.

Oddawna już starano się rozmaicie tłumaczyć tworzenie się zaćmy u rażonych piorunem. Himly obwinił o to oślepiający błysk światła elektrycznej iskry, Yvert (1880) rozdarcie torebki soczewkowej. Leber (1882) twierdzi, że powstaje przytem chemiczno-fizyczna zmiana istoty soczewkowej; nie dopuszcza on chwilowego działania nań podniesionej²⁾, lecz widzi w tem katalityczne działanie elektryczności, ścinającej białko. Nagel (1888) obwinia tu wstrząśnienie soczewki, chociażby nie znaleziono rozdarcia jej torebki. W pouczających wypadkach Vossius'a²⁾ zaćma powstała wskutek zapalenia ciała rzęskowego, które w jednym wypadku 3 razy powtarzało

¹⁾ H. Downar, O zmianach w oku, spowodowanych uderzeniem pioruna („Gazeta Lekarska“, 1877, Nr. 9; z przypiskiem Dr. J. Talko).

²⁾ A. Vossius, Ein Fall von Blitzaffection der Augen (Beiträge d. Augenheilkunde. IV. Heft. Hamburg u. Leipzig, 1892.), a także w rozprawie Reinewalda.

się, składając wypocinę do ciała szklanego. Przyłącza się do tego zapatrywania i dr. Reinwald, uczeń jego, twierdząc, że tu główną rolę gra rolę naczyniówka, względnie ciało rzęskowe wytwarzające zmętnienie ciała szklanego i kształtowanie się zaćmy. Dr. Hess¹⁾ starał się dowieść tego doświadczalnie na oczach królików, u których po silnych uderzeniach prądem elektrycznym stwierdzał zaburzenia w krążeniu krwi w ciałku rzęskowym (przekrwienie nawet po 3 tygodniach i wynacynienia), a to wskutek przewlekłego porażenia ścian naczyń krwionośnych. Hess zresztą obwinia o to odnowienie się nabłonka torebki soczewkowej, lecz gdyby to rzeczywiście miało miejsce, zaćma tworzyłaby się wcześniej (Vossius), naprzykład w kilka godzin, jak w wypadkach Knies'a (1886) i Silex'a (1888), a co rzadko bywa²⁾.

Jakkolwiek bądź: czy prawdziwą jest teoria mechaniczna, czy chemiczna, czy wreszcie zapalna, — w każdym razie musimy uwzględnić u podobnych pacjentów częste zapalenie ciała rzęskowego (kyklitis), połączone z długotrwałymi bólami oczu i głowy.

Piorunowe zmętnienia rogówki bywają albo rozlane, albo dość licznie rozsiane w postaci mętnoszarawych plamek lub kropeczek. Zmiany te były spostrzegane tylko powierzchownie, w warstwie nabłonkowej. Najlepiej je oglądać lupą przy ogniskowym oświetleniu rogówki. —

¹⁾ Experimentelles über Blitzcatarakt (VII. period. internat. Ophthalmologenkongress zu Heidelberg. Wiesbaden, 1888).

²⁾ W rzeczywistości Hess już w 2—4 godzin po przepuszczeniu iskier elektrycznych z butelki Leydena widywał u zwierząt poczynające się zaćmienie w równiku soczewki, równoległe do jej brzegu. Mikroskopijnie stwierdził zniszczenie większej i mniejszej ilości komórek nabłonkowych, a przypuszcza, że i włókna same zmienia przytem ulegają. W przypadku, przytoczonym przez Schleichera (Mittheil. aus der ophthalm. Klinik in Tübingen 1890, p. 295), obniżenie wzroku spostrzegł chory zaraz, powróciwszy w pół godziny po rażeniu piorunem do przytomności. Nie było żadnych objawów kyklitis, tylko zmętnienie soczewki i niedowład akomodacji. *W.*

Pozwalam sobie przytoczyć jeden wypadek uszkodzenia oka piorunem, jaki spostrzegalem w r. 1896. w Razaniu.

18. lipca przywieziono do lazaretu wojskowego szeregowca Samsona Jędruszkowa w stanie zupełnie nieprzytomnym. Tego dnia został on rażony piorunem w polu, niedaleko obozu, w chwili, gdy jechał w wozie; koń, ciągnący wóz, został zabity na miejscu. Chory wymiotował 3 razy, nie przełknąć nie może.

Na drugi dzień obejrzałem rannego wraz z kol. Ławrentjewem, moskiewskim okręgowym okulistą. Chory przyszedł już nieco do siebie, lecz nie pamiętał, co się z nim stało. Opalone włosy przedniej części głowy, lewej skroni, a także lewa brew i rzęsy lewego oka, wąsy i broda również opalone. W lewej nadoczodołowej okolicy opalenizna jakby po przyżeganiu rozpalonem żelazem, silna czerwoność i obrzęk skóry czoła; skóra lewej skroni i całej lewej twarzy też opalona; na lewej stronie szyi podłużna czarna kresa, jakby od pociągnięcia rozpalonem żelazem, także dwie kresy na skórze ponad m. pectoralis, w pobliżu lewego stawu ramieniowego. Ramię ogłuchł tak silnie, że odpowiada tylko wtedy, gdy głośno doń krzyżeć; z lewego ucha sączy się krew. Skarży się na silny ból w oku i w głowie. Dziś wymiotował tylko raz, przełyka swobodniej nieco. Chodzić może, lecz z wielką trudnością, chwiejąc się. Tętno 72.

Stan lewego oka. Obrzękłe i czerwone powieki zakrywają oko, z trudnością tylko może chory cokolwiek je otworzyć. Ruchy g. ocznej prawidłowe. Spojówka powiekowa i gałkowa znacznie przekrwione. Rogówka z lekka mętna wskutek złuszczenia nabłonka na całej jej powierzchni; w poprzek rogówki poziomo przechodzi przez środek źrenicy szarawa cienka rysa; rysa ta, przypominająca takową w szkle po pociągnięciu go dyamentem, wyraźnie widzialna, osobliwie przy bocznem oświetleniu — umiejscowioną była w samej powierzchniowej, nabłonkowej warstwie rogówki; szła ona od skroniowego do nosowego jej brzegu i tu zakończona była kropczkowem wyznaczaniem krwi w rąbku spojówki.

Żrenica nieco zwężona. Oko obficie łzawi przy obfitej śluzowej wydzielinie worka spojówkowego. Chory widzi, lecz niejasno, z powodu zmętnienia rogówki. Prawe oko zdrowe.

Środki przeczyszczające do wewnątrz (calomel). Lód na głowę, zimne okłady na oko i twarz, wkraplanie atropiny.

20. lipca. Chory odkrywa swobodniej oko, z którego obficie wydziela się śluz. Poprzecznej rysy w rogówce nie widać już wcale, rogówka odzyskała prawidłowy połysk wskutek odnowienia się nabłonka.

21. lipca. Żrenica rozszerzyła się od atropiny, lecz nie jest okrągłą, kształtem przypomina lit. D, w stronie bowiem nosowej rozszerzenie niedostateczne, prawdopodobnie wskutek niedowładów włókien mięśniowych tęczówki, gdyż przyrostów jej wcale nie znalazłem. Przytem dolny żreniczny brzeg tęczówki był jakby zawróconym do wewnątrz, ku stronie zupełnie przezroczystej soczewki. Wogóle lewa tęczówka przybrała odmienną od prawej barwę, a to wskutek przekrwienia (hyperaemia iridis).

W lewym zupełnie głuchem uchu wykryto pęknięcie bębienka i ślady wynaczynienia krwi, pochodzącej ze środkowego ucha.

23. lipca. Z ucha wydziela się ropiasty płyn, kanał uszny zwężony wskutek obrzęku jego ścian. Z opalonych części skóra łuszczy się dużymi płatami. Chory skarży się na ból głowy, w oku ani bólu, ani światłowstrętu niema. Łzawienie trwa jeszcze. Żrenica więcej okrągła. Dno oka prawidłowe. Chory twierdzi, że widzi jednakowo obydwoma oczami.

26. lipca. Skóra twarzy, czoła i powiek zupełnie oczyszcza się — naskórek całkowicie odpadł i odnowił się. Przekrwienie spojówki i jej wydzielina także ustały, i tu nastąpiło odnowienie się warstwy nabłonkowej. Visus = $\frac{20}{30}$. Żrenica okrągła, chociaż niezupełnie jeszcze.

12. sierpnia chorego wypisano do pułku morszańskiego, a 15. października starszy pułkowy lekarz pisał mi: pacjent nie słyszy wcale na lewe ucho, uskarża się na ciągły w niem szum; słuch prawego ucha tak jest obniżonym, że chory słyszy tylko głośną rozmowę, lecz słów nie rozumie, słyszy chód

zegarka w odległości 11 centim.: stwierdzono brak dotykowy uczucia w lewej skroniowo-czołowej okolicy.

Naturalnie zwolniono go zupełnie ze służby wojskowej.

W wypadku naszym w chwili zranienia pacyenta piorunem porażony został najbardziej organ słuchu, mniej uszkodzone było lewe oko, przy poranieniu iskrą elektryczną skóry czoła, twarzy, szyi i okolicy stawu ramieniowego. Ucierpiała tylko lewa strona. Oko i poranienia skórne wyleczyły się zupełnie, chory pozostał tylko głuchym.

Nas najbardziej w opisanym wypadku zajmuje postać uszkodzenia rogówki, w której przez dwie prawie doby istniała kresa, dzieląca ją na dwie równe części, górną i dolną. Odpowiadała ona jakby kresom wzgl. zranieniom iskrą elektryczną czoła, szyi i okolicy stawu ramieniowego. Kresa rogówkowa powstała tylko w nabłonkowej warstwie rogówki, dlatego też ustąpiła prędzej, niż powstała na skórze, która była głębiej zadrażnioną.

Godnem uwagi, że jednocześnie z tem, dość oryginalnem, uszkodzeniem rogówki — a którego nikt dotychczas jeszcze nie spostrzegał — stwierdziłem także przekrwienie tęczy (patrz doświadczenia H i m l y'ego) i częściowy jej niedowład przy prawidłowej akomodacji.

Czy soczewka długo pozostała przezroczystą, — powiedzieć nie umiem, ponieważ chorego postrzegałem tylko przez 3 tygodnie.

Patologiczny stan skóry, jak również spojówki i rogówki wywołany był oparzeliną piorunowej iskry; coś podobnego, w mniejszym jednakże stopniu, spostrzegano u robotników, pracujących przy silnem elektrycznem świetle fabryk spajania metali za pomocą elektryczności, działającem na tkanki ciała — przeważnie oczu — nie tylko gorącym, lecz i chemicznie. W każdym razie uszkodzenie oka naszego pacyenta było tylko powierzchownem; prąd elektryczny niby musnął przednią część g. ocznej, oparzywszy ją, zrobiła się kresa w rogówce i wy-maczymienie krwi w limbus conjunctivae, która szybko wessaną została.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

I. Z kliniki uniwersyteckiej ocznej Prof. Dra Eversbuscha w Erlandze:

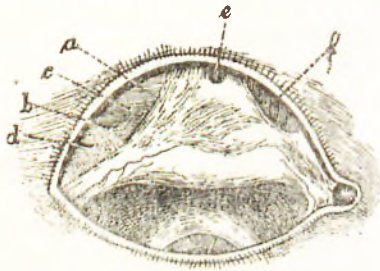
Fornicoblepharon¹⁾

polali

DR. E. GLAUNING i DR. I. ETTINGER.

asystenci kliniki.

12. stycznia 1899. roku przybyła do naszej polikliniki 17 letnia J. Th., prosząc o poradę z powodu słabego wzroku. Obydwie rogówki są zajęte przez gęste, obszerne zmętnienia, będące, wedle podania chorej, skutkiem długo trwającego zapalenia oczu w dzieciństwie, z powodu czego pacjentka przez pewien czas przebywała w naszej klinice. Prócz wymienionych zmętnień i zaćmy prawego oka (cataracta polaris anterior) inne



Rys. A.

zmiany zewnętrznie nie były widoczne. Szpary oczne jednakowej wielkości, spojówka na gałce ocznej zupełnie prawidłowa, ruchomość gałek bez wszelkich przeszkód. Prócz nieznacznego przesunięcia ku tyłowi punktu łzowego prawej powieki górnej, drogi łzowe żadnych nie przedstawiają zmian.

¹⁾ Właściwszą byłaby nazwa zupełnie grecka, hapsidoblepharon od *ἥψις* (sklepienie) i *βλέφαρον*.

Red.

Natomiast po odwróceniu prawej górnej powieki widzimy, co następuje (Rys. A.): wewnętrzna powierzchnia pokryta jest jasno-szaro-różową tkanką o połysku błony śluzowej, która ku dołowi¹⁾ bezpośrednio bez utworzenia załamka przejściowego przechodzi ponad brzeg chrząstki w spojówkę gałki ocznej. Tkanka ta wszędzie jest jednakowo napięta z wyjątkiem wystającego nad poziom nieco grubszego załamka (*a*). Ten ostatni posiada wyraźny brzeg, wskłęsłością zwrócony ku zewnątrz, i biegnie od zewnętrznego kąta powieki ukośnie ku środkowi jej wolnego brzegu. Na dole przechodzi on bez utworzenia sklepienia w spojówkę górnej zewnętrznej powierzchni gałki ocznej, natomiast u góry zrosnięty z powierzchnią wewnętrzną powieki, nie dochodzi do jej wolnego brzegu na jakie 3 mm. Prostopadle do tego załamka, ale głębiej pod nim leżąc, znajduje się drugi, mniej wyraźny załamek (*b*), który dzieli zewnętrzną przez załamek (*a*) oddzieloną część powierzchni wywróconej powieki na dwa trójkąty: górny (*c*) niczem się nie różni od wyglądu zwykłej spojówki; — dolny (*d*) zaś pokryty jest przez gładką połyskującą błonę, która zachodzi pod załamek (*a*). Powierzchnia (*d*) prawie nie wystaje nad poziom właściwy powieki i bez wyraźnej granicy przechodzi w wyżej leżącą prawidłową spojówkę powieki.

Opisana błona w ten sposób zrosnięta jest z górną częścią powieki, że linia zrosnięcia tworzy dwa zagłębienia: jedno w kształcie półkola (*e*), drugie podługowate (*f*), gdzie widoczna jest prawidłowa błona śluzowa powieki. Wywracając zaś nieco więcej górną powiekę, widzimy, że błona wszędzie przechodzi w spojówkę gałki ocznej bez utworzenia sklepienia. Podczas gdy na lewym oku przy lekko masujących ruchach widzimy załamek przejściowy i zraziki gruczołu łzowego, na prawem niczego podobnego nie spostrzegamy. Co za załamek przejściowy przyjąwszy można, jest tylko wypukleniem spojówki, albo też przez brzeg chrząstki w nią przechodzącej błony.

¹⁾ Pojęcia «dół» i «góra» stosują się do odwróconej powieki.

Po obu bokach chrząstki przechodzi błona na gałkę oczną; tworząc kilka poprzecznych załameków ciągnie się ona po stronie wewnętrznej ku nieco zwężonej i ku górze podniesionej plicy semilunaris. Tu, a głównie na dolnym końcu załamek (*a*) przechodzą naczynia bezpośrednio ze spojówki gałki ocznej na błonę. Sama zaś ona przechodzi na jakie 10 mm. ponad brzegiem rogówki z gałki ocznej na powiekę.

Wprowadzając pod załamek (*a*) zgłębnik w kierunku od zewnątrz ku wewnątrz, przekonywamy się, że tkanka wyżej opisana leży na błonie śluzowej powieki, będąc z nią zrośniętą tylko u brzegów. Drugiego otworu nigdzie znaleźć nie można. A zatem tkanka ta przedstawia zdwojenie (duplikaturę) błony śluzowej, która tworzy ze spojówką pod nią leżącą ślepo zamkniętą kieszeń.

Co do powstania tej osobliwości, przedstawiającej rodzaj symblepharon i którą, na podobieństwo »keratoblepharon«, nazwać możemy „*fornicoblepharon*“, to daje nam wskazówki historia choroby z 1891. roku, z której widzimy, że chora przechodziła ciężkie błonicowe zapalenie spojówki. Jak zwykle przy zakaźnem zapaleniu spojówki, i w tym wypadku nastąpiło opuchnięcie załamek przejściowego, które doszło do tego stopnia, że fornix jak worek zwieszał się ku dołowi. Wskutek owrzodzenia spojówki niedaleko brzegu powieki z łatwością przyjsć mogło do zrostu pomiędzy conjunctiva tarsi a opuchniętym załamekiem przejściowym i do wytworzenia opisanego stanu. Zupełna ruchomość gałki ocznej też za tem przemawia, że błona została utworzona kosztem załamek przejściowego.

Usunięcie błony zostało w ten sposób przeprowadzone, że nożycami odcięto od zewnątrz ku wewnątrz tkankę odpowiednio do wolnego brzegu powieki. Zaraz po odcięciu błona znacznie się skurczyła, tworząc coś w rodzaju zasłony między widoczną teraz spojówką powieki i gałki ocznej. Za pomocą kilku szwów błona została przymocowaną do dolnego brzegu chrząstki.

Przy opuszczeniu kliniki stan chorej był następujący (Rys. B):
na dolnym brzegu wywróconej powieki znajduje się na zupełnie



Rys. B.

prawidłowej spojówce jasno-szaro-różowa, miejscami szaroniebieskawo połyskująca tkanka, której górna granica tworzy wyraźną zygzakowatą linię, na obu kresach niewyraźnie się kończącą i biegnącą poziomo od zewnątrz ku wewnątrz. Tkanka ta opuszcza chrząstkę i przechodzi w załamek przejściowy, wypełniający wysokie sklepienie worka spojówkowego. Po obu bokach chrząstki błona przechodzi bez wszelkiego napięcia po stronie wewnętrznej na plica semilunaris, — z zewnętrznej zaś na górną część gałki ocznej. Przez przeniesienie górnej części błony na jej właściwe miejsce, utworzyliśmy prawidłowe sklepienie worka spojówkowego, a przemawia to również za tem, że nazwa „*fornicoblepharon*“ jest w danym wypadku całkiem stosowną.

Erlanga, 25. lutego 1899.

2. Z uniwers. kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza
w Krakowie:

**Przypadek prawdziwej dyfteryi spojówki o lekkim przebiegu
i kilka uwag o znaczeniu bakteryologicznego rozpoznawania
dyfteryi.**

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Ubiegło już 45 lat, odkąd genialny Graefe¹⁾ określił kliniczny obraz dyfteryi spojówki i zwrócił uwagę na chorobę, niewątpliwie ciężką, a często dotychczas zapoznaną. I dziś jeszcze niejednokrotnie prawdziwa dyfterya uważaną bywa za odmienną nieco postać krupu²⁾. Dla nas są to, klinicznie biorąc, postacie zupełnie różne, jeżeli zaś przy krupie i dyfteryeczne występują objawy, to mamy do czynienia albo ze względnem zespoleniem obu chorób, albo najczęściej może z powikłaniem z powodu niestosownego leczenia, a zatem z tak zwaną dyfteryą rzekomą (pseudodiphtheritis). Nie tu miejsce rozstrzygać tę sprawę, wymagającą nie tylko klinicznego doświadczenia, na którem się opieramy, ale także, i to przedewszystkiem, ścisłych badań doświadczalnych na zwierzętach, jako też i mikroskopowych, do których powrócimy przy innej sposobności. Na tem miejscu chcielibyśmy tylko zaznaczyć, że dyfterya i znamionami klini-

¹⁾ Ueber die diphter. Conjunctivitis. »Arch. f. Ophthalm.« I. 168.

²⁾ Wyraz szkocki *croup*, oznaczający dławienie chorego, dotkniętego pewnego rodzaju zapaleniem gardła, dał powód do pomieszczenia pojęć. Krup gardła może być spowodowanym sprawą patologiczną w samej treści błony (diphtheria), ale i wytworem na jej powierzchni, to jest błoną wysiękową. Nigdzie lepiej tej chorobowej sprawy śledzić, nigdzie lepiej różnicy postaci oznaczyć nie możemy, jak właśnie na spojówce.

Przywiązując do wyrazu niekorzystnie obranego *diphtheritis* właściwe patologiczne pojęcie, wypadłoby raczej wyraz ten spolszczyć na zapalenie dławcowe, dławicę, gdyż ono dławi tkanke, doprowadzając ją do zgorzeli, a to, co w szerszem znaczeniu krupem zwiemy, słosowniej byłoby określić mianem zapalenia błoniastego, błonię, gdyż tworzą się przytem rzeczywiste błony.

cznemi wyróżniająca się, a nie mniej i badaniem bakteryologicznem stwierdzona, jako taka może nadzwyczaj łagodnie przebiegać.

A. K., niezamężna, 25 letnia, z Rzeszowa, zgłosiła się 24. lutego b. r. do kliniki ginekologicznej Prof. Jordana. Tamże rozpoznano ciążę ośmiomiesięczną, nie przyjęto jednakże chorej do kliniki, lecz, z powodu równoczesnego cierpienia ocznego, odesłano do kliniki okulistycznej.

Chorą przedstawiono mi 25. lutego. Z wywiadów dowiedziałem się tylko tyle, że już przed rokiem miała mieć zapalenie ocz. Obecnie choruje od 6 tygodni. Co do styczności z innymi chorymi na oczy lub względnie na gardło, nie umie pewnego podać. Badanie ocz wykazało, co następuje:

Powierzchnie oczu nie przedstawiają znamion ciężkiego zapalenia. Zaledwie bowiem słabe występuje nabrzmienie powiek. Po odciągnięciu atoli dolnych powiek, przy czem chora objawia dość silny ból, spostrzegamy przedewszystkiem silne przekrwienie spojówki gałki w dolnych częściach w obrębie przylegania powiek do gałki. Miejsca te nie tylko silnie są przekrwione, ale nadto pod spojówką wyczuć można nabrzmienie czerwone. Pod naciskiem palców naczynia w obrębie tego nabrzmienia tylko nieznacznie zawartość swą tracą, a ucisk właśnie na to miejsce jest bardzo dla chorej przykry. Zmiana ta spojówki gałki, odgraniczona ku górze linią poziomą, u obu oczu przedstawia się prawie w równym nasileniu. Znaczniejsze zmiany można atoli dopiero na dolnych spostrzedz powiekach. Tutaj widzimy u prawego oka: na samym środku powieki wyniosłość szarą, nieregularnie owalną, około 8 mm. długą, a 6 mm. szeroką. Wyniosłość ta nie daje się strącić płatkami nawet przy mocnem potarciu; w otoczeniu tkanka jest zgrubiała, twarda. U lewej dolnej powieki widać tak w spojówce powiekowej, jako też i przeważnie w załamku nacieczenie szarozółte, głębokie, twarde, objawiające się wyraźniej przy ucisku, palcami na powiekę wywieranym. Obok tego powierzchnie nieznaczne blizny. Wydzielina spojówki niezbyt obfita, śluzoworopiasta. Dalej zauważyłem wyprysk przy obu nozdrzach i niezbyt

nosowy. Gruczoły przyuszne obustronnie nabrzmiade, a nawet nieco bolesne.

Wobec tego, że choroba przy 6 tygodniowym trwaniu tak nieznacznie się podmiotowo objawiała, wobec tego, że chora stanowczo twierdziła, iż nie stykała się z żadnym chorym na dyfteryę, przypuszczałem, gdy obraz kliniczny przemawiał za dyfteryą, że chora stosowała niewłaściwie jakie ludowe środki, co przy cierpieniu początkowo względnie nieznacznem spojówki nadało temuż odmiennie znamię, i że zapalenie to uważać trzeba za tak zwaną rzekomą dyfteryę (pseudodiphtheritis). Wielką jednakże bolesność na dotyk, a zwłaszcza nabrzmienie gruczołów przyusznych, nakazywały oględność i ściśłość w ostatecznem choroby określeniu. Rozważałem, czy jednak nie mamy do czynienia z dyfteryą prawdziwą w łagodniejszej postaci, i dlatego zarządziłem wykonanie hodowli celem stwierdzenia swoistości cierpienia. Badanie, dokonane w pracowni Prof. B u j w i d a, potwierdziło moje przypuszczenie, gdyż wykazało ono prątek jadowity¹⁾ dyfteryczny Loefflerowski.

Chorej, którą do kliniki przyjąłem dla dalszego śledzenia przebiegu choroby, przepisałem: stosowanie maści kseroformowej w stosunku 5%, wystrzykiwanie nosa rozczynek lysolu 1/4%, a na wyprysk nosa maść z hydrg. oxyd. v. h. p., plumb. acet. i lanol. Już nazajutrz nacieki spojówkowe zmniejszyły się, a cała sprawa coraz widoczniej poprawiała się. Po kilku dniach nawet nacieki już wealde nie uwydatniały się, a piątego dnia chora opuściła klinikę.

Tak zagadkowe powstanie choroby, trwającej od 6 tygodni, jako też wygląd wybitnie dyfteryczny, a jednak z prze-

¹⁾ Późniejsze doświadczenia, zawsze z wielką uprzejmością, do szczerzej obowiązującą nas wdzięczności, robione w tej samej pracowni, hodowlą tegoż prątka na morswinkach, wykazały: bakterye dyfteryczne o słabej jadowitości — ponieważ u świnki morskiej, szczepionej hodowlą, ujawnił się obrzęk charakterystyczny w miejscu szczepienia. Świnka jednak pozostała przy życiu, gdy zwykle jadowite bakterye dyfteryczne przypawiłyby ją o śmierć.

biegiem choroby bardzo łagodnym, niezmiernie pobudziły ciekawość moją. Dochodziłem, czy może chora, przyjęta na klinikę, nie zaraziła się tamże, mając już skłonniejsze do zachorzenia oko, poprzednią jakąś chorobą osłabione. Rzeczywiście zachodził, jak się dowiedziałem, przypadek dyfteryi na klinice ginekologicznej, ale mówiono mi także, że chora nasza żadnej z tamtą, dyfteryą dotkniętą, nie miała styczności.

Zachodzi pytanie, co stanowi o obecności dyfteryi, względnie krupu: czy obraz kliniczny, czy też badania bakteriologicznego wynik? Naszem zdaniem jedynie obraz kliniczny, względnie patologiczna anatomia, ostatecznie wyrzec mogą słowo. Przy dyfteryi mamy ze sprawą w treści błony śluzowej do czynienia, przy krupie ze sprawą powierzchowną. Jakie drobnoustroje w jednym, jakie w drugim przypadku główną odgrywają rolę, nie mogą nasze dotychczasowe wiadomości dostatecznie rozstrzygnąć, a zdaje się nawet, że dziś większe panuje pod względem rozpoznawczym choroby zamieszanie, aniżeli przed erą bakteriologiczną.

Jaką rolę odgrywają w tych razach drobnoustroje, — to jest rzeczą nie zupełnie jeszcze rozstrzygniętą, a kilka przykładów niechaj posłużą na wyjawienie pewnego zamieszania pojęć.

Zdawało się, że prątek Loeffler'owski jest jedynym kryterjum dla stwierdzenia dyfteryi, tymczasem Dr. Meyer¹⁾ podaje z kliniki uniwersyteckiej wrocławskiej szczegóły o przypadku dyfteryi spojówki, która na jednym oku najprzód łagodnie, a potem, przy dość znacznej gorączce, ciężko przebiegała i do utraty oka doprowadziła, a jednak nie mogły ponowne badania wykazać prątków Loeffler'owskich, lecz jedynie streptokoki. W tym też przypadku surowica Behringa zastrzykiwana żadnego nie wywołała skutku dodatniego.

Godziłoby się atoli zapytać, czy też zapalenie spojówkowe niedyfteryczne innemi okolicznościami nie doprowadziło do tak smutnego przebiegu. Rzecz sama nie dostatecznie wytłó-

¹⁾ »Allg. med. Centralzeit.«. 1897. N. 22.

maczona. Ale jak z jednej strony spostrzeżenia, na pozór przynajmniej dokładne, wykazywać się zdają, że dyfterya może zachodzić bez prątków Loeffler'owskich, tak z drugiej znowu strony krup w czystej postaci odsłania się później jako dyfterya. Za tem przemawiałoby spostrzeżenie Haaba¹⁾, gdzie u dziecka 5 letniego z zapaleniem pryszczycowym powiek, ropnem zapaleniem spojówki i szarozółtym pokładem, który po dwóch dniach znikł, wystąpiło później także dyfteryczne zapalenie gardła. Od tegoż miały się i inne dzieci, na stacyi umieszczone, zarazić. Wobec tego, że nie wykonano badania bakteriologicznego, nie można żadną miarą ściśle oznaczyć, jak to Haab czyni, jakim było zapalenie oka. Prawdopodobnie wystąpiło zapalenie dyfteryczne w okresie rzeżączkowym, lekko przebiegając, albo też dziecko, mając zapalenie spojówki błoniaste, później zapadło na dyfteryę gardła, zaraziwszy się od innych. Do pewniejszych już wyników dochodzi Prof. Uthoff²⁾, który podaje wynik swych badań, dokonanych na 4 przypadkach zapalenia dyfterycznego. Zapalenie to miało przebiegać pod postacią zapalenia błoniastego (krupowego) bez powikłań, bez bliznowatego skrócenia spojówki. A jednak w trzech z tych 4 przypadków można było bakteriologicznie stwierdzić obecność prątków zaraźliwych dyfteryi. Autor, na podstawie tych badań, wyraża przekonanie, że ściśle odgraniczenie zapalenia dyfterycznego od krupowego nie da się przeprowadzić, na co, według własnego doświadczenia, żadną miarą zgodzić się nie możemy.

Ponownie twierdzono, nawet ze strony poważnej³⁾, że przy tak zwanej prawdziwej dyfteryi gardła występowały objawy zapalenia krupowego spojówki, ale wolno zapytać, czy sprawa spojówki nie była albo już osłabioną, albo tylko powikłaniem, albo, co prawdopodobniejsze, czy zapalenie gardła,

¹⁾ »Correspondenzblatt f. schw. Aerzte«. 1897. N. 4.

²⁾ »Berliner Med. Wochenschrift«. 1894. N. 34.

³⁾ Schirmer, Haab, Uthoff, Vennemann, Schmidt-Rimpler.

uchodzące za dyfteryczne, było niem rzeczywiscie. Wszakże trudniej nam to w gardle rozpoznać, aniżeli na spojówce.

Obecność prątków Loeffler'owskich nie może jeszcze, według nowszych badań, rozstrzygać pytania, czy mamy rzeczywiscie z prawdziwą dyfterją do czynienia. Badania bowiem bakteriologiczne Morellego¹⁾ i Sourdilla²⁾ zdają się wykazywać, że i zapalenie krupowe spojówki może być wywołanem przez prątek Loeffler'owski.

Gdy więc, według Morellego, Sourdilla, a także Uthoffa, obraz kliniczny zapalenia krupowego może mieć za podstawę obecność swoistego rzekomo prątka, t. j. prątka Loeffler'owskiego, zaznacza przeciwnie Dr. Mauro³⁾ na 14 kongresie okulistów włoskich w Wenecyi w rok później po Uthoffie, że badając 14 przypadków krupowego zapalenia spojówki hodowlami, nie mógł nigdy wykazać obecności prątka Loeffler'owskiego, natomiast zawsze znalazł streptokoki i stafylokoki ropotwórcze (pyogenes).

Z drugiej strony atoli słusznie zwrócił uwagę Peters⁴⁾ na okoliczność, że nie podobna li tylko na podstawie wyników badań bakteriologicznych wyrokować o dyfteryi. Znalazł on przy zapaleniu krupowem spojówki prawdziwy prątek dyfteryczny, gdy nigdzie zresztą w ustroju dyfteryi nie było, ale wyznaje zarazem, że z pomocą mikroskopu i hodowli samej nie podobna rozróżnić prątków dyfterycznych prawdziwych od rzekomych, czyli prątków jadowitych od niejadowitych (virulente von avirulenten). O jadowitości rozstrzyga ostatecznie wyłącznie doświadczenie na morświńce. Ale i ono nie daje nam zupełnej pewności. Pojęcia pod tym

¹⁾ »Archives d'Ophthalm.» t. XIV, p. 334.

²⁾ Étude clinique, bactériologique et thérapeutique sur la diphtérie oculaire, »Archives d'Ophthalm.» 1893, p. 762.

³⁾ »Annali di Oftalmol.» di Qualino, Guaita e Rampoldi. 1895, fasc. 4 suppl.

⁴⁾ Ueber das Verhaeltniss der Xerobacillen zu den Diphteriebacillen nebst Bemerkungen ueber die Conjunctivitis crouposa. — Sitzber. die niederrhein. Ges. f. Natur u. Heilkunde zu Bonn. 1896.

względem zaczynają się coraz więcej mieszać i potrzeba, zdaniem naszym, podstawowego przekształcenia nauki o swoistości pewnych drobnoustroji. Cóż bo wskaże nam tę swoistość, gdy prątek Loefflerowski zachodzi w wielu chorobach, a nawet wśród prawidłowych naszego ustroju stosunków. Jego warunki barwienia i własności biologiczne nie wyróżniają go od innych prątków, a nadto i doświadczenie na zwierzętach także nie daje nam pewności. Wyraża się przecież pod tym względem Neisser w ten sposób: »Ein Parallelismus zwischen Menschenpathogenitaet u. Meerschweinchenpathogenitaet ist nicht vorhanden, und daraus, dass eine Diphteriebacillencultur für Meerschweinchen nicht pathogen ist, laesst sich für die Virulenz Menschen gegenüber bisher nichts folgern, ein Verhalten, wie es in neuester Zeit für die Streptokokken von R. Koch u. Petruschky erwiesen wurde«.

Może być, że ulepszone badania barwikami rozróżnianie umożliwią, jak to zresztą Neisser¹⁾ zapowiada.

Dopóki to nie nastąpi, trudno w zamieszaniu tem, którego mały nakreśliłmy pobieżnie obraz, opierać się w celach rozpoznawczych na tak jeszcze niepewnych podstawach bakteriologii. Przekonują nas wszakże nasze spostrzeżenia własne, że badanie bakteriologiczne nie wystarcza do stawiania ścisłego rozpoznania, gdyż n. p. i bakterye Loefflerowskie, t. j. zakaźne, mogą się znaleźć w prawidłowej spojówce, a potrzeba nieznanych nam jeszcze okoliczności do wywołania swiego zapalenia, znamiennego pod względem klinicznym, pod względem przebiegu i zejścia choroby.

Obraz kliniczny zapalenia błoniastego jest tak odrębny od zapalenia dyfterycznego, że nie podobna obu spraw równoważyć. Mogą atoli niewątpliwie zachodzić i skojarzenia obu spraw, względnie zapalenie błoniaste może, czy to wskutek niewłaściwego leczenia, czy to w następstwie osłabienia organizmu, przyjąć obraz prawdziwej dyfteryi.

¹⁾ Zur Differentialdiagnose der Diphteriebacillen. »Zeitschr. f. Hygiene u. Infectiouskrankheiten«, t. XXIV, p. 443. 1897.

Jeżeli Vossius¹⁾ wyraża się, że „*die diphtheritische Conjunctivitis entweder mit Faserstoffexsudation in das Gewebe der Bindehaut oder mit Pseudomembranen auf ihrer Oberfläche verlaufen u. dass die Zugehörigkeit dieser als conj. crouposa bezeichneten Form der Bindehautaffection zur Diphtherie nicht nach dem klinischen Bilde sondern lediglich durch die bacteriologische Untersuchung entschieden werden kann*“, — to widocznie nie uznaje głównej różnicy obu spraw patologicznych pod względem pochodzenia, obrazu klinicznego, przebiegu i powikłań, tak odmiennych, tak wybitnych, że nie trudno wprawmemu oku szybko i stanowczo tę różnicę poznać. Przyznajemy, że mogą, jak powyżej zaznaczyliśmy, zachodzić powikłania, ale czyste przypadki już klinicznie dostatecznie się znaczą, hodowla i doświadczenie na zwierzętach mogą nam tylko rozpoznanie nasze potwierdzić, względnie wykazać zespolenie rozmaitych spraw chorobowych.

III. STRESZCZENIA.

Zur Kenntniss der akuten Methylalkohol-Intoxikation.
Prof. Dr. H. Kuhl t. (»Zeitschrift für Augenheilkunde«. 1899. Z. 1).

Dotychczasowe nasze wiadomości o objawach zatrucia alkoholem metylowym są bardzo niedostateczne. U człowieka zatrucia takiego jeszcze dotąd nie opisano. Jedyne Pohl robił doświadczenia na psach i przekonał się, że po podaniu tego alkoholu w ilości około 5 cm. sześciennych na kilogram wagi — zwierzę okazuje zrazu niepokój, po pewnym jednak czasie zasypia głęboko i albo dopiero po kilku dniach z tego snu się przebudza, albo się nie budzi już wcale. — Oględziny pośmiertne wykazują zazwyczaj jedynie znaczne stłuszczenie wątroby. Z badań Pöhla wynika, że alkohol metylowy zatrzymuje się niezmienny przez pewien czas

¹⁾ D. croupose Conjunctivitis u. ihre Beziehungen zur Diphtherie. Sammlung Zwangsloser Abhandlungen. Heft. I.

w ustroju, poczem zaczyna się wydzielać przez nerki w postaci utlenionej, jako kwas mrówkowy. Przy tem utlenieniu powstaje widocznie bardzo tylko mała ilość wycworu pośredniego, jakim jest aldehyd mrówkowy, albo może aldehyd ten utlenia się dalej tak prędko, że nie występują żadne, najsłabsze choćby oznaki zatrucia formalinowego.

Autor miał sposobność spostrzegać dokładnie przypadek ostrego zatrucia alkoholem metylowym u młodego robotnika fabrycznego, zajętego przy suchej destylacji drzewa. Robotnik ten wypił pewną ilość tego przetworu, zmieszawszy go ze zwykłą żytniówką. Ilości wypitej trucizny nie umiał chory dokładnie określić. Dopiero nazajutrz pojawiły się niepokojące objawy: zrazu uczucie zimna i nieokreślony lęk, potem nudności, zawrót głowy i ocieźłość. Wkrótce popadł chory w głęboki sen, który trwał bez mała trzy doby. W tym czasie dwa razy tylko na krótko się przebudził. Trzeciego dnia dopiero wstał z silnym bólem głowy i zauważył, że ma jakby białawą mgłę przed oczyma. Mgła ta z każdą chwilą coraz bardziej wzrok mu zasłaniała tak, że do następnego dnia wygasło obustronnie poczucie światła. W tym stanie przywieziono go do królewieckiej kliniki ocznej. Z jednej strony prawidłowy wygląd zewnętrzny oczu i brak wszelkich zmian wziernikowych, a z drugiej dotkliwy ból pozagątkowy, jakiego chory doznawał przy poruszeniach oczu i przy lekkim nawet wciskaniu gałek w głąb oczodołów — uprawniały do statecznie rozpoznania pozagątkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Ponieważ mimo szczegółowego badania nie można było wykazać dla tego zapalenia żadnej innej ogólnej ani miejscowej przyczyny, trzeba było je zatem odnieść do ostrego zatrucia alkoholem metylowym. Energiczne leczenie napotne zostało uwieńczone najpomyślniejszym skutkiem, bo naprzód wróciło poczucie światła, a potem wzrok zaczął się stopniowo poprawiać i po 25 dniach chory opuścił zakład z obustronną pełną bystrością, a stan zdrowia ogólnego również nie pozostawiał nic do życzenia.

Dla upewnienia się co do składu trującego płynu, jakim robotnik ten mógł rozporządzać, zwrócił się prof. K. do odnośnej fabryki po wyjaśnienia i na tej drodze stwierdził, że płyn ów był prawie czystym alkoholem metylowym (CH_3OH), zawierającym tak nieznaczne tylko ilości innych wycworów suchej destylacji drzewa (jak aceton, aldehyd mrówkowy, aldehyd octowy, alkohol allylowy i t. d.), że związki te na obraz zatrucia nie mogły wywrzeć najmniejszego wpływu.

Dr. K. W. Majewski.

Blepharorrhagia u noworodków. Békéss (*Archiv für Kinderheilkunde*. T. XXV.).

Przytoczywszy dane statystyczne Rittera z domu podrzutków w Pradze, z których okazuje się, iż na 13 tysięcy dzieci spostrzeżano 20 wypadków blepharorrhagii, z tych w 13 wypadkach były krwotoki z innych błon śluzowych i z pepek (12 noworodków zmarło), a w 7 (z których 3 zmarło) wyłącznie blepharorrhagia, w dwóch wypadkach powikłana rzeżączkowym zapaleniem oczu, Dr. Békéss od siebie dodaje wypadek, w którym u dziecka, zrodzonego przy pomocy kleszczy, powstał w 6 godzin po urodzeniu krwotok z prawego oka, przyczem powieki były obrzękłe i krwawymi wybroczynami pokryte. Na spojówce górnej powieki widocznym było krwawiące miejsce. Krwotoku nie powstrzymały ani lodowe okłady, ani przypalanie azotanem srebra, ani uciskająca opaska, ani szczypee hemostatyczne. Dopiero uciskająca opaska z gumowego bandażu okazała się skuteczną. Objawy oparzenia rogówki i spojówki, wywołane tuszowaniem, pozostawiły wkońcu ślady pod postacią blizn na spojówce i nieznaczного zmętnienia rogówki; na spojówce górnej powieki wytworzyła się wskutek zakładania szczypezyków zgorzel. Ponieważ w powyższym wypadku nie było krwawicyzki (okazało się to wkrótce przy wypadkowym zranieniu czoła u dziecka), przeto autor przyczyny krwotoku szuka w zastosowanym sposobie Credé'go. Ritter zaś uważa blepharorrhagię, samą lub powikłaną krwotokami z innych błon śluzowych, za objaw charakteru u dzieci przedwcześnie zrodzonych, albo za skutek cierpień, przebytych w życiu wewnątrzmacicznym.

Dr. Katz we »Wraczu« (N. 6. 1899 r.) podaje własne spostrzeżenia, w których krwotok, występujący drugiego lub trzeciego dnia po porodzie, przedstawiał jak gdyby pierwszy stopień rzeżączkowego zapalenia oczu, gdyż po upływie 2—3 dni krwawy wpływ stawał się ropnokrwawym, a następnie ropnym. Wypadki powyższe zakończyły się pomyślnie. Wl. Talko.

Ueber nicht gonorrhöische Blepharorrhoe der Conjunctiva.
Prof. Axenfeld (*Deutsche Med. Wochenschrift*. 1898. N. 44).

Każdemu z nas niewątpliwie już podpadało, że zapalenia wybitnie ropne spojówki miewają niejednokrotnie przebieg łagodny, gdy inne, mimo starannego leczenia, do znacznych zmian następowych prowadzą. Ścisłejsze badania bakteriologiczne nieco wyjaśniają nam tę rzecz. Autor, który sprawą tą zajmował się szczegółowo, przekonał się, że i typowa rzeżączka spojówki nie jest jednolitą. Nawet badanie mikroskopowe, gdy nie jest bardzo oglednie przeprowadzane, może dać powód do omyłek.

Już Schmidt-Rimpler wykazał, że *śluzotok* (blennorrhoea) może bez gonokoków zachodzić. Potrzeba nam w rozpoznawaniu choroby ściślejszego określenia, do czego słusznie zmierza autor. By uniknąć pomyłek, wypada dla spojówki stosować barwienie Grama, gdyż i na spojówce zachodzą diplokokki, które niezem nie różnią się od gonokoków, ale barwią się, według Grama, pozytywnie, a na zwykłych pożywkach już przy ciepłocie pokojowej rosną. Takie rzekome gonokoki zachodzą także i przy śluzotoku, ale w takim razie tenże przebiega daleko łagodniej, aniżeli prawdziwa rzeżączka (gonorrhoea).

Inny rodzaj śluzotoku spojówkowego wywołwany bywa zakażeniem przez pneumokoki, a spostrzegano go przedewszystkiem u noworodków. Śluzotok taki w kilku nieraz dniach ustępuje, a powikłanie z cierpieniem rogówki należy do rzadkości. Przyżeganie spojówki jest tutaj zbyt czynnem, gdy cierpienie przy oczyszczaniu oka zupełnie ustępuje. Odosobnienie chorych jest również zbyt czynnem, już dlatego, że choroba nie jest ciężką, a przedewszystkiem dlatego, że usposobienie do zarażenia jest bardzo rozmaite, a zależne od swoistego usposobienia. To też przypadki tego zapalenia częściej występują pojedynczo, aniżeli epidemicznie.

Zapalenie spojówki, wywołane prątkami dwoinkowymi (diplobacillus), może nieraz przybrać postać nieżytu z nabrzmieniem spojówki, czyli t. z. *Schwellungskatarrh*.

Dwa razy spostrzegł autor u noworodków, nieznany dotychczas, a może raczej nieopisany, nieżyt jako śluzotok, spowodowany drobnoustrojem z rodzaju *bacterium coli*. Tak spojówka, jako też i wydzielina, przedstawiały się, jak przy prawdziwej rzeżączce średniego nasilenia, tylko ostatnia była nieco galaretowata. W obu przypadkach choroba wystąpiła jednostronnie. Jedno z dzieci umarło na nieżyt żołądkowo-kiszkowy, u drugiego zapalenie oka po kilkorazowym stosowaniu saletrzanu srebra ustąpiło.

Autor widział raz u noworodka obustronne dyfteryczne z jadowitymi prątkami Loefflera występujące zapalenie w postaci rzeżączki z błonami, przypominającymi rzekome błony. Błony te przekraczały wolny brzeg, rozprzestrzeniając się nawet na skórę powiekową. Gdy wypłukiwania sinkiem rtęci 1:2000 niewiele skutkowały, a hodowle cierpienie oznaczyły jako dyfteryczne, przeprowadzono zastrzykiwania surowicy z dobrym skutkiem. Doświadczenie to pobudza autora do wyrażenia upomnienia, by częściej przy niekorzystnie przebiegających rzeżączkach myślano o dyfterii, względnie o stosowaniu surowicy. Na własnym doświadczeniu opierając się, sądzymy, że powikłania takie nie należą do unikatów, jak je autor przedstawia.

Dwa razy znowu widział A. prawdziwy śluzotok noworodków bez możności wykazania obecności jakiegokolwiek bakteryi, a po kilku dniach śluzotok usunął.

Wobec tej różnorodności w patologii rzeżączki noworodków, statystyka tej choroby nie może dopóły mieć wartości, dopóki nie uwzględnimy etiologii; tak samo i znaczenie profilaktyki i leczenia od dokładnego określenia śluzotoku rzeżączkowego zależnem być musi.

H.

Das Krankheitsbild u. die Behandlung der Keratalgia traumatica u. der recidivirenden Hornhauterosionen. Dr. Th. von Schroeder (Mith. aus der Peters. Augen-Heilanst. Heft. V.).

Znaną jest w nauce choroba oczu (ARH, Fuchs i in.) pod nazwą recidivirende Hornhauterosionen, keratitis bullosa recidiva, neuritis ciliaris traumatica, opisana przez Dra S. pod nazwą keratalgia traumatica, którą tak nazwał Grandclément, zdaniem autora najślusniejszej, gdyż neuralgia zależną jest od sprawy toczącej się w rogówce. Zwykle przyczyną jej bywa uraz, uszkodzenie paznokciem, listkiem lub czem innym. Objawia się często po pewnym czasie, kilka tygodni lub miesięcy po uszkodzeniu, przyczem na plance lub w bliźnie wykrywamy lupą nadżerkę, oddzielenie się przybłonka; pęcherzyków (bullae) ani razu nie widział. Napady keratalgii mają wszelkie cechy nerwobólu, objawiają się typowo, powtarzają się nieraz w jednej i tej samej godzinie, przyczem nie tylko rogówka, lecz i n. nadoczodołowy są dość bolesnymi, trwają pół godziny i dłużej, powtarzając się codziennie lub co kilka dni. Autor próbował rozmaitych środków: wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę (Wecker), galwanizowania n. supraorbitalis (Maga wly), galwanokauteryzacyi owrzodzonej części rogówki (Eversbusch), wkraplania atropiny, kokainy, compresse échauffante, fenacetyny na wewnątrz. Najlepszy i najprędzszy jednak wynik otrzymał, stosując środek, zalecony przez Dr. Germanna: znieczuliwszy rogówkę 5⁰/₀ roztworem kokainy, pocierał uszkodzone miejsce rogówki 2⁰/₀ roztworem lapisu. W artykule autor zamieścił 8 spostrzeżeń tego cierpienia, gdzie z pożytkiem stosowane były powyższe środki. U wyleczonych chorych zwykle na miejscu bolesnych nadżerek pozostają niewielkie zagniecenia rogówki (maculae).

Streściwszy tę pracę, nie mogę nie wspomnieć, że przed dwoma laty we »Wraczu« Dr. Merck gorąco zachwalał w nerwobólu oka ciepły roztwór kali cyanatu ($\frac{1}{3}$ do $\frac{1}{2}$ ⁰/₀, polecany także przy argyrosis conj.), wkraplany do worka spojówkowego, lecz więcej jeszcze następujący środek: Rp. Chin. muriat. (sine acid.) 0,1 grm., morphii muriat. 0,05 grm., aq. destill. 10 grm. »Niema ani jednej

neuralgii, któraby nie ustąpiła od 1—2 krotnego wpuszczenia tych kropli z ciepłego rozczynu», powiada Dr. Merck. Zdaniem naszym jest to środek przy koralgii paliatywny, radykalnym za jest środek Germana'a.
Dr. J. T.

Ueber recidivirende traumatische Hornhautneuralgie.

Prof. B. Wicherkiwicz (Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 37. 1898).

W. poświęcił także artykuł sprawie, omawianej przez Dra Schroeder'a. Twierdzi on, że chorobę rogówki nie tylko spostrzega się przy powierzchownych jej nadżerkach, ale spostrzeganą bywa i w wypadkach urazowych uszkodzeń tej błony bez oddzielenia się przybłonka. Niestosowne są więc nazwy »recidivirende Hornhauterosion«, albo też »Hornhautentzündung« (Schweigger), lecz ponieważ przyczyny zaburzeń szukać trzeba w urazowym uszkodzeniu rozgałęzień nerwu trójdzielnego w rogówce, najodpowiedniej chorobę tę nazwać należy »powrotnym urazowym nerwobólem rogówki«. Nazwa ta, zdaje mi się, jest najodpowiedniejszą, chociaż anatomicopatologiczne poszukiwania dotąd nie stwierdziły tego.

Tworzenie się pęcherzyków na rogówce, wskutek podniesienia przybłonka, należy przytem do rzadkich wyjątków.

Już Reuss stwierdza tu dobre działanie chininy, W. widział tylko chwilowe polepszenie od kokainy, natomiast z korzyścią stosował wstrzykiwania podskórne w czoło morfiny, która nie tylko — zdaniem jego — koi ból, lecz leczy cierpienie; przytem powleka W. rogówkę obojętnym tłuszczem i oko zakrywa ochronną opaską (papier Wolfberg'a).

Wkońcu opisuje W. 2 własne spostrzeżenia, poczem wypowiada zdanie, że nie widział, aby ten nerwoból objawiał się, jak twierdzi Fuchs, po kilku tygodniach i miesiącach, wtedy, »gdy uszkodzenie rogówki było już zupełnie uleczonem«. W jego wypadkach potrzeba było przerwy kilkodniowej, albo jednodniowej. — Na powtórzenie neuralgicznych napadów w wypadkach, gdzie już nastąpiła odnowa przybłonka, wpływają: silne światło, kurz, przeciągi i t. p., które wywołują skurcz powiek, a więc i odpadnięcie młodego, odnowionego przybłonka.
Dr. J. T.

O znieczuleniu miejscowem i granicach jego stosowania.

Dr. M. W. Herman (Odbitka z »Gazety Lekarskiej«).

Ponieważ okulista, częściej jeszcze niż chirurg, daje pierwszeństwo znieczuleniu miejscowemu przed ogólną narkozą, — dlatego znaleźć wiele zajmujących i ważnych dla siebie uwag w pracy Dra H., który omawia krytycznie niemal wszystkie ważniejsze spo-

soby miejscowego znieczulania, będące dziś w użyciu i wypróbowane na wielką skalę w klinice chirurgicznej Prof. Rydygiera we Lwowie. Wyliczywszy przeróżne niebezpieczeństwa, jakimi grozi choremu narkoza, omawia po kolei skuteczność takich sposobów znieczulania, jak zamrażanie chlorkiem etylu, wstrzykiwanie podskórne kokainy i eukainy B, a wreszcie napawanie tkanek rozczyznami Schleicha. Z tych sposobów najwięcej uznania w lwowskiej klinice chirurgicznej zdobył sobie widocznie ostatni, bo z czasem nie tylko porzucono dla niego niemal zupełnie wszystkie inne sposoby miejscowego znieczulania, ale nawet pozwolono mu zapanaować wszechwładnie w tych zakresach chirurgii, gdzie dawniej trzeba było z reguły uciekać się do ogólnej narkozy. W okulistyce sposób Schleicha, mimo swych wad niezaprzeczonych, może oddać rzetelne usługi, dlatego winniśmy uznanie Drowi H., że szeregiem pracowitych i sumiennych doświadczeń rozwiązał ważne zagadnienie jałowości rozczywnów Schleicha. Doszedł on mianowicie do przekonania, że płyn Schleicha, przyrządzony na świeżo przekroplonej wodzie z zachowaniem ścisłych przepisów aseptyki, może być uważany za jałowy, nie sprowadza nigdy ropienia, może zatem być użyty bez poprzedniego wygotowania, co jest rzeczą bardzo pożądaną, bo kokaina w ciepłocie wrzenia rozkłada się na benzoilekgoninę i alkohol metylowy, przez co płyn z konieczności traci pewną część znieczulającego działania.

Dr. K. W. Majewski.

Działanie wyciągu nadnercza na oko. P. Timofiejew. (Rozprawa inaug. Petersburg. 1898).

Dnia 2. lutego Dr. T. zdawał sprawozdanie w petersburskiem oftalmologicznem Towarzystwie o wynikach swych doświadczeń w tej sprawie. Dadzą się one streścić tak:

Po wkropleniu do oka silnych rozczywnów wyciągu nadnercza po 15—20 sekundach, wskutek zwężenia naczyń spojówki, ta ostatnia w ciągu 10—45 minut znacznie błednie, co jednak nie daje się spostrzegać w głębokich częściach gałki.

Extractum haemostaticum Merc'ka wywołuje w oku silny ból i pieczenie w ciągu pół minuty.

Wyciąg wcale nie znieczula oka, lecz przyspiesza znieczulenie takowego kokainą, wkraplaną do oka w stanie zapalnym.

Nie działa on ani na zrenicę, ani na akomodacyę, ani na śródooczne ciśnienie.

Przy silnych zapaleniach zwężająca naczynia działalność wyciągu bywa niedostateczną.

Dzięki swemu działaniu na naczynia wyciąg może być z ko-

rzyścią użyty przy trudnych sondowaniach dróg łzowych, dla powiększenia znieczulenia kokainą przy zapalnych sprawach i w celach kosmetycznych.

Wyciąg nie wpływa zgoła na zmniejszenie krwotoku przy operacjach powiek i gałki ocznej. Dr. J. T.

Ludowy środek „gwoździk“ (pączek gwoźdz. drzewa) przeciw zmnętnieniu rogówki. W. Kraewenzenko. (Rozprawa inaug. Petersburg. 1898).

Wodny jego wyciąg autor wypróbował w 62 wypadkach rozmaitych zmnętnień rogówki, poczynając od mgielki i kończąc na bielmie. Ponieważ krople tego środka dość drażnią oko, — przeto używano ich w razie nieobecności zapalnych spraw przedniej części gałki. Po pewnym czasie plamy stawały się przezroczystsze i siła wzroku polepszała się, z $\frac{10}{200}$ dochodziła do $\frac{20}{10}$, z $\frac{20}{200}$ do $\frac{20}{70}$, z $\frac{2}{200}$ do $\frac{10}{100}$, z $\frac{15}{200}$ do $\frac{20}{200}$, i to tem prędzej, im świeższe było zmnętnienie, chociaż nawet kilkoletnie plamy dawały dobry wynik. Już po 1—1½ tygodnia sami chorzy uważają polepszenie wzroku. Działają tu głównie składniki eterowe wyciągu. Zwykle wkraplał wodny wyciąg rano i wieczór, przy silnych zmnętnieniach można od czasu do czasu pocierać je pędzelkiem, umoczonym w powyższym płynie. Dr. J. T.

W sprawie wydobycia zaćmy bez irydektomii. Dr. Hnatjew (=Wojenno-medycynskij Żurnał. Książka styczniowa 1899).

Autor nie zgadza się z twierdzeniem v. Graefe'go, że irydektomia ułatwia wychodzenie z oka jądra i korowych mas soczewki i że wycięcie tęczęwki ma przeciwzapalne znaczenie przy operacji wydobycia zaćmy. Ta ostatnia dobrze wychodzi i bez irydektomii¹⁾. Wycinając zaś tęczęwkę do jej obwodu i przytem szeroko, niszczymy czynność m. zwężającego źrenicę, a tem samem wyzywamy bezwład lub niedowład akomodacyi (m. sphineter iridis koordynowany z m. ciliaris). W tym to »spokoju akomodacyi«, zdaniem p. I., zawiera się cała tajemnica przeciwzapalnego działania irydektomii przy jaskrze. Taka szeroka i dobrzeżna irydektomia wcale nie powinna się robić przy wydobyciu zaćmy. Autor oparł swoje hypotetyczne twierdzenie na teoretycznych kombinacjach i starał się je poprzeć 7 własnymi operacjami, których dokonał na robotnikach, pracujących w fabryce Łzowskiej (gub. Wiatskiej). Ekstrakcyę robił sposobem Graefe'go, lecz bez irydektomii; do tej ostatniej uciekał się wtedy, kiedy upar-

¹⁾ Jeżeli twarda cała.

cie wypadła łęczówka i przy obszernych tylnych jej przyrostach. Po ekstrakcyi bez irydektomii łęczówka zwykle podniesioną bywa ku górze, wskutek przyrostu do błony; źrenica ma postać nietylę oszpeconą, co przy kolobomacie, pomimo jednak użycia czerwiny nie zachowuje prawidłowo okrągłego kształtu. W krótkiej kasznicystee 7 wypadków autora nie podano ściśle oznaczonej bystrości wzroku u operowanych, — wzmiankuje tylko zwykle: »wynik dobry, choremu przepisano odpowiednie okulary«¹⁾. Dr. J. T.

O tatuowaniu rogówki i spojówki. Rozprawa na stopień doktora medycyny Witolda Gedrojé-Juragi. Petersburg. Str. 54, z tablicą rycin.

Za najlepszy przyrząd do tatuowania oka uważa kol. Gedrojé-Juraga, dziś lekarz wojskowy za Kaukazem, żłobkową igłę Wecker'a. Według jego zdania zabieg, zasadzający się na usuwaniu przyblonka rogówki, spoczywa na mylnej podstawie, gdyż przyblonek z biegiem czasu sam traci swą barwę. Igły Taylor'a nie są praktyczne z tego względu, iż otrzymuje się przy ich stosowaniu bardzo nierównomierne rozdzielenie barwika, ułtucia są rozmaitej długości, rogówka pozbawiona przyblonka i zatatuowana powierzchownie, nie pozwala orientować się należyście, ile barwika użyć należy. To też tatuowanie rogówki za pomocą igły Taylor'a dawno już w klinice Prof. Belarminowa zarzucono, jak również i sposób Fröhlich'a, połączony ze zbyt wielkim urazem i mogący łatwo wywołać następcze wydcie rogówki przy zwiększonym ciśnieniu wewnątrzgałkowym.

Z 45 doświadczeń na królikach — 29 dokonał kol. Gedrojé-Juraga na normalnej rogówce i 16 na bielmie, które wytwarzał sztucznie za pomocą galwanokauteru lub tuszowania, po zeszkobaniu przyblonka, pałeczka żrącego potasu lub stopu równych części chlorku cynku i azotanu potasu.

Do tatuowania kol. G. używał chińskiego tuszu, berlińskiego błękitu i sepii, każdorazowo wykonywując do 600 ułtuc za pomocą igły Wecker'a, po poprzednim zapuszczeniu do worka spojówkowego kilku kropel 3% roztoczniny kokainy w sublimacie (1:5000). Z doświadczeń na *prawidłowej rogówce* następujące dały się wyprowadzić wnioski: przyblonek rogówki z biegiem czasu pozbywa się barwiku, dysseminalna furby w niezatatuowane części rogówki odbywa się z wielkim trudem, nie dochodząc prawie wcale do głębszych warstw rogówki, rozprzestrzenia się zaś w kierunku poziomym, unoszona prądem lymfy i wypychana ze sztucznych kanałów przyblonkowymi czopkami.

¹⁾ Zatem nieczego autor nie dowiódł.

Główny, że się tak wyrazimy, skład farby znajduje się nie zaraz pod przybłonkiem, lecz cokolwiek niżej, ponieważ wierzchnie warstwy farby, wypełniające kanały, w końcu rozpuszczają się. Tatuowanie tem lepiej udaje się, im szybciej nastąpi zamknięcie kanałów przybłonkowymi czopkami. Z doświadczeń na *leukomatycznych rogówkach* (króliki zabijano po upływie pół godziny, 1, 2, 3, 5, 10, 20, 30 i 35 dniach) autor przekonał się, że powodzenie tatuowania zależy przedewszystkiem od samej blizny, im więcej jest ona zbitą, tem powodzenie większe. W takich rogówkach tusz zwykle przesuwają się po okolonaczyniowych przestrzeniach. Teorye Völckers'a i Holm'a, głoszące, że tatuowanie unaczynionych blizn rogówkowych spowodować zanik samych naczyń, gdyż tusz usadawia się w ich śródbłonku i następnie już wywołuje zatory i skrzepy w naczyniach, w doświadczeniach tych nie zostały potwierdzone. Przy bielmach, ulegających częstym zapaleniom, należy przed tatuowaniem zastosować przeciwwzapalne i zlekka drażniące (dla lepszego skonsolidowania) środki. Miejsce wydętych i wogóle cieńszych warstw blizny nie należy tatuować. Co do spojówki, to i ona z powodzeniem może być tatuowana, byle tylko nie powierzchownie, gdyż farba łatwo ulega wessaniu. Pod mikroskopem zauważyć można, że tusz i tu przenika do śródbłonka naczyń, drobne ułamki farby znaleźć można przy torobce Tenon'a. Jeżeli tatuowanie oka wiąże się z zapaleniem, w takim razie, jak pokazują doświadczenia, w których używano sztucznego podrażnienia następczo, wprowadzony tusz ginie z tkanek bardzo szybko, dzięki leukocytom. Berliński błękit i sepia nie są zgoła przydatne, gdyż za szybko ulegają wysychaniu na igle i w rogówce, przytem objawy podrażnienia, przy ich stosowaniu, trwają zwykle dłużej (zamiast 2 dni po tuszu — aż do 10 dni po sepii). Przytem błękit traci barwę w alkalicznych roztworach, a więc musi być czułym i na lymfę.

W klinice Prof. Belarmino'wa rozszerzono znacznie zakres tatuowania: więc przy leukoma totale i atrophia bulbi, przy strabismus na oczach z garbcom, lub bielmem, przy leukoma adhaerens, przy zaćmach (cataracta calcarea) stosują zabieg ten z powodzeniem. Jeśli granice rogówki zniesione, w takim razie wyrysowują za pomocą tuszu krąg, odpowiadający rozmiarom zdrowej rogówki, formują źrenicę i następnie już za pomocą arkad łączą źrenicę z brzegiem sztucznej rogówki. Przy zezach tatuowanie ma dwie rzeczy na celu: względ kosmetyczny i pozorne usunięcie zezu. W zezie zbieżnym wyrysowuje się źrenica na zewnątrz, w rozbieżnym — na wewnątrz, odpowiednio do stopnia zezowości, następnie w spojówce lub rogówce wspomniany wyżej krąg i arkady. Podobno wyniki mają być wyśmienite (?). *Wł. Talko.*

Myxosarcom des Sehnerven, operirt nach Krönlein mit Erhaltung des Bulbus. Dr. A. Ellinger z Karlsruhe. — (*Zeitschrift für Augenheilkunde* Nr. 1. 1899).

Z rzadkich wogóle nowotworów nerwu wzrokowego najczęstszym względnie jest mięsak śluzakowy. Szczęściem nowotwór ten okazuje tu małą skłonność do szerzenia się i nawrotów, dlatego zalecają usunąć go, o ile można, z utrzymaniem gałki. Knapp i Schiess uskuteczniłi to, torując sobie drogę do guza od przodu, między gałką a ścianami oczodołu. Braunschweig pierwszy użył do tego celu sposobu Krönleina, t. j. tymczasowego wypłowania zewnętrznej kostnej ściany oczodołu.

Zachęcony korzystnymi wynikami Braunschweiga Dr. E. wykonał operacyę Krönleina u 10 letniej dziewczynki, okazującej wybitny trzeszcz lewego oka przy zachowanej ruchomości gałki, spłaszczenie tejże z przodu ku tyłowi (refrakcyja w płamce żółtej +11D, na obwodzie —2D), wreszcie zanik tarczy nerwu wzrokowego i znaczne niedowidzenie (Vlo = palec przy oku). — Wypłowawszy kawałek czołowego wyrostka kości jarzmowej, odchylił go na zewnątrz i otworzył sobie w ten sposób wygodny przystęp do oczodołu, w którym teraz widać było duży, wrzecionowaty guz w miejscu nerwu wzrokowego. Guz ten dał się z łatwością wyciąć bez obrażenia któregokolwiek z mięśni ocznych, poczem oko natychmiast wróciło w głąb oczodołu. Dopiero następowy krwotok wysadził gałkę powtórnie, po zeszcieniu jednak powiek i założeniu opaski uciskowej trzeszcz znowu ustąpił. Wypłowany wyrostek przyrósł w krótkim czasie prawidłowo do ołączających kości. Ostateczny wynik zabiegu był możliwie jak najlepszy tak pod względem leczniczym, jak zwłaszcza kosmetycznym, co widać na fotografiach zreprodukowanych w pracy Dra E. Badanie drobnowidowe wydobytego nowotworu wykazało utkanie, odpowiadające mięsakowi śluzakowemu.

Dr. K. W. Majewski.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. 76-te roczne posiedzenie British Med. Association.

Dział chorób dziecięcych. Rozprawa o kile przyrodzonej.

Sprawozdawca Hutchinson omawia wyłącznie kile spóźnioną odziedziczoną.

Z wywodów jego wynika, że zapalenie miąższowe rogówki (keratitis parenchym dif.) jeszcze po 30—40 latach wystąpić może.

Natomiast zachorzenia stawów i głuchota nigdy po 20 roku nie objawiają się, a także kilaki i inne kiłowe zającia języka rzadko później występują. Zmiany zwyrodnienia systemu nerwowego rzadko wczesnie się objawiają, przewlekłe zapalenia skóry u starszych dzieci i dorosłych zazwyczaj nie polegają na kiłie. Dalej zaznacza H., że możliwość przeniesienia kiły na trzecie potomstwo można zupełnie wykluczyć, a zarazem przestrzega przed przesadnym podnoszeniem niebezpieczeństw, powstających przez kiłę odziedziczoną. Uważa wkońcu, że zakaz wejścia w stan małżeński osobom syfilitycznym nie powinien dłużej nad dwa lata się rozciągać.

Comby z Paryża podnosi, że cera płowa twarzy, głównie przy ustach, nosie i oczach występująca, już znamionym jest, wobec braku innych, objawem kiły odziedziczonej. Omówiwszy rozpoznanie różniczkowe rozlicznych kiłowych zachorzeń, zaleca u niemowląt energiczne przeprowadzenie wcierek, i to dwa razy dziennie, po 2 gr. maści 50% (!), a przy cierpieniach skóry dwa razy dziennie kąpiel sublimatową 1:10000. Leczenie to trwa winno 2—3 lat z przerwami miesiące trwającymi po każdym kwartale.

Hutchinson młodszy sądzi, że często przeocza się kiłę przyrodzoną u młodych ludzi, zbyt wiele wagi kładąc na zęby i zapalenie mięszkowe rogówki, które to znamiona w 50% zawodzą.

Oprócz symetrycznego zapalenia mażnej błony kołan (synovitis), może i rodzaj osteo-arthritis i zapalenie stawu, podobne do gruźliczego, wypływać z kiły przyrodzonej. Thomson przytacza przypadki, gdzie zawsze tesame narządy u dzieci tej samej rodziny chorobom podlegały.

Wkońcu zaznacza Hutchinson, że leczenie kiły odziedziczonej dopiero wtenczas rozpoczętem być winno, gdy występują stanoweze teje objawy. Długotrwałe leczenie małych dzieci rtęcią przeszkadza wytworzeniu się zębów zdrowych, a jodek potasu w takim wieku wogóle nie powinien być podawanym. Ashby środka tego w przypadkach przewlekłych także nie używa, natomiast przy niektórych objawach ostrego okresu choroby uważa go za wielce cenny.

III.

2. Ophthalmological Society of the United Kingdom. Posiedzenie z d. 8. lipca 1898. r.

Spicer mówi o nabiegu spojówki wodnistym (oedema) wskutek zatkania prądu limfatycznego. Rozróżnia postać ostrą i przewlekłą. Pierwsza jest następstwem zakażenia toksycznego spojówki, która zrazu nie potrzebuje być mocno podrażnioną. Wskutek zapalenia atoli gruczołów przyusznych i karkowych, z powodu zatamowania limfy powstałego, przychodzi do nabiegu silnego spojówki, która w postaci poduszek wychyla się pomiędzy powiekami. W dwóch

odnośnych przypadkach, spostrzeganych przez S., objawy te wzmacniały się jeszcze przez równoczesne zapalenie migdałów. Stosownie leczenie w krótkim czasie usuwa zapalenie spojówki i gruczołów.

Przewlekła postać jest następstwem ropnego zapalenia gruczołów twarzy i karku. Po zagojeniu się gruczołów, blizny powodują zastój limfy, a przez to stałe części limfy gromadzą się w tkance spojówkowej i podspojówkowej, prowadząc do nabiegu twardego w rodzaju słoniowaciny. Nabieg ten, w przeciwieństwie do nabiegu ostrego, jest bardzo uporeczywym, a nawet wprost nieprzystępnym leczeniu.

Gollins podaje nową *teorię powstawania przedniej zaćmy biegunowej (cat. polaris anterior)*. W przypadku przez siebie spostrzeganym mechaniczny mięsak ciała rzęskowego dotykał przedniej powierzchni soczewki i spowodował zaćmienie, które po wyjęciu gałki okazało się pod względem badania mikroskopowego zupełnie podobne do zaćmy biegunowej przedniej. C. sądzi, że i ostatnia zawdzięcza swe pochodzenie stykaniu się rogówki z soczewką w życiu płodowym, i że stykanie to upośledza odżywianie soczewki. Teorię swą opiera C. jeszcze na kilku innych przypadkach, gdzie oprócz zaćmy przedniej biegunowej znajdowało się podobne zaćmienie głębsze, a mikroskopijnie równe pierwszej, ale od niej warstwą kory przezroczystej oddzielone. W życiu płodowym najprzód stykała się soczewka z rogówką miejscem, odpowiadajacem głębokiemu zaćmieniu. W miarę rozwoju soczewki, stykanie to usunięciem zostało przez warstwy nowo utworzonej kory. Dopiero później, po ukończeniu rozwoju soczewki, znowu nastąpiło zetknięcie.

Gross mówił o *znaczeniu podspojówkowych krwawień przy retinitis haemorrhagica*. Wobec tego, że krwawienie podspojówkowe, przy operacjach zezu i innych zabiegach podspojówkowych powstające, żadnych złych nie pociąga następstw, postanowił C. zastosować przecinanie naczyń podspojówkowych przy nawałach i wynaczynienach siatkówki. W tym celu nożyczkami, używanymi do zezu, przecinał spojówkę w rozmaitych miejscach, najczęściej pomiędzy mięśniem prostym wewn. a dolnym, lub też pomiędzy zewnętrznym a górnym. Krwawienie podtrzymuje się jeszcze jakiś czas przez ciepłe okłady. W kilku przypadkach miało się stan ócz znaczenie poprawić, a mianowicie wzrok podnieść, nawet wtenczas, gdy zwykle zastosowywane środki, jak upusty krwi na skroni, jodek potasu, przeczyszczania, żadnego nie odniosły skutku¹⁾.

¹⁾ Z własnego doświadczenia możemy to potwierdzić, przekonawszy się w kilku przypadkach, w których, robiąc zastrzykiwania podspojówkowe soli, mimowolnie spowodowaliśmy silniejsze krwawienie, że wzrok sto-

Critchett wspominał o niedowidzeniu, spowodowanem jodoformem u starszej kobiety, u której od lat trzech rozpadowy rak sutki codzień środkiem tym był posypywany. Nagle wystąpiło silne niedowidzenie, połączone ze zupełną ślepotą barwną. Wprawdzie niebieska barwa była jeszcze rozpoznawana, ale stwierdzono dla niej skotomą środkową. Wziernik nie mógł nie nieprawidłowego wykazać, prócz lekkiej błądności zewnętrznej części tarczy i ziarninowego wyglądu żółtej plamki. Po zaniechaniu jodoformu objawy te szybko ustępowały, lubo po 10 tygodniach niezupełnie jeszcze były znikły (*British Med. Journal*, 16/7. 1898. W).

3. Wiener medicinischer Club. Posiedzenie z d. 1. lutego b. r.

Dr. H. Weiss przedstawia chorą 61 letnią, z guzem wzgórka czworaczego.

Osoba ta bez dziedzicznej wady, nigdy nie chorowała, a tylko od lat kilku podlegała bólowi głowy. Bóle te wznagady się przed zachorowaniem, ale nie łączyły się z wymiotami. Nagle 20. maja z. r. po silnym zawrocie dostała wymiotów, co przez następne 4 tygodnie często się powtarzało. Przytem miewała szum w lewym uchu, kłucie w prawem i skroni. W lipcu wystąpiło niedostyszenie lewego ucha, dochodzące do zupełnej głuchoty. Równocześnie pojawił się z opadnięciem powieki i zez rozbieżny po prawej stronie. Ból głowy, wymioty i zawrót rzadko powtarzały się, a w ostatnim czasie tylko przy nagłych zwrotach lub psychicznych podrażnieniach. Chora nie przyznaje się ani do zarażenia, ani też do nadużywania wyskokowych napoi. Dwa razy prawidłowo rodziła, nigdy nie roniła.

Badanie chorej nie wykazało nic szczegółowego, prócz rozemdy płuc, nerki ruchomej i zwykłych objawów starczych.

Natomiast przemawia za ciężkiem zaburzeniem stanu nerwowego. Po prawej stronie zupełne opadnięcie powieki, gałka, mocno na zewnątrz zwrócona, jest nieruchomą ku górze, dołowi i wewnątrz. Żrenica, szersza, aniżeli po lewej stronie, nieruchoma i niewrażliwa na światło i na wysilenia akomodacyi, jako też na konwergencyę. Wzrok znacznie obniżony (palce na $\frac{1}{2}$ metra). Lewe oko pod każdym względem prawidłowe, a wziernik u obu ócz nie nieprawidłowego wykazać nie może. Szum w lewym uchu jeszcze trwa, a badanie ucha wykazało: bębenki lekko wciągnięte i zmętnione. Głośną mowę słyszy chora prawem uchem na $\frac{3}{4}$ m., szept przy małżoninie; lewym uchem szeptu wcale nie rozumie. Zupełna utrata C_1 , C_2 i C_4 przez pośrednictwo powietrza. C_2 na kości po mocnem uderzeniu,

sunkowo znacznie się poprawił, a objawy śródczne także widocznie na korzyść się zmieniały. W.

skrótone i spóźnione w porównaniu do prawego ucha, które C_1 , C_2 wcale nie słyszy, C_2 na kości skrótone, ale dłuższe, aniżeli po lewej stronie.

Inne nerwy mózgowe nie przedstawiają żadnej nieprawidłowości. Czucie twarzy prawidłowe. Ruchomość i czucie kończyn nieupośledzone. Żadnych objawów ataksyi, natomiast drżenie celowe (Intentionstremor) w górnych kończynach, a odczyny wzmożone.

Pod względem różniczkowego rozpoznania możnaby się skłaniać do przyjęcia kły mózgowej z powodu nagle występującego opadnięcia powieki górnej, dalej narośli mózdzku i narośli wzgórka czworaczego. Kłd winna być wykluczoną wobec anamnezy i bezsilności środków stosowanych, zreszlą stan od dłuższego czasu nie zmienia się. Przeciw guzowi mózdzku przemawia brak bezładn, odosobniona oftalmoplegia i równocześnie występująca głuchota. Natomiast przemawiają według dotychczasowych doświadczeń w pierwszym rzędzie zupełna oftalmoplegia prawej strony przy nierówności obu źrenic, obniżenie wzroku, drżenie i skrzyżowane porażenie nerwu słuchowego za guzem, który może być usadowiony na prawym przednim wzgórku, przeczem fakże i tylny prawy wzgórek uległ obrażeniu. Temby się tłumaczyło porażenie skrzyżowane, zawrót i wymioty. Brak łarczy zastoinowej i obustronnej oftalmoplegii nie wyklucza guza wzgórka czworaczego (Według »Wien. Med. Presse«, N. 9. 1899).

II.

V. WIADOMOŚCI Z KLINIK I STATYSTYKA LEK.

Mittheilungen aus der St. Petersburger Augen-Heilanstalt. Heft V. (Petersburg, 1898. Str. 106).

Petersburski oftalmiczny instytut, zostający od wielu lat pod światłem kierownictwem Dra hr. Magawły, w r. z. wydał V. zeszyt swoich sprawozdań. Już kilka razy wzmiankowałem w pismach, że to jedyny oftalmiczny zakład w Rosyi, który peryodycznie dzieli się z publicznością i światem lekarskim czynnością swoich ordynatorów (przed 2 laty Dr. Neese w Kijowie wydał ozdolne sprawozdanie za 13 lat z zakładu dla ocznych chorych imienia Popowych¹⁾).

Prócz liczbowych i statystycznych danych za lata od 1892. do 1894. roku, jak ambulatoryjnie, tak i stale leczonych chorych,

¹⁾ Rozbiór jego drukowałem w moskiewskim miesięczniku »Chirurgia« (1897. N. 3).

a także o liczbie i rodzaju dokonanych operacji, znajdujemy w zeszycie następujące rozprawy: 1) Dra Schroeder'a o keratagia traumatica i powrolnych nadżerkach rogówki; 2) Dra Germana'n'a o symptomatologii, rokowaniu i terapii oczodołowych chorób ocznych; 3) Dra E. Blessig'a o 3 wypadkach oczodołowego zranienia n. wzrokowego; 4) wreszcie spostrzeżenia Dra Natanson'a: jaskra przy retinitis pigmentosa i myopii.

Zastrzegając sobie streszczenie powyższych prac osobno, tutaj podaję tylko statystyczne dane z petersburskiego oftalm. zakładu:

Ambulatoryjnie leczono w 1892. roku 5192 chorych, w 1893. r. 5025, w 1894. r. 5162.

Statych chorych leczono z chorobami, w r. 1892., 1893. i 1894.,

spojówki	355,	299,	406,
twardówki	15,	14,	9,
rogówki	504,	509,	587,
jągodówki	115,	86,	76,
jaskra	123,	115,	108,
siatkówki i n. wzr.	32,	38,	26,
soczewki	292,	233,	269,
gałki	11,	18,	18,
mięśni i nerwów . . .	45,	24,	39,
powiek	189,	149,	224,
oczodołu	8,	5,	8,
dróg łzowych	36,	30,	34,
myopia maxima . . .	3,	6,	6,
Razem	1075,	1027,	1113,

Operacyj wykonano: w r. 1892., 1893. i 1894.

u ambulatoryjnych chorych . . . 1552, 1555, 1696

u klinicznych chorych 1013, 812, 964

Razem 2565, 2367, 2660

W ciągu trzech lat wykonano operacji zaćmy 768

wycięcia tęczówki 719.

Widzimy z tego, jak pięknym materiałem może się poszczycić petersburski oftalmiczny zakład. Należy się przewodniczącemu i ordynującym lekarzom uznanie nie tylko za wzorowe prowadzenie zakładu, który zwiedziliśmy kilkakrotnie, lecz i za naukowe spożytkowanie materiału.

Dr. J. T.

VI. LECZNICTWO.

13. Pokrzywa przy jaglicy. Jakich już środków nie zalecano przy uporeczywej jaglicy! Przybywa do nich sok z pokrzywy, gorąco zalecany przez Dra Sirotkina z gubernii samarskiej. Wyśmienite wyniki widział on przy użyciu odwaru ze świeżej herbae urticae urentis (1 część na 6—7 części wody): żeby gęsty zielonawy płyn nie psuł się prędko, autor radzi dodawać doń 0,1—0,2% cupri sulfurici w glicerynie. Watą, zmoczoną tym płynem, smaruje on co drugi dzień spojówkę chrząstkową i jej załamki. Z początku spostrzegany przy tem zblednienie spojówki i rogówki (w razie pannus), ziarna jaglicowo spłaszczają się, wzrok się polepsza. „Już 4 miesiące, jak nie używam żadnych innych środków“¹⁾, pisze Dr. S. w „Wiestniku Oftalmologii“ (książka I-sza z 1899. r.).

Dr. J. T.

14. Aneson, czyli wodny roczyn acetonchloroformu, ma zalety znieczulania miejscowego, a działanie to odpowiada działaniu 2% rozczynu kokainy, wobec której wyróżniają go następujące zalety: 1) działa także znieczulająco na tkanki zapalone; 2) najmniej z wszystkich do miejscowego znieczulania używanych środków jest trującym; 3) nie wywołuje po użyciu do znieczulenia nabiegowego sposobem Schleicher a bólu późniejszego (Nachschmerz). Dr. Mosbacher (w „München. Med. Wochenschr.“ 1899. N. 3).

15. Wpływ żelaza, arsenu, potasowego jodku i hemoglobiny na tworzenie krwi oznacza Machesini („Clinica Medica Italiana“ 1898, p. 729) w następującym stosunku: Sole żelaziste poprawiają o tyle wadliwy skład krwi, że przez nie hemoliza albo zmniejszoną, albo nawet zniesioną być może, wskutek czego zawartość hemoglobiny zaraz się znacznie podnosi. Połączenia arsenowe działają pobudzająco na narządy wytwarzające krew, ale przez działanie hemolityczne tylko nieznacznie przyczyniają się do podniesienia ilości hemoglobiny. Jodek potasu przeważnie działa podniecająco na gruczoly limfatyczne, a słabiej od arsenu działa hemolitycznie. Świeża hemoglobina silnie podrażnia szpik kości, a w ten sposób przyczynia się do pomnażania krwinek czerwonych, ale równocześnie działa także hemolitycznie.

16. Largina, połączenie srebra z wytworami rozkładowymi paranuclimproteidu, rozpuszczalnymi w alkoholu, zawierająca 11,101% srebra, jest proszkiem jasnoszarym, lekkim, rozpuszczalnym w glicerynie, w surowicy krwi łatwo, w alkoholu i eterze wcale nie, a we wodzie tylko w stosunku aż do 10,5%. Wodny roczyn alkaliczny, rozgrzany, wydaje parę o nieprzyjemnym zapachu. Ani chlorki, ani białkami nie strącają larginy z wodnego rozczyynu. Natomiast largina przez działanie światła tworzy osad. Badania Pezzoli'ego wykazały, że largina pewniej zabija gonokoki, aniżeli jakiegokolwiek połączenie

¹⁾ A dodatek siarczaniu koprowiny nie nie znaczy?

srebra. Według doświadczeń Dra Falta w Szegedynie znosi oko bardzo dobrze rozczyzny nawet 10%. Dr. Falta zastosowywał larginę z dobrym skutkiem przeciw rozlicznym zapaleniom spojówkowym, wrzodom rogówki i zapaleniom worka łzowego. Przy śluzotoku worka łzowego larginą prędzej usuwa ropienie od 20% protargolu. — Przy śluzotoku spojówki nie uważał Falta skutku („Centralblatt für prakt. Augenheilkunde“, Febr. 1899).

VII. ROZMAIŃCOCI.

Bakterye spojówki prawidłowej. R. Randolph zbadal bakteriologicznie powierzchnię spojówki u stu zdrowych osób. Ze stu hodowli, otrzymanych przez zaszczerpienie wydzieliny spojówkowej, w 13 nie było żadnego wyniku, w pozostałych zaś wypadkach stało bywał znajdowanym gronkowicie biały (*staphylococcus albus*). Drobnoustroj ten okazał się identycznym z *staphylococcus epidermidis albus* Welch'a, lecz nie chorobotwórczym, pod względem zaś morfologicznym niepodobna było odróżnić go od *staphylococcus pyogenes*. Ten sam gronkowicie biały znajduje się w zawartości ran bezgnilnych, gojących się doraźnie; wprowadzony zaś do żył w uchu królika nie wywołuje najmniejszych objawów chorobowych.

Aby wyjaśnić znaczenie aseptyki i antyseptyki spojówki, autor postąpił w sposób następujący: w 50 wypadkach porobił przedewszystkiem szczepionki na odpowiednich podłożach, a następnie splukiwał spojówkę 3 razy wodą gotowaną, z 5-minutowemi przerwami. Okazało się, że przed oplukaniem bezgnilnem z 50 zaszczerpień w 40 wyrosły hodowle, a po oplukaniu w 32, czyli o 8 mniej. Takież same doświadczenia autor zrobił z sublimatem 1 : 5000, przyczem przedtem wyrosło 42 hodowli, a po obmyciu tylko o 9 mniej. Na mocy tych badań Randolph nie przypisuje sposobowi przeciwnielemu żadnej przewagi nad innymi, tembardziej, że sublimat, nawet w rozczyynie 1 : 8000 zadrażnia spojówkę. Ani aseptyka, ani antyseptyka — według R. — nie jest w stanie całkowicie wyjałowić spojówki. („Knapp's Arch. f. Augenheilk.“ 1898. sierpień. Dr. Stanisław Serkowski).

Bakteryologia zapaleń spojówki i rogówki postąpiła według zdania Uthoff'a. znacznie naprzód, osiągnąwszy wyniki bardzo ważne w praktyce. Następująco drobnoustroje mogą wywołać zapalenia spojówki: gonococcus, pneumococcus, bacillus Koch-Weeks, streptococcus pyogenes, bac. diphteriae, diplobacillus Morax¹⁾, pseudo-

¹⁾ Diplobacillus Morax — według T. Axenfeld'a („Centralbl. f. Bacteriologie.“ 1897. Nr. 1) — wywołuje u ludzi zapalenie spojówki chroniczne, podczas gdy przyczyną zapaleń ostrych bywa bac. Koch-Weeks'a.

gonococcus ostrego follikularnego kataru, micrococcus minutissimus Bach'a i bacterium coli commune. Zaraźliwość zapalenia spojówki, wywołanego przez gronkowca (streptococcus pyogenes) i występującego w postaci kataru lub błon rzekomych, do tej pory nie jest w zupełności udowodnioną. Mieszano zakażenia kilku gatunków pociągają za sobą niezwykłe zjawiska kliniczne. Przy keratomycosis aspergillina znaleziony został aspergillus fumigatus. Prócz wymienionych wyżej, znajdujemy w literaturze wzmianki o znalezieniu na spojówce i następujących łasczniczków: bac. capsulatus Pfeifferi, b. pyogenes foetidus, b. pyocyaneus, b. ozaenae, b. tuberculosis i b. leprae. („Contr. f. Bakteriolog. u. Parasit. XXIV B., Nr. 20;“ 24 listopada, str. 798).

Dr. Stanisław Serkowski.

Zapalenie okostny oczodołowej jako powikłanie odry. U 16-letniego chłopca na 10 dzień po wystąpieniu wysypki odrowej, gdy już nie było żadnej gorączki, znów nagle podniosła się ciepłota i równocześnie zjawilo się opuchnięcie powiek i wypuklina galki ocznej. Ucisk na dolny brzeg jamy ocznej wywoływał silny ból; prócz puchliny powiek i spojówki galki ocznej, można było palcem wyczuć twardy obrzęk, znajdujący się w związku z dnem jamy ocznej. W wypadku tym, który mógł być przyjęty za thrombosis sinus cavernosi nastąpiło zagojenie bez ropienia. („Münch. med. Wochenschr.“ 1898. Nr. 42).

Dr. Stanisław Serkowski.

Rogówka a wchłanianie koleryi. Panowie Ulry i Trezals doświadczaeli, w jaki sposób wnikają do przedniej komórki rozmaite środki stosowane na galkę w postaci rozczywno wodnych, olejnych albo maści. Z doświadczeń tych wynika, że wodne rozczywno dostają się do galki przez rogówkę, gdy przez spojówkę tylko bardzo nieznaczne ilości wnikają. Natomiast rogówka nie wchłania tłuszczu. To też leki dostające się na rogówkę w postaci maści lub rozczywno olejnych wnikają do przedniej komórki tylko za pośrednictwem łoz, które je rozpuszczają. (Wedl. ref. „Clinique ophthalm.“ 10 Mars 1899).

Nieruchomość źrenic w napadzie hysterycznym jest częstym objawem jak Karplus (Jahrbuch f. Psychiatrie u. Neurol t. XVII zes. 1 i 2) zapewnia. Nieruchomość źrenic zjawia się w przypadkach kurczowych napadów równocześnie z rozszzerzeniem źrenic. Dotychczas sądzono, że gra źrenic przez napad hysteryczny zmianie nie ulega a czyni to tylko w epileptycznym napadzie.

Szew spojówkowy przy operacyi zaćmy zakłada Rohmer wtenczas, jeżeli chory zaznacza wielki niespokój, jeżeli oko jest mocno napięte i obawiać się trzeba wypadnięcia tęczówki, dalej, gdy istnieje obawa zakażenia rany przy sprawach ropnych w spojówce lub też worku łzowym. Postępuje zaś w sposób następujący: Przed właściwą operacyą zaćmy odłącza spojówkę od rogówki i zakłada nitkę katgutową przez wolny brzeg spojówki, tak, że końce nitki przypadają na miejsca cięcia rogówkowego. Po dokończeniu operacyi ściąga nitkę, przez co spojówka przesuwa się na rogówkę w znacznej części ją pokrywając. Mały pokład waty przymocowany kollydionem stanowi opaskę.

Po czterech dniach szew sam uwalnia się, spojówka cofa się, a po 9 dniach rogówka cała odsłania się, zagojenie zaś ma mieć przebieg dobry. Komórka przednia szybko się tworzy. Po 6 tygodniach nie ma być nawet śladu dokonanego odłączenia spojówki. („Revue med. de l'Est“ 1898 Oct.).

Nie wątpimy, że w pewnych przypadkach szew taki może dać nam usługi, zwłaszcza, gdy obawiamy się zakażenia, a także przy takich chorobach, którzy nie mogą spokojnie zachować się po operacji. Zastosowanie atoli szwu spojówkowego do wszystkich operacji zaćmy uważalibyśmy za utrudnienie techniki połączone z pewnym niebezpieczeństwem, a mianowicie ułatwieniem wypadnięcia ciała szklistego w skutek manipulacji przy zwięzywaniu szwu, czego właśnie autor pragnie uniknąć wprowadzając szew.

Wzmożenie własności trujących prątków dyfterycznych przez symbiozę ze streptokokami badał Hilbert („Zeitschr. f. Hyg. u. Infektkrkh.“ XXIX). Działanie trujące prątków dyft. wyhodowanych w bulionie ulega znacznym wahaniom, a przyczyną tego jest własność pożywki. Obfita zawartość cukru działaniu temu nie sprzyja, natomiast silna alkaliczność wzmagą ją. Dla zbadania, czy symbioza prątków tych ze streptokokami własności trujące prątków wzmagą, podjął Hilbert badania w epruwetkach jako też i na zwierzętach i przekonał się, że gdy w równych warunkach wytworzył hodowle czyste prątków, i mieszanek z prątków i streptokoków, w ostatnich daleko prędzej i silniej wystąpiła toksyczność i alkaliczność aniżeli w czystych hodowlach.

Zdaje się więc, że zespolenie ze streptokokami jadowitość prątków dyfterycznych wzmagą. Z doświadczeń swych wyciąga autor dla praktyki wniosek, że wobec tej wzmożonej przez symbiozę ze streptokokami jadowitości prątków trzeba większą stosować dawkę antitoksyny, a przeciw niebezpieczeństwu zakażenia streptokokami wcześniej zastrzykiwania lekowej surowicy podejmować.

Zapalenie błoniaste spojówki w świetle bakterjologii. Badania podjęte w tym kierunku w klinice w Bazylei wykazały w jednym przypadku stafylokokki i pneumokoki w trzech innych przeważnie prątki dyfteryczne a zaszczerpienie tychże królikom i morskim świnkom spowodowało śmierć w dwóch pierwszych przypadkach, a zachorzenie przejściowe w trzecim przypadku.

Mimo, że dzieci dotknięte tą chorobą leżały na wspólnej sali, sąsiednie dzieci nie uległy zakażeniu, co Prof. Mellingera skłania do wypowiedzenia przekonania, że mimo wyników bakterjologicznych uważać trzeba conj. crouposa za cierpienie miernie nasilone z małą zaraźliwością. („34. Jahresbericht der Augeneheilanstalt in Basel“, Von Prof. Mellinger). Według naszego doświadczenia zapalenie błoniaste spojówki jest chorobą łagodną, a mało zaraźliwą. Por. nasz artykuł w Now. lek. 1894. o zapaleniu błoniastem spojówki.

Panophthalmitis. W dwóch przypadkach z panophth. udało się Dr. Kastsalskaja wyhodować prątek, który pod względem biolo-

gicznym jako też morfologicznym w niczem nie różnił się od prątków Klebsa i Loefflera, ale nie posiadał równej tymże jadowitości. Zdaniem autora prątek ten rzekomo dyfteryyczny posiada właśnie dla oka swoistą jadowitość.

Palniki Auerowskie. Znaczenie tych palników pod względem higienicznym omawia prof. Boguski w artykule wstępnym „Światła“ zeszyt 4-ty. Ponieważ światło Auerowskie, w którym przeważają promienie o większej lamliwości, błękitne, niebieskie, fioletowe, znacznie się różni w swym składzie wiśmowym od światła dziennego, przeto zdaniem Boguskiego nie mogą one być właściwie dostosowane do własności siatkówki, gdyż promienie o większej lamliwości uświadamiają się w naszym umyśle słabo, a praca przy takim świetle powoduje zbytne nateżenie oka objawiające się łatwym zmęczeniem.

Niewątpliwie odnosi się to więcej jeszcze do światła elektrycznego łukowego, mniej zaś do światła Auerowskiego, które obok promieni o większej lamliwości obfituje w promienie żółte łatwo uświadamiające się.

Wiedeń. Dnia 19. marca odsłonięto w dziedzińcu uniwersytetu obok pomnika Billrotha, pomnik Prof. Mauthnera. Następca Mauthnera na katedrze oftalm., Prof. Schnabl, wygłosił przytem mowę, sławiącą znaczenie Mauthnera, jako męża nauki.

Na zjeździe 71. niemieckich lekarzy i przyrodników, mającym się odbyć w Mnichowie w d. od 18—23. września b. r., gospodarzem sekcji okulistycznej będzie Prof. Rothmund, sekretarzami zaś Dr. Schlosser i Dr. Sicherer. Zgłoszenia odczytów i demonstracji przyjmują ciż panowie do końca kwietnia.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Rothmund w Mnichowie ustępuje z profesury z końcem zimowego półrocza.

Prof. H. Snellen w Utrechie złożył profesurę przy uniwersytecie, a następcą jego ma zostać syn tegoż Dr. H. Snellen.

Prof. H. Knapp w Nowym Jorku wybrany został wiceprezydentem nowojorskiej Akademii medycznej.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Moskwie zmarł Dr. Jan Drużynin, b. długoletni okulista okręgu wojskowego moskiewskiego, ostatnio korpuśny lekarz korpusu grenadyerów. Zaczny ten kolega pozostawił po sobie dobrą pamięć. W „Wiestn. Oftalm.“ napisał kilka rozpraw w sprawie anomalii refrakcyi oczu.

Dr. J. T.

Tajny rada, Dr. Samolsohn, znany i ceniony praktyk, zmarł po długich cierpieniach, które go od dawna od pracy ulubionej odórwały, w Kolonii nad Renem, d. 7. b. m., w 58. roku życia.

X. OD REDAKCYI.

Panu Dr. T. w L.: »Postępowanie« pragniemy wyłącznie poświęcić nauce i praktyce.

Polemiki, o ile ona nie dotyczy strony czysto naukowej, rzeczowej, nie podejmujemy, ani też nie myślimy zaczepki, niechęcią spowodowanych, uwzględniać. *Krytyka* każda powinna rzeczywiście opierać się na zasadzie »sine ira, sed cum studio«. Zresztą każdemu, kogo spotkamy na drodze, wytkniętej w zapowiedzi naszego pisma, chętnie podamy rękę do wspólnej pracy. Im więcej takich, którzy w tej wspólnej pracy szukają ziarna prawdy, tem lepiej dla nauki.

Głoszenia.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracyi »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcji:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracja**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych
prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają
autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie
wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian
w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają
pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacji, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABEŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHERA WE LWOWIE, DRA MITWAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RIMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Kwiecień

—*— ROCZNIK PIERWSZY —*—

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. O mechanizmie powstawania oderwania tęczęwki od wieńca rzęskowego przez uraz

(Iridodialysis traumatica).

Przez

DRA TEODORA BALLABANA.

Oderwanie tęczęwki od wieńca rzęskowego bez powikłania, i to jako następstwo skaleczenia przez strzał, bywa rzadszem, aniżeli to zdawałoby się mogło.

I tak znajdujemy w dziele, wydanem przez oddział medyczny kr. pruskiego ministerjum wojny, pod tytułem: »Die Verwundungen der Augen bei den Deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870/1871¹⁾», na 298 urazów oka za pomocą strzału, 16 przypadków, dotyczących oderwania tęczęwki od

¹⁾ Berlin, 1888, bei E. S. Mittler und Sohn.

wieńca rzęskowego. Między tymi są cztery przypadki z równoczesnem przedziurawieniem rogówki, jeden zaś przypadek dotyczy równoczesnego skaleczenia rogówki i soczewki. Tak więc liczba czystych oderwań tęczówki od wieńca rzęskowego ogranicza się do 11 przypadków.

Cohn¹⁾ zestawił 31 przypadków urazu oka przez strzał, pomiędzy którymi znajdują się dwa przypadki oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego, a z tych znowu jeden tylko dotyczy czystej iridodialyzy bez innych powikłań.

Ale, nie zważając nawet na rodzaj działającego urazu, przypadki oderwania tęczówki od wieńca rzęskowego, bez innych ciężkich zmian, są nader rzadkie.

Zander i Geissler²⁾, którzy również wskazują na rzadkość iridodialyzy, przytaczają tylko cztery przypadki tejże.

Rzadkość ta zdaje się być powodem, dlaczego geneza tego zajmującego uszkodzenia oka nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśnioną.

Zanim zajmiemy się zestawieniem istniejących w tym kierunku zapatrywań, pozwolę sobie opisać w krótkich słowach trzy przypadki iridodialyzy własnego spostrzeżenia.

Przypadek 1. A. T., 27 letni rzemieślnik, podaje, iż przed kilku dniami doznał skaleczenia oka prawego, i to w ten sposób, że towarzysz jego, siedząc z prawej strony obok niego, bawił się rewolwerem, który przy tej sposobności wypalił, przyczem kula utkwiała w okolicy prawego oka.

Stan obecny: powieki prawego oka są mocno nabrzmiąte, przy wewnętrznym brzegu oczodołu, tuż poniżej brwi, znajduje się mały otwór postrzałowy, przez który sonda poprowadzona w kierunku skośnym na zewnątrz i na dół dotyka w głębokości 2 cm. kuli, która za pomocą skóry powieki górnej daje się z lekkością poruszyć; krawędź kostna oczodołowa jest nie-naruszoną, o ile to można zbadać przy tak znacznem nabrzmieniu. Gałka oczna jest prawidłowa, spojówka tejże,

¹⁾ H. Cohn. Schussverletzungen des Auges. Erlangen, 1872.

²⁾ Zander u. Geissler. Verletzungen des Auges, p. 351.

a mianowicie dolna jej połowa jest pokrytą małemi ziarnkami prochu, $\frac{2}{3}$ części przedniej komory ocznej są wypełnione w części skrzepłą, w części płynną krwią, która zapełnia całkowicie źrenicę. W górno wewnętrznym kwadracie jest brzeg rzęskowy tęczęwki oddarty tak, że skutkiem tego powstała szpara, 4 mm. długa i $1\frac{1}{2}$ szeroka. Tn. Chory nie poznaje poruszania ręki nawet tuż przed okiem, poczucie światła prawidłowe, projekcyja należyta.

Przy oddaleniu kuli za pomocą 3 cm. długiego przecięcia skóry, poprowadzonego równoległe do brwi, okazuje się brzeg kostny oczodołowy nienaruszony. Po bezpośredniem zrośnięciu się rany skórnej i po skłknięciu powiek przedstawia się następujący stan:

Krew zniknęła zupełnie z przedniej komory ocznej, źrenica rozszerza się po atropinie tylko w dolnej swej części prawidłowo, podczas gdy tęczęwka odpowiednio do miejsca oderwania się teje od wieńca rzęskowego zwiesza się w postaci zasłony. Soczewka nie drga, w ciałku szklistem, a mianowicie w górnej i przyśrodkowej części tegoż znajdują się subtelne płateczki krwi. Wynik badania wziernikiem jest ujemnym.

V. c. $\frac{5}{20}$, J₁₁ — p. prox. 20 cm.; pole widzenia prawidłowe.

Przypadek 2. dotyczy 32 letniego woźnicy, u którego mimochodem stwierdziłem w bocznym i dolnym kwadracie prawego oka 4 mm. długie oderwanie tęczęwki od wieńca rzęskowego. Soczewka oczna jest nieco zwioteczoną, jednak bez zboczenia.

V. c. (z powodu choroby nerwu wzrokowego) $\frac{5}{20}$.

Oddzielenie tęczęwki od wieńca rzęskowego datuje się od dzieciństwa i zostało spowodowane uderzeniem bicia.

Przypadek 3. 24 letni wieśniak doznał świeżo skaleczenia oka przez odpadnięcie kawałka drzazgi przy rąbaniu drzewa.

Stan obecny. Powieki są nabrzmięte z powodu lekkiej wybroczyny podskórnej, przednia komora wypełniona krwią, źrenica zbacza od środka, w zewnętrznej jej części znajduje

się ledwie $1\frac{1}{2}$ mm. szerokie i 6 mm. długie oderwanie tęczęwki od wieńca rzęskowego, soczewka jest prawidłowo umiejscowiona. Po wessaniu się krwi z przedniej komory uwidoczniły się w ciałku szklistem płateczki krwi. Szerokość akomodacji jest nieco zmniejszoną.

Przy zastanawianiu się nad opisanymi tu przypadkami, nasuwa się nam mimowoli pytanie, w jaki to sposób dzieje się, że wskutek urazu odrywa się tęczęwka od wieńca rzęskowego w pewnem ograniczonym miejscu.

Do wyjaśnienia tego służyć dotychczas dwa sobie wręcz przeciwne zapatrywania.

Schmidt-Rimpler¹⁾ przyjmuje, że przy działaniu tępej siły na gałkę oczną twardówka zostaje gniecioną ku środkowi, przez co równocześnie napiętym zostaje brzeg rzęskowy tęczęwki; ponieważ prócz tego przy urazie, wedle doświadczeń Berlina, występuje równocześnie zwięźlenie źrenicy, więc brzeg rzęskowy napręża się coraz bardziej. Przy dostatecznym ucisku twardówki i przy dostatecznej sile pociągającej może się brzeg rzęskowy tęczęwki oderwać od wieńca rzęskowego.

Teorya Foerstera²⁾, której on sam nie może uznać, na podstawie swych badań doświadczalnych zupełnie bez zarzutu, wywodzi genezę oddzielenia tęczęwki od wieńca rzęskowego w sposób następujący:

„Przy działaniu tępej siły „prostopadle na środek rogówki“, zostaje ta ostatnia splaszczoną i wtłoczoną ku środkowi, a tem samem ciecz wodna podlega ciśnieniu. Ponieważ ta ostatnia nie może usunąć się pomiędzy tęczęwką i soczewką do tylnej komory, a to wskutek silnego przyścisnięcia się tęczęwki do soczewki, więc wydyma ona workowato tęczęwkę wstecz, i to w tem miejscu, gdzie ta ostatnia nie opiera się o soczewkę, a zatem w okolicy brzegu rzęskowego. Jeżeli następnie nie ma należytego stosunku pomiędzy

¹⁾ Schmidt-Rimpler. Zur Kenntniss einiger Folgezustände der *Confusio bulbi*. »Archiv für Augenheilkunde«. XII. 2., p. 135.

²⁾ Bericht über die 19. Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg 1887.

sprężystością tęczówki, a pomiędzy ciśnieniem, któremu ciecz wodna podlega wskutek działania powyżej wspomnianej siły, to brzeg rzęskowy tęczówki musi oderwać się od wieńca rzęskowego. W tym razie musiałby w największej liczbie przypadków przedrzeć się zarazem i rąbek Zinniusza, w innych zaś razach przedarłby się rąbek Zinniusza w większej lub mniejszej mierze, bez poprzedniego oderwania się tęczówki od wieńca rzęskowego“.

Pominąwszy już tę okoliczność, że doświadczenia na królikach wogólności, nawet w tym razie, gdyby takowe dawały stały wynik, nie mogą być dowodem dla ludzkiego oka, to przemawiają doświadczenia kliniczne — co też poniżej udowodnić jest moim zamiarem — dosadnie przeciwko tej teorii.

Że tak w istocie się rzecz ma, to już wynika ze samego następującego zastanowienia się.

Wiemy, że cała zawartość gałki ocznej jest płynną, lub też co najmniej składa się z tkanek, przesiąkniętych cieczą — takowa nie jest zatem podatną dla ucisku. Rogówka i twar-dówka są bezsprzecznie do pewnego stopnia elastycznymi, ich rozciągliwość jednak jest względnie bardzo małą. Jeżeli zatem na środek rogówki działa jakaś bardzo gwałtowna, tępa siła, to nie podlega kwestyi, że po pierwsze spowodowane nią wzmoczenie ucisku w przedniej komorze udziela się natychmiast równomiernie całej zawartości gałki ocznej — a powołuję się w tym względzie także na wyniki badania Hessa¹⁾, z których wynika, że podczas trwania akomodacyi nie zachodzi prawie żadna różnica pomiędzy uciskiem w przedniej komorze, a uciskiem w ciałku szklistem; powtóre, że wzmoczony ten ucisk może spowodować li tylko bardzo nieznaczną rozciągliwość rogówkowo-twardówkowej osłony oka (Corneoscleralkapsel). Jeżeli się rzecz ma w istocie tak, a zdaje mi się być to nie wątpliwem, to tęczówka nie może przecież zostać wydętą workowato wstecz, gdyż to samo ciśnienie jest za nią, co i przed nią — możliwość przyjścia do skutku oderwania tę-

¹⁾ Hess. C. Arbeiten aus dem Gebiete der Accomodationslehre III. etc. v. Graefes »Archiv für Ophthalmologie«. XLIII. 3.

czówki jest zatem w ten sposób stanowczo wykluczoną. Wyjątek w tym względzie stanowią chyba te przypadki, w których twardówka pęka wskutek urazu. Wówczas znika nagle ciecz za przeponą tęczówkowo-soczewkową, a ciecz przedniej komory może oderwać brzeg rzęskowy tęczówki częściowo lub nawet w całości i wypchać ją z oka.

To samo dotyczy i zapatrywania Sattlera¹⁾ o powstaniu iridodialyzy, które właściwie jest tylko połączeniem obu tych opisanych teorii.

Jeżeli zatem zestawimy te przypadki, które przytoczyłem z dostępnej mnie literatury, i te, które ja sam powyżej opisałem, to widzimy, że wynikają z nich wszystkich niektóre pewne i stałe okoliczności, które są nadzwyczaj ważne przy uwzględnieniu genezy odłączenia tęczówki od wieńca rzęskowego.

Przedewszystkiem zdaje się być ważnem zastanowić się nad „*sposobem działającej siły*“.

Wszystkie powyżej przytoczone przypadki urazów postrzałowych dotyczą tak zwanego draśnięcia postrzałowego²⁾.

2 razy było powodem iridodialyzy szybko uderzające większe twarde ciało³⁾, 2 razy uderzenie biczem⁴⁾. Zawsze więc rozchodzi się o siłę, działającą z błyskawiczną szybkością, której działanie musimy przedstawić sobie jako linię krzywą, wznoszącą się prawie prostopadle i równie tak nagle opadającą w następnej chwili, po osiągnięciu największej wysokości. Na-

¹⁾ Sattler. Ueber Augenverletzungen. Vortrag gehalten in der Generalversammlung des Centralvereines deutscher Aerzte in Boehmen in Pilsen. »Prager Med. Wochenschrift«. 1890. N. 1., p. 2.

²⁾ 11 przypadków z dzieła »Verwundungen der Augen etc.«

1 przypadek Cohna »Schussverletzungen der Augen«.

2 przypadki Zander i Geissler.

1 przypadek mój pierwszy.

1 przypadek Koorda Schmidt aus Cordova. »Wien. Med. Presse«. 1884.

Razem 16 przypadków.

³⁾ Zander i Geissler (skorupa ostrygi), mój przypadek trzeci (drzazga drzewa).

⁴⁾ Zander i Geissler i mój przypadek drugi.

stępnie można przekonać się bezpośrednio w największej liczbie przypadków, że miejscem uderzenia siły nie jest środek rogówki, jakby się tego należało spodziewać wedle teoryi Foerstera, ale, jak to i Schmidt-Rimpler opisuje, ta część granicy rogówkowo-twardówkowej, która w rzeczywistości odpowiada miejscu oderwania tęczówki. A mimo tego, że co do umiejscowienia działającej siły musimy przyznać zupełną słuszność zapatrywaniu Schmidt-Rimplera, to przecież nie można zgodzić się ze wszystkimi wywodami tego znakomitego autora w tym względzie, co też i z następujących przyczyn wynika. Jeżeli przyciśniemy gałkę oczną, i to na granicy rogówkowo-twardówkowej, przez górną powiekę, lub też wprost oko, znieczulone kokainą, to widzimy, że źrenica natychmiast się zwęża, tęczówka zaś posuwa się, odpowiednio do miejsca pociśnienia, ku środkowi źrenicy tak, że źrenica traci swą krągłą postać, a część brzegu źrenicznego, w miejscu, odpowiadającym ciśnieniu, zostaje spłaszczoną; natomiast nie można nigdy przez ucisk na twardówkę, nawet w najrozmaitszych kierunkach, wywołać napięcia brzegu rzęskowego tęczówki, przeciwnie usuwa się takowy z pod miejsca ucisku, co też wpływa także z następującego zastanowienia.

Jeżeli pociśniemy gałkę oczną palcem na granicy rogówkowo-twardówkowej, to widzimy, że odpowiednia część obwodu twardówki zbliża się do cięciwy, lub też przy nadmiernej sile musi ona przejść w przeciwne skrzywienie. Gdyby następnie ten ucisk został tak spotęgowany, że promień tego przeciwnego skrzywienia byłby mniejszym, aniżeli promień prawidłowej krzywizny gałki ocznej, to dopiero wówczas mogłaby być mowa o nadmiernem napięciu brzegu rzęskowego tęczówki, i to li tylko w kierunku spółśrodkowym do obwodu tęczówki.

Gdyby tak gwałtownie działająca siła nie miała już daleko cięższych następstw dla całości oka, to musiałaby w tym razie tęczówka rozedrzeć się w kierunku promienia, a nie w kierunku równoległym do brzegu rzęskowego tęczówki — a zatem musiałaby powstać szpara poprzeczna, prostopadła do brzegu rzęskowego tęczówki, a nie szpara równoległa do twardówki.

Jeżeli zestawimy te warunki, które zdają się być powodem urazowego oderwania tęczęwki od wieńca rzęskowego, to wynikają z tego dwie konieczności:

1. *Sila działająca musi być błyskawiczną.*
 2. *Sila działająca musi trafić granicę rogórkowo-twardórkową.*
- Jako 3-ci warunek ułatwiający, zdaje się, należy uwzględnić sprężystość twardówki, jak to z młodocianego wieku pacjentów wynika.*

Widzimy z całego tego rozbioru, że obie te, opisane powyżej, teorye nie zadawalniają należycie, a geneza urazowej iridodializy dałaby się w następujący sposób z łatwością wyłomaczyć:

„Wskutek działania łepiej siły o pewnem odpowiednim natężeniu na granicę rogórkowo-twardórkową zostaje ta ostatnia spleszczoną, przez co brzeg rzęskowy tęczęwki wciska się ku środkowi oka, równocześnie zaś z tem następuje zwężenie źrenicy.

Jeżeli następnie działająca ta siła jest tylko chwilkową, błyskawiczną, to granica rogórkowo-twardórkowa wraca natychmiast, dzięki swej sprężystości, nie tylko do swego prawidłowego położenia, ale także poza granicę swej równowagi tak, że skutkiem tego jest ona w miejscu działania siły silnie skrzywioną w przeciwnym kierunku, t. j. na zewnątrz, aniżeli w stanie prawidłowym.

Ta okoliczność, jak również i powyżej wspomniane zwężenie źrenicy wraz z odpowiednim wsunięciem się tęczęwki ku środkowi jest powodem, że tęczęwka, której sprężystość jest nader małą, nie może utrzymać równego kroku z twardówką i zostaje silnie szarpniętą. W następstwie tego musi tęczęwka w miejscu najsilniejszego napięcia brzegu rzęskowego tęczęwki, które to miejsce odpowiada zarazem jej mniej odpornej części, — oderwać się od wieńca rzęskowego.

Przyjście lub nieprzyjście do skutku równoczesnego oderwania się rąbka Zinniusza, lub samo oderwanie się tegoż bez oderwania tęczęwki od wieńca rzęskowego, daje się również bez zarzutu wyłomaczyć, przyczem uwzględnić należy różne umiejscowienie działającej siły, jak również rozmaity rozciągłość wspomnianych części oka, która u różnych osób jest różną.



2. Przypadek nieprawidłowej szpary naczyniówki.

Podat

DR K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Anna W., 40 letnia. Prawe oko M 2D, V = $\frac{20}{20}$, zmian żadnych. Lewe oko: Nieznaczny zez rozbieżny, M 4D, V = $\frac{20}{20}$. Powieki, rogówka i tęczówka zupełnie prawidłowe. Badanie wziernikowe wykazało: nerw wzrokowy ma postać poprzecznego owalu, ku dołowi przytyka doń biały sierp, otoczony dokoła wąskim pasemkiem barwikowym, widocznie zagłębiony; szerokość jego równa się prawie szerokości nerwu. Cienkie pasemko barwikowe dzieli go na dwie nierówne części: górną większą i dolną mniejszą. Ku wewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego, w odległości trzech średnic teźże, spostrzegamy obszerne jasne pole, które ku obwodowi stopniowo coraz szerszem się staje, aż pole owo znika już poza obrębem pola wziernikowego. Brzegi pola są bardzo wyraźne, w pobliżu ich wcale nie spostrzegamy barwika. Bliżej tarczy, w wąskiej swej części, na przestrzeni prawie 4 średnic tarczy, pole ma barwę błado-różową, a powierzchnię zupełnie równą. Dalej ku obwodowi barwa staje się białą z wyraźnym szarawym odcieniem, a powierzchnia bardzo nierówną i znacznie zagłębioną (przeszło o 3D). Wogóle pole owo zajmowało nie mniej $\frac{1}{6}$ części powierzchni dna oka. Górnych tętnicy i żyły tarczowej wcale nie znajdujemy, gdyż tętnice górna nosowa i skroniowa i odpowiednie im żyły powstają w środku tarczy, jako naczynia samoistne. Dalszy przebieg naczyń tych jest zupełnie prawidłowy. Nieopodal brzegu dolnego tarczy powstaje bardzo krótka dolna tętnica tarczowa, która niebawem dzieli się na tętnice dolne nosową i skroniową. Odpowiednie żyły powstają od brzegów nosowego i skroniowego tarczy jako naczynia samoistne. Obok brzegu skroniowego tarczy spostrzegamy dwie bardzo cienkie tętnice płamowe (art. maculares), od środka zaś brzegu

nosowego tarczy początek bierze tętnica, która w kierunku prawie prostoliniowym udaje się do pola, w nosowej części oka położonego, przecina je w całej widzialnej długości, cokolwiek tylko zmieniając kierunek ku górze. Ku dołowi i ku górze powstają od niej liczne naczynia, które następnie dzielą się dwudzielnie. Dolną część pola przecina w kierunku ukośnym dolna żyła nosowa. Prócz wspomnianych naczyń w obwodowej części pola znalazłem cienkie naczynia o przebiegu wężykowatym, a kierunku przeważnie pionowym. Oczywiście były to naczynia rzęskowe.

Wobec braku wszelkich zjawisk zapalnych w danym wypadku przyznać nam wypada wrodzoną szparę naczyniówki (właściwie również siatkówki), szparę nieprawidłową, bo położoną w nosowej połowie gałki.

Z trudnością czyta Snellen'a $D = 1,75$. Badanie za pomocą perymetru dokonane dało następujący wynik: ku górze 20° , ku zewnątrz 10° , ku dołowi 50° , ku wewnątrz 55° . Tak więc pole jest ścięzione we wszystkich kierunkach, lecz nadto dodać muszę, że brakuje w niem całej prawie zewnętrznej połowy, gdyż granicę pola wzrokowego w okolicy tej stanowi linia prosta. Pole przypomina zatem pole połowiczne z tą tylko różnicą, że linia graniczna jest odsuniętą o 10° od punktu nasionie widzianego. Dodać jednak mi wypada, że w obrębie braku przez perymetr wskazanego badana, odróżniała chora nie tylko światło, lecz i barwę jego.

Przypadki szpary nieprawidłowej w oku należą do bardzo rzadkich. Manz w artykule o potwornościach oka¹⁾ nie przyznaje wcale szpar nieprawidłowych. Schlueter w roku 1874²⁾ zebrał 104 przypadki tej wady, a szpara we wszystkich znajdowała się w dolnym wycinku gałki. W r. 1891³⁾ zebrałem w literaturze 34 przypadki szpar nieprawidłowych tęczówki, do których dodałem 2 własne spostrzeżenia. Odtąd przybyły

¹⁾ W podręczniku Graefe'go i Saemisch'a.

²⁾ Beitrag zur Iris- u. Chor.-Colobom.

³⁾ Przegląd Lekarski.

nam jeszcze spostrzeżenia Hess'a¹⁾, Seggefa²⁾, Boek'a³⁾, który wspomina o 8 przypadkach wady i Christen'a⁴⁾.

Co się tyczy właściwej naczyniówki, pierwszy dokładny opis nieprawidłowej szpary w niej podał Jodko⁵⁾. Znajdowała się ona ku górze od plamy żółtej, a braku w polu widzenia wcale nie było. Fuchs⁶⁾ spostrzegał w lewem oku szparę wielkości 4—5 średnic tarczy ku zewnątrz i ku górze. Czarne tło przecinały jasno-żółte linie. Zagłębienia w okolicy szpary wcale nie było, nie znaleziono też braku w polu widzenia. Randall i Schweinitz⁷⁾ znaleźli u dorosłego mężczyzny w prawem oku stożek (conus) obok skroniowego brzegu tarczy; plama żółta była prawidłową, $V = \frac{20}{20}$. W lewem oku znaczne zagłębienie tarczy, stożek w okolicy skroniowej, ku wewnątrz od tarczy i trochę ku dołowi przytyka doń okrągłe białawe pole, prawie dwa razy większe od tarczy. Dolna żyła nosowa przecina pole to prawie w kierunku poziomej średnicy jego, w środku oddaje dwa drobne naczynia i przegina się przez stromy brzeg nosowy pola. Pole ma barwę żółtawo-białawą i jest znacznie zagłębione; ku zewnątrz posiada pasemko bardzo ciemnego barwiku. $V = \frac{20}{20}$, w obrębie szpary istniało nadto wrażenie światła. W naczyniówce w pobliżu brzegu górnego tarczy widoczne były zmiany zapalne. Johnson⁸⁾ opisał 8 przypadków nieprawidłowych szpar naczyniówki, położonych poza obrębem dolnego wycinka i nie w samej plamie żółtej. Z tych w 3 szpara znajdowała się ku dołowi i ku zewnątrz, w 1 ku zewnątrz, w 2 ku górze i ku wewnątrz, w 1 ku wewnątrz, wreszcie w jednym przypadku znajdowały się 3 szpary: jedna ku górze i ku wewnątrz, druga ku górze i ku

¹⁾ Klin. Monatsblatt. 1892.

²⁾ Ibid. 1893.

³⁾ Die angeb. Colobome des Augapfels. 1893.

⁴⁾ Archiv f. Augenheilkunde. XXIX.

⁵⁾ Sprawozdanie z instytutu oftalmicznego za rok 1876.

⁶⁾ Archiv f. Ophthalm. XXVIII.

⁷⁾ Archiv f. Augenheilkunde XIX.

⁸⁾ Archiv f. Augenheilkunde XXI.

zewnątrz, nadto jeszcze szpara środkowa (w obrębie plamy żółtej). W jednym tylko przypadku szpara była obszerną, w innych zaś była ona mniejsza od średnicy tarczy, lub też równała się 2—3 średnicom. O innych podanych przez Johnson'a przypadkach nie wspomina tu wcale, ponieważ w jednym z nich szpara znajdowała się w obrębie dolnego wycinka (przypadek Hirschberg'a), w innych zaś w okolicy plamy żółtej. W przypadku Rindfleisch'a¹⁾ szpara znajdowała się w lewym oku ku górze (o 1 średnicę tarczy) i cokolwiek ku zewnątrz od tarczy. Miała postać owalu, $3\frac{1}{2}$ średnicy długiego, $2\frac{1}{2}$ szerokiego, bardzo zagłębionego, o powierzchni bardzo nierównej. V = palec na 5—6 m.

O ile też przy szparze naczyniówki bywa przechowaną siatkówka? Przedewszystkiem rzucmy okiem na wyniki badań anatomicznych. Manz²⁾ stanowczo twierdzi, że o siatkówce w obrębie szpary nie może być mowy. Jednakże już Arlt³⁾ znalazł w obrębie szpary wszystkie części składowe siatkówki, ułożone, co prawda, nieprawidłowo. Sam Manz¹⁾ znalazł później w jednym przypadku szpary cząstki siatkówki, utrzymuje jednak, że były one tylko wciągnięte następnie przy tworzeniu się blizny. Haab⁵⁾ zbadał anatomicznie przypadek szpary naczyniówki u 3 dniowego dziecka i znalazł siatkówkę wszędzie w obrębie szpary, chociaż warstwy jej nie były ułożone prawidłowo, nadto w przedniej części znalazł nawet zdwojenie siatkówki. W przypadku Pausse'go⁶⁾ u noworodka w obrębie szpary siatkówka była przechowaną w zupełnym porządku, tylko przyblonek wcale nie zawierał barwika. Thalberg⁷⁾ znów u 2 letniego dziecka znalazł w siatkówce w obrębie szpary tylko nieprawidłowo ułożone i rozrosłe warstwy ziarn-

¹⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1894.

²⁾ l. c., str. 71.

³⁾ Zeitschr. d. Gesellsch. d. Wien. Aerzte. 1858, str. 445.

⁴⁾ Klinische Monatsbl. 1876.

⁵⁾ Archiv f. Ophthalm. XXIV.

⁶⁾ Archiv f. Ophthalm. XXIV.

⁷⁾ Archiv f. Augenheilkunde. XIII, 1.

kowe. Przypadek ten, co prawda, nie należał do zwyczajnych, gdyż w nerwach wzrokowych włókien nerwowych wcale nie znaleziono. Boeck¹⁾ w obrębie szpary znajdował zawsze limitans interna i bardzo często pierwociny, zupełnie przypominające pierwociny części rzęskowej siatkówki. Stosunkowo lepiej przechowują się w obrębie szpary w niektórych miejscach, zwłaszcza w pobliżu brzegu szpary, tkanka łączna siatkówki, rzadziej warstwy ziarenkowe. W tych warstwach siatkówki często napotyka się zwyrodnienie torbielowate. Niekiedy znajdował zresztą komórki zwojowe, a nawet prętki i czopki. O tyle przechowane pierwociny siatkówki, zdaniem Boeck'a, przechować się dają tylko w tych wypadkach, gdy szpara jest niezagłębioną. Przeciwnie w przypadkach szpar z zagłębieniem, lub bardzo obszernych, brak naczyniówki pokrywa cienka warstwa drobno-włóknistej tkanki łącznej, która jednak pochodzi od siatkówki. Jeśli w tych przypadkach dają się niekiedy napotykać pierwociny siatkówki, to chyba bardzo odosobnione. Te tylko nieliczne dane zawdzięczamy anatomii patologicznej. Wypada z nich w każdym razie, że w obrębie szpary siatkówka może być niekiedy przechowaną zupełnie, lub bodaj częściowo.

Co się tyczy badań klinicznych, najpierw zauważyć muszę, że w żadnym ze zbadanych anatomicznie przypadków badania klinicznego nie dokonano. Zwykle znajdujemy krótką wzmiankę, że w polu widzenia znajdował się brak, odpowiadający zupełnie szparze, z czego moglibyśmy wyprowadzić wniosek, że w obrębie szpary sprawność siatkówki zupełnie ustaje. Tak wszakże bynajmniej nie zawsze bywa. Schmidt-Rimpler²⁾ w dwóch przypadkach szpary naczyniówki, gdy perymetr zdawał się wskazywać zupełny brak w polu widzenia w obrębie szpary, mógł się jednak przekonać, że wrażenie światła było przechowane. Haab³⁾ u 34 letniej kobiety przekonał się o istnieniu w obrębie szpary nie tylko wrażenia świa-

¹⁾ Die angeborene Colobome des Augapfels. 1893.

²⁾ Archiv f. Ophthalm. XXIII, 4.

³⁾ l. c.

ła, lecz nawet możności odróżniania barwy tegoż. W dwóch przypadkach Sch a u m b e r g'a¹⁾, jakkolwiek perimetr wskazywał braki, bez wątpienia było jednak przechowane wrażenie światła. Schiess-Gemuseus²⁾ w jednym przypadku szpary naczyniówki wcale nie znalazł braku w polu widzenia, co prawda, że silne drganie gałek ocznych bardzo utrudniało badanie. W przypadku Randall'a i Schweinitz'a w obrębie szpary było przechowane wrażenie światła. Johnson badał w swoich przypadkach wrażliwość na światło za pomocą osobnej małej lampki elektrycznej i otrzymał w ten sposób pole daleko szersze, niż przy badaniu za pomocą perimetru, wszelako w obrębie samej szpary istnieje, zdaniem jego, zupełny brak.

Wreszcie w moim przypadku w obrębie szpary wyraźnie odróżniano nie tylko światło, lecz nawet i barwy. Z tego, cośmy wyżej powiedzieli, wypada, że zarówno anatomiczne, jako też kliniczne badania upoważniają do wniosku, że w obrębie szpary naczyniówki pozostać może siatkówka i być jako tako sprawną.

Przytoczone wyżej określenie pola widzenia przy szparze, mianowicie, że daje się w niem spostrzegać brak odpowiadający szparze, upoważniałoby do wniosku, iż w częściach pozostałych pole widzenia pozostaje prawidłowem. Przeglądając literaturę, przekonałem się, że szczegółowego badania pola widzenia przy szparze oka nikt jeszcze dotąd nie dokonał. Falko pierwszy wspomina³⁾, że w jednym przypadku szpary naczyniówki (i tęczówki) w dolnym wycinku w polu widzenia znajdował się brak nie tylko ku górze, lecz nadto było ono ścieśnione we wszystkich kierunkach. Co się tyczy szpar nieprawidłowych naczyniówki, w przypadkach Jodki i Fuchs'a braku w polu widzenia wcale nie było. Randall i Schweinitz prawdopodobnie nie zbadali dokładnie pola widzenia. W przypadkach Johnson'a pole widzenia często było bardzo ścieśnione; w jednym przypadku ścieśnienie było tak dalece znacznem, że przy zwykłym badaniu nie udało się odnaleźć

¹⁾ Kasuistische Beiträge z. d. Missbildungen d. Auges. 1882.

²⁾ Archiv f. Ophthalm. XXX.

³⁾ Klin. Monatsblatt. 1875.

braku, odpowiadającego szparze — znaleziono go dopiero za pomocą światła elektrycznego. Dalej braki w polu widzenia pod względem postaci i wymiarów tylko w trzech przypadkach odpowiadały spostrzeganym za pomocą wziernika szparom. Większą znacznie uwagę na sprawność oka, szparą wrodzoną dotkniętego, zwrócił Bock. Otóż najpierw słuszną on robi uwagę, że w przypadkach, w których plama żółta była przechowaną, wzrok środkowy był znacznie lepszy. Co się tyczy pola widzenia, utrzymuje on, że brakowi naczyńiówki odpowiada brak w polu widzenia, z czego wszakże nie wypada, by oba braki dokładnie a ściśle odpowiadały sobie, przeciwnie, zwykle brak w polu widzenia jest stanowczo mniejszym, niżby się można było spodziewać. Rindfleisch w swoim przypadku znalazł tylko niewyraźne ścieśnienie pola widzenia w stronie nosowej, jakkolwiek brak w naczyńiówce był położony raczej ku górze. Wreszcie w moim przypadku, jak wyżej powiedziałem, perymetr wskazywał ścieśnienie we wszystkich kierunkach, zwłaszcza ku wnętrzu i ku górze, ścieśnienie zaś w okolicy skroniowej z tego jeszcze względu zasługiwało na uwagę, że było ono nie spółśrodkowem, lecz obwodową granicę pola w tej okolicy stanowiła linia pionowa, a z tego względu przypominało ono pole przy połowicznem widzeniu. Oczywiście pole to bynajmniej nie odpowiada temu, co byśmy mogli przypuszczać na podstawie postaci szpary, na dnie oka położonej. Jednakże postać podobna pola widzenia przy szparze naczyńiówki nie zdaje się należeć do rzadkich wyjątków. Przed kilkunastu laty miałem możność widzieć, we względnie krótkim przeciągu czasu, przeszło 30 przypadków szpary naczyńiówki (jednocześnie ze szparą w tęczówce) i zawsze w dolnym wycinku. Otóż w 5 przypadkach znalazłem pola widzenia bardzo podobne do wyżej opisanego. W dwóch najdokładniej była przechowaną tylko czwarta część pola prawidłowego, czyli tylko połowa dolnej połowy (tarcze znajdowały się w obrębie szpary). W jednym przypadku brakowało całej górnej połowy pola, jakkolwiek szpara była o wiele mniejszą, a nerw wzrokowy prawidłowy, położony poza obrębem szpary, nadto prócz szpary w dolnym

wycinku żadnych innych zmian na dnie oka dostrzedz nie mogłem. W jednym przypadku, jakkolwiek nerw wzrokowy był prawidłowy, znajdował się również poza obrębem szpary, a nadto na dnie oka zmian żadnych nie było, mimo to pole widzenia przedstawiało się tylko jako półkole o 30° w promieniu. Wreszcie w jednym przypadku znalazłem brak w górnej połowie pola widzenia mniej więcej odpowiadający szparze, lecz nie mało byłem zdziwiony, znalazłszy taki sam brak w polu widzenia drugiego oka, mającego $V = \frac{29}{20}$, a dno pod każdym względem zupełnie prawidłowe.

Należałoby nam teraz wytłomaczyć powstawanie szpary nieprawidłowej w naczyniówce. Co do szpar nieprawidłowych tęczęwki, opierając się na własnych moich badaniach nad rozwojem oka, tłomaczyłem powstawanie ich utrudnionym lub niedoszłym zrостem obu warstw tęczęwki — blaszki zarodkowej średniej i ściany pęcherzyka wtórnego. Zdanie moje podziela Bock¹⁾. Co do szpary środkowej, czyli w obrębie płamy żółtej położonej, wypowiedziałem już dawniej moje zdanie²⁾, mianowicie, że nauka o rozwoju oka na razie nie jest w stanie wytłomaczyć powstawania tej wady. To samo utrzymuję co do szpar nieprawidłowych naczyniówki. Przypadków tej wady mamy dotąd zbyt mało, a wszystkie są zgoła do siebie niepodobne. W przypadku Fuchs'a miały miejsce zmiany, zapaleniu siatkówki i naczyniówki właściwe. Rindfleisch w swoim przypadku znalazł w pobliżu szpary brak dodatkowy w naczyniówce i skłania się ku teorii zapalnej powstawania szpar w naczyniówce, wygłoszonej najpierw przez Deutschmann'a³⁾. W przypadku znów Randalla i Schweinitz'a, zdaniem Bock'a, przyczyną powstawania wady mogłyby być pierwociny listka średniego, które w nadmiernej ilości wstąpiły do pęcherzyka wtórnego. Johnson bynajmniej nie holduje teorii zapalnej. Nie da się ona również zastosować do mego przypadku, w którym, prócz zmian zwyczajnym, prawidłowym szpansom

¹⁾ l. c., str. 188.

²⁾ »Przegląd Lekarski«. 1886.

³⁾ »Klin. Monatsblatt«. 1881.

naczyniówki właściwych, nie znaleźliśmy żadnych zgoła objawów poprzedniego stanu zapalnego.

II. SPRAWY ZAWODOWE.

Ruchome oddziały przy instytucie oftalmicznym w Warszawie.

Dzięki inicjatywie i bardzo energicznie przeprowadzonym staraniom ks. Lubomirskiego Tadeusza, który jest kuratorem tegoż imienia zakładu oftalmicznego w Warszawie, urządzono tymczasem na próbę na lat trzy oddziały ruchome okulistyczne dla Królestwa, a chcąc podstawę urzędzenia tych oddziałów i ich zamierzoną działalność określić, podajemy poniżej główne artykuły z ogłoszonych tymczasowych przepisów:

Przepisy tymczasowe dla ruchomych oddziałów przy instytucie oftalmicznym w Warszawie. 1. Przy instytucie oftalmicznym zawiązuje się komitet z pięciu osób, wyznaczonych przez warszawskiego generał-gubernatora na trzy lata, dla urzędzenia ruchomych oddziałów okulistycznych. 2. Oddziały te organizują się przeważnie z lekarzy instytutu oftalmicznego, nie wyłączając i nie należących do jego składu, dla udzielania pomocy ubogiej ludności, cierpiącej na oczy, w miejscowościach oddalonych od Warszawy. Czynnościom tych oddziałów przewodniczy komitet. 3. Oddziały ruchome wyprawiają się na przeciąg czasu od 1 maja do 1 października. 4. Zarządzający oddziałem zaopatrzony będzie w niezbędne lekarstwa i przyrządy opatrunkowe. 5. Komitet wydaje zarządzającemu oddziałem odpowiednią instrukcję, określającą główne jego obowiązki. 6. Obowiązki te są następujące: a) szczegółowo obeznać się z miejscowością, do której będzie wydelegowany, i z panującymi w niej zaraźliwymi, niebezpiecznymi i chronicznymi chorobami oczów; b) przybytemu po poradę choremu udzielać odpowiedniej pomocy medycznej lub chirurgicznej; — w) potrzebujących ważniejszych operacyj odsyłać do Warszawy do instytutu oftalmicznego, z którym zarządzający oddziałem pozostawać ma w ciągłej łączności dla porozumiewania się co do miejsc wolnych; g) prowadzić szczegółową listę imienną przychodzących na poradę, z oznaczeniem: płci, wieku, sposobu utrzymania się, choroby, oraz czasu, jak dawno jej podlega, i t. p.; d) prowadzić listę imienną ociemniałych nieuleczalnych w danej miejscowości. 7. Komitet po otrzymaniu zawiadomienia o potrzebie dania pomocy i wysłania na miejsce oddziału ruchomego, zawiadania warszawskiego generał-gubernatora o zamierzonym wysłaniu oddziału, jego składowie, miejscowości, do której się udaje, i t. d. 8. Wszystkie wydatki na urzędzenie oddziałów ruchomych okulistycznych opędzać się mają z opłat, wnoszonych przez chorych, zgłaszających się po radę. Za ubogich, nie mogących płacić, zwracają kosztu leczenia zarządy miejskie lub gminne, według istniejących przepisów.

Nam się zdaje, że — o ile znany stosunki Królestwa — oddziały ruchome, które bezsprzecznie na obszarach wielkiej

Rosyi w miejscach, gdzie komunikacya utrudniona, lekarza wogóle trudno dostać, mogą być pożądane i oddają niemają ludności usługę, chybają celu najzupełniej w granicach dawnych ziem polskich, gdzie wszędzie w większych gubernialnych miastach istnieją szpitale, przy których już urządzono (Łódź, Lublin) oddziały oczne, albo łatwo je urządzić. Tamże chorzy przebywać mogą pod ciągłym dozorem lekarzy fachowo wykształconych. Tych nie zabraknie, gdy młodzież, mająca dziś tyle sposobności specjalnego wykształcenia się w okulistyce, będzie wiedziała, że w danym razie znajdzie i na prowincyi stosowne pole działania, choćby na razie skromne, ale już oparte o oddział dobrze urządzony. W ten sposób materiały, dotychczas leżący odłogiem, będzie mógł dla nauki korzystnie być użytkowywanym, pomijając spełnienie głównego zadania, jakie niewątpliwie szlachetny inicjator sobie stawiał, to jest niesienie pomocy cierpiącym. Ależ właśnie ta pomoc dorywcza w przypadkach poważnych nie może być wystarczającą raz dlatego, że żaden wytrawniejszy okulista, przykuty do własnej gleby, koczować z oddziałem nie będzie, a przedewszystkiem dlatego, że pomoc ta w wielu razach, jeżeli nie w największej części przypadków, winna być ciągłą. To też najzupełniej podzielamy zdanie naszego szanownego współpracownika Dra J. Talki, który, omawiając tę sprawę w styczniowym numerze łódzkiego »Czasopisma Lekarskiego«, pisze: »chorzyby więcej otrzymali od stalego specjalisty, rok cały dostępnego, aniżeli od początkującego lekarza, w pewnej porze roku dorywczo przyjeżdżającego; nauka więcej — bo oddziały wędrujące systematycznych spostrzeżeń czynić nie mogą«.

W Rosyi uruchomienie oddziałów takich jest uzasadnione chwilowo, są one *malum necessarium*, w Królestwie jednak są zbytczne, bo nie odpowiadają istotnej potrzebie i warunkom.

Na zakończenie jeszcze słówko: Opierając się na ogłoszonych przepisach powyżej przytoczonych, łatwo odnieść wrażenie, jakoby całe to urządzenie zmierzało do stworzenia pewnej agencyi podróżującej dla instytutu oftalmicznego. Tymczasem jesteśmy przekonani, że ani tak poważany zakład, jakim jest instytut Lubomirskich w Warszawie, reklamy nie potrzebuje, ani jego czcigodni ordynatorzy tego nie pragną, nie pożądają. Widocznie pod naciskiem chyba ustąpili i przyłożyli ręki do rzeczy niesympatycznej.

Organizacya centralna miałaby swe uprawnienie, gdyby jej zadaniem było zarazem przygotowanie i wprowadzenie w życie stałych oddziałów okulistycznych w miarę potrzeby, w miarę możliwości.

Wicherkiwicz.

III. STRESZCZENIA.

Zur Anatomie des Chiasma opticum beim Menschen.

Dr Fryderyk Sölder, asystent kliniki psychiatrycznej Krafft Ebinga w Wiedniu. (>Wiener Medicinische Wochenschrift<).

Sprawa częściowego krzyżowania się włókien nerwów wzrokowych zdawała się już być ostatecznie rozstrzygniętą i to na podstawie spostrzeżeń z dziedziny patologii, gdy w r. 1896. z poważnych ust (v. Kölliker) padło twierdzenie, że skrzyżowanie to należy tak długo uważać za całkowite, dopóki badanie anatomiczne nie wykaże na pewno włókien, mających przebieg zupełnie jednostronny. Tymczasem włókna nerwowe w chiasma są tak chaotycznie splecione, tworzą taką gmatwanicę, że przez samo oglądanie preparatów drobnowidowych, nawet barwionych dzisiejszymi udoskonalonymi sposobami (Weigert-Pal), nie podobna powziąć przekonania ani w jednym, ani w drugim kierunku. Dr. Sölder poszedł zatem inną drogą. Starał się mianowicie oznaczyć z możliwie największą dokładnością ilość włókien nerwowych na trzech następujących przekrojach: na poprzecznym przekroju nerwu wzrokowego, na strzałowym przekroju chiasma (poprowadzonym w linii środkowej ciała i rozdzielającym chiasma na prawą i lewą połowę) i na poprzecznym przekroju tractus n. optici.

Jeżeli przyjmiemy, że ilość włókien nerwowych, zawartych w jednym nerwie wzrokowym, równa się a ,

$$N = a,$$

to w tractus n. optici, oprócz tej ilości, znajdziemy jeszcze wiązkę włókien, należących do spoidła Gúdden'a i wracających przez drugi tractus do zwojów podstawowych mózgu. Zatem:

$$Tr = a + g.$$

Przyjmując tedy za Köllikerem całkowite krzyżowanie się włókien, musielibyśmy w chiasma, na owym wyżej opisanym przekroju znaleźć:

$$Ch = 2a + g.$$

Ponieważ zaś

$$N + Tr = 2a + g,$$

więc

$$Ch = N + Tr.$$

Jeżeli jednak obliczenie wykaże, że ilość włókien na przekroju chiasma jest wyraźnie mniejszą niż suma włókien, zawartych w je-

dnym nerwie i w jednym tractus, wtedy trzeba będzie przypuścić, że część włókien pozostaje nieskrzyżowana.

Pomijam rozbiór strony technicznej obliczeń Dra S., a ograniczę się tylko na stwierdzeniu, że wynik ich przemawia niewątpliwie za istnieniem włókien nieskrzyżowanych, bo pomimo, że autor z szeregu danych nigdy nie obliczał średniej, ale z rozmysłu wybierał zawsze skrajną, dla udowodnienia częściowego skrzyżowania najmniej korzystną liczbę¹⁾, to jednak ilość włókien na przekroju chiasma okazała się przeszło o 30% mniejszą od sumy włókien, zawartych w jednym tractus i w jednym nerwie. W ten sposób byłby dostarczony wolny od zarzutu dowód anatomiczny, jakiego się Kölliker domaga dla częściowego, niecałkowitego skrzyżowania, za którym zresztą tak wymownie i niedwuznacznie przemawia kliniczny obraz niektórych stanów patologicznych.

Dr. K. W. Majewski.

Dwa wypadki niedorozwoju aparatu kostno-mięśniowego powikłane zaćmą. Dr. M. Cywiński.

Na jednym z posiedzeń Towarzystwa lekarzy gubernii Mohylewskiej Dr C. przedstawiał dwóch rodzonych braci, Izraelitów, z których jeden miał lat 34, drugi 31, z niedorozwojem aparatu kostno-mięśniowego; zwłaszcza rzucały się w oczy słabo rozwinięte dolne kończyny i wąskie, cienkie, aczkolwiek prawidłowej długości, stopy. Twarz żadnej nieprawidłowości nie przedstawiała. Rodzice zdrowi, dzieci żonatyh braci również zdrowe. Wykluczwszy postępowy zanik mięśni pochodzenia obwodowego, zanik nerwów ze zwyrodnieniem i mięśni pochodzenia ośrodkowego, tak zwane dziecięce porażenie po drgawkach, Dr C. określił wadę jako samoistny niedorozwój aparatu kostno-mięśniowego.

Pozatem u obydwóch braci zaczęły wytwarzać się zaćmy. Najpierw zachorował młodszy brat. Dr C. stwierdził tworzącą się zaćmę na prawem oku, po upływie roku zaćma tworzyć się zaczęła i na lewem oku. Starszy brat zapadł też z początku na prawe, a potem na lewe oko. Prążki bardzo wąskie, promieniste, wskazywały na pewno w obu tych wypadkach na zaćmę twardą.

Wiadomo, iż niektórzy porównywują zaćmę z siwizną lub łysiną i uważają ją jako dowód, iż w ustroju następują zmiany wsteczne. Według zdania Dra Cywińskiego wycieńczenie organizmu u obydwóch braci jest tylko przejawem wstecznych zmian w ustroju, które nie minęły bez śladu dla soczewki, wytwarzając w niej zaćmy.

Włodz. Talko.

¹⁾ To znaczy: gdy chodziło o przekrój chiasma, brał najwyższą liczbę, gdy zaś o przekrój nerwu lub tractus, — najniższą.

Ueber die Art und Weise des Zustandekommens von Bindehautentzündungen. L. de Wecker (>D. Ophthalmolog. Klinik*. Nr 4. 1899.).

Badania bakteriologiczne stwierdziły, że ostre zapalenia spojówkowe przeważnie spowodowane są zakażeniem drobnoustrojami. Autorowi jednak idzie o wykazanie, że tylko w rzadkich przypadkach zapalenia te wywołane są dostaniem się drobnoustrojów wprost do worka spojówkowego, a przeważnie zarazki dostają się na innej drodze, czego najlepiej dowodzi zapalenie rzeżączkowe noworodków. Podczas bowiem porodu dziecko ma nie tylko silnie zaciśnięte powieki, ale i brzegi podwinięte tak, że dostanie się zakażonej wydzieliny pochwowej jest niemożliwe. Dopiero później, przy kąpaniu dziecka zanieczyszczonego tą wydzieliną, a szczególnie przy obmywaniu tą samą wodą powiek, osadzają się zarazki na brzegach, skąd następnie bardzo łatwo dostają się do worka spojówkowego. Za tem przemawia to, że objawy zapalenia rzeżączkowego występują najwcześniej na drugi, a zwyczajnie na trzeci lub czwarty dzień po porodzie, gdy tymczasem występują one przed upływem 24 godzin, jeśli jad dostanie się wprost do worka spojówkowego.

Dlatego radzi Wecker: 1. aby przedewszystkiem zaraz po urodzeniu odkazić dziecku bardzo starannie skórę powiek i otoczenia oczu (commissura ext., et int.) 1^o/₈ roztworem Hydr. oxycyan; 2. uważać, aby woda, użyta do kąpieli, nie dostała się do oczu; 3. po kąpieli i osuszeniu dziecka po raz drugi odkazić powieki i otoczenie.

Na dowód, że i inne zarazki, wywołujące różnorodne postaci zapaleń spojówkowych, dostają się nie wprost do worka, dość przytoczyć zarażenie się osób, myjących się w jednych miednicach i ocierających się jednym ręcznikiem; tu bowiem także ani woda bezpośrednio nie dostaje się do oka, ani ręcznikiem nie dotyka się spojówki, tylko zarazki dostają się wpięrow na powieki, gdzie się rozwijają, a następnie do worka spojówkowego.

Dosadnym dalej dowodem, że zakażenie odbywa się nie wprost, jest uporeczywy nieżyt spojówek, występujący przy Molluscum contagiosum; usunięcie tegoż usuwa objawy nieżytku. Steffan, który przed trzema laty także na to zwrócił uwagę, wyjął przytem zdanie, że choroby spojówek mogą zależeć od chorób skóry i jedynie przez leczenie tychże dają się usunąć.

Wreszcie autor sam na sobie doświadczył, że przez codzienne posmarowanie brzegu powiek żółtą maścią pozbył się uporeczywie powracającego się nieżytku.

Odkażenie więc powiek i brzegu, zdaniem autora, jest najlepszym nie tylko leczniczym, ale i zapobiegawczym środkiem przeciw szerzeniu się zakaźnych chorób ocznych. *Luniewski.*

Ueber das Zusammentreffen von bitemporaler Hemianopsie u. Diabetes insipidus. Dr Spauhoeck i Dr Steinhaus (>Deutsche Med. Wochenschrift<. 1898. Nr 52).

Wykazawszy, na podstawie rozbioru krytycznego znanych w literaturze przypadków, w których wystąpiło skroniowe różnominne połowicze widzenie równocześnie z diabetes insipidus, że prawdziwej zależności, z wyjątkiem jednego, zresztą powikłanego przypadku, właściwie przyjąć nie można, gdyż w 11 znanych z literatury przypadkach równocześnie wystąpiły objawy niezależne od diabetes, przytaczają autorzy własne odnośne spostrzeżenie.

33 letnia, przez męża kilką zarażona osoba, zrodziła dwa razy nieżywe, a następnie cztery razy zdrowe dzieci. W roku 1893. upadła na głowę bez dalszych złych następstw. Atoli we wrześniu następnego roku wystąpiło pragnienie silne, tak, że chora po kilka wiader wody wypijała dziennie, odpowiednio wielką oddając ilość moczu. W listopadzie zauważyła, iż bocznych przedmiotów bez zwrotów głowy nie może rozpoznawać, a tem zaniepokojona, gdy mimo leczenia na miejscu podjętego objawy te nie ustępowały, udała się po dalszą radę do autorów. Stwierdzono przyspieszone tętno, wzrok naosiowy przy krótkowzroczności 2 D. wynosił tylko $\frac{2}{3}$ prawidłowego. Badanie pola widzenia wykazało typowe skroniowe połowicze widzenie obustronne, po lewej stronie granica była ściśle prostopadła, po prawej miała lekkie dodatnie wdrażenie (Ausbuchtung). Zrenice oddziaływały prawidłowo, a wynik badania wziernikowego był ujemny.

Mocz, o ciężkości gatunkowej 1002—1003, dziennie w ilości 6—7 litrów oddawany, nie zawierał ni cukru ni białka. W przypuszczeniu, iż tutaj zmiany syfilityczne na dnie czwartej komórki i przy skrzyżowaniu nerwów wzrokowych były cierpienia powodem, przeprowadzono leczenie przeciwkifowe (wstrzykiwania hydrg. sozodol. i wielkie dawki jodku potasu). Wkrótce objawy oczne ustąpiły zupełnie, a po kilku miesiącach także pragnienie i moczówka.

Wobec tego, że tętno było także przyspieszone, przyjmują autorzy, iż jądro nerwu błędnego musiało sprawą być objęte, a za powód moczówki uważają zmianę chorobową w miejscu Claude-Bernarda. Z powodu braku powikłań innych, nie sądzą, by zmiana taka ogniskowa mogła być tak wielką, ażeby przytem miała ucisk wywierać na linię środkową skrzyżowania nerwów wzrokowych, czemuby się hemianopsia tłumaczyła. I w tym więc wypadku przyjmują autorzy tylko proste skojarzenie okoliczności przez to, że równocześnie także i chiasma było zajęcia kilowego siedliskiem.

„*Cerebrale Amaurose nach Blepharospasmus*“. Prof. K. Baas, asystent kliniki okulistycznej we Fryburgu (> Münch. Med. Woch. < Nr 4. 1899.).

U dwuletniego dziecka, które z powodu światłowstrętu, wywołanego pryszczykowem zapaleniem rogówek, przez kilka tygodni nie otwierało oczu, brzymające powieki wciąż mocno zacisnięte, wystąpiła obustronna, zupełna, niewątpliwa ślepotą, której istnienia dowodziło całe zachowanie się dziecka już po ustąpieniu zapalenia i kurezowego ścisku powiek, — i którą stwierdzały wszystkie dające się zastosować sposoby badania. Źrenice oddziaływały dobrze na światło, wzornikiem nie było widać żadnych zmian na dnie oczu. Prócz ślepoty można było zauważyć pewną ociężałość i przytępienie władz umysłowych. Dodac należy, że przed wystąpieniem zapalenia oczu dziecko miało widzieć doskonale, było żywe i wesołe, słowem niczem nie zdradzało jakiegokolwiek osłabienia wzroku. W kilka miesięcy później zmarło na zapalenie nieżyłowe płuc, nie odzyskawszy już wzroku, a jak najdokładniejsze badanie anatomiczne gałek ocznych, nerwów wzrokowych i mózgu nie wykazało zgoła żadnych zmian chorobowych.

Autor wzmiankuje nieliczne, dotychczas opisane przypadki podobnej ślepoty i stara się wykazać, że nie wytrzymuje krytyki ani Homaczenie Graefe'go, który za przyczynę tej ślepoty podaje długotrwały ucisk, przez powieki na gałkę wywartą, ani teorya Leber'a, który ślepotę tę uważa za odruchową, ani Schmidt-Rimpler'a, który ją >amblyopia ex inactivitate< nazywa, ani wreszcie Sillex'a, który przypuszcza tak zwaną ślepotę korową. Natomiast sam daje dziwnemu temu zjawisku następujące tłumaczenie¹⁾: U dziecka drogi nerwowe, łączące poszczególne ośrodki mózgu, nie są jeszcze należycie rozwinięte i, jak się autor wyraża, dostatecznie >wyjeżdżone< (eingefahren). Gdy dziecko to dostanie n. p. pryszczykowego zapalenia rogówki, wtedy, jak wiadomo, ucieka, kryje się przed światłem, które je razi, zaciska powieki i nie chce na nie patrzeć, bo patrzenie jest mu nad wyraz niemiłe, — a gdy stan ten minie, chowa w pamięci nieprzyjemne wrażenia, jakich mu przez tak długi czas narząd wzrokowy dostarczał, i dlatego nie chce, boi się niejako zacząć na nowo narządu tego używać, — że zaś czynność widzenia, bardzo, jak wiadomo, złożona i zawikłana, nie jest u niego jeszcze tak wyrobioną, jak u człowieka dorosłego, więc tem łatwiej teraz ustaje — i dziecko patrzy, lecz nie nie widzi, nie dopuszcza niejako wrażeń wzrokowych do ośrodków, któreby je

¹⁾ Okoliczność, że ślepotą przy kurezu powiekowym względnie rzadko występuje, przemawia, zdaniem naszym, przeciw temu tłumaczeniu. *W.*

mogły uświadomić. W ten sposób, zdaniem autora, odczuwszy się widzieć, popada w ślepotę, a dla orientacyi woli się posługiwać innymi zmysłami (zmysłem słuchu i czucia), których jest pewne, że mu przynajmniej przykrości nie sprawiają.

Dr. K. W. Majewski.

Osservazioni cliniche tendenti a dimostrare l'esistenza di fibre associative tra il nervo faciale e il nervo oculomotore comune del medesimo lato per C. Negro (> Bollet del policlinic. gen. di Torino II).

Znanym jest występujący niekiedy objaw, polegający na tem, iż przy porażeniach nerwu twarzowego, gdy chory usiłuje oko porażonej strony zamknąć, gałkę zwraca po tej stronie na zewnątrz i do góry, rzadziej zaś do góry i wewnątrz. Kierunek ten gałka zachowuje dopóty, dopóki trwa usiłowanie dowolnego skurczenia mięśnia obrączkowego. Oko zdrowe wykonuje ruch skojarzony, ale mniej wybitny, w tymże kierunku. Autor, który już dawniej zwrócił był uwagę na znaczenie rozpoznawcze tego objawu, tłumaczy go na podstawie Mendla badań, według których górna gałąź nerwu twarzowego bierze początek w jądrze okoruchowego, a w tylnej wiązce (Laengsbündel) do kolana nerwu twarzowego biegnie.

Podobną fizyologiczną zależność przyjmował autor między twarzowym a okoruchowym tej samej strony, tak, że pobudka dowolna, spotykająca się z przeszkodą w biegu nerwu twarzowego, przenosi się na okoruchowy. Skoro oko wykonuje ruch ku górze i zewnątrz, natenczas m. obliq. inf. został nerwowo podrażniony, gdy na wewnętrzną górę, pobudzonym został m. rectus superior. Pierwszy ruch daleko częściej przy porażeniach nerwu twarzowego się zdarza, tłumaczy się zaś dysocjacją w jądrze nerwu okoruchowego.

W razie rzeczywistego związku pomiędzy nerwem twarzowym a okoruchowym powinien nastąpić kurecz mięśni, unerwionych przez górną gałąź twarzowego w tych razach, gdy chory, u którego z jakiegokolwiek powodu przerwana została droga nerwowa do mięśnia ukośnego dolnego (obliq. inferior), dobrowolnie mięsień ten do czynności pobudzić usiłuje. W rzeczywistości mógł autor na 6 przypadków (pomiędzy tymi było 6 tabetyków, a jeden z przewlekłą swoistą meningitis basilaris), w których pomiędzy innymi obl. inferior po jednej lub obu stronach był porażonym, zależność tę 4 razy stwierdzić. By wytłumaczyć, dlaczego w dwóch przypadkach objaw rzeczony nie nastąpił, słusznie autor zaznacza, że tylko przy obwodowym porażeniu mięśnia ukośnego podnieta na nerw twarzowy może się przenieść, skoro zaś jądro odnośnego mięśnia zostało uszkodzone, natenczas musi i ta droga podniety być przerwana. (Według >Neurol Centrbl.< Nr 23. 1898.). H.

Ueber tabische Schnervenatrophie mit Skioptikon demonstrationen. Prof. Sillex (»Berliner Klin. Wochenschr.« 1898. Nr 39).

W odczytanie, wygłoszonym w Towarzystwie lekarskiem berlińskim, poruszył autor kilka punktów, na które chcielibyśmy zwrócić uwagę czytelnika. Zanik nerwów wzrokowych w następstwie wiału rdzeniowego jest istotnie *crux medicorum*. Dziwną zdawać się musi nierównomierność liczb statystycznych, podawanych przez rozmaitych autorów. I tak Marino podaje 9%, Grosz 88%, Uthoff 20, Bernard 10, a Berger 44⁹/₃ zaników nerwów wzroku przy tabes. Jako podstawę cierpienia przyjmuje się zazwyczaj kiłę nabytą, ale i tu zapatrywania są wielce podzielone. Gdy Leyden związku takiego wcale nie przyjmuje, Erb w 90%, a Moebius nawet w 100% kiłę obwinia. Sillex zestawiał z własnej praktyki i materiału uniwers. kliniki Schweigger'a 54 przypadki tabetycznego zaniku nerwów wzrokowych. Wszeczhronnie przeprowadzone badanie, zwłaszcza pod względem pochodzenia, sprawia, że materiał ten zasługuje niewątpliwie na uwzględnienie. — Z tych 54 przypadków, z których tylko 8 dotyczy kobiet, 44 odnieść było można do kiły, a zatem 81,5%. Kiłę przyjmowano, skoro chory sam się do niej przyznawał, albo, w braku tego, gdy wykazać można było na ciele objawy istniejącej kiły, lub też znaki przebytej kiły. Szczególną baczość zwracano na język, by stwierdzić obecność przez Virchow'a opisanego i kiłę przypisywanego zaniku (*glatte Atrophie der Zungentonsille*) grzbietu językowego.

Autor, badając przeważnie palcem, stwierdził gładki ten zanik pomiędzy owymi 54 przypadkami 16 razy, i to u takich chorych, u których też podstawę kiłową można było wykryć. Że zaś w innej pracy (rozprawa doktorska Składnego) wykazał, że na 24 kiłowych osób 20 miało ów zanik gładki języka, przeto, uważając go za niewątpliwy objaw kiły, owych 16 chorych z zanikiem wzrokowym uważa za kiłę dotkniętych.

Zanik tabetyczny występował najwcześniej w 8, a najpóźniej w 30 lat po pierwotnem zarażeniu. Na podstawie swego materiału nie skłania się autor do zdania Fournier'a, jakoby tabes występowała w przypadkach niedostatecznego leczenia przeciwsyfilitycznego, gdy i jak najlepsze leczenie wybuchu tego objawu powstrzymać nie może.

W jaki sposób zanik nerwów przychodzi do skutku, nie wyświecono dotychczas. Takowy rozpoczyna się obwodowo i postępuje ku środkowi. Anatomiczne zmiany makroskopowo przedstawiają nerwy wzrokowe, jako przezroczyste szare albo żółto-szare, galaretowe, znacznie zwężone pęczki. Mikroskopowo widzimy zwyrodnienie

już to całego nerwu, już to pojedynczych wysepek albo ognisk. Pomiędzy włókienkami nerwowymi znajdują się tłuszczowe ziarnka i powiększone komórki neuroglii. Wśród gałki komórki zwojowe i warstwa włókien nerwowych zanika.

Następnie zaznacza autor, że leczenie ręką nie tylko nie pomaga, ale nawet zazwyczaj szkodzi, które to zapatrywanie najzupełniej z własnego doświadczenia potwierdzić możemy. Ale i jodek potasu żadnego nie wywiera skutku, tam zaś, gdzie go rzekomo doznaliśmy, nie mieliśmy do czynienia z więdem rdzenia pacierzowego, lecz z inną sprawą, tak n. p. z gliosis spinalis, która nie tylko pod względem anatomicznym, ale przedewszystkiem klinicznym w głównych objawach tabes przypomina. Podobne objawy wywołuje dementia paralytica, połączona z nieruchomością źrenic i brakiem wrażliwości zwrotnej rzępk; — porażenia dyfteryczne dorosłych przypominają często tabes, ale przedewszystkiem kiła rdzenia pacierzowego, zwłaszcza, jeżeli tylne paski (Hinterstränge) są zajęte, wywołuje cały szereg objawów tabetycznych, jak porażenia mięśni ocznych, nieruchomość źrenic, przeszywające bóle, dolegliwości pęcherza, objaw Westphala, chód ataktyczny. Sprawa ta, nazwana przez Oppenheim'a rzekomym więdem (pseudotabes), może spowodować zanik nerwów wzrokowych przez meningitis basilaris, która przejściowo wywołuje zapalenie nerwów, wziernikiem często wczas nie stwierdzone. W tych to przypadkach leczenie ręką odnosi nierzadko dobre wyniki, mimo zaniku nerwów, przez korzystny wpływ na wysięki podstawy mózgu, jako też na sprawę przerostową tkanki łącznej międzywłókienkowej nerwu.

Prawdziwy zanik tabetyczny pod wpływem takiego leczenia nigdy się nie poprawia. Lubo autor w końcu powiada, że wobec wielkiej potrzeby leczniczego jakiegoś czynnika uważałby za najstosowniejsze zastosowanie elektryczności, gdy nowsze badania fizjologiczne wykazały, że podrażnienia elektryczne mogą sprawę zwyrodnienia (scł. nerwów) powstrzymać, a bardzo umiejętnie przez autora przeprowadzone doświadczenia w zakładzie fizjologicznym Prof. Munka przekonały go, że na zwierzęciu żyjącem prądy o 2 MA. na mózgu, a o 4—5 MA. na mleczu wywołują zmysłowo pochwytne skutki, to jednak, pozostawiając wykazanie skuteczności takich prądów neurologom, wyznaje skeptycznie, że mimo elektryzowania wzrok w odnośnych przypadkach nikał i nikał coraz więcej, aż do zupełnej ślepoty.

Również odmawia wszelkiej skuteczności i innym środkom, jak strychninie, arg. nitr., aurum, natr. salic., — leczeniom w Akwisgranie, Rehme, Wiesbaden i a last not least i zawieszaniu. Jeżeli

co sprawę powstrzymać może, to wzmocnienie stroju ogólne, a w tym kierunku uważa podróże morskie za obiecujące. II.

Ein Fall von Orbitalphlegmone nach Zahnoperation.
Dr. Hallauer. (»Archiv f. Augenheilkunde«, 37, 3).

Autor przytacza przypadek z kliniki uniwers. w Bazylei, w którym po wyrwaniu zęba w dość krótkim czasie rozwinęło się bardzo ciężkie zapalenie ropne tkanki łącznej oczodołowej, ale bez następstw dla wzroku i życia. W kilka godzin po operacyi wystąpiły zwiastuny choroby, za nimi nastąpiły objawy znamienne. Mimo wcześniej objawiającego się obniżenia wzroku, nie można było wziernikiem żadnych wybitnych zmian stwierdzić. Nerve wzrokowy wprawdzie przekrwiony, ale ściśle ograniczony, a odpływ żylny tylko nieznacznie okazuje się utrudniony. Z chwilą przebiccia się ropy na zewnątrz, objawy zastoju żylnego znikają szybko, a wzrok, poprzednio znacznie obniżony, podnosi się do $\frac{1}{2}$ As. 0,5 90. Gdy nie można sobie wystawić, by zapalenie nerwu wzrokowego tak szybko ustąpiło, a nie było też dostatecznych takiego zapalenia objawów, skłania się autor do przypuszczenia, iż chodziło w danym przypadku tylko o ucisk tylnej części nerwu przez tkankę, zapaleniem wzmoczoną.

Niezwyczajem było zaburzenie ogólne. Mimo nie bardzo podniesionej ciepłoty (do 38,5), a później nawet ciepłoty niższej od prawidłowej, już w pierwszych dniach objawiało się tętno przyspieszone i nieregularne, adynamia serca, brak łaknienia i niemoc zupełna, krótko przed pęknięciem ropnia występująca. Niewątpliwie mieliśmy do czynienia z podrażnieniem opon mózgowych.

Mimo zaniedbywania zwykłych ostrożności aseptycznych przy rwaniu zębów, przypadki zapalenia tkanki oczodołowej nie należą do częstych zjawisk, gdy jednak zachodzą, a nawet, jak to referent sam stwierdził, i zejście śmiertelne takie operacye prowadzić mogą, przeto poleca się jak największą czystość, przedewszystkiem zaś po wyrwaniu zęba płukanie środkami przeciwnoślnymi. II.

Ueber spontanes Verschwinden von Startrübungen.
Prof. Schmidt-Rimpler (»Deut. Med. Wochschr.« Nr. 49. 1898).

Do niedawna wątpiono o samoistnem zniknięciu zaćmy, dopiero Brettauier w 1895. r. pierwszy opisał 3 wypadki. Od tego czasu mnożyły się podobne spostrzeżenia, tak, że Natanson naliczył w literaturze 50 takich przypadków. Autor dodaje dwa dalsze spostrzeżenia zniknięcia zaćmy starszej wskutek wessania zaćmionej soczewki. Trzeba bowiem odróżnić wessanie zaćmionych mas soczewkowych od ich ponownego wyjaśnienia.

W pierwszym przypadku przychodzi zwykle przed wessaniem

do rozplynięcia się kory, podobnie jak przy C. Morgagniana (jądro jako resztką pozostaje najdłużej, lecz i ono może zniknąć); lub też wskutek wessania płynów może przyjść do zagęszczenia i ściągnięcia się mas soczewkowych. Wskutek więc zmniejszenia objętości części źrenicy może być mniej lub więcej wolną, a chorey w ten sposób może wzrok odzyskać. Należą tu także wrodzone zaćmy, które tworzą białą, małą, ale grubą płytkę, nieraz przy dyscysyi zamykającą, jak kłapa, otwór źreniczny.

Co do drugiego przypadku, mianowicie, czy samoistne wyjaśnienie zmętnionej soczewki starczej może się zdarzać, to do dziś dnia jest rzeczą wątpliwą. Autor tego nie spostrzegł, lecz uważa to za możliwe na mocy dwóch przypadków, opisanych przez Seegen'a i Nettleship'a, dotyczących zaćm u dyabetyków, którzy po leczeniu karlsbadzkim uzyskali poprawę wzroku.

Zaćmy urazowe, jak wiadomo, często się wyjaśniają, a autor spostrzegł w jednym przypadku, że zaćmienie na tylnym biegunie soczewki, po urazie, przez jakiś czas się zmniejszało. Magnus i autor spostrzegali również po kontuzyi powierzchowne rozlane zmętnienie soczewki, które po 24—36 godzinach znikało.

Doświadczenia, przeprowadzone na królikach w celu wywołania za pomocą zranienia igłą torebki soczewkowej urazowej zaćmy, dały w jednym przypadku wynik pożądaný; przyszło bowiem do wyjaśnienia się zupełnie zaćmionej soczewki z wyjątkiem kanału wklucia. W innym przypadku po wkluciu igły wytworzyło się niłkowane zaćmienie, ciągnące się od rogówki do soczewki i utrzymywało się przez kilka dni. Badanie drobnowidowe wykazało, że były to włókna soczewkowe, wglębione do ranki rogówkowej.

Gdy pęczniące masy soczewkowe w większej ilości znajdowały się w przedniej komorze i przytykały do tylnej powierzchni rogówki, powstawało — jak to nieraz można w mniejszym stopniu widzieć u ludzi — szare rozlane zmętnienie rogówki, do którego po pewnym czasie dochodzić zaczęły naczynia. Królikom, u których to zmętnienie wystąpiło, wpuszczono fluoresceinę w celu przekonania się, czy wystąpi zabarwienie, które widoczne jest, jak v. Hippel jun. twierdzi, także przy utracie śródbłónka membr. Descemetii. Rzeczywiście wystąpiło zabarwienie, a badaniem stwierdzono umiejscowienie na tylnej powierzchni rogówki. Stąd wniosek, że wspomniane zmętnienie wywołane zostało dostaniem się cieczy z przedniej komory między blaszki rogówkowe. Badając dalej wypukłość rogówki, zauważył autor zwiększenie się krzywizny tejże. Przypuszcza więc, że wskutek przylegania pęczniących mas soczewkowych do rogówki nie tylko przyszło do utraty śródbłónka, następowego dostania się cieczy między blaszki rogówkowe, ale także

z powodu tego nacieczenia rogówka stała się podalniejszą i wypukliła się, skoro się napięcie śródgałkowe wzmogło.

Luziński.

W sprawie zeszywania drażących ran gałki ocznej.
Dr. Ginzburg («Więstnik Oftalmologii». Zeszyt I. 1899).

Do najbardziej niebezpiecznych obrażeń oka zaliczyć należy drażące rany gałki ocznej, które często zmieniają postać gałki, zatracają wzrok i grożą współ-zulnem zapaleniem drugiemu oku. Dr. Andogski szeregiem doświadczeń wykazał, że wszelkie ropne sprawy daleko łatwiej szerzą się w tylnej, aniżeli przedniej połowie oka. Przenikające rany zagajają się przez wytworzenie tkanki bliznowatej, brzegi rany zrastają się głównie dzięki przytwardówkowej tkance i błonie naczyniowej. Siatkówka udziału przy gojeniu nie przyjmuje. Kiedy przez parcie śródgałkowe następuje wtłoczenie się pomiędzy wargi rany błony naczyniowej, to i tu zagojenie uskutecznia się przez powstanie na naczyniówce bliznowatego pokładu. Blizny takie oczywiście przedstawiają *locus minoris resistentiae* i pod wpływem śródgałkowego ciśnienia często tworzy się w tych miejscach twar-dówkowy garbiec. Często jednak blizny się ściągają, kurczą i, ciągnąc siatkówkę, odrywają ją na pewnej przestrzeni. Pierwszym, kto pomyślał o zagojeniu przez rychłozrost ran przenikających gałkę, był Baretta. W 1833. r. wyjął on kawałek szkła z oka i zaszył ranę, długą na 1 cm., z dobrym skutkiem. Operacya ta, dzięki pracom Windsora, Lawsona, Kuhnta i in., zyskała prawo obywatelstwa, jakkolwiek i dziś jeszcze spotykają się okuliści, którzy przy drażących ranach gałki stosują kseroform, opaskę uciskającą i zalecają leżenie w łóżku. Na ostatnim zjeździe w Heidelbergu 1898. r. Dr. Norman-Hansen zalecał usilnie przy tego rodzaju obrażeniach gałki zszywać na 6 dni spojówkę i podspojówkową tkankę, w odpowiedzi Schmidt-Rimpler uczynił słuszny zarzut (doświadczenia Schöllera), że i szew spojówkowy łatwo wywołać może następczo oderwanie siatkówki.

Operacyę zaszywania drażących ran wykonywać należy w narkozie. Kiedy jedni przekłuwają igłami wierzchnie warstwy twar-dówki, drudzy przekłuwają twar-dówkę na wskrós. Według Dra Fage nie należy szwów zakładać w następujących razach: 1) kiedy w oku znajduje się ciało obce, 2) jeśli towarzyszą objawy silnego zapalenia oka, 3) kiedy nastąpił znaczny wpływ ciała szklistego z następnym wylewem krwi wewnątrz gałki (w tym razie należy przystąpić do niezwłocznego wyłuszczenia gałki ocznej). — Wkońcu opisuje autor kazuistyczny wypadek szerokiego rozdarcia twar-dówki, który nadawał się do enukleacyi, w którym jednak, po odcięciu przepukłonej naczyniówki i zeszyciu rany szwem miesza-

nym (na brzegach przez spojówkę, pośrodku przez twardówkę), nastąpiło szybkie zagojenie, chora odróżniała ruchy rąk dokładnie. Tym więc rękoczynem zapobieżono oszpecceniu twarzy młodej dziewczyny, co jest ważną rzeczą u ludu, niechętnego do noszenia sztucznego oka.

Włodz. Talko.

W sprawie etyologii i leczenia chorób dróg łzowych.
Dr. Kahn (*»Więstnik Oftalmologii«*. Zeszyt I. 1899.).

Kiedy jedni okuliści z Prof. Hasnerem na czele za przyczynę chorób dróg łzowych uważają nieprawidłową budowę szkieletu twarzy, drudzy w ślad za Arltem twierdzą, iż mamy tu do czynienia ze skłonnością całego ustroju. Dlaczego jednak kobiety częściej zapadają (według Hasnera trzy razy częściej) na wyżej wzmiankowane choroby — nie wiadomo. Że lewy przewód zachorowuje częściej, to także fakt. Hasner tłumaczy to asymetrią w twarzy, zależną od zucia po większej części jedną połową ust. A więc nie tylko budowa przewodu noso-łzowego, lecz także i muszli nosowych, nosowych kości i wogóle całej jamy nosowej wywiera wpływ na powstawanie chorób worka łzowego. U ludzi ze spłaszczonym grzbietem nosa, jak wiadomo, bardzo często powstaje nieżyt worka łzowego i przewodu noso-łzowego, ponieważ przy takich nosach kąt przewodu z poziomem dochodzi zaledwie do 45 stopni, kiedy prawidłowo powinien się równać 60—70°, a w takich warunkach przy wydychaniu do przewodu łatwo wprowadza się śluz, tabaka.

Jednak bezpośrednią przyczyną nieżytów worka są przeszkody w samym urządzeniu łzowym. Zarazki, które się do worka w takich warunkach ze łzami dostają, w stojącej wodzie o ciepłocie ciała są w stanie szybko się rozwijać. Powstaje nieżyt worka, któremu naturalnie sprzyja okoliczność, kiedy chory nosem oddychać nie może, bo przy każdym wdechu (na co Hasner pierwszy zwrócił uwagę) następuje rozrzedzenie powietrza w przewodzie noso-łzowym i łyzy w ten sposób wciągają się do nosa. Zresztą za regulatora tych czynności uważamy dziś mięsień okrężny. Naturalnie kiedy ścianki worka łzowego stracą swą sprężystość, o prawidłowej czynności urządzenia i mowy być nie może.

A więc z przyczynowych momentów chorób dróg łzowych na pierwszym planie wyróżnić należy mechaniczną przeszkodę przy rhinitis, następnie dopiero nowotwory, złamania kości, nieprawidłowe umiejscowienie dolnej muszli lub nosowej przegrody, bliźnowato zwięzienia po przyszczepcy, ranach i próchnieniu kości łzowej.

W drugiej połowie artykułu przyłącza autor swój sposób leczenia wzmiankowanych chorób, który zresztą niezem się nie różni od stosowanych wszędzie. Przy przemywaniu worka ciepłym prze-

ciężkim rozeznym manewruje sikawką Anela z zakrzywioną rurką w ten sposób, aby i do dna worka osiągnąć. Następnie naciska okolicę worka palcem przez minut 5 (ciście niemiecka akurafność!) i dopiero przestrzykiwa worek środkami ściągającymi: hydrarg. oxyeyan. (1:5000—1:10000), sublim. (1:20000), kal. hyp. (1:10000), 4^o/₁₀ rozeznym argoniny. U dzieci żółzowatych, przy ogólnem leczeniu, zakończy leczenie nieżytu worka przemywaniem 1/4—1/2^o/₁₀ rozeznym jodu w glicerynie 3 razy tygodniowo przez przeciąg trzech tygodni.

W uporeczywych wypadkach, zwłaszcza przy przetokach, otrzymywał autor wyśmienite wyniki dzięki uciskającej opasce. Ponieważ oko nie znosi dłuższego jej noszenia, sporządził autor *compressorium*, składające się z wstążki, okrążającej czoło, ze środka której odchodzi dość duży skrzywiony drut do okolicy worka żowego, na końcu przymocował poduszeczkę, którą za pomocą śrubki poruszał dowolnie. Kiedy i uciskająca opaska mało pomagała, rozszerzał autor otwór przetoki i ostrą tyżeczką w narkozie wykrobywał granulacye. Wyluszczenie worka uważa za *ultimum refugium*, przy atonii ścianek stosuje faradyzację. *Włodz. Talko.*

Bemerkungen zur operativen und medicamentösen Therapie an hochgradig vorgetriebenen Augen. Prof. Axenfeld (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk., Februar 1899).

Autor podaje nam swe spostrzeżenia, jakie zrobił w kilku przypadkach, operując lub lecząc oczy trzeszczowate.

1) Ustalenie powiek przy trzeszczu gałek (Exophthalmus).

Najwięcej ochraniającem, a najmniej dla chorego przykrem jest ustalenie powiek za pomocą palców, szczególnie przy operacyi zaćmy. To też autor, operując zaćmę u chorego ze silnym trzeszczem gałek, zastosował ten sposób ustalenia, założenie bowiem rozworki wywoływało zwichnięcie gałki i wzmoczenie napięcia. Sposób ten jednak okazał się niedostateczny, gdyż chory po ukończeniu ciężcia ścisnął tak silnie powiekami, że nie tylko soczewka, ale i dużo ciała szklistego wypłynęło. Zdaniem autora, możnaby było tego uniknąć, zastosowawszy rozwieracze Desmarrés'a — a najlepiej w wysokim stopniu trzeszcza operować w uśpieniu.

2) Opaski uciskowe przy trzeszczu. Wogóle opaska w takich wypadkach, wywierając ucisk na największą wypukłość gałki, bywa źle znoszona. Można tego uniknąć, jeżeli wałą wyściele się grubo naokoło gałki i dopiero wtedy w zwyczajny sposób opaskę założyć.

3) Leczenie Conj. gonorrhoeica. Chora, u której z powodu choroby Bassetowa był silny trzeszcz gałek, zgłosiła się do autora z typowym ropotokiem rzeżączkowym. Wskutek bardzo znacznego

obrzęku powiek nie można ich było wywrócić; zastosowano więc z dobrym skutkiem częste przepłukiwania worka spojówkowego cum Hyrdg. oxyeyan. sikawką Panasa, służącą do wypłukiwania przedniej komory. Wkońcu zachwala autor skuteczność Hydr. oxye. w ropotoku rzeżączkowym.

Luniewski.

Einige Bemerkungen über Trachom und epidemische Augenkrankheiten und deren Bekämpfung. Prof. H. Schmidt-Rimpler (»Deut. Med. Wochenschrift«, N. 47. 1898).

Jeszcze na kongresie w Berlinie w 1890. roku wielu było zdania Rählmanna, że jaglica i zapalenie mieszkowe należy uważać za jedną i tę samą chorobę. Autor już wtedy nie zgadzał się na to, a widząc, jakie niebezpieczeństwa pociąga za sobą jaglica, zaznaczył potrzebę zaprowadzenia przez państwo środków zapobiegawczych i zwalczających tę chorobę.

Jaglica i zapalenie mieszkowe są to, zdaniem autora i wielu innych, zupełnie odrębne choroby; a pojęcie to ma nie tylko znaczenie naukowe, ale i praktyczne, szczególnie w rozpoznawaniu cierpień ocznych, epidemicznie występujących w szkołach. Nierzadko bowiem w tych przypadkach występujące obrzmienie mieszków daje pochoop do rozpoznawania jaglicy, a tem samem przedstawia to cierpienie, jako ciężkie i długotrwałe. Tymczasem autor, na podstawie badań wielkiej liczby młodzieży szkolnej, przekonał się, że we wszystkich zapaleniach spojówkowych, występujących epidemicznie w szkołach, nie ma się do czynienia z jaglicą, ale z ostrymi nieżytami, wywołanymi drobnoustrojami i ustępującymi po kilku miesiącach nawet bez leczenia. Dokładne więc w tych wypadkach rozpoznanie uczyni nieraz zbyt szerszy dozór lekarski — przeciwnie jaglica, tak dla oka niebezpieczna i łatwo się udzielająca, wymaga pewnych zarządzeń sanitarnych — a przedewszystkiem w miejscowościach, gdzie panuje, należy w szkołach rozciągnąć stały nadzór lekarski, a przytem nie należy zaniedbywać pouczania szerszych warstw ludności o łatwym udzielaniu się i o sposobach ustrzeżenia się przed tem cierpieniem. Jaglica jest bowiem chorobą ubogich i wśród nich, z powodu braku poczucia czystości, łatwo się rozszerza.

Omawiając sposoby leczenia ogólnie przyjęte, nadmieniam, że w celu oszczędzenia sił lekarskich w długotrwałem leczeniu jaglicy środkami ściągającymi możnaby użyć pomocy nauczycieli, a gdyby i to nie wystarczyło, to siostr miłosierdzia. Wkońcu zdaje autor główny ciężar na państwo, które w zwalczaniu jaglicy nie powinno żałować żadnych środków w celu przeprowadzenia dokładnego leczenia w zarażonych okolicach.

Luniewski.

Statystyka chorych na jaskrę w Rosyi. — Opracował Dr Marian Cywiński z Mohylewa.

Autor uzupełnił statystykę chorych na jaskrę w Rosyi, odczytaną przez Prof. Kriukowa na III. zjeździe rosyjskich lekarzy, według której procent chorych na jaskrę w stosunku do ogólnej liczby chorób ocznych wynosił 1,8. Z obliczeń Dra M. C. wypadła procent ten cokolwiek większym, mianowicie 2^o/_o. W każdym razie cyfra ta jest wyższą od spostrzeganych w zachodniej Europie. Czem wytłomaczyć dziwny na pozór objaw? Rozmaici rozmaicie tłumaczą. Kiedy Prof. Adamiuk przyczynę widzi w częściej spotykanej nadmiarowej budowie oczu, Kriukow twierdzi, iż brak stałych punktów leczniczych na obszarach Rosyi skierowują ostatecznie chorych na jaskrę do specjalnych ocznych zakładów i zwiększa tem samem liczby procentowe rocznych wykazów, to Dr Bonweez (z Saratowa) tłumaczy stosunkowo wielką liczbę chorych na jaskrę szczególną skłonnością (? Ref.) słowiańskiej rasy do tej choroby (Z protok. posiedzeń Tow. lek. mohylewskich). *Wł. Talko.*

Ein Fall von Melanosarcom der Bindehaut. Dr Joh. Koepffel (Inaug. diss. Halle. 1898.).

W rozprawce swej autor zebrał znane mu w literaturze wypadki melanosarkomatu spojówki oka, twierdząc, że są one dość rzadkie (Holmes na 20,000 chorych widział 3 razy, a Adamiuk na 16,000 tylko 2 razy). Streszczone spostrzeżenia dzieli on na trzy działy, a mianowicie: mel.-sarkomaty spojówki gałkowej (26 autorów, w tej liczbie dwa wypadki Dra Sroczyńskiego); mel.-sarkomaty płacie semilunaris et carunculae (3 autorów, w tej liczbie wypadek Dra Rumszewicza); wreszcie mel.-sarkomaty spojówki powiekowej (13 autorów, w tej liczbie jeden wypadek mój i jeden Rumszewicza).

Wszystkie te streszczenia zajmują w rozprawie aż 17 stronie, na 11 zaś pomieścił Dr K. ogólny pogląd na znaczenie złośliwego nowotworu, dodając do tego jedno jedyne własne spostrzeżenie, a mianowicie melano-sarkomatu w dolnym i górnym przejściowym załamku spojówki, z pomyślnym, na razie, wynikiem operacyi (w pół roku nastąpił powrót); było to tak zwane mięszone sarcoma pigmentosum, składające się z okrągłych wielokątnych i wrzecionowatych komórek; w sąsiedztwie nowotworu stwierdzono, że cewki Meibom'a były nacieczone leukocytami.

W 40 zebranych wypadkach zapisano, iż 20 wypadła na mężczyzn i 20 na kobiety. Zdarzają się one w rozmaitym wieku i tak: 3 do 10 lat, 7 do 20, 5 do 30, 4 do 40, 3 do 50, 14 do 60 i t. d.

Na spojówce gałki wyrastał nowotwór 34 razy (w tej liczbie 18 razy przy brzegu rogówki), 7 razy na plica sem. et carunc., 14 razy na spojówce powiekowej; 3 razy nowotwór wyrastał jednocześnie na obu oczach, 7 razy na kilku miejscach jednego oka.

W 8 wypadkach przyczyną był uraz, w 2 ostre zapalenie spojówki, w 19 nowotwór rozwinął się z barwikowej plamki, która, zdaniem K., bywa przyczyną mel.-sarkomatu, w połowie wypadków bez widocznej często przyczyny. Wogóle z barwikowemi plamkami spojówki trzeba być ostrożnym, ażeby nie spowodować groźnych następstw.

Nowotwory te zwykle rosną bez bólu i bez podrażnienia. Zapisano tylko 8 bolesnych wypadków, połączonych z objawami zapalnymi.

Lepsze rokowanie dają nowotwory powiek, niż gałek, które operowano (*enucleatio et exenteratio*) w 17 wypadkach. Wyniki: operacyj dokonano na 37 chorych, w tej liczbie 14 było z jednym, 6 z dwoma, 5 z trzema, 2 z czterema i 5 z pięcioma nawrotami. Rzecz uwagi godna, że nawroty nieraz objawiają się po 4 i 5 latach (Hohenberger), a nawet i później, najczęściej u starych, gdy u dzieci następują szybko, po miesiącu nawet. W 7 wypadkach stwierdzono nawroty w innych miejscach, aniżeli pierwotny nowotwór; przerzuty bywają dość rzadkie¹⁾; 2 razy w przeduszny gruczoł, raz w wątrobie.

Dr. J. T.

Szklane gałki oczne jako protezy. Prof. H. Snellen. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde, März, 1899.).

Już w starożytności rozróżniano Eklephari i Hypoblephari. Pierwsze były to tabliczki z narysowanemi oczami i powiekami, które przymocowywano przed oczodołem, — drugie były protezy, umieszczane pod powiekami. Te ostatnie, pod postacią sztucznych ócz, zaczęto sporządzać z emalii w Paryżu od początku bieżącego stulecia. Hazart-Mirault wydał o tym przedmiocie broszurę (1818 r.), w której mówi, że wyluszczenie gałki ocznej jest operacją barbarzyńską i mało korzystną dla noszenia sztucznego oka. Okuliści jednak dosyć mieli wskazań do robienia wyluszczeń zawartości oczodołowej i dopiero od połowy wieku bieżącego, już to w celach kosmetycznych, lub też dla ułatwienia noszenia sztucznych ócz, w wyrobie których przodowała firma Boisseneau, zaczęli stosować inne rękoczyny, jak: *enukleację gałki z worka Tenon'a* (po raz pierwszy wykonał w Dublinie 1841. r. Dr Ferral, a Dr Bonnet we Francji); *eniscerację*, którą pierwszy wykonał Dr Noyes

¹⁾ Według naszego doświadczenia przeciwnie dość częste! W.

i zalecił na oftalmologicznym kongresie w Londynie (1879), a do której zaliczyć trzeba exenteratio A. Graefe'go (1884); operacyę Mules'a (1885), to jest ewisceracyę po Graefe'm i włożenie kuli szklanej do twardówkowego worka; operacyę Adams Frost'a: wyluszczenie gałki i włożenie kuli szklanej do worka Tenon'a; *abscisio v. amputatio* przedniej części gałki; optyczno-rzęskową *neurotomię* (A. v. Graefe, 1857), wreszcie zachwalaną przez Schweigger'a optyczno-rzęskową *neurektomię*.

Dla oznaczenia ściśle naukowej zawartości tych wszystkich operacyj angielskie oftalmologiczne Towarzystwo w marcu 1896. r. wyznaczyło osobną komisję, pod przewodnictwem A. Frost'a, która w tej sprawie wydała ciekawe sprawozdanie, umieszczone w »Transactions of the ophthalm. Society of the United Kingdom« (Vol. XVIII. 1898), dokąd też odsyłamy czytelnika ¹⁾). W każdym razie dla ruchów sztucznego oka jest bardzo pożądanem zachowanie w oczodole ruchomej podstawy, utworzonej po ewisceratio bulbi, przez włożenie do worka twardówkowego lub pochwy Tenon'a kuli szklanej. Dotąd używano sztucznych oczu postaci muszli, brzoji jednak tych konch często dość znacznie drażnią worek spojówki, prócz tego pod nimi w próżni zbierają się wydzieliny tegoż, a także łzy. Dało to pochoch Prof. Snellen'owi ²⁾, po porozumieniu się z fabrykantami braćmi Müller w Wiesbaden, do obmyślenia gruszkowatego, a raczej kasztanowego kształtu sztucznych ócz, które drażnią znacznie mniej, łatwo się wkładają i wyjmują. Są to oczy z podwójnemi ścianami cionkiego, lekkiego szkła (ważą 3 gm.) i są o wiele łatwie, aniżeli do dziś dnia używane oczy muszlowego kształtu; tylna ściana wyrobu Müller'a może być na żądanie wklęsłą lub wypukłą.

Dr. J. T.

Sprawozdanie komisji angielskiego oftalmologicznego Towarzystwa. W. Adams Frost. (Trans. of the Ophth. Society of the United Kingdom. Vol. XVIII. 1898, str. 233).

Na rozesłane zapytania komisya otrzymała 48 odpowiedzi co do znaczenia i szkodliwości sposobów operacyi na chorobliwie zmienionej gałce ocznej (enucleatio bulbi, evisceratio, sposoby Mules'a i Frost'a, abscisio, neurotomia et neurectomia optico-ciliaris). Najwięcej wypadków podał Moorfields Hospital.

Pytania postawione streszczamy krótko.

1) *Jak dalece uzględną jest obawa zapalenia błon mózgowych?*

¹⁾ Porównaj sprawozdanie później umieszczone.

H.

²⁾ Właściwie już Zehender'owi, o czem z autentycznego wiemy

H.

źródła.

Po prostym wycięciu gałki ocznej z pochwy Tenon'a (enucleatio bulbi) na 10,734 wypadków spostrzeżono 7 razy meningitis. A więc ta ostatnia, choć bardzo rzadko, może jednak mieć w następstwie zapalenie błon mózgowych. Niema dostatecznej podslawy do upatrywania przyczyny tego w ropnem zapaleniu gałki ocznej, które w połowie wypadków było wskazaniem do enukleacji.

2) *Jak wielkie jest stosunkowo niebezpieczeństwo powstania współczulnego zapalenia?*

W pięciu wypadkach wypaproszeniu gałki z włożeniem sztucznej kuli objawiło się następnie współczulne zapalenie drugiego oka. Stwierdzono też kilka podobnych zajęć po optyczno-rzęskowej neurotomii i neurektomii.

3) *Jakie bywają inne złe następstwa tych operacji?*

Zmiana postaci, wywołana noszeniem sztucznego oka, niedostateczna jego ruchliwość (nowe sztuczne oczy Snellen'a może zapobiegają temu) i wreszcie zmniejszenie się przestrzeni oczodołowej, spostrzegane nieraz po enukleacji w młodoctwym wieku. Złe skutki, spostrzegane po ewisceracji bez wprowadzenia sztucznej kuli (exenteratio Graefe'go), są: znaczny odczyn i długi przez to pobyt chorego w szpitalu, skurczenie się twardówki i następczy ból i podrażnienie pozostałości gałki. Złe skutki widziano po operacji Mules'a: wypadnięcie sztucznej kuli. Złe następstwa po neurotomii i neurektomii: krwotok oczodołowy i wystąpienie gałki, owrzodzenie rogówki, powrót bólów, rozwinięcie się zapalenia tarczy w drugim oku.

Po abscisio widziano: krwotok, ropienie, drażliwość pozostałej części gałki, nieraz z współczulnem porażeniem drugiego oka.

4) *Jakie można uczynić uwagi co do noszenia sztucznych oczu?*

Podrażnienie worka spojówki, zebranie się wydzielin i też pod próżnią sztucznego oka muszlowej postaci. Temu zapobiega włożenie sztucznej kuli do pochwy Tenon'a, która niedopuszcza zapadania się sztucznego oka, a przypierając je do wewnętrznej powierzchni powiek, tem samem daje mu naturalne położenie i nadaje piękniejszy wygląd.

Dwa pozostałe pytania mniej nas obchodzą, przeto nie streszczamy ich.

(Podpisali: Frost (prezes), Benson, Clarke, Smith i Collins (sekretarz).

A więc komisya zaleca operację swego prezesa A. Frosta i następnie sztuczne oczy Snellen'a, czyli noszenie w oczodole dwóch szkieł, jedno na drugim, przedzielonych pochwą Tenon'a i workiem spojówki. Przyszłość okaże, ile w tem będzie pożytku.

Dr. J. T.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Towarzystwo lekarskie w Hamburgu (Aerztlicher Verein).
Posiedzenie z d. 1. listopada 1898.

Dr Franke mówił na poprzednim posiedzeniu o pęcherzycy i samoistnym zaniku spojówki (essentielle Schrumpfung der Bindehaut), a wykład ten wywołał następującą rozprawę: Dr Thost sądzi, że przypadki takie zajmują w równej mierze laryngologów, jak i oftalmologów. Sprawa zapalna w nosie, na przełyku i w krtani prowadzi najprzód do powierzchownych pęcherzy z zawartością zielono-siarczystą, gdy pęcherze przy tykaniu pękają, pozostawiają strupy, podobne do błon po słosowaniu piekielnego kamienia. Po usunięciu takiej błony rozpoznać można krwawiącą warstwę skórną i szybko następuje zagojenie blizny. Równocześnie wytwarza się w głębi błony śluzowej sprawa zapalna, prowadząca do zgrubienia i zatkania dróg limfatycznych, i do powstania błon motylkowatych, głównie na łukach podniebienia i na nagłośni. Zrosty powstają pomiędzy muszlami, a przegrodą nosową, zgrubienia na języczku, przypominając wiele grucielczą postać. Jak na oczach złośliwe znamię tej choroby objawia się zaniewidzeniem, tak w gardle znowu napadami uduszenia. Przy przewlekłej postaci nigdy zewnętrzna powłoka skóry w sprawie nie bierze udziału i nigdy przy tem nie zachodzi podwyższona ciepłota. Sprawa ciągnie się zazwyczaj lata całe u osób chęłowatych, starszych, a leczenie pozostaje bezskuteczne.

Delbanc o mniema, że okuliści pod względem rozpoznania tej choroby nie wiele odniosą korzyści, opierając się na dermatologach. Zachorzenie pęcherzowe Willan'a, a pęcherzyca szkoły wiedeńskiej obejmują cały szereg najrozmaitszych, już to pasorczytnych, już to nerwowych zachorzeń. Wypada teraz chorobę tę pęcherzową badać wszelkimi środkami, przez nowszą bakteryologię i patologiczną anatomię wskazanymi.

Od pęcherzycy odłączyć wypada obraz chorobowy Duhring'a (dermatitis herpetiformis) i podobne do pęcherzycy pasorczytne impetigines, niektóre trofoneurosy skórne, dalej wyprysk aseptyczny Demme'go, także obecność silnych wstecznych zmian tkanki łącznej. Wobec tego dermatolodzy nie mogą się na to zgodzić, by *samoistny zanik spojówki* dlatego, że przy tem pęcherze się pokazują, uważać za pęcherzycę.

Przewlekła pęcherzyca znamionuje się wystąpieniem pęcherzy o zawartości przezroczystej na najrozmaitszych częściach ciała, już

to pojedynczo, już to w ugrupowaniu. Erupeya taka może trwać miesiące, a potem zupełnie sprawa kończy się, w innych atoli razach trwa lata całe, a nawet i dziesiątki lat nawroty występują.

Rokowanie zależnem jest nie od czasu trwania i ilości pęcherzy. Stanowi o niem raczej powstanie zachorzenia, wnikającego w głąb skóry, przejście w tak zwany pemphigus foliaceus, przy którym skóra w całej grubości zajęta a z powodu przenikliwości powłoki warstwy naskórkowej nie przechodzi do powstania pęcherzy, tylko do łuszczenia. Chcąc pęcherzycę przewlekłą a samoistny zanik spojówki uważać za równą sprawę chorobową, potrzeba nam uwzględnić dwie okoliczności, a mianowicie: 1. we wszystkich przypadkach długotrwałej i rozgałęzionej pęcherzycy powinna i spojówka sprawie ulegać; 2. ostatnia powinna zawsze uleść obzernemu zanikowi, nawet w tych przypadkach, gdzie skóra temuż nie ulega. Pęcherzyca czasami prowadzi do wytwarzania się pęcherzy na spojówce, ale jest to powikłanie bez znaczenia, nie prowadzące jeszcze do zaniku spojówki. Natomiast zazwyczaj pęcherzyca *na oko niema uptywcu*. W zestawieniu pęcherzycy Frank'e'go, z którym się zgadza Unna, tylko w $\frac{1}{4}$ przypadków oko brało udział w zachorzeniu, a i tu nie wydaje się pewnem mowcy, ile z tych przypadków było prawdziwą pęcherzycą. Wkońcu przytacza Delbanco własne spostrzeżenie, w którym badanie bakteriologiczne zawartości pęcherzy dało wynik ujemny, a histologiczne badanie nie mogło żadnej ważniejszej zmiany tkanki łącznej wykazać. Ten ujemny wynik obu badań przemawia zawsze za prawdziwą pęcherzycą. Powstanie blizn przemawia za poważną zmianą tkanki łącznej.

Dr Plüder, który jeden z przypadków, przytoczonych przez Thosta, osobiście zna, zastosował w leczeniu prąd przerywany, przyjmując obrażenie trofoneurotyczne, i rzeczywiście udało mu się spowodować powstrzymanie sprawy chorobowej przez rok. W owym przypadku chodziło o pęcherzycę przełyku i nagłośni.

Prof. Deutchman nigdy nie widział tak zwanej pęcherzycy spojówki bez równoczesnych pęcherzy na podniebieniu, wargach i raz także na skórze. Delbanco myli się, sądząc, że okulisci chcą dermatologom przepisywać nomenklaturę. Nazwa pemphigus pochodzi w rzeczywistości od dermatologów, a przypadki, które sam spostrzegł, były mu właśnie przez tychże przysłane. Wobec twierdzenia Delbanca, że przy pęcherzycy skóry, względnie błony śluzowej, nie przechodzi nigdy do zaniku, jak przy odnośnej sprawie spojówkowej, zapytuje się, czy robiono badania patologiczno-anatomiczne, któreby to potwierdzić mogły. Zupełnie odmiennymi są stosunki na skórze, a nawet na błonie śluzowej, n. p. wargach i przełyku, aniżeli na spojówce. Gdy tu powstały pęcherze, to po

ich pęknięciu przylegają do siebie dwie płaszczyzny bardzo ściśle, przez co zrośnięcie tychże jest bardzo ułatwionem, czego niema w przelyku i na wargach. (Według »Deutsche Med. Wochenschrift«, Nr 6. 1899). II.

2. Berlińskie Towarzystwo dla chorób umysłowych i nerwowych.
(Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten). Posiedzenie z d. 13. listopada 1898.

Remak przedstawia chorą 55 letnią, która, poprzednio zdrowa, nagle 24. października zachorowała na zawrót, skrzywienie twarzy, wymioty, niemożność łykania, a odkąd znowu chodzić może, dwojenie zauważyła. W chwili jej przedstawienia się Remak następujące stwierdził objawy:

1. po lewej stronie porażenie n. twarzowego, 2. zupełne porażenie m. odwodzącego tejże strony i 3. niedowład (paresis) mięśnia prostego wewnętrznego, objawiający się przy zwróceniu oka na lewo, nie zaś przy konwergencyi.

Stawiono rozpoznanie: zachorzenie ogniskowe, krwotok albo rozniekcezenie w odcinku grzbietowym lewej połowy mostu w okolicy jądra nerwu twarzowego i nerwu odwodzącego.

Gdy częściowo objawy porażenia twarzowego ustąpiły, wystąpiły drgawki, ciągnące lewy kącik ust ku górze i na zewnątrz. Drgawki te równocześnie (synchron) występują z mruganiem, a ustępują z chwilą, gdy mruganie ustaje. Przy dowolnem zamykaniu obu ocz, ale także samego prawego oka, występuje współruch (Mitbewegung) toniczny mięśni podnoszących kąt ust, i obniżenie zmarszczki nosowargowej.

Drgawki te kłoniczne są współruchem mrugania, a występują także u drugiej przedstawionej chorej, 39 letniej, z wyleczonem powrotnem porażeniem nerwu twarzowego. Chora ta przeszła w r. 1887 porażenie lewego n. twarzowego, a dziesięć lat później przez pięć miesięcy miała takowe i po prawej stronie.

Po lewej stronie występują drgawki policzka, po prawej: dolnej wargi i to równocześnie z mruganiem, a ustają o tyle, o ile chora mruganie powstrzymać może. Przy usilnem zamykaniu ocz powstaje współruch tychże mięśni.

Rozpromienienie ruchowej inercyji obwodowego neuronu nerwu twarzowego przy dowolnym ruchu Romaczy nam współruchy, przy kłonicznym niedowolnym ruchu Romaczy drgawki po przebytem porażeniu degeneratywnem nerwu twarzowego. (Według »Neurol. Centralblatt«, Nr 23. 1898). II.

3. Posiedzenie Towarzystwa okulistów w Petersburgu z dnia 18. lutego (2. marca) b. r.

Na tem posiedzeniu odczytali sprawozdanie z dokonanych przez siebie doświadczeń Dr Łobanow i Dr Jakowlew. Pierwszy przedsięwziął szereg doświadczeń, aby wykazać „*znaczenie niechorobotwórczych bakteryj w zaraźliwej patologii oka*“. Worek oczny, jak wiadomo, jest przepelniony znaczną ilością najrozmaitszych bakteryj, nie wywołujących zmian jakichkolwiek przy wprowadzeniu ich do ustroju. Ołóż Dr Ł. wprowadzał do przedniej komórki królików hodowle obcych bakteryj. Nieszkodliwymi dla oka okazały się trzy gatunki: *bacillus caudicans*, *violaceus* i *ruber*, żadnych bowiem zmian nie dostrzeżono pod mikroskopem w wyłuszczonych oczach po 48 godzinach.

Sarcina zaś, *proteus vulgaris*, bacilli: *subtilis*, *prodigiosus*, *agilis*, *fluorescens*, *putridus* i *micrococcus roseus* sprowadzały zawsze zapalenie tęczówki, czasami ciała rzęskowego, trwające zwykle 4 tygodnie i ściśle ograniczone. Ośm owych niechorobotwórczych rodzajów wywoływało taki sam skutek, po wprowadzeniu ich do ciała szklistego. Przy badaniu mikroskopowem Dr Ł. znajdował w wysięgu tylko te bakterje, które przeszczepiał.

A więc, jak słusznie zauważyli koledzy, zapalenia tęczówki po operacyjnym zabiegu, być może, często powodowane są owemi właśnie bakterjami z workaicznego, które się następnie do przedniej dostają komórki.

Drugi z kolei Dr Jakowlew odczytał „ *przyczynek do leczniczych własności sperminy Poehla w chorobach oczu*“. W 44 wypadkach atrofii nerwu rozmaitego typu i w rozmaitych okresach rozwoju Dr J. stosował podskórną sperminę po 1 ampulce każdorazowo. Spermina poprawiała wzrok, zależnie od tego, z jakim Dr J. miał do czynienia wypadkiem (atrofia od 4 miesięcy do 7 lat). Centralne widzenie pod wpływem 5—15 iniekcji polepszało się n. p. w takim stosunku: z $\frac{7}{200}$ do $\frac{20}{200}$, albo z $\frac{20}{70}$ do $\frac{20}{40}$. Przy zupełnej ślepotcie lek okazał się zupełnie bezskutecznym. Takież, względnie niezłe, wyniki otrzymywał autor przy zadawnionych chorobach naczyńki z mętami w ciałku szklistem. Co zaś do niedowidzenia wskutek nadużycia napojów wyskokowych i świeżych zapaleń nerwu wzrokowego (na zasadzie pomyślnie wyleczonego w przeciągu 5 dni jedyne wypadku) Dr J. sądzi, iż spermina działa skutecznie.

Na zapytanie, jak tłumaczyć sobie naukowo działanie sperminy, Dr J. odpowiada, iż dziś ściśle na to pytanie odpowiedzieć nie można, że zapewne odgrywa tu rolę zwiększenie alkaliczności krwi, jak również zwiększona liczba białych ciałek we krwi. Obecny

na posiedzeniu Prof. Pochl powoływał się na doświadczenia akademika Prof. Tarchanowa i mówił o łatwiejszej przemianie kwasu mlecznego w dwutlenek węgla pod wpływem sperminy, która zwiększa alkaliczność soków w tkankach na 80% już po upływie 15 minut, o wpływie sperminy na choroby alkoholików, u których alkaliczność soków zmniejsza się wskutek nagromadzenia kwasu octowego, wreszcie podał do wiadomości niedawno spostrzeżony przez siebie fakt, że pod wpływem sperminy zwiększa się osmoza osocza krwi.

Na zakończenie Prof. Belarminow, zwróciwszy uwagę obecnych, iż nie posiadamy wcale środków leczniczych dla skutecznej walki z zanikiem nerwu wzrokowego (z wyjątkiem pozagalowego zapalenia nerwu wskutek nadużycia tytoniu i napojów wyskokowych), oświadczył, że uważa sperminę, gdyby nawet dalsze doświadczenia nie wykazały leczniczych własności w takim stopniu, jak to podaje Dr J., za bardzo cenny nabytek.

Dodam od siebie, że w r. 1893. francuscy okuliści wypowiedzieli zdanie wcale niepochlebne co do leczenia zaniku nerwu Bro wn-S e q u a r d'owskimi wstrzykiwaniami (p. »Bulletin de la Soc. d'Ophth.« Paris. 16. fascicule).
Włodz. Talko.

4. Académie de médecine de Paris (Posiedzenie z 4. kwietnia 1899).

Chauvel zdaje sprawę z pracy Dra Roure z Walencyi o nowym operacyjnym sposobie leczenia trzeszcza (exophthalmus). Dr Roure przecina spojówkę dookoła rogówki i, oddzieliwszy ją na pewnej przestrzeni od twardówki, pociąga ku przodowi, poczem zakłada szew okrężny («kapsiuchowy», suture en bourse). Po ściągnięciu i związaniu nitki spojówka pokrywa rogówkę w całości. Po kilku dniach, gdy spojówka nowymi, bardziej obwodowymi częściami przyrośnie do twardówki, wyjmuje się szew i, obciążwszy spojówkę wzdłuż dawnego jej rąbka, odsłania się rogówkę przezroczystą na nowo. Wynik tej operacyi jest taki, że oko trzeszczowate cofa się w głąb oczodołu.

Sprawozdawca stawia zarzut, że, z powodu krótkiego trwania doświadczeń, które Dr Roure wykonywał na królikach, trwałość dobrych wyników tej operacyi nie jest dowiedziona przy znanej skłonności oka do odzyskiwania z czasem pierwotnego położenia. Nadto trudno jest, zdaniem Chauvel'a, określić wskazania dla tego zabiegu, jeśli się zważy, że trzeszcz oczu nie stanowi sam przez się choroby, a jest tylko objawem, i to objawem, występującym przy rozmaitych chorobach i przez rozmaite bywa wywołwany przyczyny, z których żadnej operacya Dra Roure nie jest w stanie usunąć (»Semaine médicale«, Nr 15. 1899). *K. W. M.*

VI. LECZNICTWO.

17. Zastrykiwania miąższowe oliwnego roztworu dwujodku rtęciowego czyni Dr Bazin z Bordeaux mniej bolesnemi¹⁾ przez dodatek (3%) chemicznie czystego gwajakoiu, otrzymanego drogą syntezy. Oto przepis, jaki autor ten podaje:

Olei olivarum sterilisati	100,00
Hydrargyri bijodati rubri	0,50
Guajacoi puri	3,00

DS. Codziennie lub co drugi dzień wstrzykiwać ad regionem glutaeam 2 grany tego roztworu (t. j. 0,01 hydrarg. bijodati). — („Semaine médicale“. Nr 13. 1899). K. W. M.

18. Jodothyrię polecają Lanceraux i Paulsco w całym szeregu zachorzei, polegających na zmianach trofonerwowych i naczyniowych, i tak w sklerodermii, przewlekłym goścu, dnio, arteriosklerozie, przeroście sercowym, sklerozie nerek z białkomoczem. Po podaniu tego środka znikają osteofyty, nabrzmienia palców; przerost serca i białkomocz zmniejszają się, a nawet obwodowo naczynia tracą namacalnie stwardnienia, przybierając dawniejszą sprężystość. Wobec tych poleceń warto próbować środka tego w rozlicznych chorobach ocznych, polegających na wymienionych zmianach chorobowych. — („Journal de médecine interne“. Nr 1. 1899).

19. Heroina jest środkiem nasennym z grupy morfinowej, niedawno przez Dresera z Elberfeldu do lecznictwa wprowadzonym. Heroina działa swoisto na oddychanie, które staje się pod wpływem tego środka wzniojszem, ale głębszem, tak, że pojemność pojedynczego oddechu wzmagą się. Zużycie tlenu i wytwarzanie kwasu węglowego zmniejszają się. Serce i krążenie krwi nie ulegają zmianie. Działanie heroiny jakościowo równa się kodeinie, ilościowo zaś przewyższa ją. U suchotników podpada działanie uspokajające na oddech, który staje się głębszym, a mniej częstym, podrażnienie do kaszlu zmniejsza się, tak, że chorzy zwykle po heroinie usypiają.

Zdaje się, że heroina pod względem działania na ośrodek oddychania przewyższa kodeinę, pod względem narkotycznym zaś wogóło morfinie nie dorównuje. Środka tego doświadczali Floret w Elberfeldzie i Strube w klinice Gerhardt'a w Berlinie. Używane dawki wynosiły 0,005—0,01—0,02 trzy i cztery razy dziennie w proszkach. W płynie mniej korzystnie podawać z powodu nieco trudnej rozpuszczalności tego środka. Natomiast heroinum oxalicum, wytwarzano także przez fabrykę elberfeldzką, rozpuszcza się w wodzie łatwo.

¹⁾ Zastrykiwania dwujodku rtęci w oliwnym roztworze wogóło nie są bolesne. W.

20. Leczenie naczyńiaków wstrzykiwaniem ferri sesquichlorati poleca po trzydziostolotniem bez złych następstw zrobionem doświadczeniu Auger (w „Revue du praticien“, Sierpień. 1898). Używa do tego dwóch rozczyńów:

- I. Sol. ferri sequichl. . . 30% 2,5
- Natr. chlor. 1,5
- Aq. dest. 6,0.
- II. Sol. ferri sesqu. chlor. 30% 2,5
- Zinci chlor. 3,0
- Aq. dest. 6,0.

Przy małych guzach wystarcza 1—2 krotne wstrzyknięcie kilku kroplek do wnętrza guza z rozczyńu słabszego I; przy silniejszych częściej takowo i w większej ilości plynu robić można, albo też używa się silniejszego rozczyńu II. Pierwotnie następuje silne nabrzmienie, po którym wytwarza się stwardnienie i powolna wsteczna przemiana.

21. Nowe tableciki lekowe sporządza na polecenie Prof. Dornbluth'a w Rostoku apteka uniwers. Brunnengraeber'a. Przez dodanie do leków obojętnego dla żołądka, a leków nie zmieniającego środka ułatwia się niezmiernie rozpuszczalność nowych tablecików, które włożone we wodę już po kilku sekundach namakają, a po minucie same przez się lub też za potrąceniem rozpadają się w mialki proszek.

Tableciki takie zawierają sulfonal 0,5, Trional 0,5, Opium 0,1 i extr. aloes 0,015, Opium 0,05 i extr. aloes 0,01, Santoniny 0,025, Codeini 0,02 i wiele imnych środków („Muench. Med. Wochenschrift“, Nr. 13. 1899.).

22. Wyciąg gruczołów limfatycznych przeciw złośliwym naroślom, zwłaszcza rakom, stosuje Herbert Snow, wychodząc z zasady, iż gruczoły te nie tylko są przyrządami przesączania, ale że one zawierają muszą pierwiastki niszczące składniki takich narośli. Podawał więc nie bez skutku wyciąg ze świeżych gruczołów limfatycznych (1—3 kapsulek po 0,3) dwa do trzech razy dziennie po jedzeniu, a sądzi, że przez zastrzykiwanie wyciągu w narośl lepsze jeszcze będzie można osiągać wyniki (Med. Press and Circ. 9/11. 98).

23. Akoinowe przetwory czyli alkyloxyphenylguanidiny mają, według Trolldenier'a, własności znieczulające. Przetwory guanidynowe, przez fabrykę Heyden'a w Radobeul pod Dreznem wytwarzane, wypróbowano najprzód na zwierzętach, a zwłaszcza na psach, przyczem pokazało się, że one w porównaniu do kokainy prawie nie są trujące. Nasycone rozczyńy akoinowe sprowadzają przez kilka dni trwającą znieczulenie spojówki króliczej, powodując jednak równocześnie znaczne podrażnienie rogówki i spojówki.

Słabszymi rozczyńami można mniej lub więcej długo trwające sprowadzić znieczulenie; i tak wodny rozczyń 1:1000 wywołuje znieczulenie trwające 15 minut, 1:400 przez 30 minut, 1:200 przez 60, a 1:100 przez 40—80 minut, 1:40 nawet przez dzień cały tkankę znieczula.

Słabsze rozczyzny, a mianowicie aż do 1:100 są zupełnie wolne od wszelkich złych ubocznych lub następnych skutków i sprowadzają idealne znieczulenie, które można wzmóc przez kilkakrotne zapuszczenie słabszych rozczyznów, gdy jednorazowe zapuszczenie rozczyznu 1:100 sprowadza wystarczające znieczulenie po minucie.

Doświadczenia srodka tego do skórnych wstrzykiwań, a wynikiem doświadczeń było stwierdzenie, że następujący rozczyzn:

Rp. Acoïn 0,1, Natr. chlor. 0,8, Aq. dest. 100,0 najlepiej odpowiada celowi, nie wywołuje bowiem silniejszego odczynu. Znieczulenie trwa 40—50 minut zupełnie, by potem powoli ku środkowi nabiegniętej tkanki ustępować. Rozczyzny do zastrzykiwań winny być zawsze świeżo przygotowane. Akoiny nie powinno się w wodzie gotować, tylko do przegotowanej, a jeszcze gorącej wody dodaje się ten srodek (Therap. Monatsheft. 1899, str. 36 i nast.) *H.*

VII. ROZMAIŃCOCI.

Zaburzenia oczne jako równoważnik objawu Cheyne-Stokes'a. Często spostrzegano i opisywano u ciężko chorych różne objawy oczne, towarzyszące typowi oddechowemu Cheyne-Stokes'a. I tak widziano w takich przypadkach kolejne zwichanie się i rozszerzanie źrenicy, chwilowy zez, ruchy oczu sprzężone, drżenie gałek i t. d. A. L. Whitehead zestawia¹⁾ kilka spostrzeżeń, z których możnaby wnosić, że niektóre z tych zaburzeń narządu wzrokowego mogą występować jako równoważnik objawu Cheyne-Stokes'a, gdyż pojawiają się w stanach, którym często towarzyszy ten typ oddychania, i okazują owo cechujące, kolejne nasilenie się, zwalnianie i ustawianie objawu.

W pierwszym przypadku, spostrzeganym przez Bullarda i Wentwortha, u dziecka chorego na koklusz występowało drganie gałek ocznych o typie wyraźnie przerywanym. W drugim, opisanym przez Gibsona, dziecko z zapaleniem opon mózgowych okazywało chwilowe zamglenia przytomności, ścisk powiek i zwięźlenie źrenicy, a wszystkie te objawy zachowywały charakterystyczny rytm Cheyne-Stokes'a. Dwa ostatnie spostrzeżenia własne Whiteheada odnosiły się do osób dorosłych, dotkniętych zapaleniem ucha środkowego, komórek wyrostka sulkowego i zapaleniem zajęciem opon mózgowych. U chorych tych w okresie przedśmiertnej śpiączki widział autor grę źrenicy, przypominającą rytmem zupełnie rytm

¹⁾ *Lancet*, 25. II. 1899.

oddechowy Cheyne-Stokes'a. W żadnym z powyższych przypadków nie wystąpiły zaburzenia toru oddechowego. Whitehead uważa wniosek za uprawniony, że objawy oczne o podobnie rytmicznym charakterze można i należy w takich razach uważać za równoważnik objawu Cheyne-Stokes'a (Status Cheyne-Stokes sine respiratione Cheyne-Stokes). — (Według ref. w »Semaine médicale«).

Dr. K. W. Majewski.

Przypadek nabytego i odziedziczonego opadnięcia powiek (ptosis) opisuje Dr Munden w Hamburgu jako dowód, że nabyte w życiu zmiany cielesne mogą być przez późniejsze generacje odziedziczone, dając powód do nowych postaci istot. Sprawa tak się miała: W roku 1820 jakaś Ockelmann, będąc ciężarną, wypadła z łodzi do wody, a w trwodze o życie zacięła oczy. Gdy ją ocalono miała powieki opadnięte, co jej przez całe pozostałe życie. Później urodzona córka tą samą dotknięta była wadą i urodziła oprócz dwojga zdrowych zupełnie dzieci, nadto chłopca z obustronnem opadnięciem powiek. Osobnik ten, obecnie mający 55 lat, miał także takąż wadą dotknięte dziecko, które jednak wkrótce po urodzeniu umarło. Badanie właśnie tego osobnika wykazało zupełną bezwładność mięśni unoszących powieki, podczas, gdy inne mięśnie prawidłowo działają. Źrenice są nieco szersze, aniżeli w zwykłych warunkach, co atoli brakowi silniejszego działania światła przy wąskich szparach przypisać można.

Mielibyśmy więc do czynienia z porażeniem gałkzki okoruchowego, wyłącznie przeznaczonej dla mięśnia unoszącego powiekę, porażeniem najprzód nabytem, a potem aż w trzech pokoleniach odziedziczonem. Co dziwniejsze w tym przypadku, to, że tu właśnie zachodziła pobudka nie urazowa, ale czysto psychiczna, która tylko kilka komórek jądra nerwu zniszczyła („Deutsche Med. Wochenschrift“ Nr 10. 1899.).

Badania nad mruganiem pod względem trwania podjął S. Garten (Pflüger's Archiv, t. LXXI.), oznaczając za pomocą bardzo pomysłowego urządzenia znikanie dowolnego i zwrotnego mrugania. Z doświadczeń tych wypływa, iż optyczne mrugnięcie zwrotno daleko więcej potrzebuje czasu, aniżeli mrugnięcie zwrotno wskotek podrażnienia trójdzielnego. Munk przyjmuje, jak wiadomo, że ruch powiekowy zwrotny optyczny jest pochodzenia korowego.

Wyciąg nadnercza zastrzykiwał M. Lewandowsky kotu do żył, poczem zaznaczył rozszerzenie źrenicy, cofnięcie się trzeciej powieki, do pewnego stopnia także wystąpienie galki i rozszerzenie szpary powiekowej, co by odpowiadało podrażnieniu szyjowej części współczulnego. Objawy te występują w kilka sekund po zastrzyknięciu, trwają tylko kilka minut, ale dają się przedłużyć przez oziębienie zwierzęcia (Centralblatt f. Physiologie, t. XII. Nr 18.).

Nowa uniwers. klinika okulistyczna w Wrocławiu otwartą została dnia 23 kwietnia b. r. Przy tej sposobności wygłosił dyrektor

kliniki, Prof. Uthhoff, odczyt, w którym po krótko nakreślił rozwój kliniki okulistycznej we Wrocławiu, przedewszystkiem staraniem nestora niemieckich okulistów, Prof. Foerster'a, usilnie i skutecznie popierany; następnie podniósł znaczenie okulistyki nowszej w porównaniu do okulistyki z czasów przed nieśmiertelnym Graefem.

Nowa klinika, mogąca pomieścić 48 chorych, odpowiada wymogom nauki i higieny, urządzenia ma, zdaje się, wogóle bardzo stosowne i zaopatrzoną jest już dziś w wszelkie przyrządy i środki naukowe, najzupełniej celom odpowiadające i wystarczające, gdy nasza, krakowska, przed pół rokiem otwarta, czeka jeszcze zawsze pod tym względem na objaw życzliwości wysokich władz.

Szkoła dla dzieci jaglicą dotkniętych otwartą została z fundusów miejskich w Medyanie. Łączy się z zakładem oftalmicznym i składa się z dwóch klas, w każdej po 50 uczni. Dopiero po wyleczeniu wracają dzieci do rodziców. H.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Karol Kunn habilitował się dla oftalmologii przy uniwersytecie wiedeńskim.

Dr August Proebsting, dawniejszy prywatny docent okulistyki w Fryburgu w B., objął kierownictwo zakładu leczniczego dla chorych ocznych, jako następcę t. r. Dra Samelsohn'a, w Kolonii nad Renem, o którego śmierci wspomnieliśmy w zeszłym numerze „Postępu Okulistycznego“.

Dr Albrón-Fialho mianowany profesorem nadzwyczajnym okulistyki przy uniwersytecie w Rio de Janeiro.

Dr A. Fumagalli habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie w Pizie.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

† Alfred Graefe.

Znowu uszczupliła śmierć już bardzo nieliczno grono szczęśliwych uczni i współpracowników mistrza, który okulistikę pełnił na nowo tory.

Alfred Karol Graefe, stryjeczny brat tego mistrza Albrechta v. Graefe'go, urodził się d. 23. listopada 1830 r. w Martinskirchen pod Muehlbergem nad Elbą, odbywał nauki lekarskie na wszechnicach w Halli, Heidelbergu, Wyrzburgu, Lipsku i Pradze, a czując już wczesnie skłonność do okulistyki, z niej zaczerpnął przedmiot do napisania rozprawy doktorskiej, która p. t.: „De canaliculorum lacrymalium natura“ w roku 1850 drukiem ogłoszoną była. Od roku

1855—1858 pracował jako asystent pod okiem Albrechta Graefe'go w Berlinie, i w tym też czasie przedewszystkiem położył podwalinę swego w czynny obfitego zawodu. Niekiedy przerywał ten pobyt, przenosząc się na krótszy czas także do Paryża, by przy boku Siehla i Demmarrés'a przyswoić sobie tychże głośnych na ów czas okulistów właściwości naukowe. W roku 1858 habilitował się w Halli, gdzie równocześnie założył prywatną klinikę oczną, służącą także i nauczaniu. W roku 1864 otrzymał klinikę okulistyczną państwową, mianowany równocześnie profesorem nadzwyczajnym okulistyki. W roku 1873 został zwyczajnym profesorem.

Pierwszą ważniejszą pracę ogłosił w r. 1858 p. t.: „Klinische Analyse der Motilitaetstoeurungen des Auges“, a od roku 1874—1880 wydawał w połączeniu z Schaemisch'em wielki zbiorowy podręcznik okulistyczny: „Handbuch der gesammten Augenheilkunde“, w którym sam opracował znowu dział najwięcej przez siebie uprawianej dziedziny, to jest zaburzenia ruchu gałki ocznej.

Oprócz tego ogłosił drukiem cały szereg większych i mniejszych rozpraw, przeważnie w archiwie Graefe'go i w Zehender'a miesięczniku (Monatsblaetter), dalej w Volkman'n'a zbiorniku wykładów klinicznych.

Bardzo znaczne zajęcie w zakresie praktycznym (z niemieckich okulistów miał może najznacniejszą praktykę) podkopało wcześniej jego zdrowie, tak, że już przed kilku laty zniewolony był dla ukłojenia nerwów opuścić katedrę, zrazu na pół roku, a po krótkim ponownem objęciu czynności nauczyciela, zrzekł się profesury zupełnie i przeniósł się do Weimaru, skąd jeszcze od czasu do czasu literackiej czynności dawał dowody i gdzie też pracowitego dokończył żywota.

W.

Głoszenia.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracyi »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Ogłoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP. I. Dra BABIŃSKIEGO W PARYŻU, Dra BALLABANA WE LWOWIE, Prof. BROWICZA W KRAKOWIE, Prof. BUJWIDA, Prof. CYBUŁSKIEGO, Prof. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, Dra KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, Prof. MACHEKA WE LWOWIE, Dra MITVAŁSKY'EGO, Doc. OKUL. W PRADZE, Prof. NATANSONA W KRAKOWIE, Dra RUMSZEWICZA W KIJOWIE, Doc. Dra SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, Dra STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, Dra J. TALKI W LUBLINIE.

M a j

— 3 — ROCZNIK PIERWSZY — 3 —

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Rzadki przypadek zaniku nerwów wzrokowych i siatkówek.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Dnia 10 września 1898 r. zwróciła się do mnie p. W. B. z Rygi, osoba od wielu lat niewidząca, która dotąd jednak nie mogła się pogodzić ze swem kalectwem. »Byłabym się już pogodziła ze swem nieszczęściem — mówiła p. B., — ale przecież jeszcze coś widzę; nie widzę wprawdzie światła, nie umiem odróżnić dnia od nocy, ani mogę zauważyć, czy się pali światło lub nie, ale wszelki, chociażby drobny, przedmiot szafirowy natychmiast spostrzegam, n. p. niezapominajki na łące, lijołki w lesie, niebieską wstążeczkę, wplecioną we włosy«.

Badanie przedmiotowe wykazało, co następuje:

Ok. pr. W = 0. Ok. l. W = 0. Biały zanik nerwów wzrokowych, żyły siatkówkowe cienkie, tętnice ledwie dostrzegalne. Barwikowe międzynauczyniowe pasy podłużne i poprzeczne pokrywają prawie

całe dno prawego i lewego oka. Odezyn źrenic na światło niezupełnie stracony, odezyn na akomodację dobrze zachowany (źrenice zwięzają się prawidłowo, gdy chora patrzy na własny palec w odległości 15—20 centymetrów przed oczami). Ruchy gałek zachowane.

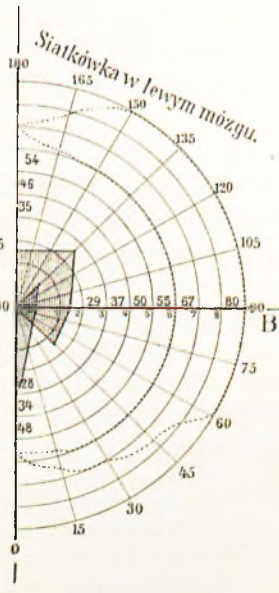
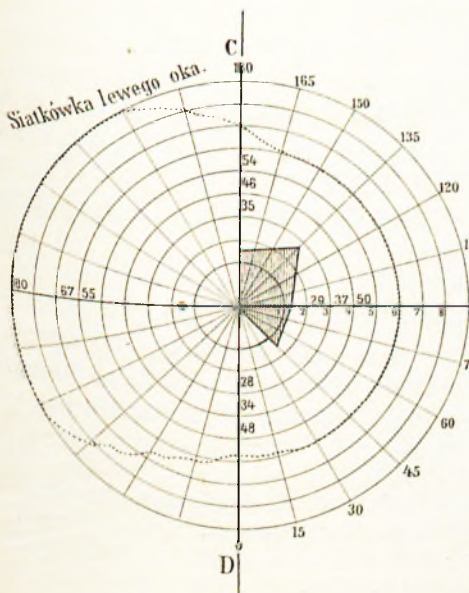
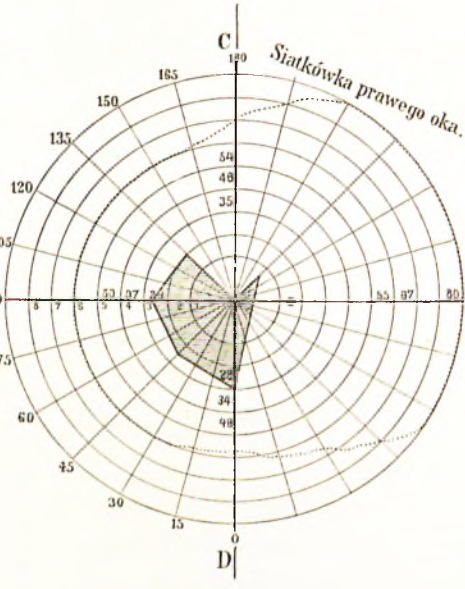
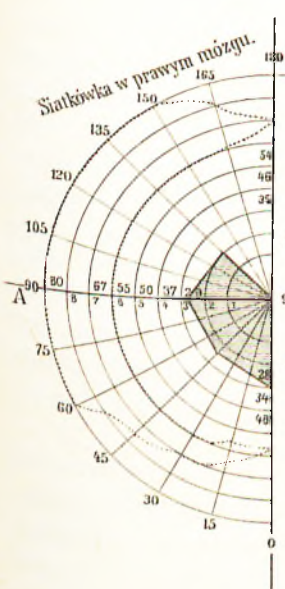
Pani W. B. jest osobą dobrze zbudowaną, lat 42, cierpiącą od czasu do czasu na kolki żółciowe, — z wyjątkiem kiły, nabytej od męża przed wielu laty, żadnej innej choroby nie przebywała.

Leczona odpowiednio, nie przedstawia obecnie żadnych śladów przebytego zakażenia, z wyjątkiem obustronnego zaniku nerwów wzrokowych. Wzrok zaczęła tracić już przed siedmiu laty, a od trzech lat już nie widzi, z wyjątkiem siniego światła.

Wobec danych przedmiotowego badania i wywiadów, byłem pewny, że opowiadanie chorej o widzeniu sinych przedmiotów należy zaliczyć do wrażeń, tak częstych u osób, które postradały wzrok. Wiadomo dobrze, że tacy chorzy, nie mający już nawet poczucia światła, opowiadają jednak, że widzą czasem drzwi, okna, własne ręce, a nawet twarze otaczających je osób. Są to urojenia, a czasem nawet wzrokowe omamy. — Pani W. B. nastawiała jednak, żebym jej pokazał jakiś przedmiot siny. Jakoż rzeczywiście spostrzegła ona mały, niebieskiej barwy słoik w odległości półtora metra od siebie i zdołała go nawet pochwyć dłonią.

Przekonawszy się następnie, że p. W. B. posiada dla sinej barwy bystrość wzroku równą $W = \frac{60}{1}^1$, to jest, że z odległości jednego metra rozróżnia jeden od dwóch sinich przedmiotów, jeżeli odległość pomiędzy nimi równą jest 20 milimetrom, postanowiłem wymierzyć granice wrażliwości siatkówek na sine światło, co mi się i udało w zupełności (patrz perymetryczny rysunek).

¹⁾ K. Noiszewski, Metoda badania dyferencyjnego i integralnego widzenia. »Gaz. Lek.« Nr 19. 1894.



Od dawna znanym jest fakt, że ognisko promieni sinych i fioletowych znajduje się w oku naszym daleko bliżej tylnej powierzchni soczewki, aniżeli ognisko promieni czerwonych. Dowieść tego można przy pomocy światła, złożonego z dwóch tylko barw widmowych, jak najbardziej różniących się swem załamaniem. Światło takie otrzymać można, przepuszczając słoneczne promienie przez szkło fioletowe, które prawie całkowicie pochłania środkowe części widma, pozostawiając same tylko skrajne promienie czerwonej i fioletowej barwy. Oko krótkoogniskowe lub tylko nastawione na bliski przedmiot, patrząc przez szkło fioletowe na płomień świecy, widzieć będzie obwód płomienia niebiesko, a środek jego czerwono. Odwrotnie oko długoogniskowe środek płomienia widzi niebiesko, a obwód jego czerwono¹⁾.

Patrząc przez szkło fioletowe na mały otwór w ciemnym ekranie, wystawionym na światło dnia, zobaczymy przy nastawieniu oka na fioletowe promienie, czyli na bliższą odległość, aniżeli ta, na której się znajduje ekran, że otwór otoczony jest czerwoną obwódką; przy nastawieniu oka na czerwone promienie, czyli na odległość, dalszą od tej, na której znajduje się ekran, zobaczymy, że otwór otoczony jest fioletową obwódką.

L. Matthiessen oblicza na podstawie swych badań, że odległość pomiędzy ogniskiem czerwonych promieni i ogniskiem fioletowych w ludzkim oku równą jest od 580 do 620 mikrometrom. Ogólna grubość warstw percepcyjnych w okolicy plamki żółtej 453 mm. (Helmholtz).

Podług Koellikera²⁾ długość pręcika w siatkówce wynosi od 40 do 60, a podług Borysiekiewicza³⁾ długość ta wynosi dla pręcika 60 mm., a dla czopka od 45—60 mm.

Przyjmując dziesięć warstw w siatkówce, każda po 60 mm., znajdujemy dość dla nich miejsca pomiędzy ogniskami fioletowych i czerwonych promieni.

¹⁾ Helmholtz, *Physiol. Optik*, str. 156, drugie wydanie, 1896.

²⁾ Koelliker, *Handbuch der Gewebelehre des Menschen*, 1867.

³⁾ Borysiekiewicz, *Weitere Untersuch. ueber den feineren Bau der Netzhaut*, str. 8. 1894. Leipzig u. Wien.

Wypadek podany przemawia za tem, że różne warstwy siatkówki przeznaczone są dla przyjęcia świetlnych fal różnej długości i przeciwko hipotezie Hering'a o asymilacji i dys-asymilacji. Zresztą już badania Natalii Akimoff¹⁾ i moje²⁾ nad wymierzaniem granic wrażliwości na barwy w skotomatach naośnych siatkówki (Maculitis) czynią zupełnie nieprawdopodobną hipotezę Hering'a.

2. Narośle złośliwe rogówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Wiadomą to powszechnie rzeczą, że narośle złośliwe rogówki do największych zaliczane bywają przez autorów rzadkości, a w niejednym podręczniku okulistycznym umieszczono po prostu tę tylko o nich wzmiankę bez zaznaczenia właściwego obrazu klinicznego, bez podania znamion wybitnych, które nam umożliwiają rozpoznanie złośliwych nowotworów, za które nierazko i inne wytwory patologiczne, niezłośliwe, jak śluzaki, kilaki, włókniaki, uchodzić mogą.

Niewątpliwie narośle złośliwe pierwotnie na rogówce bardzo rzadko pojawiają się, ale i narośle, które ze sąsiedztwa na rogówkę przechodzą, należą także do rzadszych zjawisk, prawdopodobnie z tej prostej przyczyny, iż weześnie rozpozna-

¹⁾ Nathalie Akimoff, *De scotome central dans les hémorrhagies rétiniennes au point de vue de la perception des couleurs*. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Paris, 1898.

²⁾ idem str. 38. L'étude du scotome central pour les couleurs, faite depuis longtemps pour les amblyopies toxiques et en général pour toutes celles qui sont dues à la névrite rétrobulbaire, ne l'était pas du tout pour les amblyopies dues aux hémorrhagies de la rétine, quand M. Noiszewski remarqua, en cherchant chez les malades de ce genre les limites de perception pour les couleurs, que les scotomes pour le bleu, le rouge et le vert ne coïncident pas entre eux.

wane, bywają usuwane. Nie mają więc czasu na ważniejsze przejść gałki ocznej części, przesunąć się na rogówkę, lub wnikać w głąb.

Zanim przedstawimy obraz kliniczny w ogólności, zanim omówimy częstotliwość tych narośli, jako też rokowanie wobec zachowania gałki, a nie mniej i zadanie nasze lecznicze, niechaj nam wolno będzie przedtem przytoczyć wiązanek własnych spostrzeżeń, przeważnie z ostatnich czasów.

Przypadki, które zamierzam opisać, zasługują, zdaniem mojem, tem więcej na uwagę, iż narośl pokrywała często w znacznej części rogówkę, nie wnikając w głąb, przez co udawało się ją usunąć doszczętnie bez wyjęcia gałki, nierzadko z przywróceniem znacznego stopnia wzroku. W kilku przypadkach nawet niewyraźne tylko na rogówce pozostały po operacji ślady.

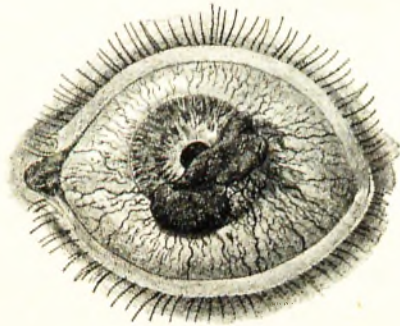
Pierwszy przypadek zdarzyło mi się widzieć przed kilku laty w czasie mej czynności w Poznaniu. Nie mając pod ręką zapisków, nie mogę, jakbym pragnął, przytoczyć szczegółów, a podaję tylko to, co mi w pamięci pozostało. Mogę jej zaś tem więcej w tym razie zaufać, o ile przypadek ten, jako pierwszy tego rodzaju w mej praktyce spostrzegany, budził w wysokim stopniu moją uwagę.

Rzemieślnik 40—50 letni przybył do mnie w roku 1893 czy 1894, skarżąc się, iż wyrostek, który pierwotnie powstał przed kilku miesiącami przy kąciku wewnętrznym lewego oka, coraz więcej oko zasłania, a od kilku tygodni resztę wzroku zupełnie zniszczył. Badanie wykazało, iż całą rogówkę lewego oka pokrywała wybujalność szara, o nierównej powierzchni, dająca się od góry i wewnątrz nieco od rogówki odsunąć, zresztą pozornie zupełnie z nią ściśle złączona. Narośl ta, miękka, dawała się odczepiać bez znaczniejszego krwawienia. Granica rogówko-twardówkowa prawie cała była zasłoniętą przez tę wybujalność, a spojówka gałki czerwoną się przedstawiała wskutek mocnego nastrzyknięcia tak naczyń powierzchownych, jako też średniej warstwy i głębokich. Zatrzymawszy chorego w klinice mojej, zabrałem się nazajutrz do usunięcia narośli, co nie napotkało

żadnych trudności. Za pomocą nożyczek, a następnie ostrej łyżki, usunąłem całą masę, pokrywającą, jak grzyb, rogówkę, której błona Bowman'a była wszędzie dobrze zachowaną. Jedynie nabłonek, z wyjątkiem górno wewnętrznej części rogówki, był zniszczony. Ścisłejszy związek narośli można było stwierdzić w okolicy rąbka. Wzrok powrócił do tego stopnia, iż, o ile sobie przypominam, chory mógł czytać średni druk Snelten'a. Badanie narośli wykazało wrzecionowato komórkowy mięsak. Bliższych atoli szczegółów z pamięci nie umiałbym podać. Operowanego widziałem jeszcze w pół roku później i przekonałem się, że rogówka wyjaśniła się więcej, wzrok podniósł się, żadnych zaś śladów nawrotu narośli nie było.

Drugi przypadek dotyczył 44 letniego wyrobnika z Chrostowy pod Bochnią.

Zgłosił się d. 20 czerwca 1898 roku do tutejszej kliniki okulistycznej. Z opowiadania dowiedzieliśmy się, iż przed sześciu tygodniami utworzyła mu się krostka w kąciku zewnętrznym oka lewego, od której zaczęło »zaciągać« na źrenicę. Od tygodnia czuje, że mu w oku coś zawadza, oko zecerwieniało i ropieje. Był u lekarza, który mu zapisał jakieś krople.



Badanie stanu obecnego wykazuje (Por. rys. powyższy):
Spojówka powiek i gałki miernie przekrwione. Dokoła rogówki przekrwienie rzęskowe. Na rogówce w dolno skroniowej połowie nowo wytworzona błona dość silnie unaczyniona.

Od skroni i dołu dochodzą do niej mocno rozdęte naczynia spojówkowe. W dolnej części błony widać narośl postaci owalu, wielkości ziarnka soczewicy, o powierzchni gładkiej, barwy cielisto-różowej, przechodzącą na twardówkę 3—4 mm., konsystencyi półtwardej, złączoną zupełnie z rogówką i twardówką. Reszta rogówki prawidłowa. Przednia komora tej samej głębokości, co prawa. Żrenica wąska, regularna, oddziaływa dobrze na światło.

W. pr. o. $\frac{6}{6}$ Hyperm. 0·75.

W. l. o. $\frac{6}{12}$ (nc) $\frac{6}{1}$ 12 do 8. Hp. 0·75. $\frac{6}{8}$ c + 0·75 \square + 1·5 0°.

Rozpoznanie brzmiało: Tumor selero-cornealis oc. sin.

Dnia 21 czerwca 1898 r. wykonałem operację wycięcia narośli z następującym przebiegiem: przecięcie spojówki nożem Graefe'owskim w kierunku poziomym dołem, a pionowym zewnątrz.

Po odłączeniu narośli rogówka okazuje się przezroczystą, tylko w granicach narośli dołem i wewnątrz powierzchowne zmętnienie.

Dołem zewnątrz na granicy rogówko-twardówkowej po wyłuszczeniu powstaje lekkie wgłobienie.

Wyskrobałem dno rany łyżeczką ostrą wśród objawów silnego bólu. Powstały ubytek pokryłem naciągniętą spojówką i założyłem dwa szwy.

24 czerwca. Spojówka okazuje się gładko zabliźnioną, miernie przekrwioną. Rogówka czysta, gładka. Wyjęto szwy. Wzrok niezmienny.

Chorego puszczone do domu po założeniu opaski i przepisaniu maści kseroformowej do nakładania do worka spojówkowego.

Dnia 19 lipca. Przy zewnętrznym brzegu rogówki blizna spojówkowa pokryta rozdętymi nieco naczyniami. Rogówka czysta, tylko dołem wewnątrz zmętnienie określone, wielkości łepka od śpilki. Dno prawidłowe.

W. pr. o. $\frac{6}{6}$ Hprn. 0·75.

W. l. o. $\frac{6}{12}$ (nc) c + 0·75 \square + 0·5 40' Sn. 0·5 Ac. 20—40 ctm.

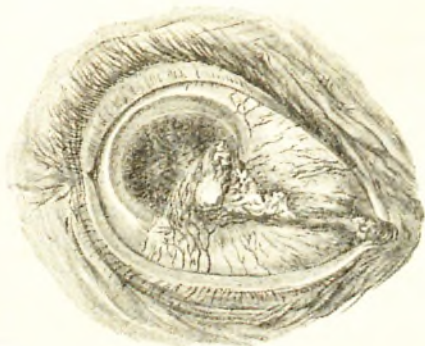
Rozbiór mikroskopowy, dokonany Jaskawie w zakładzie

anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, wykazuje utkanie łącznotkankowe włókniste, pokryte przybłonkiem wielowarstwowym, który w wielu miejscach buja w głąb tkaniny, na której leży; naokoło wypustek tego proliferującego przybłonka znajdują się dość liczne nacieki drobnokomórkowe. W pewnej części preparatu brak zupełny pokrywy przybłonkowej, a za to widzimy w samym utkaniu łącznotkankowym wielką ilość ognisk przybłonkowych. Na tej podstawie nowotwór za rakowy (Carcinoma) uważanym być musi. —

Trzeci przypadek dotyczył 75 letniego Izraelity H. B. z Warszawy. Zgłosił się do kliniki d. 18 lutego b. r., skarżąc się, że od roku zauważa upośledzenie wzroku prawego oka, wskutek zaciągającej się błony wyniosłej.

Wywiady zresztą nie dały żadnej pewności, czy chory kiedykolwiek przechodził jakie cierpienie oczne, lub doznał urazu.

Badanie zaś oka wykazało, co następuje: Przekrwienie



nieznaczne spojówki powiek, a także i u spojówki gałki w dolno-wewnętrznej części kilka znacznie przekrwionych, rozdętych widać naczyń. Rogówkę pokrywa w jej wewnętrzno dolnej trzeciej części guz, wyniosły około 3—5 mm. nad powierzchnię rogówki, różowy, dość gładki, zachodzący na rogówkę od spojówki gałki, a raczej od rąbka. Granica tej wyniosłości od dołu wewnątrz jest zakryta, a z rogówką narośl ściśle złączona.

W otoczeniu zaś narośli rogówka wogóle przedstawia się lekko zmętniona; źrenica w znacznej części zakryta końcem narośli, zwróconej ku górze zewnątrz. Do tej części przylega, względnie z nią ściśle jest złączony, inny wytwór, odmienny od poprzednio opisanego. Jest to pas białoszary, dość gruby, twardy, biegnący od załamka półksiężycowego, z którym nieodłączną stanowi całość, pokryty nabłonkiem lśniącym, jak przy xerosis epithelialis. Pod pas ten daje się podłożyć zgłębnik, jak przy skrzydliku.

Wzrok prawego oka wynosił $\frac{6}{60}$ Em. Jaeg. 13 przez + 3.

Z powodu zmian spojówkowych w nabłonku w obrębie owego pasa, przedstawiającego się jakby dermoid, zrobiono z jego powierzchni badanie bakteriologiczne, które wykazało prątki pseudodifteryczne.

Rozpoznanie nasze brzmiało na razie: tumor corneae, pterygium cartilagosum vel dermoidale, xerosis epithelialis oculi dextri.

Dnia 24 lutego wykonałem operację w ten sposób, iż po kokainowaniu odciałem za pomocą szczypeczyków i noża Graefe'owskiego narośl rogówkową, najściślej złączoną dołem wewnątrz na granicy rogówko-twardówkowej z gałką, gdy połączenie z rogówką było tylko luźne; nabłonek rogówkowy przedstawiał się wprawdzie zniszczony, ale rogówka zresztą po zdjęciu narośli zupełnie była przezroczystą. Pozostał ów pas szeroki dermoidalny, który usunąłem zaraz potem sposobem, używanym przy usuwaniu skrzydlika według Arlta, poczem dwa szwy spojówkowe ranę aż do rogówki zamknęły.

Zagojenie pod zwykłą opaską i przy zastosowaniu środków odkażających odbyło się doraźnie, wzrok podniósł się do $\frac{6}{6}$; z bliska mógł chory tylko Jaeger'a próby Nr 10 czytać, co się niewątpliwie tem tłumaczyć powinno, że przy zwężonej w czasie akomodacji źrenicy lekkie zmętnienie rogówki w obręb wąskiej źrenicy przypadając, należyte widzenie z bliska utrudniać musiało, gdy przy szerokiej źrenicy, zwróconej w dal, część jej miała rogówkę czystą przed sobą.

Chory, którego ogólny stan, mimo podeszłego wieku, był zadawalniający, u którego nie można było zresztą wykryć żadnych innych złoceń, opuścił po kilku tygodniach Kraków, tak, że trudno było śledzić, czy stan oka, który chorego zupełnie zadawalniał, i nadal się utrzymał.

Co do rodzaju narośli, to niestety nie było można drobnowidowo natury jego stwierdzić, gdyż, przez nieuwagę służby, odcięta narośl, przechowana w płatku płóciennym, uległa zeschnięciu, nie pozwalającemu później badania należyte wykonać. Obraz kliniczny jednak, jako też wygląd makroskopowy kazał domyślać się, że mieliśmy do czynienia z dwiema sprawami, a mianowicie z mięsakiem, który początek wziął, jak w tylu innych przypadkach, z połączenia rogówko-twardówkowego, a dalej ze skrzydlikiem, który może wskutek przyłączenia się prątków pseudofteryecznych odmienne od zwykłych przyjął z czasem skupienie.

Jakiegoś wybitniejszego zabarwienia ciemnego nie było można dostrzedz ani na wyciętych kawałkach narośli, ani też na podstawie rogówko-spojówkowej, którą przed założeniem szwów jeszcze ostrą łyżką należyte z możliwych pozostałości uwolniłem.

Przytoczone trzy przypadki, niestety z powodów od nas niezależnych nie badane jednolicie, z których pierwszy mikroskopijnie jako mięsak, drugi jako rak stwierdzony został, gdy trzeci mięsaka w połączeniu z dermoidem domyślać się kazał, stwierdzają nam to, co tylokrotnie wykazano, jak się później o tem przekonamy, *że wprawdzie narośl złośliwa na rogówce posuwać się może, ale pierwotnie z niej nie wyrasta.*

Dokończenie nastąpi.



II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza
w Krakowie:

Skrzydlik bliźniaczy.

Niezwykła postać prawdziwego skrzydlika zasługuje choćby na pobieżną wzmiankę:

Izraelita K. T., 53 letni, zgłosił się do kliniki 15 lutego b. r. Na oczy rzekomo nie chorował, zmiany zaś, dla których przybywa radzić się, zaczęły rozwijać się na prawem oku przed 4 laty, na lewym zaś od kilku miesięcy.

Badanie wykazuje: Wewnętrzna trzecia część rogówki prawej zajęta bielmem, jedностajnie wysyconem, odgraniczonem od strony źrenicy linią ostrołukowatą. Bielmo to dochodzi do brzegu średnio rozwartej źrenicy i pokryte jest, z wyjątkiem wąskiego paska doźrenicznego, skrzydlikami od góry i dołu, zachodzącymi na rogówkę. Skrzydliki te przedzielone są od siebie poziomo przebiegającym rowkiem, wychodzącym od załamka półksiężycowego, względnie od mięska, które przedstawia się zanikłe i ku rogówce przesunięte. Przy mięsku samem rowek ten jest szerszy, a brzegi jego zbieżnie biegną ku poziomemu południkowi gałki.

Oba skrzydliki, prawie równej wielkości i równego wyglądu, przedstawiają błony cienkie, dość znacznie obfitujące w naczynia. Podczas kiedy spojówka w obrębie rowka międzyskrzydlikowego przylega do gałki dość ściśle, można nie tylko z owego rowka, ale także od góry, względnie od dołu sondę pod skrzydliki podsunąć i w ten sposób skrzydlik od podstawy częściowo unieść. Przesuwalność ta atoli mniej jest znaczną w obrębie bielma.

Rysunek, na 189 str. podany, wiernie zresztą oddaje rzecz samą, tak, że opis ściślejszy wydaje się zbytecznym.

Nie tylko niezwykle powstanie dwóch skrzydlików, przylegających do siebie, ale i to ściśle, a tak regularne zmętnienie rogówki w postaci bielma zasługuje na uwagę ze względu, iż chory

nie przyznaje się do żadnej choroby oka, któraby powstanie bielma była poprzedzała.

Niejednokrotnie spotykać się zdarza podwójne skrzydliki, ale ułożone one są od wewnątrz i zewnątrz, nigdy jednak dwóch obok siebie nie spostrzeżono.



Czasami wprowadzcie wierzchołek na dwoje i parę nawet oddzielnych szczytów się dzieli, w naszym atoli przypadku najwyraźniej rozdział ten do samej podstawy skrzydlika śledzić się daje. Czy dwa skrzydliki od początku samego obok siebie istniały, czy też jeden jedyny szeroki przez późniejsze wytworzenie się poziomej szpary, jako następstwa wysychania w miejscu niedomykającej się szpary powiekowej, na dwa się rozdzielił, to trudno na podstawie samego badania klinicznego osądzić.

Bielmo, niewątpliwie w tym przypadku w części pod główką skrzydlika uwidocznione, przemawiałoby za powolnem zapaleniem, jakie od plamki tłuszczowej na rogówkę się przeciągnęło.

Wzrok, mimo tych zmian rogówkowych, nie był upośledzonym, gdyż środek rogówki pozostał czysty. Na drugim oku stwierdzić było można skrzydlik nosowo położony i około 2 mm. na rogówkę zachodzący.

Zamierzonego zabiegu operacyjnego nie wykonano, gdyż chory, służący do wykładu klinicznego, sprzykrzywszy sobie czekanie, usunął się przed operacją.

Wicherkiemicz.

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do nauki o retinitis proliferans. Dr. Kosso budzki (>Więsnik Oftalmologii. Zeszyt II. 1899).

Popisowy T. Chromych na prawe oko zawsze widział źle, pogorszenie nastąpiło przed kilku laty po zatruciu się kawałkiem chleba, który — jak się okazało potem — przygotowanym był dla otrucia szczurów. Przedtem miewał częste krwiotoki z nosa. Prawdopodobnie od urodzenia w prawem oku istniała choreo-retinitis diffusa, po zatruciu (najprawdopodobniej) fosforem nastąpić musiało znaczne wynaczymienie krwi wewnątrz oka, której wehłanianie utrudnionem było ze względu na naruszony krwio-obieg; ostatecznie wytworzyła się błona na miejscu, odpowiadającem okolicy nerwu wzrokowego, o błyszczącej perlowo przedniej powierzchni, postaci gruszkii, podstawą zwrócona ku górze. Dno oka doskonale było widocznem bez szkieł w obrazie prostym, gdy tymczasem błonę można było dokładnie obejrzeć dopiero po zastosowaniu $+7,0D.$, czyli, że błona umiejscowiona była w ciółku szklistem w odległości jakich 2 mm. od nerwu. Błona owa, utkana z tkanki łącznej, była nieruchomą i pozbawioną naczyń. Na naczyńowce porozrzucaane były cztery wielkie zanikowe plamy, złogi zaś barwikowe towarzyszyły naczyńiom siatkówki. Perymetr dał wyniki ujemne z powodu zupełnego braku inteligencyi. Zdolność rozpoznawania barw zachowana. W przypadku powyższym rzadko spostrzeganem zjawiskiem była owa błona w tylnej części ciółka szklistego. Nie była to szpara pochwy nerwu wzrokowego (szpary takie są wklęsłe), ani odklejenie siatkówki, wywołane wysiękiem surowiczym między siatkówką i naczyńówką (przeciwko temu przemawiał znów zupełny brak naczyń na błonie), bo chociaż łazcza nerwu niewidoczna, to jednak z wyglądu samych naczyń w tej okolicy można było *à priori* twierdzić, iż w całej tej sprawie główną rolę odgrywała silna papillo-retinitis. — W anatomiczno-patologicznym względzie przypadek ten powinien być nazwany *papillo-retinitis interstitialis haemorrhagica hyperplastica*, jakkolwiek zmiany takie ochrzczone są w oftalmologii nazwą retinitis proliferans i pochodzą, według zdania jednych (Manz), z przerostu tkanki łącznej siatkówki, względnie błonki granicznej wewnętrznej, według zdania innych (Leber), z organizacyi ognisk wylanej krwi i odczynowego zapalenia siatkówki. Doświadczone dane Proebsting'a wskazują, iż po wstrzyknięciu krwi do ciółka szklistego w najbliższej okolicy poczyna rozwijać się tkanka łączna. To też Purtscher stawia

pytanie: dlaczego nie we wszystkich przypadkach wynaczynień krwi wewnątrz oka następuje organizacja tkanki łącznej i czy takowa nie może wytwarzać się w oku z jakichkolwiek innych przyczyn? Na zasadzie doświadczalnych, klinicznych i anatomo-patologicznych danych podzielić możemy dziś retinitis proliferans na dwie grupy: 1. krwiotoki, powtarzające się często przy naruszeniu prawidłowego krążenia limfy lub krwi, wywołanego albo naruszeniem całości błon ocznych, lub też zwyrodnieniem naczyniowego układu wywołują następnie zmiany powyżej opisane; 2. przerost tkanki łącznej siatkówki, wywołany chorobą naczyń (przyczem krwiotoki odgrywają zupełnie podrzędną rolę i pozostają bez wpływu na sprawę). Jedyńie ta postać powinna nosić nazwę retinitis proliferans.

Wyłomaczywszy patologię swego ciekawego przypadku (patrz wyżej), Dr Kossobudzki na zakończenie przyłącza z dostępną mu literatury wypadek Dra Hoenégo, w którym ten ostatni spostrzegł mniej więcej takie same zmiany i uważał je za wywołane przez zatrucie nikołyną (w lewym oku — błona zakrywająca plankę żółtą w prawem — kilka włókien wchodzących do ciała szklistego z wgłębienia tarczy nerwu wzrokowego).

Włodz. Talko.

Przyczynki do kazuistyki wrodzonego opadnięcia powieki. Dr Ginzburg («Wiestnik Oftalmologii», Zeszyt II. 1899).

Dr J. Ginzburg opisuje wypadek ptosis congenitae, posiadający wiele podobieństwa z wypadkiem Dra Goldzieher'a¹⁾, w którym Dr G. oprócz podskórnego włókniaka górnej powieki spostrzegł też charakterystyczne zmiany skóry brwi i twarzy (unicum w literaturze lekarskiej) i ochrzcił zmiany te nazwą *Riesencuchs der Haut*.

Chory Dra Ginzburg'a, młody człowiek, lat 21, czyniący wrażenie 14 letniego chłopca, z aparatem kostno-mięśniowym rozwiniętym niedostatecznie. Puchnięcie lewej powieki rozwijało się stopniowo, lewym zaś okiem od urodzenia nie widzi. Lewa brew, prawie dwa razy dłuższa i szersza od prawej, składa się z długich, miękkich włosów. Skóra pod brwią prawidłowo zabarwiona, znajduje się w stanie przerostu i przy dotyku jest ruchomą. Silnie zmarszczywszy czoło, chory cokolwiek odciąga górną powiekę od dolnej, ale podnieść jej nie jest w stanie. Nie podnosi jej też ani przy zamykaniu i otwieraniu ust, ani przy bocznych ruchach żuchwy. Opadnięcie powieki spowodowanem było przez nowotwór, pokrywająca go skóra łatwo się załamywała i była przy dotyku miękką. Lewe oko zmniejszone we wszystkich rozmiarach, na ro-

¹⁾ Centralblatt für pr. Augenheilkunde. 1898, str. 174.

gówce rozlane zagnięcia, źrenica na światło nie oddziaływa. Ruchy oka ku górze bardzo ubrudnione. Dna oka przy badaniu wziernikiem nie widać. Całkowity przyrzep tęczówki do torebki w lewym oku. V. oc. s. = 0; V. oc. d. = 1,0. Dr Ginzburg miał więc w powyższym wypadku do czynienia z ptosis congenita, powikłaną niedostatecznym dowładem górnego mięśnia prostego i niedorozwojem całej gałki, z podskórnym włókniakiem powieki i z przerostem skóry w okolicy brwi, hojnie zaopatrzonej we włosy. — Wypadek powyższy różni się od opisanego przez Goldziehera tylko ilościowo, ponieważ przerost skóry ogranicza się jedynie do okolicy brwi. Wykluczwszy elephantiasis, macrosomia, hypertrichosis congenita circumscripta, zwraca Dr Ginzburg uwagę na nieprawidłowe określenie tego rodzaju postaci przez nazwę »Riesenschwuchs der Haut«, gdyż nazwa ta znaczy to samo, co macrosomia, przy której — jak wiadomo — przerostowi podlega wyłącznie tkanka łączna skóry, gdy tymczasem w obydwu omawianych wypadkach przerostowi ulegają również i gruczoły i torebki włosowe. Dr Ginzburg proponuje natomiast nazwę »Hyperplasia cutis congenita circumscripta«. Co zaś do włókniaka, to niewątpliwie, że matrix nowotworu była częścią embryonalnej podskórnej tkanki z przerosniętej okolicy brwi, która dostała się pod skórę powieki i stopniowo rosła.

Na zakończenie Dr G. dodaje, iż w okolicy górnej powieki zdarzają się również i atroficzne zmiany skóry i podskórnej tkanki (Fuchs, Fehr).

Włodz. Talko.

Filarya czy reszka art. Hyaloideae. Prof. A. Chodín. (*Więstnik Oftalm.* Zeszyt II. 1899).

Dr Kirilow, okulista, przysłał do kijowskiej kliniki chorego, zawiadamiając, iż jest on posiadaczem filaryi w ciałku szklistem lewego oka. O. d. — E; o. s. — M 4D. V = $\frac{1}{200}$. Przy wziernikowym badaniu rzuciła się w oczy czarna nitka pod postacią podkowy niejednakowej szerokości; długość całej nitki mniej więcej równała się 1 cm. Szeroki koniec nitki przymocowany do tylnej powierzchni soczewki, gdyż przy ruchach oka nie zmienia swego położenia na przestrzeni 2—3 mm. aż do zakrętu nitki, której cieńszy koniec przy najslabszych ruchach chlebocze się w oku. Brak samodzielnych ruchów, brak zmian poważniejszych w oku — z wyjątkiem dostrzegalnych mętów w ciałku szklistem i staph. post. przy nerwie wzrokowym, brak podmiotowych objawów wykluczają obecność filaryi. Dotychczas znany jeden tylko wypadek Kuhnla, w którym spostrzegano filaryę pod siatkówką, rozpoznanie postawione było dobrze, gdyż istotnie usunięto ją stamtąd. Z czem więc

mamy do czynienia w powyższym wypadku? Z resztką art. hyaloideae, która zaczęła mknąć nie od strony soczewki, jak zwykle, ale od strony nerwu. Wypadek wprawdzie rzadki, ale już opisany: Dr De Beck w swej monografii zebrał ośm wypadków, z których 5 zupełnie podobnych do opisanego powyżej. Unterharnscheidt, czyniąc spostrzeżenia na chorym, u którego na całej przestrzeni od nerwu do soczewki zachowana art. hyaloidea w trzecim roku pękła pod wpływem powstałej M., spostrzegł przytem dwie nici: jedną, połączoną z nerwem, drugą ze soczewką. Do tej kategorii zapewne zaliczyć należy i ten wypadek, gdyż na lewym oku spostrzegano M. 4D. Część art. hyal. połączonej z nerwem prawdopodobnie musiała się skurczyć i stała się niewidoczną. *Włodz. Talko.*

Ueber einen Fall von abnormer Schlaengellung der Netzhautgefäesse. Dr Hugo Levin, asystent kliniki Dra G. Gutmann'a w Berlinie (*»Archiv f. Augenheilk.«* T. XXXVIII. Z. III. 1899.).

W XXV. tomie archiwum Knapp'a opisał Glover przypadek wrodzonej nieprawidłowości w przebiegu i w wyglądzie żył siatkówkowych, które były niezwykle pokręcone i rozdęte. Oeller w swoich wspomnianym atlasie obrazów wziernikowych przedstawia też taką anomalię naczyń siatkówki i daje jej nazwę: *»tortuositas vasorum retinae congenita«*. Obecnie podaje Dr Levin opis i rysunek podobnego obrazu wziernikowego, który spostrzegał u 18 letniej, zresztą zupełnie zdrowej panny, która zgłosiła się do kliniki z powodu słabego wzroku. Przy badaniu okazało się, że obydwie oczy były silnie nadmiarowe, ale szkła wypukłe nie dawały pełnej bystrości. U lewego oka wziernik wykazywał obraz szczególny: brzegi tarczy różowej i nieobrzimiałej są, zwłaszcza od strony nosa, zatarte, a wszystkie naczynia siatkówki, tak żyły, jak tętnice, okazują przebieg korkociągowato niemal pokręcony, przytem są bardzo porozszerzane i rozdęte, skutkiem czego widoczne są dla oka nawet drobne, w zwykłych warunkach niedostrzegalne już gałązki. Ta ostatnia okoliczność sprawia złudzenie, jak gdyby siatkówka w tem oku więcej naczyń posiadała, niż w oku prawem, gdzie one ani co do grubości, ani co do przebiegu żadnych nie przedstawiają zboczeń. Przeciw rozpoznaniu zapalenia nerwu wzrokowego, któreby mogło się nasunąć, przemawiał brak obrzęku tarczy i niezmiennie wejście obrazu wziernikowego przez cały czas obserwacji, która trwała kilka miesięcy, wreszcie prawidłowe pole widzenia, tudzież brak wszelkich wahań w bystrości wzroku, obniżonej stale do $\frac{6}{20}$. Przeciwnie za wadą wrodzoną przemawiała właśnie ta stałość i niezmiennosc objawów, a ponieważ także nadmiarowa budowa oka,

która też do wad rozwojowych należy, a wiadomo, że oczy nadmiarowe, częściej, niż niedomiarowe, okazują równocześnie inne wrodzone nieprawidłowości, n. p. włókna rdzenne, ubytki w naczyniówce, w tęczówce, w pochewce nerwu wzrokowego i t. p. Różne istnieją przypuszczenia co do sposobu powstawania takiej tortuositas vasorum retinae. Autorowi najprawdopodobniejszym wydaje się tłumaczenie Thomy, wedle którego przyczyną rozdęcia naczyń, a pośrednio ich krętego przebiegu stanowi niedostateczny rozwój ścian naczyniowych, mianowicie warstwy włókien sprężystych. Zapatrywanie to jednak pozostanie tak długo w krainie przypuszczeń i domysłów, dopóki w ścisłym rozbiorze anatomicznym nie znajdzie potwierdzenia.

Dr. K. W. Majewski.

Zur Anatomie der Sehnerventrophie bei Erkrankungen des Centralnervensystems. Docent Dr. A. Elschnig. — (Vortrag gehalten in der Sitzung des Vereines für Psychiatrie und Neurologie am 7. März 1899. »Wiener Klin. Wochschr.« Nr. 11).

W treściwej formie wykładu, mianego w Wiedniu w Towarzystwie neurologów, a popartego w celu lepszego zrozumienia licznymi demonstracjami preparatów mikroskopowych za pomocą skioptikonu, omawia Elschnig rozmaite rodzaje zaniku nerwu wzrokowego, zdarzające się przy chorobach centralnego systemu nerwowego. Najbardziej szczegółowo rozpisuje się autor nad zanikiem nerwu wzrokowego przy stwardnieniu rozsianem (sclerosis disseminata) i przy wjadzie (tabes) rdzenia pachczywego.

Ostateczne wnioski autora w tej sprawie dają się pokrótce zebrać w następującem:

Anatomiczne badanie metodą Marchiego zupełnie świeżego przypadku zaniku nerwu wzrokowego przy rozsianem stwardnieniu dało wynik następujący:

W nerwie wzrokowym dają się wykazać trojakié różné zmiany, odpowiadające widocznie różnym stopniom rozwoju tej samej sprawy, które to zmiany są ułożone w ogniskach, zupełnie niezależnych od anatomicznej i fizyologicznej łączności włókien nerwowych, a mianowicie:

1. Wiązki włókien nerwowych są prawie prawidłowe i dają się prawidłowo barwić, tylko bardzo nieliczne włókna nerwowe okazują zmiany zwyrodnienia osłonek rdzennych (Marskscheide), w międzymiąższkowej tkance łącznej znajdują się bardzo liczne komórki okrągłe (Rundzellen), małe naczynia krwionośne są liczne i o szerokiem świetle.

2. Osłonki rdzenne brakują w zupełności w wiązkach włókien nerwowych, zaś w tych wiązkach, w których zostały utrzymane li

tylko cylindry osiowe (Achsencylinder), można znaleźć poszczególne komórki okrągłe i wytwory zwyrodnienia osłonek rdzennych; w nieco rozszerzonej tkance łącznej międzymiąższowej znajdują się bardzo liczne komórki okrągłe i komórki obładowane ziarnkami Guszezu, powstałego z zwyrodnienia osłonek rdzennych.

3. Tkanka łączna międzymiąższowa jest bardzo znacznie zwiększona, twardsza, o zwiększonej ilości jąder, natomiast brakują zupełnie wytwory zwyrodnienia osłonek rdzennych, i to tak we wiązkach nerwu wzrokowego, w których niema włókien z osłonką rdzenną (Makscheidenhaeltige Nervenfasern), lecz są li tylko cylindry osiowe, jak również i w międzymiąższowej tkance łącznej.

Rozumie się, że pomiędzy temi różnorakimi zmianami zdarzają się przejścia, które nieraz napotykalmy obok siebie na tym samym przekroju.

„Na podstawie tego należy uważać zanik nerwu wzrokowego przy rozsianem stwardnieniu za w swoim rodzaju ostre międzymiąższowe zapalenie, które powoduje następnie nagły rozpad osłonek rdzennych, a później prowadzi do przerostu tkanki łącznej, z równoczesnem zachowaniem cylindrów osiowych.

Sprawa ta różni się od wszystkich innych zapaleń nerwu wzrokowego, jak przy meningitis i innych, ma jednak wiele wspólnego pod względem zachowania się anatomicznego z ostrem pozagalkowem zapaleniem nerwu wzrokowego (neuritis retrobulbaris), powstałym z innych przyczyn“.

Zanik nerwu wzrokowego przy wjadzie paciierzowym, opisany przez autora na przypadku ociemniałego od 3 lat, daje nam zupełnie odmienny anatomiczny obraz:

Przedziały tkanko-łącznowe są równomiernie w całym nerwie wzrokowym nieco zgrubiałe, grubowłókniste, zaś cienitkich wypustek tkanki łącznej brakuje zupełnie, ściany zaś naczyń są mocno zgrubiałe.

Wiązki nerwów wzrokowych składają się z gęstej i obfitej w jądra tkanki zwojowej (Gliaewebe), zaś bezpośrednio za blaszką siłową (lamina cribrosa) posiadają one liczne włókna rdzenne. Tkanka międzymiąższowa tarczy wzrokowej jest miernie wybudaną.

Ten stan porównuje Elschnig z przypadkiem zaniku nerwu przy zapaleniu zstępującem nerwu (neuritis descendens) z przyczyny nowotworu na podstawie czaszki umieszczonego, w którym to przypadku chory również przez trzy lata był ślepy, zaś obraz anatomiczny był całkiem odmienny, a mianowicie:

Tkanka międzymiąższowa tarczy wzrokowej nie wybudaną, przedziały tkanko-łącznowe w pniu nerwu wzrokowego mało co

więcej rozszerzone, drobne wypustki tkanki łącznej utrzymane, nigdzie zaś nie widać większej ilości jąder.

Liczne wiązki nerwu wzrokowego posiadają tem liczniejsze włókna nerwowe z osłonką rdzenną, im bliżej ku gałce ocznej.

Na podstawie tych badań sprzeciwia się Elschnig najnowszej teorii Schlägenhauser'a, jakoby zanik nerwu wzrokowego przy wjadzie rdzenia pachierzowego był spowodowanym przez ucisk nerwu wzrokowego na podstawie czaszki; nadto zauważa on, że wskutek ucisku na nerw wzrokowy ulegają zanikowi przedewszystkiem te wiązki nerwu wzrokowego, które w kanale nerwu wzrokowego przylegają do tętnicy ocznej (A. ophthalmica), a to wskutek ucisku, spowodowanego tętnieniem tejże (pulsatorischer Druck).

Lecz i doświadczenie kliniczne sprzeciwia się temu, jakoby zanik nerwu wzrokowego przy wjadzie był zstępującym, a przyczyny należy szukać na podstawie czaszki. I tak widzimy niejednokrotnie przy wjadzie najpierw charakterystyczne zabarwienie tarczy wzrokowej, poprzedzające zaburzenia wzroku. Także i Wagemann spostrzegł jeden przypadek wjadu, w którym zanik włókien nerwowych na tarczy nerwu wzrokowego można było dlatego znakomicie spostrzegać, iż część tych włókien na tarczy wzrokowej i siatkówce miała osłonkę rdzenną i można było je dokładnie widzieć wziernikiem.

„Zanik włókien nerwowych, widzianych wziernikiem, był już wówczas zupełnym, gdy upośledzenie bystrości wzroku było jeszcze bardzo nieznaczne“.

Za obwodowem powstawaniem zaniku nerwu wzrokowego był także Moxter i Michel na podstawie badań anatomicznych. Należy wreszcie wspomnieć o zdaniu Redlich'a i Obersteiner'a w tej sprawie.

Za istotę wjadu rdzenia uważają oni zanik tylnych korzeni rdzenia pachierzowego, wskutek ich zaciśnięcia w miejscu ich wyjścia z rdzenia, przyczem nadmienają, iż jest możliwem, że zanik nerwu wzrokowego przy wjadzie powstaje w podobny sposób wskutek ucisku włókien nerwowych tarczy wzrokowej przy ich wyjściu z puła nerwu.

Badania Elschnig'a zdają się przemawiać za tą możliwością. Uwzględniając anatomiczne i kliniczne zachowanie się zaniku nerwu wzrokowego przy wjadzie, skłania się autor do tego, że przyczyną powstania zaniku nerwu należy szukać na obwodzie, t. j. w tarczy wzrokowej, i że takowy w każdym razie jest wstępującym, a nie zstępującym.

Ballaban.

Die Resection des Halssympathicus in der Behandlung der Epilepsie, des Morbus Basedowii u. des Glaukoms. — Prof. Dr. J. J. Jonnesco. — Bukarest (»Ctbl. f. Chirurgie«. 1899. Nr. 6).

Przez dwa lata wykonał autor 61 operacyi nerwu współczulnego szyi, a mianowicie 43 dla padaczki samoistnej, jedną dla padaczki i płasawicy, jedną dla padaczki i ch. Basedow'a, ośm dla ch. Basedow'a samej, jedną dla tejże i jaskry, a siedm dla jaskry. 42 razy obustronnie wyciął trzy zwoje z kawałkami nerwowymi, łączącymi je, w innych razach operacyę wykonał już to tylko jednostronnie, już też ograniczył się do jednego lub dwóch zwoi. Przypadek śmiertelny nie zaszedł wcale.

Jaboulay pierwszy przedsięwziął proste przecięcie n. współczulnego przeciw ch. Basedow'a dla zniszczenia fizyologicznej tegoż n. czynności. Cel ten w ten sposób nie da się jednakże osiągnąć z powodu, iż zwój pozostaje w związku z ośrodkiem nerwowym, a oczekiwane przez J. wyrodnienie następowe całego sznurka sympatycznego nerwu nie przychodzi do skutku. W następstwie więc, postępując w myśl Jaboulay'a, poczęto wycinać zwoje, i to stosownie do choroby: wyższy zwój służy przejściu nerwów współczulnych oka, z dolnego pochodzą niewątpliwie nerwy naczyniowe i wydzielnicze gruczołu tarczycowego, a także i nerwy współczulne serca. Nadto przechodzą przez szyjowy nerw współczulny z trzewiów do ośrodku systemu nerwowego dochodzące podniety.

Autor działanie swej operacyi w ten sposób: przy padacze zamienia się przez wycięcie górnego zwoju (vasomotorius carotidis) i dolnego zwoju (vasomotorius vertebralis) mózgową niedokrewność na ciągłą kongestycję, przez co pierwiastki nerwowe lepiej są odżywiane i uwalniane z toksycznych wytworów. Przy padacze zaś zwrotnej odcina się podniety trzewiowym drogę do mózgu.

Z tych to powodów przy padacze trzeba wyciąć cały nerw współczulny szyi.

Tak samo przy ch. Basedow'a, jeżeli chcemy działać na oko, gruczoł tarczycowy i serce. Natomiast przy jaskrze wystarcza wycięcie samego górnego zwoju, przez co niszcząc toniczne nerwy naczyniowe, powodujemy rozszerzenie naczyń, opadnięcie ciśnienia krwi i zmniejszenie wynaczynienia krwi. Przecinając włókna wydzielnicze, obniżamy wydzielenie cieczy wodnej. Przez zniszczenie włókien, zaopatrujących tęczówkę, zwalniamy kąt tęczówkowy i ułatwiamy przepływ do dróg odwodzących. Zwolnienie zaś mięśni gładkich nagałkowych uwalnia żyły wypustowe (emisyjne) i umożliwia prawidłowy bieg żylny.

Po operacyi następują objawy: Przejściowo:

Przekrwienie i podniesiona ciepłota twarzy po stronie operowanej, silna wydzielina łez, śluzu nosowego, potów i śliny, lekkie przekrwienie spojówki. Trwale zaś: Zwężenie i niedowład źrenicy, opadnięcie górnej powieki przez porażenie gładkich mięśni powieki i wpadnięcie gałki do oczodołu.

Co do skuteczności wykonanej przez siebie operacji, to zaznacza autor, co następuje: Z 10 chorych, dotkniętych Basedowiem, u 6 stwierdzono wyleczenie, od 4—26 miesięcy trwające, 4 zaś chorych znacznego polepszenia doznało. Z 45 epileptyków, tylko 19 było dostatecznie długo badanych dla osądzenia skuteczności. Z tych 10 zupełnie było wyleczonych, a mianowicie 5 od dwóch lat, 4 od 15—19 miesięcy nie miało żadnego napadu, jeden od 6 miesięcy; 6 doznało znacznego polepszenia, 2 żadnego. Najlepsze wyniki miał autor przy jaskrze.

Lubo autor twierdzi, że żadnej nie miał przypadłości, którąby mógł odnieść do operacji, to jednak pewna wstrzemięźliwość jest wskazaną wobec tego, że wyniki osiągnięte nie są jeszcze dostatecznie długo i wystarczająco dokładnie śledzone. W.

Ueber die diagnostische Bedeutung des Prismenversuches — zwischen der basalen und der supranucleären homonymen Hemianopsie. Dr H. Wilbrand (»Zeitschrift f. Augenheilkunde«. Nr 2. 1899.).

W przypadkach równomiernego widzenia połowiczego trudno jest nieraz wykazać siedlisko zmiany chorobowej, mianowicie rozstrzygnąć, czy drogi nerwowe uległy zniszczeniu, względnie nadwzręczeniu poniżej ośrodków wzrokowych, zawartych w zwojach podstawowych mózgu, czy poza nimi, t. j. we włóknach Gratiole'a lub w korze płatów potylicznych. Zazwyczaj kierujemy się w rozpoznaniu objawami towarzyszącymi, które mogą czasem wskazać siedzibę ogniska, lub uciekamy się do badania odruchu źrenic przy oświetlaniu nieczynnej połowy siatkówki. Jeśli w tych warunkach źrenice się zwężają, to znak, że ognisko leży powyżej łuku odruchowego, a zatem powyżej zwojów podstawowych mózgu. Jednakowoż, zdaniem autora, ten sposób badania kryje w sobie wiele źródeł błędów i trudny jest w wykonaniu, — dlatego pożądane są inne środki rozpoznawcze. W tym celu poleca Dr Wilbrand próbę następującą: każemy choremu patrzeć na biały punkt, umieszczony na czarnem tle. Następnie stawiamy mu nagle przed oko silny pryzmat, zwracając go krawędzią łamiącą ku czynnej połowie siatkówki. Pryzmat ten odechyła promienie w ten sposób, że obrazek białego punktu usunie się z plamki żółtej i padnie na oślepiłą połowę siatkówki. Jeśli zauważymy, że chory natychmiast zwraca oko

tak, aby punkt ten znowu plamką żółtą zobaczyć, to będzie to dla nas dowodem, że u niego łuk odruchowy, ośrodki wzroku czuciowe i ruchowe w zwojach podstawowych i połączenia między tymi ośrodkami — są nietknięte. W przeciwnym razie odnieśliśmy zaburzenie do włókien Gratioleffa lub kory płatów potylicznych. Pozostaje wyłomaczyć mechanizm tego zjawiska: przyznał ustawiony przed okiem, spędzając niejako z plamki żółtej obrazek przedmiotu, na który oko patrzy, stanowi bodziec dla tych mięśni ocznych, które rogówkę ku jego krawędzi łamiącej, a temsamem plamkę żółtą ku jego podstawie zwracają, gdyż oko pragnie stracony obrazek schwycić znowu na najczulsze miejsce siatkówki. Dzieje się to nawet po zawiązaniu jednego oka, a zatem i wtedy, gdy przyznał nie wywołuje dwuwidzenia, przeciwko któremu oczy tymże samym, wyżej opisanym, ruchem usiłują się bronić. To zwrócenie gałki, zdaniem autora, nie jest właściwym odruchem, lecz z początku jest ono ruchem zamierzonym, zależnym od woli i świadomości, a mającym na celu utrzymanie na plamce żółtej obrazka przedmiotu, który się w polu widzenia przesuwa, lub przedmiotu nieruchomego, na który człowiek patrzy idąc, jadąc lub przynajmniej poruszając głową. Z czasem jednak, dzięki ustawicznemu ćwiczeniu, poruszenie to, jak wiele innych, bardzo nawet złożonych ruchów w ustroju, staje się automatycznym, a tem samym bezwiednym tak, że zawiadują nim odruchowe ośrodki na podstawie mózgu bez udziału ośrodków woli i świadomości. Z tej przyczyny objaw ten nabiera tego samego znaczenia rozpoznawczego, jakie przypisujemy odruchowi żrenie, a że, zdaniem autora, łatwiejszym jest do wykonania, a w każdym razie jest jednym więcej, — nowym objawem, który nas w trudnem rozpoznaniu nieraz wesprzeć może, zatem w odpowiednich przypadkach zasługuje na uwzględnienie i użytkowanie.

Dr. K. W. Majewski.

Augenkrankheiten als Ursache der Epilepsie. Stoeber. (Klin. Monatsblatt. f. Augenheilkunde. Sierpień. 1898).

Jak padaczka zachodzi przy zachorzeniach nerwów czuciowych rozmaitych części ciała, tak też można zrozumieć, że w danym razie i choroby oka, połączone z wybitną wrażliwością lub bólem, spowodować mogą zwrotną padaczkę. Swego czasu podał już Gałęzowski przypadek padaczki u 40 letniego chorego, który przed 7 laty zraniwszy sobie oko, zanik tegoż odniósł. Po wyjęciu gałki dla zapobieżenia współczulnemu zapaleniu, w niespodziewany sposób i padaczka znikła. Podobny przypadek opisuje w powyższej pracy Stoeber z kliniki Moslera w Gryfy. Chory, który w r. 1891 przechodził influencję, miał w następstwie tejże zapalenie tęczówki ze zrośnięciem żrenicy. Od tego czasu występowały co kilka dni zu-

pełnie wzorowe napady padaczki, które dopiero po wyjściu oślepego oka ustały. II.

Ueber Luxation, Zerstoerung und Herausreissung des Augapfels als Selbstverstümmelung bei Geisteskranken.— T. Axenfeld z Rostoku (*»Zeitschrift f. Augenheilkunde«,* Nr 2. 1899).

Z pomiędzy uszkodzeń ciała, jakie sobie nieraz umyślowo chorzy zadają, do najzadszych może należy wywiechnięcie lub zupełne wyrwanie gałki oka z oczodołu. Zazwyczaj nieszczęśliwi ci, kalecząc się w tak okropny sposób, działają pod wpływem potężnego jakiegoś afektu, który powstaje na tle złudzeń zmysłowych, zwidywań lub urojeń, zagłusza w nich ból, jaki sobie sami sprawiają, oraz wzmagą ich siłę mięśniową, jaka im jest potrzebna do wykonania tego barbarzyńskiego rękoczynu. Jeżeli wogóle obłąkani ci usprawiedliwiają się następnie przed wypytującym ich lekarzem ze swego postępku, to podają wtedy różne motywa: jeden utrzymuje, że wydał sobie oczy dlatego, że oczy te przez długie lata grzeszyły, drugi powiada, że działał pod wpływem wyższego rozkazu, inny, że P. Bogu lub któremuś świętemu oczy swe chciał złożyć w ofierze i t. p. Pewien 50 letni paralytyk wydał sobie oko, aby być wolnym od służby wojskowej! Nieraz jednak obłąkani nie pamiętają potem zupełnie, że sami się oślepiłi i na otoczenie zwalają winę swego kalectwa. Z reguły zaś dokonują krwawego dzieła z taką gorączkową szybkością i sprawnością zarazem, że służba, której powierzono nad nimi opiekę, nadbiega nieraz za późno, gdy oko wisi jeszcze tylko na kilku ocalałych mięśniach, lub nawet, gdy już leży na podłodze.

Do liczby dziewięciu opisanych już w literaturze podobnych przypadków dodaje Axenfeld pięć własnych, które albo sam miał sposobność spostrzegać, albo z których przysłano mu do zbadania wydarte oczy. Zestawiając wyniki anatomicznego, a w szczególności drobnowidowego badania tych gałek, zastanawia się autor głównie nad sposobem, jakiego obłąkani używają, aby sobie oczy wyrwać z oczodołów. Rzecz jasna, że tylko ze zmian w przerwanym nerwie wzrokowym i w poszarpanych mięśniach można o tem wnosić, bo jeszcze żaden lekarz nie był świadkiem takiej operacji, a w żadnym razie nie przypatrywałby się jej spokojnie do końca, nie starając się chorego powstrzymać w szalonym zapędzie. Gdy zatem niektórzy autorowie, jak Chauvel, Dehn i Berlin, utrzymują, że chorzy przytem poszczególne mięśnie, jakoteż nerw oczny przecinają niejako paznokciami, Axenfeld, opierając się na wspomnianych wyżej badaniach, jakoteż na próbach, jakie na ludzkich włókach wykonywał, przeciwstawia ich domysłem twierdzenie, we-

dle którego mechanizm tego zgrozą przejmującego rękoczynu byłby następujący: chory włacza sobie palec duży lub wskazujący między brzeg skroniowy oczodołu a gałkę oka, przyczem przedziiera spojówkę i wyważa oko, używając palca jako dźwigni, dla której krawędz kostna oczodołu stanowi hypomochlium. Następnie chwyla wywichnięte z oprawy oko i, pociągając je z nadzwyczajną siłą, przerywa nerw, mięśnie i więzadła, jednym słowem wszystko, na czem jeszcze oko się trzyma. W ten sposób, jak wiadomo, wyrrywają sobie oczy zapaśnicy w karczemnych bójkach, co szczególnie często w Tyrolu ma się przydarzać. *Dr. K. W. Majewski.*

Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki.
Doc. Dr. Fr. Sroczyński.¹⁾

O ile na wrzód rogówkowy, przedstawiający mniej lub więcej rozległą powierzchnię ropnie naciekłą, a więc otwarte ognisko zakaźne, z łatwością stosować możemy wszelkie środki odkażające, jakimi rozporządzamy, o tyle ropień rogówki, położony w głębszych warstwach i pokryty warstwą prawidłowej tkanki rogówkowej, jakoteż prawidłowym, lśniącym przyblonkiem, jest niedostępną dla naszych leków, a tem samem trudniejszy do wyleczenia. Szerokie rozcięcie rogówki (keratotomy Saemisch'a) powstrzymuje, co prawda, ropienie, ale ma też niewątpliwe ujemne strony. Po pierwsze nie wypróżnia należycie ogniska ropnego, co Fuchs (doznaczył ten, że wśród ropnia istnieją liczne przegródki i przepięrzenia z tkanki rogówkowej, która się jeszcze oparła zniszczeniu: w powstałych stąd komórkach ropa się zatrzymuje. Powtórne operacya Saemisch'a sprzyja bardzo opadnięciu i wrośnięciu tęczęwki w rankę, co, jak wiadomo, może dla oka najgubniejsze spowodować następstwa²⁾.

Aby niedogodności tych unikać, a jednak wskazaniu zadość uczynić, to znaczy otworzyć ognisko zakaźne i wypróżnić je, obmyślił autor nowy, bardzo prosty sposób operacyjny, który mu w czterech przypadkach jak najlepsze oddał usługi. Zamiast przecinać rogówkę w całej grubości, otwiera jak największym nożykiem

¹⁾ Osobne odbicie z artykułu, umieszczonego w książce jubileuszowej Prof. Kroczyńskiego.

²⁾ Operacyę Saemisch'a wykonujemy przy wrzodzie pełzającym (ulcus serpens), gdy znaczny włóknisto-ropny wysięk znajduje się w przedniej komórce. Z powodu towarzyszącego sprawię zapalenia tęczęwki, względnie z powodu następowych tylnych zrębów tęczęwki, skłonność do wypadania tęczęwki bywa nieznaczna. *W.*

Graefego tylko przednią ścianę ropnia, poczem szczypczykami łęczówkowemi wyjmuje czop włóknikowo-ropny, bo przynajmniej w pewnym okresie choroby mamy do czynienia z jamką, wypełnioną nie płynną ropą, w przegródkach uwięzioną, lecz właśnie takim czopem, który w całości daje się wydobyć. Ze względu na technikę zwraca Dr S. uwagę, że cięcie nie powinno być krótsze od poziomej średnicy ogniska, aby mózdz wygodnie całą masę bez przerwania wydobyć. Zabieg ten powstrzymuje dalsze ropienie; naciek się szybko oczyszcza i goi się pomyślnie.

Dr. K. W. Majewski.

a. Stopień wchłaniania do oka kropeł kalii jodati. Utry et Prézals. (»Archives d'Ophth.» Janvier). *b. Możliwość wchłaniania do oka roztworu salicylanu sodu.* Gіз (Tamże, Février).

Do worka spojówkowego wkraplano po 10 kropeł 10% roztworu jodku potasu co kwadrans i już po kwadransie wykrywano jod w cieczy wodnej, w ciałku szklistem nie znaleziono go; po 3 kwadransach odczyn w cieczy wodnej wystąpił daleko jaśniej, dość słabo w ciałku szklistem (wtedy i w moczu było już dość jodu). Jeśli jednocześnie zadawano ten środek do wewnątrz, to już po upływie kwadransa wykrywano jod w cieczy wodnej i w ciałku szklistem. Do wykrycia jodu w cieczach oka używano odczynu z krochmalem (sine zabarwienie). Wyniki doświadczeń: 1. jodek potasu, wkraplany do worka spojówkowego, zwykle przechodzi do cieczy wodnej komórki oka; 2. w ciałku szklistem zjawia się wtedy tylko, kiedy wykrytym być może i w moczu, to jest kiedy jod wchłania się do krwi; 3. zażywany do wewnątrz nie daje odczynu jodu w cieczach oka; 4. przy jednoczesnem zaś użyciu wewnątrz i w postaci wkraplań do oka jest możliwość wprowadzić go do przedniej komórki w większej ilości, aniżeli tylko przy wewnętrznem używaniu.

Doświadczenia te wykonane były w Bordeaux, w klinice Prof. Badała, który od dawna używa ocznych kropeł z roztworów jodku i bromku potasu i sodu, przy jednoczesnem użyciu tych preparatów do wewnątrz. Bardzo przypadły mi do smaku wyniki tych doświadczeń, tem bardziej, że i sam od kilku lat z korzyścią leczę moim chorym jednoczesne użycie jodowych preparatów do wewnątrz i pod postacią wkraplań do oczu, osobliwie przy głębszych jego cierpieniach (na przykład zmętnieniach ciałka szklistego), będąc *a priori* przekonanym, że jod wchłania się do wnętrza oka z worka spojówki, której nie drażnią nawet dość silne roztwory.

Dla wykrycia w cieczach oka salicylanu sodu używano odczynu 1 $\frac{1}{2}$ % chlorku żelaza, od którego robi się zabarwienie fio-

letowe. Wyniki: sal.-sodu, zażywany na wewnątrz, przechodzi do cieczy wodnej w znacznej ilości tylko wtedy, kiedy dawki są znaczne—jeszcze obficiejszą nasyconą nim bywa ciecz wodna, skoro jednocześnie wkraplano go do worka spojówki. Autorzy używali w tym celu 5^o/₉ rozezynu sal.-sodu samego lub też z atropiną, pod postacią wkraplań albo wanny ocznej z ciepłego rozezynu soli. Jak wiadomo, wyniki leczenia tym środkiem reumatycznego zapalenia tęczówki są bardzo zadawalniające.

Dr J. T.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 18 lutego 1899 roku.

Dr Łobanow mówi o znaczeniu niechorobotwórczych drobnoustrojów w patologii oka. Jak wiadomo, na powierzchni spojówki, nawet przy prawidłowym stanie takowej, znajduje się olbrzymia ilość najróżnorodniejszych drobnoustrojów, nie wywołujących przy wprowadzeniu ich do organizmu najmniejszych oznak chorobowych. Zachodzi jednak pytanie, czy również okażą się niewinnymi też same mikroby, gdy dostaną się do wnętrza oka, na przykład do przedniej komórki. Spotykane w literaturze wzmianki pozwalają powątpiewać o możliwości odpowiedzi twierdzącej. Wiadomo, że soczewka i ciało szkliste są podłożami, nadzwyczaj sprzyjającymi rozwojowi bakterii. Znanem też jest spostrzeżenie Miecznikowa, że gołębie, wogóle odporne w stosunku do karbunkulu, tracą swoją odporność i giną po zastrzyknięciu do ciała szklistego laseczników karbunkulowych. Badanie bakteriologiczne zapalenia gałki, dokonane w jednym wypadku przez Haab'a, wykazało obecność lasecznika niechorobotwórczego, który, będąc wstrzyknięty w ciało szkliste, pomimo to wywołał ropienie. Taki sam wynik otrzymała Kastałska, znalazłszy w 2 wypadkach zapalenia gałki rzekomo błonnicze laseczniki. Nakoniec Sattler otrzymywał miejscowe ropienie oka w zależności od bact. prodigiosum i innych mikrobów, uznanych za niechorobotwórcze. Łobanow zrobił cały szereg doświadczeń na królikach i wprowadzał do przedniej komory takowych hodowle różnych drobnoustrojów, znajdujących na powierzchni spojówki prawidłowej. Wogóle zbadano działanie 11 gatunków, przyczem okazało się, co następuje: 1. Zupełnie niewinnymi dla oka, jak i dla reszty ciała okazały się bacilli candidans, violaceus i ruber,

które nie wywoływały w oku najmniejszego zadrażnienia zarówno przy życiu zwierząt, jako też nie można było zauważyć żadnych zmian chorobowych przy badaniu drobnowidowem wyjętego oka w ciągu dwóch dni po operacyi. 2. Pozostałe zaś 8 gatunków (*sarcina*, *proteus vulgaris*, *bacilli: subtilis*, *prodigiosus*, *agilis*, *fluorescens*, *putridus* i *micrococcus roseus*) były przyczyną zapaleń łęczówki, czasami i ciałaka rzęskowego, zapaleń, trwających od 3 do 4 tygodni, lecz nie okazujących skłonności do przejścia w ogólne zropienie oka. Zakażenie oka »niechorobotwórczymi« bakteryami różniło się klinicznie od zakażenia drobnoustrojami ropnymi tylko umiejscowieniem sprawy chorobowej. Tak więc z 11 »niechorobotwórczych« mikroorganizmów aż 8 gatunków okazało się w stosunku swym do oka chorobotwórczymi. Przez wprowadzenie każdego z tych ośmiu gatunków do ciała szklistego otrzymano zupełnie takie same wyniki.

Prof. Belarminow robi uwagę, że doświadczenia te są bardzo ważne, ponieważ w takim razie, zgodnie z wynikami sprawozdawcy, różnić należy w drobnoustrojach działaniu ich wogóle na cały organizm i w szczególności — na oko. Prof. Dobrowolski zaś jest tego zdania, że zjawiska zapalne w doświadczeniach wyżej wymienionych mogły powstać wskutek uszkodzenia oka podczas wstrzykiwania hodowli. (Wracze, 1899. Nr 9).

Dr Stanisław Serkowski.

2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. Posiedzenie z dnia 18 (30) marca b. r.

Dr Epinałtjew wypróbował działanie mięsienia drgawkowego w rozlicznych chorobach oczu i własne spostrzeżenia podał na posiedzeniu Towarzystwa okulistycznego. Piórem Edisson'a (Prof. Maklakowa), wykonywajacem — jak wiadomo — do 9 tysięcy drgań na minutę, leczył 148 chorych; posiedzenie trwało 1 do 2 m. przy mięsieniu oka, do 10 minut przy mięsieniu powiek, przyczem posiedzenia powtarzał codziennie, lub 3 do 4 razy tygodniowo. Najlepszy wynik otrzymał Dr Ep. przy nerwobólach nad i podoczołowych (12 przyp.), bóle znikają już podczas trwania posiedzenia. Na zasadzie dwóch przypadków, spostrzeganych przez kilka miesięcy, Dr Ep. sądzi, że nerwobóle nie powróciły.

Przy jaglicowej łuszczece na 16 wypadków tylko w 5 nastąpiło nieznaczne polepszenie wzroku, zresztą w pozostałych wypadkach stan oka pogorszył się.

Przy niższowem zapaleniu rogówki na 15 wypadków, tylko w 4 polepszył się wzrok nieznacznie, w pozostałych stan oka pogorszył się także.

Gradówki — jak gdyby zmniejszały się pod wpływem mięsienia.

Przy bielmach — poprawy nie było ani razu.

Przy jaglicy — ziarna znikały wolniej, aniżeli od cupr. sulf., jednak następcze leczenie do dobrych doprowadziło wyników.

Ogólnie biorąc, mięsienie drgawkowe dało Drowi Kp. nadzwyczaj ubogi plon.

W dalszym ciągu posiedzenia Dr Woskressenski j mówił o 2, 5, 10% roztworach nowego mydriaticum — eufalminy. O 5% roztwór nie wywołuje żadnego podrażnienia nawet w oku, dołknęciem jaskrą. Mydriaza następuje już po upływie 15 minut, dochodzi do maximum (4 mm.) po upływie 40 min. i w stanie takim pozostaje 4 do 5 godzin. Eufalmina, jako mydriaticum, powinna zająć miejsce atropiny, zwłaszcza przy stosowaniu jej w celu rozpoznawczym, gdyż akomodacyi eufalmina nie poraża zupełnie, chorzy mogą czytać i pisać. Średnio biorąc, pod wpływem nowego mydriaticum punctum proximum odsuwa się nie więcej, jak na dwa cale. Zwiększenia ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometr Maklakowa nie wskazywał ani razu, wypadków zatrucia nie było.

W końcu posiedzenia Dr Bielikowski przyznał, iż z proponowanego przez niego 10% wodnego roztworu solo-jodowego sodu przy ochłodzeniu sól wypada, dlatego też dziś zamiast roztworu używa maści 2—4%.

Włocz. Talko.

3. Wiener med. Club. Posiedzenie z dnia 12 kwietnia b. r.

Fukala przedstawia dwóch chorych, u których dla krótkowzroczności usunął soczewkę. Z tych jeden miał odczepienie siatkówki na jednym oku, na drugim mp. 33 d., inny zaś chory miał mp. 10—11 d. Po operacyi u obu chorych mniej więcej powstała miarowość. Przypadki te miałyby dowodzić, że mylną jest zasada operowania dopiero przy 15 d. mp. i wyższej. Z literatury znane są przypadki, w których po operacyi mp. 10—30 d. nastąpiła miarowość.

Dr Elschning zapytuje, w jaki sposób krótkowzroczność była oznaczana? Przypadki przytoczone należy zaliczać do rzadkich wyjątków, powstanie miarowości możnaby w podobnych przypadkach tłumaczyć niezwykłą postacią rogówki, albo też niezwykłą długością gałki. Jeżeliby w przytoczonym przypadku krótkowzroczności 18 d. promień wypukłości rogówki był prawidłowy, należałoby przypadek ten policzyć do największych rzadkości. W każdym razie trzeba się trzymać zasady, by mp. niżej 15 d. nie poddawać operacyi.

Dr Fukala: mp. oznaczono przez szkło poprawcze, w odległości 10 mm. od wierzchołka rogówkowego przystawione, w drugim przypadku promienia rogówkowego nie oznaczono.

Dr Elschning mniema, że według zwykłego oznaczania chodziło w przytoczonych przypadkach o mp. 9, względnie 25 d.

Prof. Schnabel zaznacza, że mimo dobrego wyniku postępować trzeba według zasady, by cyklopów nie operować. Przy mp. 10—11 d. sam nie operowałby, chyba, że promień rogówki wynosi $6\frac{1}{2}$ mm., gdyż zazwyczaj wynika po operacyi nadmiarowość, będąca większem dla chorego od krótkowzroczności złem. O szejczęściu mówić można, że w danym przypadku wynika miarowość, jednakże uogólnienia operowania mp. o 10—11 d. nie można nazwać postępowaniem polegającym na pewnych danych.

Dr Fukala odpowiada, że mp. o 10 d. operował tylko w przewidywaniu, że ona u młodego osobnika z czasem jeszcze postąpi, i przyłącza przypadek, w którym Foerster stwierdził 6 D., gdy chory miał 18 lat, a u którego w 40 roku życia mp. wynosiła 20 diopr¹⁾. Promień rogówki, wypuklenie rogówki i stopień łamliwości cieczy wodnej były u przedstawionego chorego prawidłowymi. F. sądzi, że mp. polegała na przedłużeniu niezwykłym osi gałkowej. U cyklopa o 30 diopr mp. podjął się tylko operacyi na usilne naleganie i po porozumieniu się z powagami.

Schnabel przypomina, że stosunek promienia rogówki a soczewki jest zmienny. Gdy słabo łamliwa soczewka zachodzi przy prawidłowym promieniu rogówkowym, może przy 10 d. mp. po operacyi powstać miarowość. Przy zwykłych atoli rozmiarach powstanie nadmiarowość o 8—9 d., co dla osobnika operowanego byłoby nieszczyćciem.

Fukala odpowiada, że liczne wymiary wykazały prawie stałą łamliwość, to jest 50 mm. wynoszącą odległość ogniskową, a wymiary Reussa i Weinowa wykazały nawet przeciwnie, że wysokie stopnie mp. mają soczewki płaskie. Według zdania Fukali może miarowość po operacyi krótkowzroczności tylko przez instynktowne przedłużenie twardówki powstać. (?)

Dr Elsehnig zauważa na to, że dotychczas niema żadnego powodu do przypuszczenia, by oko operowane przedłużało się, na co znowu Fukala zauważa, że też i przeciwnego nie dostarczono dowodu (Według W. Med. Presse).
H.

4. Société française d'ophtalmologie. Posiedzenie 1 maja b. r.²⁾

Prof. Pflueger z Bernu referował w sprawie usuwania soczewki przezroczystej. Po potrąceniu historii przedmiotu, oftalmometrii klinicznej, oznaczenia optometrycznego i oznaczenia mate-

¹⁾ Każdy okulista starszy często podobne przypadki stwierdza. H.

²⁾ Podamy w niniejszym i następnych numerach »Postępu« z odbytego co dopiero kongresu najważniejszych odczytów i rozpraw treści.

matycznego stopnia niemiarowości, porusza referent jądro rzeczy, zastanawiając się nad zmniejszeniem się łamliwości oka bezsoczewkowego. Według zgodnych zapatrywań rozmaitych autorów, te same rzeczywiste i pozorne stopnie krótkowzroczności dają rozmaite zmniejszenie refrakcyi przez bezsoczewkowość, a pochodzi to stąd, że błędy w oznaczeniu krótkowzroczności są bardzo liczne. Niejedną z przyczyn tych błędów dałoby się ominąć, i tak kurecz mięśni nastawczego, wadliwe oznaczenie wypukłości rogówki, wadliwe zrównoważenie niezborności. Błędy, mniej lub więcej nie dające się ominąć, polegają na niemożności ustawienia szkła poprawczego w przednim ognisku, którego odległość od wierzchołka rogówki odmierzyć jest trudno. Inne błędy, dające się zresztą łatwiej pominąć, mają swe źródło w soczewce, a mianowicie w jej położeniu, oznaczeniu promienia, stopnia łamliwości soczewki, jako też i cieczy wodnej. Zresztą liczyć się trzeba także z niezbornością następową, która pierwotną wrodzoną albo wzmacnia, albo osłabia. Ślad to pochodzi, że autorzy, którzy się zajmowali oznaczaniem wczesnem teoretycznie łamliwości oka, pozbawionego soczewki, nie dochodzili do równych wyników. Zważać przytem trzeba przede wszystkim na refrakcyę rogówkową, która sprawia, że dla tego samego stopnia krótkowzroczności wynik może być bardzo rozmaitym.

Pflüger daje następnie pogląd krytyczny na własne przypadki (100), operowane aż do końca roku 1896, i to tylko takie, które najmniej przez dwa lata pozostawały pod okiem jego.

Co do wieku, to operował osoby od 7 do 51 roku życia, najczęściej atoli między 16 a 21 rokiem. Nie uważa, ażeby pod względem wieku jakieś granice stawiać można.

Stopień krótkowzroczności najwięcej mógłby być przedmiotem podzielonych zapatrywań. Stanowezo jednak sam stopień myopii nie powinien granic operacyi zakreślać. Ważną odgrywa rolę, gdy się uwzględniá równocześnie wiek, średnią łamliwość rogówki, bystrość wzroku, stan chorego, jego stanowisko społeczne, a nadewszystko rodzaj krótkowzroczności, zwłaszcza, czy ona jest postępującą lub dziedziczną.

Bystrość wzroku podnosiła się zawsze, z wyjątkiem 2 przypadków, powikłanych przez operacyę następową. W 2 innych przypadkach jeden chory stracił wzrok przez odczepienie siatkówki, drugi przez ciężką postać zapalenia naczyńiówki.

Tablice, sporządzone przez Pflüger'a, wykazują podniesienie bystrości 2—10 razy dla ócz miarowych, nadmiarowych i niedomiarowych. Poprawę tę odnosi referent już to do siatkówki samej, już to do ośrodków mózgowych.

Pole widzenia, tak bardzo nieraz w wysokich stopniach krótkowzroczności wadliwe, doznaje także przez operację naprawy, czego nie można tłumaczyć zmienionymi warunkami optycznymi, ale raczej podniesieniem odżywienia siatkówki.

Zmiana łamliwości po operacji: w żadnym przypadku przedłużenie znaczniejsze osi po operacji nie objawiało się, a zawsze słabszem było w oku operowanym, aniżeli nieoperowanym.

A badnie uważa usuwanie soczewki przy wysokich stopniach krótkowzroczności i ciężkich powikłaniach jako operację przyszłości, operację, której nie można dosyć udoskonalać i popierać.

Z chwilą, gdy krótkowzroczność dochodzi do wyższych stopni, a w pławce żółtej tworzą się zmiany, wszelkie środki dotychczas używane były mało skuteczne. Jedynie usunięcie soczewki przez zniesienie akomodacji i zbieżności złemu zapobiega. Usuwanie soczewki uważa A. za więcej wskazane w tych przypadkach, gdzie przy słabym stopniu krótkowzroczności występują zmiany naczyńkowe, aniżeli przy wysokich stopniach krótkowzroczności, połączonych z dobrym wzrokiem.

Niebezpieczeństwa zaznaczone, połączone z operacją, dają się w części uniknąć: i tak zakażenie przez ścisłość w postępowaniu przeciwnym.

Ważną rolę odgrywa jaskra, która nieraz i przy małych przecięciach, po których silnie występuje pęcznienie, może się rozwinąć; dlatego trzeba czuwać nad chorym pilnie i natychmiast usunąć pęczniącą korę. Że zaś oko w tym stanie jest bardzo bolesne i działaniu kokainy mniej przystępne, przeto bez chloroformowania obyć się nie można. Celem uniknięcia wrośnięcia łączówki, wypadła cięcie linijne zrobić bardzo obwodowem. —

Rohmer zachwala aspirację, jako operację bez przecięcia torebki doprowadzającą do celu. Wyciąga się najprzód ze soczewki, ile można, a po kilku dniach lub tygodniach pozostałe masy. Unika się w ten sposób zranienia błonki szklistej (hyaloidea), lub ciała szklistego. —

Joëqs zwraca jeszcze uwagę na wskazanie do usunięcia soczewki przezroczystej w przypadkach złożeń wysiękowych na przedniej torebce, połączonych ze zrostami tylnymi, i przytacza odnośnie przypadki, w których z dobrym skutkiem dokonał operacji, przywracając chorym wzrok. —

Lagrange wykonał 14 operacji usunięcia soczewki dla krótkowzroczności i zachwycony był podniesieniem się wzroku, nie zgadza się wszakże z Pfluegerem pod względem tłumaczenia tego podniesienia. Nie odnosi on tegoż do podniesionego odżywienia błon ocznych, ale raczej do zmian w dioptryce ocznej. Krótkowidz

na mniejszą bystrość wzrokową, widząc pod mniejszym kątem wzrokowym, kąt ten powiększa się, gdy oko staje się miarowem, a więcej jeszcze, gdy nadmiarowem. —

Weecker, na podstawie 39 dokonanych operacji, dochodzi do przekonania, że operacja nie powstrzymuje rozwoju krótkowzroczności i nie zapobiega powikłaniom naczyniówko-siatkówkowym. Trzeba się ograniczać do jednego wypróżnienia po rozcięciu torebki, gdyż przy liczniejszych łatwym jest ubytek ciała szklanego, usposabiający do odzepienia siatkówki. —

Niezborność: Po operacji cztery oczy były silniej niezborne, aniżeli przed operacją, a dość często oczy, które przed operacją szkielec walcowatych nie przyjmowały mimo niezborności, znosiły je przy tym samym stopniu niezborności po operacji, co tłumaczy się tem, że poprawiony wzrok ułatwia przystosowanie szkła.

Pflueger mniema, że niezborność, i to względnie wyższych stopni, odgrywa wielką rolę w wysokich stopniach krótkowzroczności, a uwzględnienie jej ważną jest rzeczą¹⁾.

Pomiędzy krótkowzrocznymi, w sprawozdaniu przytoczonymi, znajduje się 73% powikłanych niezbornością rogówkową ponad 1,25 d.

Referent podnosi ważność oznaczania refrakcyi rogówkowej, i to nie tylko ze względu na obliczenie refrakcyi, przez operację mającej się osiągnąć, ale także w celu porównania refrakcyi innych. Tablice referenta wykazują, że może zachodzić bardzo wysoki stopień krótkowzroczności przy zwykłej wypukłości rogówkowej.

Zapalenie naczyniówki, towarzyszące krótkowzroczności, nie tworzy, zdaniem referenta, przeciwwskazania do operacji, a nawet ostra choroiditis centralis gravis jest nagłym powodem do wykonania operacji.

Technika operacyjna: We wszystkich przypadkach poprzedza rozcięcie torebki (discisio) późniejsze cięcie linijne. Powtórne wydobywanie soczewki wykonano w 8 razach, trzecie w 3 przypadkach.

Zaćma następowa objawiała się w 62 przypadkach. Oko znosi rozmaite, bardzo nawet częste operacje, byle tylko unikać przytem obrażenia ciała szklanego.

Rozmaite sposoby operacyjne dzieli Pf. według następującego porządku:

1. Zwykle rozcięcie torebki, używane u dzieci, powinno być

¹⁾ Najzupełniej podzielamy to zdanie, nadmienając, że właśnie niezborność soczewki może częściej od rogówkowej kojarzyć się z krótkowzrocznością i dlatego często bywa przeoczana. H.

średniej wielkości. Zbyt małe może nie wystarczać, zbyt wielkie może czynić koniecznym, dla zbyt silnego pęcznienia kory, następne wydobycie zaćmy.

2. Rozcięcie z następnym wydobyciem znajduje zastosowanie w większej liczbie przypadków, w wieku od 12 do 60 lat.

Krótkowzroczni w wieku od 40 do 60 lat zazwyczaj nie posiadają twardego jądra soczewkowego.

3. Wydobycie ciecikiem liniowym bez poprzedniego rozcięcia polecane było w ostatnich czasach przez Hess'a i Sattler'a.

4. Wydobycie ciecikiem płatowem bez rozcięcia wykonuje przede wszystkim Vacher, a także Hirschberg.

Zaćmy następowe zachodzą bardzo często, a nieprzyjemne są raz dla koniecznej operacji, a powtórę z powodu wrażenia moralnego, jakie chory odnosi.

Powikłaniami pooperacyjnymi są: zakażenie rany, odepicie siatkówki i jaskra.

Co do odepicia siatkówki miał ją referent tylko raz jedyny, a sądzi, że oko bezsoczewkowe nie więcej narażone jest na odepicie od oka nieoperowanego, byle tylko unikać ubytku ciała szklistego.

Jaskry nie spostrzegał w swych przypadkach, lecz nie zalicza do niej objawów jaskrowych, występujących przejściowo wskutek silnego pęcznienia kory.

Inne wskazania do usunięcia soczewki przezroczystej są następujące:

1. Środkowa krótkowzroczność, spowodowana przez stożek soczewkowy przedni i tylny, soczewka o podwójnem ognisku, albo refrakcyja podwójna wskutek stwardnienia jądra.

2. Stożek rogówkowy. 3. Ektopia soczewki. 4. Zwielniczenie samowolne lub też wrodzone. 5. Zwielniczenie urazowe. 6. Pewne złożliwe postacie jaskry. 7. Gałkowitzne tylnie zrosty. — P. wylicza tylko powyższe wskazania, nie zastanawiając się bliżej nad niemi, jednak i o nich wartoby niejedno nadmienić. —

L. Vacher referuje w tymże przedmiocie, podając wyniki dawniej operowanych przypadków, mówi o wskazaniach i przeciwwskazaniach. Operował 61 przypadków, które przez dziesięć lat w ciągłym miał dozorowaniu. Dochodzi do następujących wyników: 1. Stwierdzić można różnicę między refrakcyją badaną w dwa miesiące, a po dwóch latach lub później. Różnica ta jest prawie niedostrzegalną, jeżeli krótkowzroczność doszła do najwyższego stopnia, przeciwnie zaś okazuje się znaczną, gdy osobnik jest młodym i obciążonym dziedzicznie. Byłoby to wskazówką, że nie powinno się zbyt wczesnie operować.

2. Usunięcie soczewki ma rzeczywisty wpływ na obrażenia naczyńówki, które nie rozwijają się więcej w oku operowanem, podczas, gdy w oku drugiem, nieoperowanem, robią dalsze postępy. Obrażenia te doznają rzeczywistego osłabienia równocześnie z wzmoczeniem się bystrości wzrokowej w następstwie ustąpienia kureżu nastawczego i zbieżności. Im młodszym jest osobnik, tem więcej zmiany te się objawiają. Gdy obrażenia są bardzo znaczne, mniej się wydłuża korzystny wpływ operacyi.

3. Usunięcie soczewki jest w rzeczywistości środkiem zapobiegawczym przeciw odczepieniu siatkówki. Oczy, w których po operacyi odczepienie występuje, są takie, których wogóle nie powinno się było operować. Nadto unikać trzeba ubytku ciała szklistego i częstych operacyi.

4. Operacyę powinno się polecać tylko takim chorym, których oczy dają rękojmię dobrego wyniku i gdy chorzy rzeczywiście potrzebują operacyi. (?)

Skoro chorzy, mający krótkowzroczność 15 d. i większą, znoszą szkła poprawcze, nie powinno się operacyi podejmować. Zmiany naczyńówkowe nie są przeciwwskazaniem, byle nie było obniżonego napięcia i rozwodnienia ciała szklistego.

Wyniki, osiągnane w dwa miesiące po operacyi, są: zniknięcie objawów przekrwienia naczyńówki, ustąpienie nerwic, zmniejszenie znaczne refrakcyi i wybitne podniesienie się bystrości wzrokowej. Później może jeszcze krótkowzroczność w słabym stopniu postąpić, ale bez obniżenia wzroku i bez powikłań. —

Trousseau uważa zapalenia ciała rzęskowego jako bardzo częste i mogące, jeżeli się przedłużają, oko w prawdziwe wprawić niebezpieczeństwo.

Obawia się bardzo operacyi zaćmy następowej, są one w tych razach niebezpieczne i winny być wykonane z wielką oględnością, by jak najmniej ciało szkliste obrazie¹⁾. —

Ostwald nie zgadza się na zapatrywanie Pflueger'a, jakoby operacya działała zapobiegawczo przeciw przedłużeniu się osi ocznej. Pflueger nie liczył się z tem, że to samo przedłużenie osi sprawia w oku bezsoczewkowym wzmoczenie refrakcyi o połowę mniejsze, aniżeli w oku zupełnem. —

Sulzer podnosi poprawę bystrości wzroku po operacyi i tak ją tłumaczy: Gdy przy oznaczaniu bystrości wzrokowej oka krótko-

¹⁾ Najzupełniej podzielamy zapatrywanie Trousseau'a, że właściwie wskazania do wykonania operacyi usuwania przezroczystej soczewki nie zachodzą zbyt często i nie odpowiadają zbyt bogatym liczebnie statystykom.

wzrocznego na odległość przedkładamy szkło poprawcze w miejscu przedniego ogniska, obraz siatkówkowy wzorów jest równej wielkości, co w oku miarowem. Gdy więc oko krótkowzroczne staje się po operacji miarowem, mniej więcej tworzy one obrazy siatkówkowe tych samych wzorów większe, a ta zmiana przyrządu wzrokowego musi wpłynąć na poprawę wzroku, bez względu na lepsze odżywienie błon ocznych.

Koenig, który tylko w trzech przypadkach, i to ze skutkiem, operował, używa zabarwiania fluorescyną, chcąc lepiej rozpoznać pozostałości kory.

Pflueger zaznacza w końcu, w odpowiedzi Vacher'owi, że nie stopień krótkowzroczności daje wskazanie do operacji, ani też wiek chorego, ale wznaganie myopii, stopień bystrości wzrokowej i zajęcie osobnika.

Podając powyżej treść referatu, doskonale opracowanego, i przytaczając główne głosy, jakie w rozprawie nad tym przedmiotem dały się słyszeć, chcieliśmy zaznaczyć ważność sprawy, będącej niejako *à l'ordre du jour*. Usuwanie soczewki w celu naprawy krótkowzroczności, podejmowane w rozmaitych, odległych już, czasach, znalazło i zapalonych zwolenników, przeważnie w młodszych przedstawicielach naszej umiętności specjalnej, jako też krytycznych przeciwników, zwłaszcza pomiędzy starszymi okulistami, którzy, więcej mając doświadczenia, chłodniej się na rzecz zapatrują. Zadziwiać musi w każdym razie, że właśnie tak znakomity praktyk, jak Wecker, rozporządzający niemalym materiałem, bardzo skeptycznie wyrażał się o tym zabiegu leczniczym, a znakomici, doświadczeni okuliści, jak Panas, Landolt, Meyer z Paryża, Gayet z Lyonu, wcale zdania swego nie objawili. W przemówieniach spostrzegamy częścią zbyt wiele zapału, jeżeli nie jednostronności, — a z drugiej strony zapatrywania, nie licujące z tem, co się dawniej mówiło i głosiło. Heż bo środków nie zalecano przeciw zapaleniom naczyńówki i siatkówki, towarzyszącym silniejszym stopniom krótkowzroczności, przez samego m. i. A b a d i e'go, gdy dziś rzekomo nie nie pomaga, jedynie operacja jest w możności zapobiedz całej grozie. Jak trudno znaleźć średnią drogę!.. Lubo sami, i to przed Fukałą, podniesienie wzroku przez zmniejszenie krótkowzroczności staraliśmy się operacyjnie osiągnąć, to jednak nie mogliśmy się tak bezwzględnie do tej sprawy zapalić. W wyborze przypadków trzeba być przedewszystkiem bardzo oględnym. Zgadzaamy się najzupełniej na zapatrywania Pflueger'a, że granice wskazania operacji nakreślone winny być wielu okolicznościami, a mianowicie: rodzajem myopii, wiekiem, zajęciem chorego, a przedewszystkiem, czego w referacie

nie podniesiono, lub niedość z naciskiem to uczyniono, — *ogólnym stanem chorego*. Sposób zaś operacyjny nie może być jednolitym, i zastosowanym być winien do wieku, do stanu soczewki. U dzieci do 10 r. życia ograniczamy się do samego rozcięcia torebki, pozostawiając wessanie czasowi. U starszych dzieci i osób dorosłych po rozcięciu w miarę potrzeby, robimy wypuszczenie pęczniającej kory przez obwodowe cięcie linijne; u osób starszych od razu usuwamy soczewkę cięciem pławem, zwłaszcza, jeżeli badanie wykazuje znaczne stwardnienie jądra. I nasz materiał, wobec ścisłości, zachowywanej przy wskazaniami do operacyi, nie jest znacznym, z wynikiem operacyi naszych wystąpimy później, do czego nawiążemy niejedną jeszcze uwagę, jaka nam się nasuwa. C. d. n. W.

V. NOWE KSIĄŻKI.

La Vision. Étude physiologique. Dr H. Parinaud. Paris 1898. Éditeur: Oclaux Do in. 218 str.

Długi szereg własnych prac doświadczalnych, ogłaszanych kolejno począwszy od r. 1881 w różnych czasopismach naukowych, — dostarczył autorowi podstaw i materiału do stworzenia oryginalnego, a pełnego bystrości poglądu na istotę czynności narządu wzrokowego, w szczególności zaś na fizyologiczne własności siatkówki i zażyły mechanizm obuocznego widzenia. W wyżej wymienionem dziele streszcza on swe wnioski i uzasadnia nowe poglądy, z którymi zamierzam częściowo przynajmniej zapoznać czytelników »Postępu«.

W przedmowie spotykamy się z surową krytyką dotychczasowego sposobu przedstawiania i wyrażania praw, jakim podlega zmysł wzroku na wspólnie z innymi zmysłami, za pomocą geometrycznych figur i formuł matematycznych, które przyczyniły się jedynie do utrwalenia niektórych zapamiętań zupełnie błędnych. Najczęściej bowiem formuły te nie odpowiadają rzeczywistym stosunkom, a będą tylko umysłowym pozorem matematycznej ścisłości. Że przebieg promieni światła wśród środków łamiących oka daje się wysledzić i określić za pomocą geometrycznego wykreślenia, i to jedynie w ten sposób, tego autor nie myśli zaprzeczać, ale twierdzi stanowczo, że wszystko, co się dzieje poza siatkówką, a zatem to, co dopiero stanowi właściwą czynność fizyologiczną narządu wzrokowego, nie da się dziś jeszcze, a może nawet nie da się nigdy ująć w algebraiczne wzory. Psychofizyczne prawa Weber'a i Fechner'a nie

odpowiadają rzeczywistości stanowi rzeczy mimo pozornej ściśłości. Horopter J. Müllera okazał się zupełnie niewystarczającym do wyjaśnienia sprawy widzenia obuocznego, a Helmholtz i Hering, przekształcając go na różne sposoby, — napróżno silili się usunąć rażące sprzeczności, jakie wynikają z pojęcia identycznych punktów siatkówkowych. Zdaniem autora należy obrać inną drogę, chcąc dociec prawideł, jakie rządzą zjawiskami widzenia: należy oprzeć się na anatomicznych własnościach narządu wzrokowego i z nich bezpośrednio wysnuwać wnioski o czynności fizyologicznej poszczególnych jego składników.

Rozbiór stosunku zmysłów naszych do czynników fizycznych światła zewnętrznego daje autorowi sposobność do wypowiedzenia wielu ciekawych uwag. Na podstawie fizjologii porównawczej dowodzi on, że tak zwana »reakcja swoista« wyprzedza w rozwoju istot żyjących wyróżnienie się anatomicznie narządów zmysłowych, inaczej mówiąc, że u najniższych zwierząt zewnętrzna powłoka ciała jest niewątpliwie wrażliwą na światło, nie okazując jeszcze ani śladu tak zwanej plamki wzrokowej. Co więcej, jeden i ten sam bardzo pierwotnie zbudowany narząd zmysłowy niektórych mięczaków (n. p. *Pholade dactyle*) służy im do odbierania różnych wrażeń zmysłowych, jest zatem równocześnie siedzibą zmysłu czucia, powonienia, wzroku i t. d. Dopiero z czasem, pod wpływem działania różnych czynników fizycznych zaczynają się wyróżniać anatomicznie narządy zmysłowe. Tak więc fale głosowe sprawiają wyróżnienie się narządu słuchowego, fale eteru wpływają na rozwój narządu wzroku, — a równocześnie fizyczne te czynniki nabierają nowego znaczenia, ale tylko dla stworzeń zmysłami tymi wyposażonych. Wyobraźmy sobie na chwilę, że zmysł wzroku nie istnieje u żadnej z żyjących istot na powierzchni ziemi, a tem samem przyjąć będziemy musieli, że chociaż istnieją odpowiednie fale eteru i stany materji, które wywołują powstawanie tych fal, to jednak nie będzie tego, co nazywamy światłem lub barwą, nie będzie ani ciał świecących, ani ciał barwnych. To samo da się powtórzyć o innych zmysłach i innych rodzajach zjawisk, bo tak światło i barwa, jak głos, smak lub woń — są to tylko podmiotowe wrażenia, jakie różne stany fizyczne ciał nas otaczających drogą zmysłów w nas wywołują. Nie są to zatem własności tych ciał tak ściśle z materją związane, jak ich objętość, kształt, ciężar, stan skupienia, lotność, rozpuszczalność, ruch cząstek i t. p., lecz własności względne, zależne od istnienia istot żyjących, zmysłami obdarzonych i dla tych istot tylko istniejące. »Supprimez Poreille«, pisze Parinaud, »un silence absolu se répand sur la nature, malgré la foudre, malgré le choc des corps, malgré les vibrations de l'air.

Supprimez l'ocil, le monde rentre dans une nuit profonde, malgré le soleil, malgré les vibrations de l'éther....» Od czasu głośnych prac Maxwella i doświadczeń Hertz'a przyjęta jest powszechnie elektromagnetyczna teoria światła, wedle której w miejsce dawnych sprężystych drgań eteru przyjmujemy stan elektromagnetyczny jego cząstek, zmieniający niezmiernie szybko, bo biliony razy na sekundę swoją biegunowość. Są to zatem także fale eteru, ale inaczej pojęte niż dawniej. Stanowią one istotę całego szeregu zjawisk, począwszy od elektromagnetycznej indukcji, dla której zdołano uzyskać stosunkowo małą tylko częstość drgań, a skończywszy na promieniach Roentgen'a o częstości niezmiernie wielkiej. Między temi skrajnemi odmianami promienistej energii mieści się całe widmo słoneczne wraz z promieniami pozaczerwonymi i pozafioletkowymi, których własności powszechnie są znane. Wszystkie te zjawiska, na pozór tak różne, są co do swej istoty zupełnie jednorodne, a jednak mała z nich cząstka tylko sprawia na siatkówce wrażenie światła. Granicę czerwoną widma słonecznego, gdzie fale eteru przestają już nazywać się światłem, — można stosunkowo łatwo i dokładnie oznaczyć, ale fioletowa granica widzialnego widma jest zmienna i oko, dzięki pewnej szczególnej własności siatkówki, jest w stanie widzieć promienie w tym stopniu łamliwe, jakie w zwykłych warunkach są niewidzialne. Jeden i ten sam czynnik fizyczny raz stanowi światło, drugi raz na nazwę światła nie zasługuje, zależnie od chwilowego stanu naszej siatkówki. To rozumowanie usprawiedliwia następujące określenie światła: *światło jest to określone oddziaływanie pierwiocin nerwowych narządu wzrokowego na pewne fale eteru.*

Owa szczególna własność siatkówki, dzięki której widmo słoneczne rozszerza się w stronę pozafioletkową, — to adaptacja, której autor w książce swej poświęca kilka rozdziałów, rozbiera szczegółowo jej własności i znamiona, aby z nich wysnuć śmiałe wnioski o fizyologicznem znaczeniu poszczególnych części siatkówki. Nie podobna mi powtarzać opisu doświadczeń, na których się Parinaud w wywodach swych opiera, przytoczę zatem odrazu jego wnioski ostateczne:

1. *Wrażliwość siatkówki pod wpływem adaptacji w ciemności wzrasta niejednako dla wszystkich promieni, lecz wzrasta tem bardziej, im większa jest ich łamliwość: gdy na widzialność promieni czerwonych adaptacja nie wpływa wcale, to na promienie fioletowe i sąsiednio pozafioletkowe siatkówka zaadaptowana staje się znacznie wrażliwszą.*

2. *Ten wzrost wrażliwości odnosi się jedynie do świetlnej siły promieni barwnych. Barwa staje się coraz jaśniejszą, a mniej wy-*

syconą tak, że wreszcie najczystsze kolory widmowe (promienie światła jednorodnego) sprawiają na oku dostatecznie zaadaptowanym wrażenie światła bezbarwnego. Barwa czerwona, dla której adaptacja nie istnieje, stanowi naturalnie wyjątek i pozostaje zawsze czerwoną.

3. *Plamka żółta jest zupełnie niezdolną do adaptacji.* Gdy zatem cała reszta siatkówki, pogrążona w ciemności, zyskuje znaczenie na czułości i dostrzega bardzo nawet słabe światło, tracąc przytem, co prawda, na zdolności rozróżniania barw, to plamka żółta stanowi w tych warunkach część siatkówki na tak słaby bodziec zupełnie niewrażliwą. Istotnie przy bardzo słabym oświetleniu u oka silnie zaadaptowanego można wykazać w polu widzenia ubytek środkowy (*scotoma centrale*), odpowiadający położeniu plamki żółtej. Inaczej mówiąc, plamka żółta dotknęła jest stale i u każdego tak zwaną kurzą ślepotą (*hemeralopię*).

Uwzględniając anatomiczną budowę siatkówki, trzeba się zgodzić na dalsze rozumowania Parinaud'a:

Ponieważ plamka żółta, zawierająca same tylko czopki, a nie posiadająca pręcików ani szkarłatu siatkówki, nie jest zdolną do adaptacji, przeto widocznie czopki w czynności tej nie odgrywają żadnej roli.

Ponieważ wzrost wrażliwości wskutek adaptacji obejmuje tylko resztę siatkówki, w której znajdują pręciki i szkarłat, — przeto siatkówka bardzo prawdopodobnie tym właśnie składnikiem swoim własność tę zawdzięcza.

Ponieważ w miarę adaptacji zatracą się coraz bardziej poczucie barw, przeto widocznie pręciki i szkarłat siatkówki dla rozróżniania barw nie mają znaczenia.

Ponieważ w plamce żółtej kolory widna sprawiają zawsze wrażenie barwne, przeto widocznie czopki są głównym siedliskiem poczucia barw.

Wnioski te, które w krótkim streszczeniu mogą ująć za zbyt śmiało i dorywcze, znajdują w dziele Parinaud'a szczegółowe i obszernie uzasadnienie.

Oprócz fizjologicznych własności siatkówki omawia autor dokładnie rolę mózgu w czynności widzenia, zwłaszcza w sprawie widzenia obocznego. Nie może to jednak być moim zamiarem przedstawiać kolejno wszystkie jego wywody, pragnąłem tylko przez przytoczenie niektórych ciekawych zapatrywań zachęcić czytelnika do poznania w oryginale tego zajmującego dzieła. Zresztą jest już w druku nowa książka tego samego autora p. t. „*Le strabisme et son traitement*“. Zastrzegam sobie omówienie tej pracy w tem miejscu, gdyż spodziewać się należy, że będzie równie zajmującą.

Otóż niewątpliwie odwoła się w niej autor do swych dotychczasowych poglądów na sprawę widzenia obuocznego, a tak będą miał wówczas sposobność nawiązać rzecz do powyższego mego sprawozdania.

Dr. K. W. Majejowski.

Dessaux: *Du role des maladies générales dans Pétiologie de la kéralite parenchymateuse diffuse*. 8ka. 150 stron. Paryż. Steinhal. 1898.

Do lepszych rozpraw, napisanych w celu osiągnięcia doktoratu medycyny, należy niewątpliwie powyższa, omawiająca poglądy prze-ważnie Panas'a na chorobę, niestety wielce rozpowszechnioną. Oto treść zajmującej rozprawy: Kiła jest najważniejszym czynnikiem w powstawaniu mięszowego zapalenia rogówki rozlanego. Pod wzglę-dem klinicznym nie zachodzi różnica pomiędzy pierwotnem zapaleniem mięszowem a następowem. Nie tylko obraz kliniczny, ale anatomia i doświadczenie wykazują, że zapalenie mięszowe także pierwotne jest sprawą chorobową, przechodzącą na jagodówkę. Kiła wrodzona nie jest wyłącznym czynnikiem etiologicznym, gdy w 30% do 50% przypadków nie można jej wykazać, a nawet to zapalenie spotyka się u zwierząt, nieprzystępnych kile.

Obok kiły gruźlica najczęściej zapalenie mięszowe rogówki wywołuje. Postać zębów Hutchinson'owskich, jako też głuchota, uważane za główne objawy kiły wrodzonej, nieraz przy zapaleniu mięszowem rogówki nie zachodzą.

Zapalenia stawów, a mianowicie kolana i łokcia, nie dowodzą jeszcze, gdy występują w przebiegu zapalenia mięszowego, pochodzenia kiłowego, gdyż napotykamy je również często i przy gruźlicy.

Malarya, influenza, gościec, dna, cierpienia maciczne, dają obok kiły i gruźlicy najczęściej powód do rozlanego zapalenia mięszowego rogówki.

Co do leczenia głębokie wstrzykiwania oliwne dwujodku rtęci, wprowadzone, jak wiadomo, przez Panas'a, dobre dają wyniki, a później na zakończenie leczenia jodek potasowy właściwym jest środkiem.

Przy gruźlicy, a także skrofulach, jodoform wewnętrznie podawany prowadzi do celu. Lubo nie możemy zgodzić się z autorem, by w przewlekłych przypadkach nakłuwania rogówki, a nawet irydektomie mogły często znaleźć wskazanie, to z drugiej strony podzielamy zdanie, że postępowanie wzmacniające leczenie w wysokim stopniu wspiera, o ile, że choroba ta polega na ogólnem osłabieniu organizmu.

W.

Nr II. „*Wiestnika Oftalmologii*“ (zeszyt marcowo-kwie-
tniowy) zawiera następujące oryginalne prace:

1. S. Łobanow (Petersburg): »O znaczeniu niepatologicznych bakteryj w infekcyjnej patologii oka«. Doświadczalne te badania, dokonane w pracowni kliniki Prof. Bellarminow'a, będą streszczone.

2. S. Łobanow: »W sprawie wielkości szpary powiekowej u inorodców rosyjskich« (Będzie streszczona).

3. J. Ginsburg (Woroneż): »Wypadek ptosis congenitae«, z ryciną (Streszczona).

4. G. Epinatjew (Petersburg): »Pomyślny wynik leczenia łuszczeni operacją Scoll'a«. Operacja ta, jak wiadomo, polega na rozcięciu cienkim skalpelem naczyń rogówkowych wzdłuż, od brzegu rogówki do jej środka. Do ocenienia operacji w danym razie przeskadza jednoczesne użycie żółtej rtęciowej maści.

5. A. Chodzin: »Rzadki wypadek nitkowatego wytworu w ciałku szklistem (reszka art. hyaloideae?)«, objaśniony ryciną. (Streszczona).

6. Kossobudzki (Kijów): »Wypadek błoniastego wytworu w ciałku szklistem«, objaśniony ryciną (Streszczona).

7. M. Kirillow (Sławropol Kaukaski): »Sprawozdanie prywatnej oftalmicznej lecznicy za 2 lata«. Klinicznych chorych leczono 580, ambulatoryjnych 3189, w tej liczbie kałmuków 218. Najwięcej było z jaglicą, bo 1496 (39,45%). Większych operacyj wykonano 285, w tej liczbie ekstrakcyj 95, irydektomii w celu optycznym 48 i operacji Snellen'a przy entropion 57. *Dr J. T.*

VI. Z LECZNIC OKULISTYCZNYCH.

Okulistyczna działalność tamskiej lecznicy Kasimowskiego ziemstwa w r. 1897. Dr Wł. Klewczal. (Z miesięcznika »Medicinskaja Biesieda«).

W lecznicy wsi Tuma, Razańskiej gubernii, udzielano porady ambulatoryjnie i klinicznie. W liczbie 12,234 chorych, którzy korzystali z ambulatoryjnej porady, było ocznych 922, czyli 7,5%, w tej liczbie więcej kobiet (43,3%) aniżeli mężczyzn (26,1%).— Maximum chorych wypadło na maj, czerwiec, lipiec i sierpień, najmniej podczas zimy. Najwięcej było cierpień spojówki (53,4%),

jaglica dość rzadko była spostrzeganą (2,2⁰/₀) — szczęśliwa miejscowość! — potem idzie grupa cierpień rogówki (19,3⁰/₀), kurza ślepoła (4,5⁰/₀) — podczas postu i letnich robót, — uraz (3,9⁰/₀), jaskra (3,5⁰/₀), choroby soczewki (2,7⁰/₀) i choroby tęczówki (1,8⁰/₀).

W liczbie 65 klinicznie leczonych ocznych chorych była $\frac{1}{4}$ część dzieci (do 15 lat), z dorosłych więcej kobiet (46⁰/₀) aniżeli mężczyzn (31⁰/₀). Pierwsze miejsce zajmowały tu choroby rogówki (31⁰/₀), następnie jaskra (15⁰/₀), zaćmy (13⁰/₀), choroby tęczówki (12⁰/₀) i spojówki (10⁰/₀). Operacji wykonano 35: 9 ekstrakcyi, 15 irydektomii, 3 paracentezy, 1 ewisceracyę, 5 operacyi podwinięcia powiek, 2 kantoplastyki i w 3 wypadkach wstrzykiwania sublimatu pod spojówkę, które autor zalicza do operacyjnych czynności. Następnie w sprawozdaniu podano króciutki opis 7 operowanych wypadków, z których wzmiankuje tylko dwie praktyczne uwagi autora: 1. Spółób Flarer'a uważa on jako ultimum refugium przy entropion, 2. w jednym przypadku chronicznej jaskry u 60 letniej chorej po dwukrotnem wkropleniu 1⁰/₀ roztworu ezeryny objawiło się omdlenie, pot, rozwolnienie i wymioty; Dr K. zapytuje, czy to nie była idyosynkrazia?

Autor słusznie utyskuje, że często ludzie na prowincyi pozbawieni bywają rychłej i umiejętnej pomocy: na 16 nieuleczalnie ślepych u 9 stwierdzono utratę wzroku wskutek jaskry. *Dr J. T.*

VII. LECZNICTWO.

24. Eufalmina. Lubo posiadany sporo środków rozszerzających źrenicę, to jednak każdy z nich posiada ujemno strony, tak, że zawsze jeszcze oglądamy się za lepszym, zwłaszcza, gdy nam chodzi wyłącznie o rozszerzenie źrenicy w celach rozpoznawczych, ażeby ułatwić sobie wziernikowanie. Pod tym względem żądamy od środka takiego, 1. by szybko rozszerzał źrenicę, 2. by nie zmieniał akomodacyi, 3. nie podnosił napięcia wśrodcznego, 4. nie powodował zatrucia, 5. nie podrażniał spojówki, a wreszcie 6. by działanie jego było możliwie najkrótsze.

Nazwę eufalminy nadano wytworowi składowemu (oxytoluylencmetyl-vinyl-diaceton-alkamin), pokrewnemu eukainie B. Jest to proszek biały, krystaliczny, rozpuszczający się łatwo w wodzie.

Pod względem działania fizyologicznego różni się eufalmina od eukainy B wybitnie. Gdy bowiem ostatnia, do oka zapuszczona, powoduje znieczulenie miejscowe, bez zmiany źrenicy, eufalmina przeciwnie rozszerza źrenicę bez znieczulenia. *Vossius (Dtsche med. Wschrift.*

1897. Nr 38) pierwszy podał swe doświadczenia, według których zapuszczenie rozczyntu 2% wywołuje po 20—30 min. rozszerzenie źrenicy, trwające kilka godzin, bez jakichkolwiek zmian ocznych, — Treutel zaś (Klin. Monatsbl. Wrzesień. 1898), który posługiwał się się daleko silniejszymi rozczyntami, bo 5—10%, otrzymywał obok rozszerzenia źrenicy, odpowiadającego działaniu 1% homatropiny, nadto słaby wpływ na akomodację, — a pod tym względem wpływ na osoby wiekowe bywał mniej wyraźny i powolniej występował. Nieco odmienne otrzymał wyniki Winseimann (Kl. Monatsbl. Lipiec. 1898). Według niego eufatmina 10% wywołuje już po 9 minutach najwyższe rozszerzenie źrenicy, gdy 3% dopiero po 30 minutach takowo sprowadza. Akomodacja nawet przy najsilniejszym rozszerzeniu prawie nie była zmieniona, a napięcie gałki także nie ulegało żadnym zmianom. Wszyscy wymienieni autorzy zgadzają się w tem, że eufatmina nie podrażnia spojówki i nie zmienia nabłonka rogówkowego.

25. **Cytrofenę**, połączenie kwasu cytrynowego z p-phenatidina, wypróbowaną na zwierzętach, poleca Bennario, jako środek przeciwgorączkowy i przeciwolesny. Bardzo skutecznym ma być środek ten przeciw migrenie, a nie wywołuje żadnych ubocznych skutków. Podaje się go w dawkach po 0,5—1,0 gr. trzy do czterech razy dziennie.

Nie psuje łaknienia, a chorzy biorą środek ten chętnie, gdyż przypomina smakiem cytrynę (Wien. med. Presse. 1899. Nr. 18).

26. **Amyloform i jodoformogenę** zachwala Heddaeus z kliniki chirurgicznej w Heidelbergu. Amyloform jest chemicznem połączeniem formaldehydu z krochmalem, a używanym był przez autora tam, gdzie wypadło stosować jodoform. Środek ten wogóle nie sprawiający żadnego bólu, a bardzo mało drażniący, czyści rany, nie wywołując nigdy wyprysku. — *Jodoformogena*, połączenie jodoformu z białkiem, tworzy proszek żółty, prawie bezwonny, nierozpuszczalny w wodzie, daje się w otwartych naczyniach aż do 100, w zamkniętych do 110 stopni odparowywać, zawiera 10% jodoformu. Autor podnosi zalety tego środka, jako powstrzymującego wydzielinę i pobudzającego tworzenie się ziarniny (Mnensch. med. Wochenschrift. 1899. Nr. 12).

27. **Sprawa elektryzowania**, jako środka leczniczego w okulistyce, wywołuje zawsze jeszcze bardzo podzielone zdania. Gdy jedni pełni są dla tego środka zachwytem, inni bardzo skeptycznie nań się zapatrują, a wszelki rzekomy skutek odnoszą do sugestyi, warto zaznaczyć głos zwolennika tej metody, jakim jest Prof. Reuss, który w Graefe'go Archiwie 46. 2 (Neue Erfahrungen über die Elektrotherapie entzündlicher Augenkrankheiten) podaje znowu wyniki swych usiłowań leczenia elektryzowaniem chorób zapalnych. — Autor poleca stosowanie prądu faradycznego przez 30—60 minut codziem. U osób wrażliwych stosuje własną rękę jako elektrodę na gałkę, później zaś stosuje na oko elektrodę oliwkową, przymocowaną za pomocą wstążki przez czoło. Skoro prąd wtórny jest zbyt silny, wypada użyć pierwotnego. W ten sposób ze skutkiem leczył przedewszystkiem zapalenia

tęczówki, przez co ból nieraz miał być usmierzany. Autor mniema, że przez elektryzowanie udawało się zapobiegać nawrotom cierpienia.

W zaćmieniach ciała szklonego, krwiotokach, w zaostreniach zapalnych ócz ślepych, można przez elektryzowanie osiągnąć równie korzystne (?) wyniki, jak przez zwykle leczenie wcierkami, jodyną, pilokarpiną i t. d. Przy cierpieniach rogówki i spojówki znika światłowstręt i ból bez wszelkiego atoli wpływu na samą chorobę. Prądu stałego używał R. tylko przeciw zapaleniu natwardówki (episcleritis), stosując elektrodę metalową wprost na wyniosłość twardówkową.

VIII. ROZMAIŃŚCI.

Towarzystwo okulistów w Moskwie. Dnia 31. stycznia 1899. r. dokonano wyborów w Towarzystwie okulistów w Moskwie, przekształconem z istniejącego od lat jedenastu Kółka oftalmologicznego, którego inicjatorem był Prof. Ewetzki. Zarząd Towarzystwa ukonstytuował się w następujący sposób: prezesem wybrany Prof. Kriukow, wiceprezesem Prof. Ewetzki, sekretarzem A. Makłakow, skarbnikiem i bibliotekarzem Lutkiewicz. Moskiewskie Kółko oftalmologiczne było pierwszym zogniskowaniem się okulistów w Rosyi, bodaj najpierwszem w całej Europie, jeśli nie liczyć międzynarodowego Towarzystwa w Heidelbergu i Towarzystwa francuskiego okulistów, które zbiera się raz jeden w roku. W przeciągu jedenastoletniego istnienia w Kółku odbyło się 99 posiedzeń, czyli po 9 posiedzeń rocznie, odczytano komunikatów z demonstracyami 200. Protokoły owych posiedzeń były od r. 1892. drukowane w „Kijowskim Wiestniku Oftalmologii“.

Na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Moskwie członkom sekcji okulistycznej rozdano broszurę pod tytułem „Aperçu de l'activité du cercle ophthalmologique de Moscou“, w której znajduje się rys tego naukowego Kółka, które pierwotnie zorganizowało się na mniejszą skalę z obawy, że podobno przedsięwzięcie nie może liczyć na powodzenie. Tymczasem świeżo odbyta reorganizacja Kółka dowodzi, iż obawy były płonne, i dziś ustawa zakreśla Towarzystwu daleko szersze koło działalności. Na mocy 6. punktu Towarzystwo ma prawo zwolywać (co 3 lata), za każdorazowym zezwoleniem ministra, zjazdy okulistów, a to w celu omawiania naukowych spraw z zakresu oftalmologii i położenia tamy szerzącym się chorobom oczu wśród ludu rosyjskiego.

Towarzystwu okulistów w Moskwie przesyłamy pozdrowienie i koleżeńskie życzenia najobfitszego plonu naukowego.

Historja oftalmologii w Rosyi. Prof. Ewetzki na pierwszym tegorocznem posiedzeniu Towarzystwa okulistów w Moskwie wygłosił ciekawy odczyt, poświęcony historii oftalmologii w Rosyi. Okazuje się, iż pierwszym okulistą w Rosyi był Dawid Brun, który przyjechał z Niemiec w 1628. roku. W ciągu całego XVII. wieku zjeżdżali często do Rosyi cudzoziemcy — medyci ocularii, lecz, zajęci przy dworze car-

skim, bardzo mało udzielali się szerszej publiczności. W owej epoce, pomimo postępów w anatomii i optyce, ogólny poziom okulistyki był bardzo niski. Oftalmologii, w ścisłym podówczas znajdujące się związku z chirurgią, chirurdzy — z wysokości panasu — zaledwie małe udzielałi kącik. Z powodu braku szpitali i klinik praktykowało w Rosyi wielu okulistów samouków. Prof. Ewetzki przytoczył, jako przykład, historię sławnej żydówki, Fajgli Bojnato wicz, zamieszkałej w końcu XVIII. wieku w Kursku, która nie tylko z powodzeniem leczyła choroby oczu, ale nawet wykonywała szczęśliwie operacye, na przykład usunięcie zaćmy. Pierwsze szpitale powstały w Rosyi w XVIII-tym wieku, wówczas urządzono przy nich szkoły medyczne, w których wykładano i choroby oczne teoretycznie. W pierwszej połowie XIX. stulecia nie było żadnej katedry oftalmologii na uniwersytetach rosyjskich. A więc, ściśle mówiąc, historia oftalmologii w Rosyi rozpoczyna się zaledwie od drugiej połowy naszego stulecia, kiedy przy akademii medyczno-chirurgicznej w Petersburgu i przy wszystkich uniwersytetach pootwierano kliniki oczne. I w tym, tak stosunkowo krótkim, czasie okulistyka w Rosyi podążyła tak szybkim krokiem naprzód, że dzisiaj nie ustępuje bynajmniej zachodnio-europejskiej.

Powstaje „Wiadnik Oftalmologii“, tworzą się Towarzystwa okulistów w Moskwie, Petersburgu i Charkowie, przez lato funkcjonują sanitarne stacje dla wojskowych chorych ocznych, powstają specjalne oczne oddziały przy gubernialnych szpitalach (z wyjątkiem, niestety, szpitali Królestwa Polskiego). Opieka cesarzowej Maryi rozsyła oddziały ruchome w rozmaite oddalone miejsca cesarstwa. Życzyć należy, aby możliwie prędko owe ruchome oddziały przemieniły się na stałe, gdyż na rozległych obszarach Rosyi, szczególnie wschodnich, wielu jest potrzebujących pomocy okulistycznej.

Włodz. Talko.

Rozpoznanie oftalmoskopijne hysterii. (C. A. Wood z Chicago). Większa część przypadków hysterii znaczy się objawami łatwo dającymi się stwierdzić i bardzo znamiennymi narządu wzrokowego. Niektóre z nich, jak kurecz powiek, zbieżność kureczowa, i kurecz akomodacyjny, rzekomo porażenie, opadnięcie powieki i astenopia siatkówkowa, są pod tym względem objawami znamiennymi. Ubytek w polu widzenia wobec braku nieprawidłowości akomodacji, refrakcyi, albo obrażeń dna oka, są, zwłaszcza, gdy im towarzyszy kurecz powiek i światłowstręt, prawie zawsze pochodzenia hysterycznego. Rozpoznanie hysterii ułatwia perymetr i wzornik, a w wielu razach dopiero stanowczo ją stwierdza. Postać oczna hysterii właśnie u dzieci i mężczyzn nierzadko się spotyka.

H.

Odbieramy następujące pismo:

Szanowny Panie Profesorze i Redaktorze!

W końcowym ustępie artykułu p. t. „Ruchome oddziały przy instytucie oftalmicznym w Warszawie“, zamieszczonym w kwietniowym zeszycie „Postępu Okulistycznego“, znaleźliśmy wypowiedziane przypuszczenie, że ordynatorzy instytutu „widocznie pod naciskiem chyba

ustąpili i przyłożyli ręki do rzeczy niesympatycznej*. Ponieważ prawo do tytułu ordynatorów instytutu przysługuje wyłącznie nam dwóm niżej podpisanym, pozwalamy sobie przeto zaznaczyć, iż ze sprawą oddziałów ruchomych nie mamy wspólnego, oraz iż w organizacji ich nie braliśmy i nie bierzemy żadnego udziału.

Prosząc o uprzejmie zamieszczenie niniejszego wyjaśnienia, łączymy wyrazy głębokiego poważania.

Warszawa, dnia 13 maja 1899 r.

Walenty Kamocki. Bronisław Ziemiński.

Nie przypuszczając, by wprowadzenie w życie urządzenia, mającego w tak ścisłym związku stać do Zakładu oftalmicznego w Warszawie, mogło się odbyć bez udziału najważniejszych jego czynników, t. j. ordynatorów, pozwoliliśmy sobie do artykułu w poprzednim numerze „Postępu“ dołączyć uwagę, którą oczywiście wobec powyższego oświadczenia z przyjemnością uchylamy.

IX. SPRAWY OSOBOWE.

Dr N. M. Jitta habilitował się dla okulistyki przy uniwers. w Amsterdamie.

Dr D. M. Velez mianowany profesorem okulistyki w Meksyku.

X. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Neureuther, członek wydziału lek. uniwers. czeskiego w Pradze, zmarł dnia 14 maja w 57 roku życia.

Redakcya otrzymała:

Melle Nathalie Akimoff: *Du scotome central dans les hémorrhagies rétiniennes au point de vue de la perception de couleurs.* — Thèse 1898. Paris.

Docent Sroczyński: *Przyczynek do operacyj. leczenia ropnia rogówki.* Odbitka z pamiętnika jubileuszowego Prof. Korczyńskiego.

Dr Józef Talko: *Mowa, wygłoszona w dniu otwarcia nowej kliniki okulistycznej w Krakowie.* Nakładem autora. Czcionkami Drukarni Związkowej. 1899.

Dr Schreiber u. Lembeck: *Augenheilanstalt in Magdeburg.* Bericht 1897/8. Magdeburg. 1899.

Ogłoszenia.

Red. „Postępu“ poszukuje dla uzupełnienia rocznika: Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1894. Marcz. Proszę o łaskawe przysłanie tego numeru z podaniem ceny.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do redakcyi:
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy administracya
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych
prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają
autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie
wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian
w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają
pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BAB ŃSKIEGO W PAJĄŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANIECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, ERA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, ERA J. TALKI W LUBLINIE.

Czerwiec

→ ROCZNIK PIERWSZY ←

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Narośnięte złośliwe rogówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dokończenie.

Częstem to bywa zjawiskiem, że przypadki rzadkie, budzące pewne zajęcie, czy to kazuistyczne, czy też patologiczne, lub pod względem przebiegu, a wreszcie wpływu środków zastosowanych, nie pojawiają się pojedynczo, ale gromadnie, lub przynajmniej w krótkich odstępach czasu po sobie. I tak, wkrótce po dwóch ostatnich przypadkach, nadarzył nam się czwarty, spostrzegany dopiero w czasie pisania niniejszej pracy. Dotyczył on J. K., 55 letniego gospodarza z Mały.

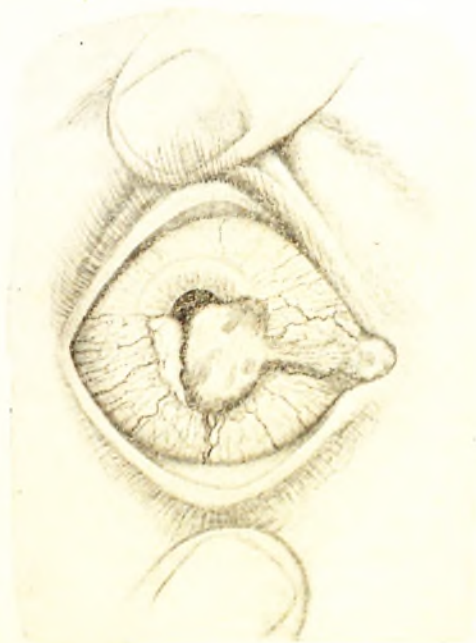
Chory zgłosił się do kliniki tutejszej 18 maja, podając, co następuje:

Dotychczas był zdrow na oczy. Od małego chłopca miał mieć żyłkę na oku prawem, biegnącą od kącika wewnętrznego. Od jesieni zeszłego roku na oku tem zaczął się tworzyć guzek i powiększał się coraz bardziej.

Przed kilku laty przebył chory zapalenie płuc po lewej stronie. Z ośmiorga dzieci troje zmarło, pozostałe są zdrowe.

Badanie chorego oka wykazało, co następuje:

Powieka dolna zepchana na dół przez narośl na gałce rozprzestrzenionej. Spojówka powiek, tak górnej, jak i dolnej, lekko przekrwiona; ciało brodawkowe przerosłe. Spojówka gałki przekrwiona głównie w powierzchniowych warstwach. Snop naczyń równoległych biegnie od załamka półksiężycowego na rogówkę i kończy się przy guzie, wielkości jądra orzecha



laskowego, barwy brunatnej. Z wnętrza ciemniej przebija ta część narośli, której powierzchnia okazuje pagórkowate wyniosłości. Pozornie zdaje się ściśle przylegać do podstawy swej.

Guz ten zasłania dolno-wewnętrzną połowę rogówki i przylegającą część twardówki; unieść nieco można go za ledwo przy górnym brzegu. Drugi guz, mniejszy, chrząstkowato-twardy, wielkości ziarna konopi, bledszy, zachodzi ze spojówki gałkowej od dołu wewnątrz na rogówkę, a tylko na samym

rąbku z poprzednio opisanym większym guzem ściśle jest zrosły, pozostała część rogówki prawidłowa, czysta, lśniąca. Ponad naroślami widać część źrenicy, która po homotropinie prawidłowo się rozszerza. Wzrok tegoż oka ogranicza się do rozpoznawania palców na 3 metry, a po homotropinie na 4 metry, gdy lewe oko ma wzrok prawidłowy.

Operację wykonałem d. 20 maja w następujący sposób: Po kilkakrotnem kokainowaniu odłączyłem najprzód mniejszą narośl, która się okazała dosyć twardą i ściśle z granicą rogówko-twardówkową zrośniętą, podczas kiedy z rogówką tylko luźnie była złączoną i bez obrażenia rogówki dała się odłączyć. Większa narośl, przylegająca jak meniscus do powierzchni rogówki dosyć ściśle, z wyjątkiem środkowej, ubarwionej części, dała się za pomocą szczypczyków bez trudności odciągnąć od podstawy z pozostawieniem ubytków nabłonkowych. Pod częścią środkową narośli, najwięcej wypukłą, a tem samem nie zupełnie do rogówki przylegającą, nabłonek był wprawdzie utrzymanym, ale za to zgrubiłym, wskutek czego tutaj rogówka zmętniona się przedstawiała. Część przybrzeżna tej narośli najściślej z podstawą złączona, zwłaszcza na samej znowu granicy rogówko-twardówkowej przechodziła na spojówkę gałkową w dość znacznym obszarze, nieodłączną z nią stanowiąc całość. To też celem zupełnego oddzielenia narośli obcięto poprzednio nożyczkami spojówkę. Po usunięciu całej narośli, wyskrobano starannie wszelkie widome szczątki na granicy rogówkowej ostrą łyżeczką, czemu dosyć znaczne towarzyszyło krwawienie, a ubytek spojówki, powstały dołem wewnątrz, pokryto przez ściągnięcie spojówki z otoczenia i założenie kilku szwów jedwabnych. Opaska, po zasypaniu do worka spojówkowego kseroformu, zakończyła cały zabieg.

Dnia 23 maja wyjęto szwy, zastosowano jeszcze masę kseroformową 5% i założono ponownie opaskę.

Dnia 26 stwierdziłem, że zagojenie było bardzo dobre, spojówka wszędzie przylegała dobrze aż do samego brzegu rogówkowego, tylko od strony nosa i dołem nieco nabrzmiała, silniej przekrwiona, nigdzie natomiast nie widać śladu pigmentu

lub narośli. Rogówka cała lśniąca, gładka, tylko wewnętrzna dolna część lekko powierzchownie zaćmiona.

Badanie wzroku wykazało $\frac{6}{12}$, szkła nie poprawiały. Chory czyta T. Albr. 1,3 przez + 4D., na 25 cm. (po atropinie). Pole widzenia tego oka okazało się zupełnie prawidłowem. Wzrok podniósł się więc znacznie; nie odpowiadał on pozornie przezroczystości rogówki, ale też tylko pozornie, gdyż właśnie lekkie zmęnienie rogówki, na sam środek zachodzące, musiało wzrok upośledzać.

Badanie wziernikiem wykazało, co następuje: Na wewnątrz, poniżej południka poziomego, widać wielką plamę białą o pigmentowanym brzegu wielkości 2—3 tarczy, a więcej ku rąbkowi zębatemu (ora serrata), drugą, mniej pigmentowaną, a jeszcze niżej, małą, zupełnie czarną plamkę, wielkości $\frac{1}{4}$ tarczy.

Badanie drobnovidowe odciętych kawałków narośli wykazało ¹⁾ melanosarcoma. Pigmentowe komórki leżały więcej w części środkowej większej narośli. —

Cheąc wyrobić sobie pojęcie, jaką rolę w powstawaniu, względnie krzewieniu się tych narośli rogówka przyjmuje, wypada nam choć pobieżnie zlustrować znane z literatury przypadki, co zarazem i jasny promień światła na pochodzenie tych nowotworów rzuci.

Pierwszy, który zajął się przeglądem tego, co dotychczas w literaturze pojawiło się pod względem narośli przedniego odcinka gałki, był Henryk Noyes z Nowego Jorku. — Nawiązując do przypadku własnego, streszcza krytycznie ²⁾ 127 przypadków narośli, rozwijających się z powierzchni gałki i powiek. Statystyka Noyes'a dochodzi aż do roku 1879.

Przypadek Noyes'a przedstawia się w krótkości następująco:

Mężczyzna 48 letni radził się d. 4 października 1878 r. dla narośli, która rozwijała się na powierzchni lewego oka;

¹⁾ Według łaskawego sprawozdania Doc. Dra Ciecchanowskiego.

²⁾ W Arch. f. Augenheilk. IX., p. 127.

ciemną plamę na twardówce w otoczeniu rogówki już przed 7 laty chory spostrzegł.

Wziernik wykazał zupełnie prawidłowe dno. Narośl, pokrywająca dolno zewnętrzną połowę rogówki, również szeroko twardówkę zajęła. Na twardówce przedstawia się ciemno, na rogówce brunatno. Dwóch lekarzy radziło wyjęcie gałki. Noyes postanowił tylko odciąć narośl. Ścisłejszy związek narośl miała z gałką tylko na granicy rogówko-twardówkowej.

Wzrok wynosił w tydzień po operacji $\frac{20}{20}$, a jeszcze po 8 miesiącach nie stwierdzono żadnego nawrotu. Badanie wykazało epithelioma melanodes.

Remak¹⁾ przytacza w roku 1886 z kliniki Jane'go w Wrocławiu dwa przypadki sarcoma praecorneale i carcinoma conjunctivae praecorneale.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej, która przed trzema laty zauważyła narośl na granicy rogówko-twardówkowej, kilka razy już od tego czasu zdejmowaną, ale zawsze znowu do nawrotu skłonną. Gdy zatem narośl szybko w ostatnim czasie rosła i ból spowodowywała, wyjęto gałkę.

Badanie mikroskopem wykazało guz składający się z komórek małych, okrągłych i wrzecionowatych, powstały w tkance podspojówkowej i w natwardówkowej. I tu rogówka była zupełnie wolną, a od guzu odgraniczona błoną Bowman'a, podczas kiedy nabłonek był zniszczony.

Drugi przypadek dotyczył chorego, który po nieznanem zranieniu oka spostrzegł guzik mały na zewnętrznym brzegu rogówki. Guzik ten pod wpływem drażniącego leczenia przeszedł w ropień, ale mimo to powiększał się, a po roku zamienił się na guz silny, zasłaniający rogówkę prawie całą, z wyjątkiem małego paska nosowego, podczas, gdy spojówka gałki w dolnej części zamieniła się również w masę, składającą się z licznych małych guzów. Gałkę później wyjęto, a badanie po przekroju stwierdziło, że guz był li tylko powierzchowny, wewnątrz atoli

¹⁾ Zur Casuistik der epibulbaeren Tumoren. »Arch. f. Augenheilk.« XVI., p. 3.

w dolnej części w jagodówce rozcznać było można znamioną zapalenia odczynowego.

Guz, mikroskopijnie jako carcinoma rozpoznany, przechodził w dolnej granicy rogówko-twardówkowej (Scleralbord) w postaci czopków rakowatych (Krebszapfen) do kanału Schlemm'a, i do mięśnia rzęskowego, a pod wpływem mnogiego nagromadzenia komórek okrągłych zniknęła budowa warstwowa tych błon w tem miejscu. Zniszczenie to nawet ku dołowi rozprzestrzeniało się w twardówce aż do zewnętrznej warstwy naczyniówki (suprachoroidea) prawie do równika. Rogówka ku górnemu brzegowi w podobny sposób była zmienioną: Guz, wnikając pomiędzy nabłonek a błonę Bowman'a, pierwszy odczepił od powierzchni, a drugą zupełnie zniszczył. Zamiast niej widać było tkankę łączną, nacieczoną licznymi komórkami okrągłymi i w liczne zaopatrzoną naczynia. W niektórych zaś miejscach znowu widniały czopki rakowate. W żadnym atoli miejscu rogówka nie była przenikniętą przez narośl.

Tu więc narośl, którą już po 1½ rocznem istnieniu usunięto z gałką, okazała się bardzo rozwiniętą, a nawet w samą gałkę przez twardówkę wnikła, a rogówkę powierzchownie w sprawę także wplątała.

Już w roku następnym, bo 1887, ogłasza Dr Heyder z Mnichowy dwa przypadki nagałkowych raków z chirurgicznej kliniki Prof. Trendelenburg'a w Bonn¹⁾. Ponieważ te przypadki budzą pewne zajęcie, niech nam będzie wolno w krótkości takowe tutaj streścić.

Pierwszy przypadek dotyczył niezamężnej, 52 letniej, która przechodziła ospę, zapalenie egipskie, a w r. 1879 różę prawej strony twarzy. W r. 1883 mała wyniosłość na prawej gałce, gdzie — nie umiano stwierdzić, a już w r. 1884 przy przyjęciu chorej do kliniki prawe oko zajęte było guzem wielkości jaja kurzego, o budowie zrazistej, nierównej, o powierzchni krwawiącej. Cały guz zakrywał gałkę, której ruchy znaczyły się przy współczesnym ruchu drugiej gałki. Nervus frontalis pośre-

¹⁾ Arch. f. Augenheilk. XVII., p. 294.

dnio także zajęty. Gruczoły limfatyczne nie nabrzmiade. Guz wyjęto wraz z gałką całą i zawartością oczodołu.

Na przekroju mikroskopijnie widać guz, pokrywający całą rogówkę i przylegającą twardówkę aż po równik gałki dobrze zachowanej.

Utkanie twardówki zdaje się nie być zmienione, a rogówka, nigdzie nie przebita, górą przedstawia się znacznie cieńszą. W samym zaś środku guz przechodzi w utkanie rogówki.

Mikroskopijnie stwierdzono: Twardówka wogóle niezmienniona, tylko liczne w niej naczynia, przeważnie włoskowate. Na niej gruba warstwa tkanki łącznej, w niektórych miejscach nacieczona komórkami okrągłymi. Rogówka rozluźniona, pomiędzy jej warstwami szerokie szpary, zwłaszcza na granicy rogówko-twardówkowej, gdzie pomiędzy rogówką a narośl wsuwa się gruba warstwa tkanki łącznej o znamionach blizny, która to warstwa, stając się coraz cieńszą, kończy się przed środkową częścią rogówki, gdzie nabłonkowe masy nowotworu bezpośrednio przylegają do rogówki, a nawet częściowo zapuszczają w nią odnogi.

Jak się zachowała błona Bowman'a, autor nie wspomina. Co do punktu wyjścia narośli, to tego wykazać nie było można.

Drugi przypadek: Wieśniak 55 letni, już przed dziesięciu laty stracił wzrok na lewem oku w następstwie jakiejś choroby niebolesnej. Później powstała zasłona na oku, jakby korzuch (Fell). Od dwóch lat wypukłość, czasami otwierająca się, z której wypływa ciecz jakaś. W ostatnich dwóch miesiącach narośl bardzo rosła, powodując znaczne bóle. Przyjęty do kliniki w Bonn 4 stycznia 1886 r. Powieki rozszerzone nie pokrywają gałki, ale są przesuwalne na narośli, pod niemi znajdującą się. W szparze nie można gałki rozpoznać, widać tylko narośl o nierównej, sączącej powierzchni.

Bóle rozprzestrzeniają się poza granice gałki i narośli, a mianowicie w okolicy nerwu nadoczodołowego. Operację wykonano 9 stycznia, wycinając gałkę, część dolnej, także zajętej powieki i zawartość oczodołu.

Narośl wielkości jaja kurzego obejmuje gałkę zmienioną, spłaszczoną w kierunku pionowym, sięga poza równik, a zostawiając twardówkę pozornie niezmienioną, rogówkę w środku przenika, tak, że takowa rozwartą jest, a przednia komórka zmieniona.

Mikroskopijnie stwierdzono budowę rakowatą narośli, a mianowicie szerokie pasy podłużne komórek nabłonkowych, które zdają się wychodzić z rogówki. Ostatnia na przekroju strzałowym przedstawia się w sposób następujący:

Obie połowy tracą na grubości, im więcej wnikają w narośl, w końcu zupełnie tamże giną. W tylnych częściach zachowują prawidłową grubość, lecz są wtłoczone w przednią komórkę. W środkowych częściach mają ściślejszą budowę, ale za to tracą na grubości. Im więcej ku przodowi, tem bardziej traci rogówka postać prawidłową. Szpary stają się coraz liczniejsze, a w końcu rozpada się rogówka na kilka nielicznych strzępków.

Cały układ komórek, najliczniejszych właśnie w miejscu przebicia rogówki, przemawia za tem, że stąd narośl powstała, czemu też odpowiada anamneza, wskazując na obecność bliźny, w tem miejscu znajdującej się.

Podczas kiedy w przypadkach innych wyjście w t. zw. rakach rogówki odnieść było można do granicy rogówko-twardówkowej, to tutaj niewątpliwie początek był w rogówce samej, lubo narośl po przekłuciu rogówki nie do gałki, ale na zewnątrz się rozwijała, pozostawiając nawet takową względnie mało zmienioną. —

W tymże roku Benson¹⁾ opisuje fibroma, które u 19 letniej dziewczyny powstało w samym środku rogówki.

W czasowym porządku przytoczymy jeszcze dalsze ogłoszenia przypadków odnośnych, zaznaczając tylko najważniejsze okoliczności, przedmiotu dotyczące, według streszczeń w Nagla

¹⁾ Case of tumour of cornea and conjunctiva. Ophthalm. Review, str. 180.

sprawozdaniach (Jahresbericht) pomieszczonech. Przyznać atoli winniśmy, że braknie nam w tych streszczeniach wielu niezbędnych szczegółów, na których możnaby oprzeć pewne wnioski.

1888. Meyer¹⁾ przedstawił na posiedzeniu Towarzystwa francuskich okulistów preparat, dotyczący leukosarcoma rogówki i twardówki. Oko dla bólu musiało być wyjęte. Rogówka była po stronie zewnętrznej bardzo zgrubiała i silnie unaczyniona. Później atoli²⁾ opisał Mayer z Berger'em tenże przypadek jako guz trądowy rogówki i tęczówki.

Trąd w tym przypadku wystąpił najprzód na oku przy bardzo dobrym ogólnym stanie u kobiety 35 letniej, przybyłej z Kalkuty. Nadzwyczajne, gładkie zgrubienie rogówki w $\frac{2}{3}$ częściach nie powiększało się, a wyłuszczenie gałki zrobiono dla silnego bólu oka.

1891. Ayres³⁾ opisuje papilloma corneae u 50 letniej. Guz okrywał całą powierzchnię gałki lewej w postaci kalafiora, a powstał przed sześciu laty. Gdy ponowne odcinanie nawrotom nie zapobiegło, zrobiono wyłuszczenie gałki.

Rumaszewicz opisuje⁴⁾ sarcoma, które u 61 letniego wieśniaka powstać miało z rogówki, takową w obrębie szpary pokrywając.

Valude⁵⁾ twierdzi, opierając się na dwóch klinicznych, a jednym anatomicznem spostrzeżeniu, że przybłoniak granicy rogówko-twardówkowej nie ma skłonności wnikania w głąb rogówki lub twardówki, lecz pozostaje na powierzchni, i dlatego da się usunąć z zachowaniem rogówki, względnie gałki.

¹⁾ Leucosarcom interstitiel de la cornée et de la sclérotique Soc. d'ophth. franc. VI. session.

²⁾ Lepratumor der Hornhaut von sarkomähnlicher Beschaffenheit Graefe'go Archiw XXXIV. 4., p. 219.

³⁾ Papilloma of the cornea. Ophth. Review. 257.

⁴⁾ Arch. f. Augenheilkunde. XXIII, p. 52.

⁵⁾ Epithélioma du limbe sclérocornéen. Ann. d'oculist. T. CVI., str. 441.

1893. Burkhardt O.¹⁾ U 50 i 60 letnich zachodziło epithelioma, dalej u 50 letniej kobiety »eine hyperplastische Wucherung auf entzündlicher Basis«.

Rumszewicz²⁾. U 14 letniej, cierpiącej na trachoma, wytworzyło się sarcoma na rogówce. Zrobiono wyłuszczenie.

Fage³⁾. U 55 letniego mężczyzny na granicy rogówko-twardówkowej przybłoniak. Wyłuszczone go. Epith. ma skłonność do rozszerzania się powierzchownie, dlatego rokowanie przy epith. niezłe.

1894. Snellen jun.⁴⁾. Od 6 lat trwający guz bez wnikania w głąb. Corpus ciliare, Iris, choroidea i retina miały znamiona zapalenia.

Mitval'sky⁵⁾. U 26 letniej kobiety myxoma cysticum. Mikroskopijne badanie wykazało budowę czystej tkanki śluzowej bez elastycznych włókien, a włókna tkanki łącznej tylko przy podstawie guza.

1895. Seiderer⁶⁾. U 58 letniej kobiety rozliczne melanosarcomata conj. bulbi sin, także w rąbku spoj. —

Wyłuszczenie gałki — w dwa lata później u dolnej powieki guz wielkości pół ziemniaka, a drugi wielkości kasztana w oczodole. W 4 lata po wyłuszczeniu nie ma nawrotu.

60 letni wieśniak zauważył przed 6 laty przy zewnętrznym brzegu prawej rogówki małą narośl, którą zniszczono żegadłem. Przez 2½ roku wolny od nawrotu, potem począł się guz w obrębie rąbka rozwijać i całą pokrył rogówkę.

¹⁾ Beitrag zur Lehre von den Grenzstumoren von Conjunctiva u. Cornea. Mith. aus d. Kliniken u. med. Instituten der Schweiz. Nr 3.

²⁾ Zur Casuistik der cornealen Neubildungen. Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde. 1893., p. 59.

³⁾ Prognostic et traitement de l'épithelioma du limbe scléro-cornéen. Revue Gén. d'Ophthalm. Nr 7. 1893.

⁴⁾ Un cas d'épithelioma de la cornée. VI. sess. sem. tenue à Utrecht 16 Dec. 1894 ref. w Annales d'oculist. T. CXXIII., p. 197.

⁵⁾ Sur les myxomes de la cornée. Arch. d'ophth. T. XIV., p. 480.

⁶⁾ Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der präcorn. Sarcome (Inaug. Dissert. Gießen. 1895).

Exenteratio orbitae. Równocześnie guz w prawej parotis. Badanie wykazało pigm. sarkoma, z wrzecionowatych i okrągłych komórek składające się. Śmierć dwa lata później.

1896. 1. Szulistański¹⁾. U 55 letniego wieśniaka melanosarcoma na granicy rąbka, spostrzeżone przez chorego przed rokiem. W rok po wyłuszczeniu nawrót na spojówce powieki górnej.

W dopisku referuje Szulistański jeszcze o drugim przypadku u 45 letniej kobiety, u której na rąbku wytworzył się guz, stwierdzony jako melanosarkoma, które z powierzchownemi warstwami rogówki miało ścisły mieć związek. Wyłuszczone samą narośl, a zagojenie nastąpiło szybko z pozostawieniem lekkiego zmętnienia rogówki.

2. De Bernardinis²⁾. U 14 letniego wieśniaka epithelioma od wewnętrznego rąbka na rogówkę zachodzące; po roku wielkości ziarna ogórka. Błona Bowman'a zachowana po części, ale nieregularna i przez czopki rakowate w niektórych miejscach przedziurawiona.

Na drugim oku w podobnem miejscu, ale mniejsza narośl.

1898. Dr Fehr³⁾ badał anatomicznie preparat dany mu bez wszelkich bliższych szczegółów klinicznych i wykazał carcinoma, które zapuszczało bardzo nisko wpusty do samej rogówki, pozostawiając atoli głębsze części rogówki i błonę Descemet'a zupełnie wolne. —

Ze zestawienia powyższego widzimy, że narośle złośliwe, pierwotnie na rogówce biorące swój początek, należą do największych rzadkości, ale i te, które ze spojówki, względnie

¹⁾ Ueber d. Auftreten multipler Neubildungen der Hornhaut u. Bindehaut (Centrbl. f. Augenheilk. October 1896, p. 301).

²⁾ Epithelioma bilaterale del limbus con larga etc. Lavori della clin. oculist. de R. univers. di Napoli IV. p. 366 (Według ref. Nagla. Jahresbericht 1896).

³⁾ Ein carcinoma der conj. bulbi mit Einwucherung in die Hornhaut u. natürlicher Injection ihrer Lymphbahnen. Centralblatt f. pract. Augenheilkunde. 1898. Maerz. Str. 77.

rąbka, na rogówkę przechodzą, nie mogą być nazwane licznymi. Zazwyczaj rozwijają się one w płaszczyźnie, tylko powierzchownie rozprzestrzeniając się.

Początek biorą z wszystkich części worka spojówkowego. Najrzadziej ze spojówki powiek, z mięska łzowego i z załamka półksiężycowego. Najczęściej z tkanki nagałkowej, a zwłaszcza z rąbka spojówkowego.

Dlaczego właśnie tutaj najczęściej? Może na pewne uzasadnienie zasługuje tłumaczenie tego objawu miejscowym drażnieniem trwałem, które, jak wiadomo, często do wytworzenia się narośli daje powód. Otóż pinguecula często u starszych osób przerasta. Między nią a brzegiem rogówkowym gromadzą się łatwo drobne ciała obce, które drażnią. Dlatego to prawdopodobnie narośle te przede wszystkim biorą początek od zewnętrznej lub wewnętrznej części rogówkowego brzegu.

Noyes¹⁾ zestawiał do 1879 roku, jak wyżej wspomnieliśmy, 127 przypadków, Remak podjął to zestawienie i doprowadził aż do 1886 roku z wynikiem 41 przypadków, razem więc 168. Z 4 przypadkami własnymi i zestawionymi powyżej z literatury aż do czasów ostatnich, mamy nowych 24, a zatem wszystkich dotychczas 192.

Nierzadko narośle mięsakowe mają znamię melanotycznych, chociaż daleko rzadziej, aniżeli wewnątrzgałkowe, które, według Fuchs'a, prawie z reguły należą do ubarwionych. Na 8 bowiem mięsaków 7 przypada tutaj pigmentowych.

Noyes²⁾ twierdzi, że pigment narośli jest przypadkowym dodatkiem: »die Pigmentirung ist betreffs des eigentlichen Charakters der Geschwulst als unwesentlich zu betrachten«.

Ze 168 przypadków, zestawionych przez Noyes'a i Remaka, było 52 ubarwionych, z moich i przezemnie zestawionych było 6 ubarwionych.

Tam niespełna $\frac{1}{3}$, tutaj $\frac{1}{4}$ wszystkich narośli, a zatem prawie ten sam stosunek ubarwień. Oczywiście częstotliwość

¹⁾ Das Sarcom des Uvealtractus. Wien.

²⁾ l. c. p. 130.

ta może być uważaną tylko w przybliżeniu jako odpowiadająca istocie rzeczy, gdyż wielka ilość narośli nie była wcale albo była niedostatecznie zbadaną. W każdym razie to względnie częste spotykanie się z pigmentem w tych naroślach musi zadziwiać wobec tego, że spojówka barwiku nie zawiera, a przyrodzone melanozy spojówki i twardówki należą do rzadkości.

Zachodzi atoli uderzająca różnica co do rodzaju narośli *ubarwionych* między zestawieniem Noyes'a, a mojem. Noyes stwierdził bowiem co do 34 z pigmentowych narośli następujący stosunek: carcinoma 8, carcinoma i sarcoma 1, sarcoma 11, sarcoma i epithelioma 2, epithelioma 11, melanoma 1.

W mojem zaś zestawieniu znajdują wyłącznie tylko sarkoma ubarwione, i to na 8 przypadków aż 6, zaś epithelioma bez barwiku, to samo carcinoma. W dwóch przypadkach ostatniego rodzaju narośli mogła atoli zachodzić wątpliwość co do barwiku, gdyż badanie było niedostatecznie wykonane.

Pod względem budowy przypadki zestawione przez Noyes'a w takim były stosunku: 7 fibroma, myxoma, melanoma, 55 carcinoma, 21 sarcoma, 3 sarcoma carcinomatodes. Reszta nie była zbadaną.

W drugim szeregu, sprawdzonym przez Remak'a, na 41 przypadków było: 15 carcinoma, 25 sarkoma i 1 sarcoma carcinomatodes.

W naszym zestawieniu spotykamy zaś taki stosunek:

6 epithelioma, 8 sarkoma, 5 carcinoma, 1 fibroma, 1 lepra, 1 papilloma, 1 myxoma, jeden (własny) nieokreślony drobnowidowo.

I w naszym więc zestawieniu, podobnie, jak w statystyce Noyes'a, carcinoma i epithelioma razem wzięte częściej zachodzą, aniżeli sarkoma.

Zdaje się więc, że carcinoma, które wewnątrz gałki należy do największych rzadkości, właśnie na powierzchni gałki najczęściej się pojawia.

Z mego zestawienia zwracam jeszcze na jedną ważną okoliczność uwagę. Podczas kiedy we wszystkich przypadkach

mięsa, t. j. 8, stwierdzono, że rogówka w samym miększu przez narośl nie była dotknięta, to właśnie w 6 przypadkach epithelioma raz, a na 5 przypadków carcinoma aż cztery razy zauważono wciągnięcie w sprawę chorobową samej rogówki.

Że rak carcinoma może wnikać w rogówkę, i to przez drogi limfatyczne, na to dostarczył dowodu w nowszych czasach Dr Fehr¹⁾, który miał sposobność badać anatomicznie odnośny przypadek.

Ale i z rogówki samej nawet, w szczególnie korzystnych, a nam dotychczas nieznanach warunkach, może rak wziąć początek, czego dowodem przekonywającym przytoczony przez Heydera drugi przypadek.

Z powyższego wypływałoby, że właśnie carcinoma najniebezpieczniejszą jest naroślą dla całości oka, gdyż najwięcej ma skłonności wnikania w głąb²⁾, podczas kiedy epithelioma, jak twierdzi Fage, rozwija się tylko powierzchownie. Co do tej narośli, to na szczególną uwagę zasługuje przypadek, jaki podał de Bernardinis, a dotyczący obustronnego pojawienia się przybłoniaka.

W zestawieniu mojem trzymałem się tej zasady, że rogówkę uważać można za nienaruszoną przez narośl, skoro tylko sam jej nabłonek doznał zmiany ubytku lub przerostu, podczas kiedy przedziurawienie błony Bowman'a jużby pierwszą etapą wnikania narośli w samą rogówkę nazwać się godziło.

Znamienną jest zmiana, jaką n. p. Remak podaje o drugim przypadku z kliniki Dra Janęgo w Wrocławiu. Tu bowiem rogówka przedstawiała już znaczne patologiczne obrażenia, a mianowicie nabłonek był albo zniszczony, albo odczepiony, błona Bowman'a była równie w wielu miejscach zniszczoną, względnie przedziurawioną, a czopki rakowate wnikały w tkankę rogówkową.

Z okoliczności, powyżej pokrótce zaznaczonych, wypływa

¹⁾ l. c., str. 77.

poniekąd i obraz kliniczny poszczególnych narośli. Zdaje się, że tak epithelioma, jako też i sarkoma, dopóki nie dochodzi do znacznych rozmiarów, jak n. p. w moim pierwszym przypadku, nie sprawia choremu wiele dolegliwości; jedynie pewne tarcie nierównej powierzchni gałki o powieki przyczynia się do powstawania uczucia zawadzania, a dalej także do silniejszego zaczerwienienia oka. Oczywiście, gdy narośl znaczną obejmie część rogówki, gdy przekroczy obręb źrenicy, tak upośledzenie wzroku jako też czasami i dwojenie, względnie trojenie, daje choremu powód do skarg.

Natomiast przy raku mogą względnie wcześniej powstać bóle, wywołane wnikaniem czopków rakowatych w mięsz rogówkowy.

To też niewątpliwie i pewne głębsze zapalenie odczynowe przyczyniać się wtenczas może już to do wywołania podmiotowych objawów, jak widzenia mroczków, błysków, obniżenia pola widzenia, już to dać powód do powstania przedmiotowych objawów, jak przekrwienia lub zapalenia tęczówki, silniejszego nastrzyknięcia przyrogówkowego, a wziernikiem możeby częściej dały się stwierdzić zmiany, aniżeli dotychczas, gdyż zbyt mało przywiązywano do tego badania przy naroślach rogówkowych wagi.

Może te plamy ogniskowe w naczyniówce, opisane na str. 228, a znalezione przezemnie w moim czwartym przypadku, odnieśćby można do takiego zapalenia odczynowego, stwierdzonego n. p. anatomicznie przez Remak'a w drugim przypadku z kliniki Jan'e'go, gdzie chodziło o carcinoma, a w naczyniówce miało być zapalenie odczynowe.—

Narośle spojówko-rogówkowe razem wzięte mogłyby być niekiedy upozorowane przez: silne wybijanie spojówki na rogówkę przy *phlyctæna pallida*. Kto jednak raz widział tak zwany nieżyt Saemisch'a, a choćby tylko z opisu uprzytomnił sobie obraz chorobowy tego cierpienia, znikającego zawsze po miesiącach lub latach bez śladu, z pewnością uchroni się od błędu, zważając mianowicie na wygląd znamienny spojówki górnej powieki, spojówki, mającej wygląd słoninkowato-błady, ze sil-

nym przerostem ciała brodawkowego, zwłaszcza górnych załamek.

Dalej budziłyby mógł i silny *pannus (sarkomatosus)* pewne podejrzenie narośli złośliwej, atoli i tu obecność równoczesnego zapalenia jaglicowego lub ślady tegoż, a dalej ściśle połączenie rzekomej narośli z rogówką, wygląd szaro-czerwony, spowodowany wytworem obfitych pokładów naczyń w nowo powstałej tkance łącznej, rozpoznanie uczyni nie trudnem. Mogą wszakże zachodzić i zespolenia narośli z jaglicową błoną naczyniową, jak tego dowodzi przypadek Rumszewicza.

Mniej poważne zapoznanie sprawy mogłyby spowodować *polipy*.

Pomijając atoli okoliczność, iż polipy najczęściej występują na załamekach lub spojówce powiekowej, to już wygląd ich, czerwono-śluzowy, szypułkowata osada i zazwyczaj towarzyszący im silniejszy nieżyt spojówki ułatwiają ich poznanie.

Pewne podobieństwo do narośli złośliwych rogówki mogłyby stanowić tak zwane *guzy granulacyjne*, atoli takowe przypominają do pewnego stopnia postacią raczej polipy, od których znowu różnią się tem, że nie są pokryte spojówką, lecz tworzą powierzchnię nagich granulacyi. Ponieważ one powstają po obrażeniach żrącymi środkami, lub po zranieniach, operacyach, już przypomnienie powstania choroby da nam łatwość rozpoznania, a nadto w otoczeniu guzów granulacyjnych będą pewne znamiona, jak blizny, spłaszczenie gałki i t. d., wyróżniające te wytwory od narośli w mowie będących.

Wreszcie i brodawczak (*papilloma*), uchodzący za narośl dobrotliwą, łatwo właśnie z polipami bywa mieszany, od których tem się różni, że powierzchnia jego nie jest gładka, lecz zrazista lub podobna do maliny, a zazwyczaj guz ten nie jest osadzony na szypułce, jak tante, lecz szeroko rozprzestrzenia się na powierzchni. —

Rokowanie zależnem będzie oczywiście od rodzaju narośli, od czasu trwania tejże, od stopnia zajęcia rogówki. Carcinoma w każdym razie najmniej korzystnie pozwala wróżyć o przyszłości oka dotkniętego, wobec łatwych nawrotów.

Czy pigmentacja jest tak niewinna, jak ją Noyes przedstawia, nie chcę rozstrzygać wobec niewystarczającej podstawy statystycznej, a raczej wobec danych statystycznych niepełnych lub niejednorodnych. Ażeby na wiele pytań, nasuwających się przy opracowaniu niniejszego przedmiotu, mózdz w przyszłości odpowiedzieć na podstawie liczb statystycznych, powinny przypadki odnośnie wszechstronniej i w pewnym jednolitym kierunku być opracowywane. Wtenczas dopiero byłibyśmy w możności odpowiedzieć n. p. na pytania: *jakie narośle najczęściej występują, w jakim przeciągu czasu one się rozwijają, w jakim wieku najczęściej występują, które i wśród jakich okoliczności połączone są z pigmentem, w jakich komórkach barwik się mieści, czy zachodzi luzno, co powstanie takowego wywołuje, kiedy występują różne narośle obok siebie równocześnie, co daje powód powstawaniu narośli, jaką rolę odgrywa przy tem dziedziczność, czy i kiedy występują recydywy, w jakim czasie, przy jakiej narośli? Czy zachodziły zmiany wśródgatkowe upośledzające wzrok, czy takowe poprzedzały już wyliczenie się narośli, czy też wystąpiły w czasie rozwoju? i t. d. —*

Oczywiście nie wszystkie te pytania będą mogły być uwzględnione, ale im szerszy zakres nakreślimy naszym zestawieniom statystycznym, im ściślej każdy przypadek będzie badanym, tem prędzej możemy się spodziewać, że martwe liczby statystyki ożywią się i przemówią znacząco. —

Zachowanie gałki z jednej strony, względ na uniknięcie poważnego niebezpieczeństwa, mogącego, w razie wnikania narośli w głąb, zagrozić i życiu, powinny powodować naszymi zabiegami leczniczymi.

Skoro narośl sama przez się nie ma skłonności do wnikania w głąb, lub, co gorsza, do przerzutów, skoro od niedawna się rozwija i powierzchownie tylko po rogówce się krzewi, słusznie staramy się usunięciem samej narośli przywrócić wzrok, niebezpieczeństwo zarazem usuwając. Że ta zasada i w naszych przypadkach przytoczonych pokazała się dobrą, przekonaliśmy się o tyle, o ile dotychczas nie było nawrotów. Gdy atoli takowe występują, lub gdy z góry rodzaj narośli, to jest rak, zwłaszcza ubarwiony, od dawna istniejący, i rogówkę w miąższu

dotknął, wyfuszczenie gałki będzie najodpowiedniejszym zabiegiem. Co do nawrotów narośli, to wiemy znówu, że lakowe mogą jeszcze ze skutkiem być usuwane z zachowaniem całości gałki, lecz wiemy również, że często z ich wystąpieniem wyjęcie gałki staje się koniecznem, a nierzadko już i wyjęcie gałki przerzutom w innych narządach nie zapobiega.

Skoro atoli historia przypadków uczy, iż narośle rogówkowe nieraz tylko powierzchownie się ze spojówki rozwijają i głębokich części oka nie dotykają, a dalej, że i ogólny ustrój nie potrzebuje być dotkniętym zarazkiem narośli, przeto starać się będziemy, zwłaszcza przy dobrym względnie wzroku, o zachowanie gałki a usunięcie doszczętne miejscowego wytworu. Badanie ścisłe i uwzględnienie wszelkich okoliczności wskaże nam zawsze właściwą drogę, byśmy mogli zastosować się do tak ważnej zasady: *non nocere*.

H. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza
w Krakowie.

Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry powieki i okolicy worka łzowego.

Podał

DR STEFAN ŁUNIEWSKI,

asystent kliniki.

Pomimo dość obszernej literatury o gruźlicy narządu wzrokowego, zbyt skąpe, i to w pracach z ostatnich lat kilku, posiadamy wzmianki o występowaniu gruźlicy na skórze powiek. Niedawno bowiem jeszcze Wedl i Bock¹⁾ piszą, że: »Die tuberculösen Affectionen fast nie auf die äussere Haut beschränkt bleiben, sondern das ganze Lid in Mitleidenschaft ziehen«.

¹⁾ Wedl u. Bock. Path. Anatomie des Auges. Str. 330. 1886.

Uwzględniając więc ważność i rzadkość dalszych, na dokładnych opartych doświadczeniach, spostrzeżeń, podaję — zachęcony przez szefa mojego, Prof. Dra Wicherkiewicza, za co mu na tem miejscu serdecznie dziękuję — opis przypadku, który był przedmiotem klinicznego wykładu, a następnie w klinice tutejszej leczony.

Dnia 26 kwietnia b. r. zgłosiła się do ambulatoryum czternastoletnia Habinka Ela, u której dziedziczności żadnej wykazać nie było można. Choroba rozpocząć się miała przed rokiem obrzękiem w okolicy kąta wewnętrznego prawego. Później miało to miejsce zaczerwienić się, wytworzyła się wyniosłość, która pękła, wrzodziła i, nie gojąc się, posuwała się dalej.

Stat. praes.: Chora słabo rozwinięta, gruczoł przyuszny i podszczękowy po prawej stronie obrzmiały, karkowe po prawej stronie powiększone, wyczuwalne. Na lewym policzku nieregularna blizna po przebytem owrzodzeniu. W okolicy worka łzowego i ponad nim i we fossa canina grube strupy, po zdjęciu których owrzodzenie, o dnie szarawem, pokrytem ziarniną, brzegach lekko podminowanych, zazębionych, nierównych. Owrzodzenie to więcej powierzchowne, tylko w okolicy otworu nadoczodołowego nieco głębsze, nie dochodzące jednak do okostny. Dno i brzegi miękkie, łatwo krwawiące, bolesne. Wydzielina przeważnie surowicza, tworząca grube strupy. Zgłębnikiem nigdzie głębiej wejść nie można, jak również nie można było wykazać połączenia z workiem łzowym. Spojówka powiekowa przekrwiona, gładka, ciało brodawkowe przerosłe.

Przypadek ten, jak widać z opisu, mógł być rozpoznany tylko na podstawie ściśle przeprowadzonego różniczkowania. To też Prof. Wicherkiewicz, zanim postawił rozpoznanie, wykluczył przedewszystkiem:

1. płaszczyznę granulacyjną po pęknięciu flegmony naokoło woreczkowej (pericystitis phlegmonosa); przeciwko temu przemawiał bowiem brak przetoki, zbyt obszerne rozprzestrzenienie owrzodzenia.

2. *lupus*, toczeni; i przeciw temu przemawiała ciągłość

owrzodzenia, wystawanie płaszczyzny granulacyjnej, a dalej brak blizn w otoczeniu.

3. nie mógł być także *wrzód kılıowy*, gdyż chora nie miała śladów ani nabytej, ani odziedziczonej kılı, następnie owrzodzenie nie miało brzegów twardych, wystających nad powierzchnię — było bolesne — a wreszcie wyróżniało się wyglądem granulacyi, które przy kile są więcej słoninkowate, szare.

Rozpoznanie więc brzmiało: *pierwotna gruźlica skóry powieki i okolicy worka łzowego oka prawego*.

Chorą do kliniki przyjęto i w tym samym dniu zrobiono kulturę z wydzielin, która jednak wykazała tylko obecność stafylokoków; dalej wycięty kawałeczek z owrzodzenia zaszczerpiono królikowi do przedniej komórki, a drugi podskórnie śwince morskiej.

Następnego dnia przystąpił Prof. Wicherkiewicz do wycięcia doszczętnego całego owrzodzenia, a miejsca głębsze lub podejrzone wyłyżeczkowano. Cały ubytek pokryto przyskórkiem z ramienia, przeszczepiając go metodą Thiersch'a. Pomijam dalszą historję leczenia, nadmienię tylko, że płatki, z wyjątkiem leżących w kąciku wewnętrznym, które z powodu obfitej wydzielin spojówkowej zmacerowały, zupełnie dobrze się przyjęły.

Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka skóry, dokonane łaskawie w zakładzie anatomii patol. Uniw. Jagiell., wykazuje obecność licznych typowych gruzełków. Także i zaszczerpienie królikowi dało wynik dodatni, gdyż wytworzyła się na tęczówce wyniosłość, która z dniem każdym dawała coraz wyraźniejszy obraz guzka gruźliczego. Jedyne zaszczerpienie śwince nie przyniosło pożądaných wyników, gdyż oprócz powiększenia u niej gruczołów pachwinowych, nic więcej stwierdzić nie było można. Wina zapewne tego, że wzięto nieodpowiedni kawałek z tkanki chorobowej.

Tak więc większa część badań ścisłych potwierdziła w zupełności pierwotne rozpoznanie, oparte na klinicznych objawach. W jaki sposób przyszło do umiejscowienia się gruźlicy w danym przypadku, nie da się określić. Wszelkim przy-

puszczeniu brak pewnych danych. Przypuszczać wolno, że zarazek dostał się ad locum affectum albo przez ukłucie owadu jakiego, albo też przez własne zadrapanie ręką dziecka, zanieczyszczoną może płwocinami osobnika tuberkulicznego. Przeciw przypuszczeniu, jakoby zarazek dostał się do worka łzowego i cierpienie stamtąd wzięło początek, przemawia aż nazbyt wyraźnie brak wszelkiego połączenia między owrzodzeniem a workiem.

Dla zaznaczenia, jak skąpe są opisy gruźlicy skóry powiek, niech mi wolno będzie tu dodać, że nie więcej ponad to, co Dr I. Strzeмиński¹⁾ w swej pracy z literatury przytoczył, mimo skrzętnego poszukiwania nie znalazłem.

Wkońcu mogę jeszcze to tylko zaznaczyć, że opisany przypadek jest rzadkim nie tylko z umiejscowienia się sprawy chorobowej, ale i z tego, że dotyczył dziewczynki, gdy tymczasem Caposi spostrzegał gruźlicę skóry przeważnie u mężczyzn.

III. NOWE PRZYRZĄDY.

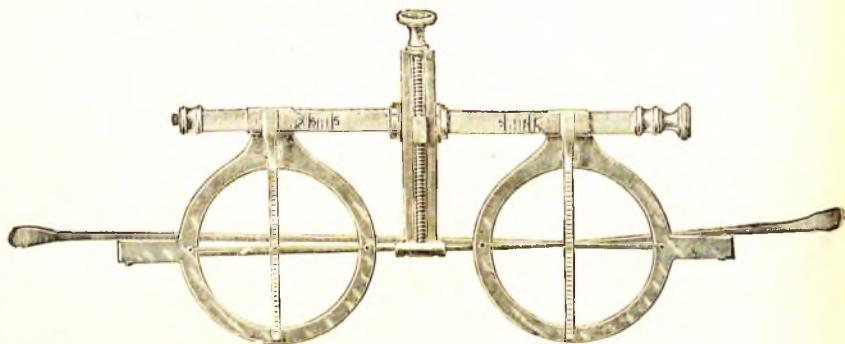
Trzeszczomierz (exoftalmometr) własnego pomysłu poleca Dr Schreiber z Magdeburga w sprawozdaniu swego zakładu²⁾.

Przyrząd ten przedstawia oprawę na okulary, której okrągłe obręcze przedzielone są poziomo drutem platynowym. Przed tym drutem znajdują się pionowo umieszczone, a śrubą bez końca, wprawioną po prawej stronie do beleczki, ponad otworami okularów znajdującej się, rozsuwalne podziałki. Zero tych podziałek przypada właśnie na owe druciki platynowe. Beleczkę obejmuje w środku kobyłka (Steg), dająca się dowolnie około niej okręcać, a z drugiej strony znowu przez śrubkę bez końca podnosić lub obniżać. W ten to sposób oprawa może być nasadzoną tak na nosie, by stosowny otwór okrągły

¹⁾ »Postęp Okulistyczny«, Luty. 1899.

²⁾ Dr Schreiber's Augenheilanst. Ber. a. d. Jahre 1897 u. 1898.

przytykał do oka wystającego. Mierzenie trzeszczu odbywa się oczywiście tylko w stosunku do drugiego oka, gdy to ma położenie prawidłowe. Nastawiwszy okulary tak, by podziałki odpowiadały środkowi źrenicy, odmierzamy zboczenie gałki ku górze lub dołowi odległością źrenicy od zera drutu poziomego. Zboczenie boczne odczytujemy na beleczce poziomej, gdzie się znajduje podziałka, wskazująca nam odległość źrenicy, naznaczoną ustawieniem owych pionowych podziałek przez śrubę



boczną. Wystawianie zaś gałki można oznaczyć przy pomocy osobnej podziałki $\frac{1}{2}$ -milimetrowej, dodanej do przyrządu, wymierzając odległość pomiędzy podziałką pionową a wierzchołkiem rogówki kokainowanej, albo też rogówki, pokrytej przymkniętą powieką.

Przyrządnik ¹⁾ ten służyć więc może do rozmaitych celów, a mianowicie nie tylko do oznaczania stopnia trzeszczu, ale także do wymiaru szerokości źrenicy, odległości tychże, a dalej łatwo będzie i zapad oka (enophthalmus) liczebnie oznaczyć.

II.

¹⁾ Do nabycia u optyka Sydo wa. Berlin. NW. Albrechtstrasse. 13. za 13 marek.

IV. STRESZCZENIA.

Histologiczne badanie nerwowego systemu naczyńniówki.

Dr Mojżesz Z ej d e n m a n n z Lublina (Dysertacya. 1899. Petersburg. Stronic 64, z tablicą 9 rycin.¹⁾)

Pracę swoją autor rozdzielił na 4 części: w pierwszej wyłożył historię przedmiotu (K ö l l i k e r, H. M ü l l e r, S c h w e i g g e r, I w a n o w, R e t z i u s, S c h w a l b e, A n d o g s k i i n.), w drugiej opowiedział o sposobach badania, w trzeciej opisał nerwowy system naczyńniówki, wreszcie podał wyniki swych histologicznych badań, które wykonał w pracowni i pod kierunkiem Prof. akademii lekarskiej, Dra Ł a w d o w s k i e g o.

Badania głównie dokonano na oczach królików i szczurów. Po wyłuszczeniu gałkę natychmiast kładziono $\frac{1}{500}$ roztworu metylenowego błękitu, rozcinano po równiku i ostrożnie wyjmowano naczyńniówkę, tęczówkę z ciałkiem rzęskowem. Wiadomo, iż metylenowy błękit zabarwia żywą nerwową tkankę — własność tę odkrył w r. 1886 E r l i c h; po godzinie preparaty przenoszono w nasycony glicerynowy roztwór ammonii picro-nitrici (fiksaz J. D o g i e l a, uważany za najlepszy do tego celu), następnie dopiero kładziono je na szkło, rozprostowywano pod lupą i zakrywano szkiełkiem, którego brzegi zaklejano parafiną, woskiem lub lakiem Mendelejew'a. Na tak przygotowanych preparatach, dzięki cienkości naczyńniówki, znakomicie widać wszystkie jej warstwy — nabłonek siatkówki, stroma naczyńniówki i laminam suprachorioideam. Nerwy dość wyraźnie uwidoczniają się na jasno-żółtem tle preparatu w postaci gęstej siatki ciemno fioletowych nici rozmaitej grubości i każdemu naczyniu towarzyszą 2 lub 3 nerwy, idące z niemi równolegle i łączące się z wielu poprzecznymi i ukośnymi nerwowymi włóknikami; tylko w tylnych częściach naczyńniówki, sąsiednich z twardówką, nerwy te zawierają myelinę, w innych zaś częściach, w tunicae vasculosae są to włókna pozbawione myeliny, odnoszące się do tak zwanych włókien R e m a k'a, — pozbawione są wszelkich błon, lecz często zawierają jądra, osobliwie w miejscach, gdzie się rozgałęziają, — są to zresztą cienkie osiowe cylindry, usiane licznymi dość charakterystycznymi rozszerzeniami (varicositas). — Te »perelki« bardzo były widoczne na preparatach autora, który

¹⁾ Streszczenie tej pracy odczytane było na posiedz. Tow. lek. lubelskich d. 19 maja, któremu Dr Z., jako czynny członek, przysłał takową z nad Nowy.

studiował nerwy metodą, jak powiedziałem, Erlich-Dogiel, są one — zdaniem histologów — charakterystyczną oznaką nerwowej własności podobnych włókien.

Autor szczegółowo zbadał gwiaździste komórki, szczególnie znajduwane w wielkiej ilości w tęczówce i w ciałku rzęskowym. Kształtem przypominają one gwiaździste składniki neuroglii, komórki rogówki i budowę kości, nie łączą się weale z nerwami, Dr S. nazywa je komórkami tkanki łącznej. Na rycinie 7 widzimy pięknie przedstawiony stosunek ich do głębiej leżącej tkanki rzęskowych wyrostków i tak ściśle z nimi złączonemi nerwami, iż łatwo je przyjąć za komórki nerwowe.

Wyniki tej pracy dadzą się tak streścić:

1. W naczyniówce każdej tętnicy i żyłce towarzyszą zwykle 2, rzadziej 3 nerwowe włókna, które następnie przechodzą do ciałka rzęskowego.

2. Rozgałęzienia tych włókien tworzą spłoty: a) w adventitia naczyni, b) w tunica media (gładkie mięśniowe komórki) i c) cienką siateczkę w warstwach chorioecapillaris i międzynaczyniowej przestrzezi.

3. Tęczówka i ciałko rzęskowe bardzo obfitują w nerwy, — tu dają się widzieć spłoty myelinowych i bezmyelinowych, a także końcowe spłoty pierwiastkowych nici.

4. Zwojowe komórki w tractus uvealis prawdopodobnie nie znajdują się weale, co zresztą twierdził dawniej Reitzius, Hoesch i inni. Z nerwowemi komórkami, lecz nie zwojowemi, łatwo pomieszać komórki nabłonka i gwiaździste, składniki łożyska naczyniówki, tęczówki i ciałka rzęskowego.

5. Bezmyelinowe nerwowe włókna w węzłowych swych połączeniach, zawierając jądra i cokolwiek protoplazmy, mogą naśladować nerwowe komórki.

6. Swobodnych zakończeń nerwów nie bywa ani w naczyniówce, ani w innych częściach jagodówki; większa część nerwów — nerwy ruchu i naczyniówkowe, nerwy czucia — niedowiedzione.

7. W przestrzeniach międzynaczyniowych (lymfatycznych?) nerwy naczyniówki tworzą zamknięte spłoty.

8. Lamina suprachorioidea składa się z płaskich spojówkowo-tkankowych komórek, podobnych do takichże Henle-Ranvier'a składników zwykłej tkanki łącznej.

9. Komórki łożyska naczyniówki, osobliwie jednak tęczówki i ciałka rzęskowego, chociaż zbliżone są do składników lam. suprachorioideae, jednakże różnią się od nich i najczęściej przypominają neuroglię.

10. Błękit metylenu w żywej tkance — najlepsza metoda dla

badania nie tylko nerwowego systemu oka, lecz wogóle i całej jagodówki, z wyjątkiem elastycznej tkanki, nad którą studia nie dały autorowi żadnych nowych wyników.

Dr Z e j d e n m a n n korzystał iżytkował dość obfity literacki materiał obranego przez siebie przedmiotu, w rozprawie podano 54 dzieł, rozpraw i artykułów, zebranych w rozmaitych czasopismach.

Na stronie 35 autor nazywa kazańskiego profesora, Jana Dogiela »darowitym ruskim uczonym«. Chociaż nasz ziómek drukował przeważnie w języku rosyjskim, jednak pisywał dawniej i po polsku.

Dr J. T.

Badania bakteriologiczne śluzoropotoku noworodków (blenorhoea neonatorum). Dr Groenou w (Wrocław).

Autor zbadał 40 wypadków śluzoropotoku i katarów ropnych u noworodków podczas pierwszych tygodni ich życia. Ze znalezionych przez niego w wydzielinie chorej spojówki drobnoustrojów można z wszelką pewnością uważać, jako czynniki, wywołujące chorobę, tylko gonokoki i pneumokoki, z prawdopodobieństwem — staphylococcus pyogenes aureus i bacterium coli; co się tyczy pozostałych bakteryj, to jakiegoś jasnego chorobotwórczego znaczenia nie mają. Gonokoki znalazł autor w 14 wypadkach, przyczem obraz kliniczny choroby odpowiadał wyraźnie śluzoropotokowi. Ten ostatni pojawiał się w większości wypadków podczas pierwszych pięciu dni życia, lecz nieraz i później, raz na 13, a raz na 15 dzień. Fluor albus u matek stwierdzanym bywał często, nieraz zaś nie można było wykazać takowego. Do zupełnego wyleczenia śluzoropotoku potrzeba było 5—10 (przeciętnie 6) tygodni, lecz znikanie gonokoków nie zawsze przypadało równocześnie z ustaniem wydzieliny ropnej: tak na przykład raz gonokoki zniknęły o 7 dni wcześniej, niż wydzielina ropna, a innym znowu razem — w 25 dni po ustaniu ropienia. Stąd wniosek praktyczny, że leczenie przeciwnie należy stosować jeszcze przez pewien czas po ustaniu ropienia w celu uniknięcia nawrotów choroby. Pod względem bakteriologicznym wypadki, opisane przez autora, przedstawiały się w sposób następujący: w 7 wypadkach lekkiego kataru raz znaleziono bacterium coli, w pozostałych — żadnych typowych bakterji. W 12 wypadkach ciężkiego kataru 5 razy znaleziono pneumokoki, raz bact. coli i raz — staphylococcus aureus. W 9 wypadkach lekkiego śluzoropotoku — 2 gonokoki i raz bact. coli; nareszcie w 13 wypadkach średniego i ciężkiego śluzoropotoku — 12 razy gonokoki. — Wrzody rogówki spostrzegano 3 razy i przytem wyłącznie tylko przy śluzoropotoku na tle gonokoków.

Autor przyłącza się do zdania Copper'a, że jeden i ten sam drobnoustrój może wywoływać rozmaite postacie zapaleń spojówki. Na spojówce noworodków wszelkie podrażnienie wywołuje katar ropny. Za źródło zakażenia autor uważa nawet przy późniejszym zakażeniu wydzielinę pochwy (Bericht über die 27. Versammlung der ophth. Gesellschaft in Heidelberg 1898).

Dr Stanisław Serkowski.

Fistule congénitale de la cornée. Dr Albert Terson z Paryża («La Clinique Ophtalmologique», Nr. 11. 1899).

U dwudniowego noworodka stwierdził autor na prawem oku obraz następujący: Oko zupełnie białe, brak wszelkiej wydzieliny spojówkowej i wogóle jakiegokolwiek zadrażnienia zapalnego. Napięcie wórnógalkowe znacznie obniżone, brak przedniej komory, a w samym środku rogówki naprzeciw źrenicy mały otworek okrągły o brzegach gładkich, szarawej barwy, nie zdradzającej jednak obecności nacieku zapalnego. Tęczówka całym swym brzegiem źrenicznym przylega do obwodu tego otworu, który za nic innego nie można było uważać, jak tylko za przetokę rogówkową. Ciecz wodna sączyła się z przetoki tej małemi kropelkami. Przy stosowaniu środków zwiężających źrenicę i zakładaniu opaski przetoka zamknęła się po upływie trzech tygodni. Z wywiadów nie można się było nic dowiedzieć, coby tłumaczyło powstanie tego zbroczenia, — jedynie tylko zaznaczyć należy, że matka w szóstym miesiącu ciąży uderzyła się bardzo silnie w brzuch o róg stołu i przez kilka dni po tym urazie była cierpiącą. Zresztą we wszystkich kierunkach anamneza była zupełnie ujemna.

Na trzy sposoby można sobie wytłumaczyć powstanie takiej wrodzonej przetoki: albo ją będziemy uważali za wynik wadliwego rozwoju rogówki, albo za skutek doznanego urazu, albo wreszcie za następstwo zapalenia, przebytego w życiu płodowem. Że uraz, doznany przez matkę, nie mógł spowodować w powyższym przypadku zaburzenia w przebiegu prawidłowego rozwoju rogówki, to wynika z tego, że w szóstym miesiącu życia płodowego rozwój rogówki jest już ukończony; — natomiast najwięcej prawdopodobieństwa ma za sobą przypuszczenie, że na oku tem przyszło w życiu wórnódmacicznym do wytworzenia wrzodu rogówkowego, który następnie przebił rogówkę i spowodował przetokę. Ovo uderzenie zaś, którego matka doznała, mogło tu odegrać pewną rolę pośrednią.

Przypadek ten daje autorowi sposobność do wyjawienia swych poglądów na sposób powstawania wrodzonych wad oka wogólności. Opierając się na pięknych pracach Dareste'a i Férégo, którzy wprowadzili do teratologii metodę doświadczalną, przyznaje Terson wielki wpływ dziedziczności z jednej strony, a z drugiej zwyro-

dnieniu fizycznemu, rodzinnej kile i pijaństwu, które sprzyjają przenoszeniu na potomstwo różnych wad rozwojowych. W przypadkach, gdzie powyższe czynniki dają się jeszcze z wszelką pewnością wykluczyć, nie waha się autor przypisać pewnej roli urazom, a nawet silnym psychicznym wstrząśnieniom, jakim kobieta może uleść podczas ciąży.

Dr K. W. Majewski.

Resorption spontanée de la cataracte. Dr Richard Hilbert ze Sensburga (»La Clinique Ophthalmologique«. Nr 9. 1899).

Autor opisuje przypadek niewątpliwego, samodzielnego wessania zaćmy schyłkowej u 65 letniego wieśniaka, który na drugim oku okazywał wybitną kataraktę Morgagniego. Wywiady wykazywały, że bystrość wzroku lewego oka przed ośmiu laty zaczęła stopniowo podupadać i obniżyła się do samego tylko poczucia światła, a od trzech lat znowu się poprawia. Badaniem przedmiotowym można było stwierdzić brak soczewki i drobne tylko zaśmienia torebki, a V. l. o. = $\frac{6}{60} c + 17D$. Chory nie przysłał na operację zaćmy prawego oka w niewzruszonym przekonaniu, że bez lekarskiej pomocy odzyska wzrok na tem oku, jak odzyskał na drugim. Dr H. podziela z nim tę nadzieję i upatruje w tym przypadku cenny dowód dla przypuszczenia Mitvalsky'ego, że katarakta Morgagniego stanowi wstępny okres do dobrowolnego wessania zaćmy i że takie zejście cierpienia byłoby regulą, gdyby chorzy żyli odpowiednio długo, względnie, gdyby się wcześniej nie poddawali operacyi.

Dr K. W. Majewski.

Ein Fall von Spontanheilung eines Altersstars. Dr W. Dągilajski z Niżnego Nowgorodu (»Klinische Monatsblätter«. Czerwiec. 1899).

W przypadku, który Dr Dągilajski ogłasza, uległa wessaniu samoistnemu zaćma schyłkowa prawego oka u pewnej wieśniaczki, która zaledwie przez dwa lata tylko okiem tem nie rozróżniała przedmiotów, poczem stopniowo wzrok zaczął powracać, podczas, gdy na drugim oku z wolna podupadał. W dniu, gdy była badana, oko lewe okazywało dojrzałą zaćmę schyłkową, źrenica zaś prawego oka była podzielona na dwie nierówne części: górna część, większa ($\frac{2}{3}$) była czarna, dopiero przy ogniskowem oświetleniu zdradzała obecność cieniuchnej torebki, dolna ($\frac{1}{3}$) zasłonięta była resztką brunatnego jądra o brzegu nierównym, jakby nieregularnie wyzartym. V. p. o. = $\frac{9}{12} c + 10D$. Przez $+ 14D$. mogła chora szyć i nawlekać igłę. Autor jest zdania, że tylko wśród wyjątkowych, bliżej nam dotychczas nieznanych jeszcze warunków przychodzi do dobrowolnego wessania zaćmy starczej, a ci, co utrzymują,

że zejścia takiego doczekaliby się wszyscy dotknięci zaćmą, gdyby tylko cierpliwie czekali i żyli dość długo, — mylą się wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tak samo, jak ci, co twierdzą, że wszystkich ludzi, prędzej lub później, spotkałaby ślepota z powodu zaćmy, że zatem utrata przezroczystości soczewki jest przemianą fizjologiczną, mającą jednak nieraz wystąpić dopiero w tak zgrzybiałej starości, jakiej nie każdemu danem jest doczekać. Na odparcie, a przynajmniej na osłabienie pierwszego twierdzenia nie brak spostrzeżeń, zwłaszcza w Rosyi, gdzie widzi się nieraz katarakty przejrzyste, które przez całe dziesiątki lat nie ulegają najmniejszej zmianie¹⁾. Wobec tego zatem, że *vis medicatrix naturae* pozostaje dla nas w tym razie czynnikiem nicobliczalnym, nie ma żadnej podstawy odwlekanie operacyi zaćmy przejrzastej, choćby już nawet przedstawiała postać katarakty Morgagniego. Dr. K. W. Majewski.

Etyologia nagminnych zapaleń spojówki. Artykuł Dra Ludwika Kamen'a (Czerniowce).

Jesienią 1898 roku pojawiło się w 44 pułku piechoty w Czerniowcach szybko rozszerzające się zapalenie nagminne spojówki, przyczem choroba charakteryzowała się opuchnięciem powiek, zaczerwienieniem i opuchnięciem spojówki, a także częstym występowaniem wybroczyn na gałce ocznej i znacznym wytwarzaniem się śluzowo-ropnej wydzieliny w obydwóch oczach, rzadziej w jednym. Żadnych powikłań ze strony rogówki ani też sąsiednich narządów zauważyć nie było można. Epidemia wybuchła i rozszerzała się w jednym z baraków drewnianych, w którym mieścili się rezerwowi. Po 14 dniowem leczeniu 1% rozezynem azolanu srebra choroba kończyła się zupełnem wyzdrowieniem bez jakiegokolwiek następnych zachorzeń; nawroty choroby można było spostrzegać tylko jako wyjątki. Ogólnie zachorowało 150 mężczyzn w jednym baraku, lecz oprócz tego dały się spostrzegać liczne zasłabnięcia i w sąsiednim baraku, równocześnie i w mieście śród biednej i niechlujnej ludności. Autor opisaną przez siebie epidemię zbadał pod względem bakteriologicznym²⁾.

Najnowsze dane bakteriologiczne usunęły zupełnie dawniejsze poglądy, podług których za przyczynę takich epidemii uważany był po części pył, po części zaś — podług teoryi P e t t e n k o f e r'a —

¹⁾ Sami operowaliśmy zaćmę starezą w 20 lat po jej rozwinięciu się.

H.

²⁾ Obraz kliniczny tej epidemii opisany jest szczegółowo w artykule I. Kasta pod tytułem: »Eine Epidemie von acutem contagiösen Bindehautkatarrh«. Centrabl. f. Bakt. 1899. XXV. Nr 13, str. 458. Ref.

meteorologiczne i telluryczne wpływy. W roku 1883 R. Koch spostrzegł w Egipcie epidemię (50 wypadków) i znalazł w jednych, więcej złośliwych wypadkach mikrokokki, bardzo podobne do gonokoków i może być nawet identyczne z tymi ostatnimi, w innych zaś, mniej groźnych wypadkach — »małeńkie prątki« wewnątrz komórek ropnych. Takie również prątki, podobne do bac. septicaemiae myszy, stwierdzał i Kartulis w wielu setkach wypadków. W roku 1886 Weeks podczas strasznej epidemii zapaleń spojówki, znanej pod nazwą „Pinkeye“, znajdował we wszystkich wypadkach prątek, identyczny z tym, który Koch odkrył podczas epidemii egipskiej. Weeks nie mógł otrzymać czystych hodowli lasecznika, tylko w symbiozie z bac. xerosis albo pseudodiphtheriae; lecz po upływie 3 lat (1889) otrzymał hodowle czystego lasecznika (bac. Koch-Weeks) na środowiskach stałych (0,5% agar) z dodaniem do tych ostatnich wydzieliny, wziętej z oka w wypadkach najcięższych. Dalej Axenfeld opisuje jedną szkolną epidemię, której przyczyną był *pneumococcus Fraenke*’a. Wilbrandt, Saenger i Staelin spostrzegali w Hamburgu dwie epidemie; podczas jednej z nich znajdowali 4 grupy drobnoustrojów¹⁾, podczas zaś drugiej (1894) w większości wypadków stwierdzali tylko bac. Koch-Weeks’a. W r. 1895 przez Gelpke’go podczas epidemii w Karlsruhe odkryty został inny czynnik, wywołujący daną chorobę, i nazwany przez niego *bacillus septatus*. Kolonie lasecznika Koch-Weeks’a, zbadane w 8 wypadkach jednej epidemii w Paryżu przez Morax’a i Beach’a, bardzo przypominają kolonie lasecznika influenzy, lecz hodowle w przeciwieństwie do hodowli tego ostatniego okazują się niechorobotwórczymi dla zwierząt. Przegląd literatury u Kamen’a kończy się znanymi pracami Adler’a i Weichselbaum’a, którzy opisali szkolną epidemię (zachorowało 74 dzieci i 1 dorosły), wywołaną przez pneumokoki.

Autor zbadał bakteriologicznie 25 wypadków.

Po szczegółowem opisanii przebiegu badań wyprowadza następujące wnioski: 1. Epidemia, wybuchła w Czerniowcach, była bez wątplenia wywołaną *lasecznikiem* Koch-Weeks’a. 2. Otrzymać czyste hodowle tego ostatniego można, na zasadzie podobieństwa do lasecznika influenzy, najłatwiej na agarze krwawym, przygotowanym sposobem Pfeiffer’a. 3. Na zasadzie swych morfologicznych i biologicznych własności dany lasecznik odnieść należy do grupy prątka grypy. 4. Drobnoustrój ten, odznaczając się niezwykłą

¹⁾ I. grupa: Micrococcus subflavus, Trachomcoccus. II. grupa: Trachomcoccus Michela. III. grupa: Diplococcus, podobny do gonokoka. IV. grupa: Bacillus Koch-Weeks. Ref.

delikatnością, trudnem hodowaniem i niewielką zdolnością życia w hodowlach, niełatwo zastosowuje się do saprofitnych warunków życia. 5. W stosunku do zwierząt jest niechorobotwórczym lub posiada nieznaczne tylko działanie chorobotwórcze, lecz pożądane są dalsze badania w tym kierunku w granicach więcej obszernych. (>Centralbl. f. Bakteriol., Parasitenk.« etc. XXV. 1899. Nr 12 i 13, str. 401 i 449).

Dr Stanisław Serkowski.

Choroby oka przy durze powrołajny. Dr Czemołosow (Medicinskaja Pribawlenja k morskomu Zborniku, książka lutowa).

Spostrzeżenia, oparte na 115 przypadkach, spostrzeganych w petersburskiej ocznej lecznicy podczas epidemii tyfusu w 1895/6 r. *Porażenie oczu* obustronne było tylko 13 razy, reszta jednostronne. Tylko u 4 chorych rozwinęło się ono między powrołajami, u reszty objawiło się po ostatnim powrocie duru, a których bywało nawet do 6. Rzadziej spostrzegano li tylko chorioiditis (19 przypadków), częściej iridochorioiditis, przyczem zwykle zaczynało się od chorioiditis i dopiero później przyłączało się zapalenie tęczówki. Przy zapaleniu naczyńówki chorzy uskarżali się na osłabiony wzrok i latające muszki, przyczem wziernikiem wykrywano zmętnienia ciała szklanego pod rozmaitemi postaciami, co trwało zwykle od 1—2 miesięcy, i wzrok zupełnie powracał po użyciu płynnych konserwów, jodku potasu wewnątrz i napojujących środków (przeważnie ros. łaźni). Nie tak dobre zejścia były przy iridochorioiditis, przyczem spostrzegano tylne przyrosty tęczówki (zresztą łatwo rozrywalne 2^o/o¹) rozczyntem atropiny i powiększone wewnątrzoczne ciśnienie; w sześciu przypadkach stwierdzono ropę w przedniej komórce, w 2 żelatynowe wypociny, w 6 nieruchomą błonę w ciałku szklanym, która się rozpadała na duże ruchome płatki, w 10 znaczną bolesność w okolicy ciała rzęskowego (kyklitis). Ta druga potyfusowa postać cierpienia oczu trwała dłużej od pierwszej, całe miesiące, lecz pomimo to miała dobre zejście. Leczenie: atropina z kokainą, ciepły okład, Heurteletoup, podskórne wstrzykiwania pilokarpiny. Wkońcu autor wyznaje, że powyższe obie postacie cierpienia oczu nie są właściwe li tylko durowi powrotnemu, spostrzegał on takowe i po durze brzusznym (2 przypadki) i po influenzy (1 przyp.) i po nieokreślonych postaciach gorączkowych (18 przyp.).

Dr J. T.

O półksiężycowych lipodermoidach spojówki. Prof. Dr. Ewecki (Odbitka z Medicinskaho Obozrenja).

Lipodermoidy Eweckiego są to tłuszczaki i skórniaki jednocześnie. Umiejscowiają się one najczęściej na zewnętrznej stronie

¹) Słabsze rozczyntny 1/2—1% także wystarczają.

oka pod postacią ruchomego załamka, olaczającego łukowato zewnętrzny brzeg rogówki. Załamek koloru żółtawego, gładkiej powierzchni, gubi swój wierzchni i dolny koniec w sklepieniu spojówki, zaś podstawę za zewnętrznem spojeniem. Podobne załamki spotyka się bardzo rzadko, zazwyczaj są wrodzone, znane są jednak od dawna okulistom, którzy uważali je za rozrost błony śluzowej lub za czwartą powiekę w zarodku. Prof. Ewecki opisuje pięć wypadków (chorzy w wieku od 21—23 roku, na 1 męzc. 4 kob.); pod mikroskopem narosłe owe składały się z tłuszczowej tkanki, pokrytej cienką ołoczką (z budowy przypominającą skórę) z grubym pokładem nabłonka. W dwóch wypadkach z łatwością można było stwierdzić na przedniej powierzchni załameków skórniak, zawierający dość znaczną ilość ciemnych włosów. Jakkolwiek w dwóch wypadkach obecność włosów stwierdzoną nie była, to jednak warstwa skórna przemawiała na korzyść skórniaków. Żadna z istniejących teorii nie objaśnia ani charakterystycznego zewnętrznego wyglądu, ani stałego umiejscowienia ich na zewnętrznej stronie oka.

Włodz. Talko.

Demodex s. Acarus folliculorum und seine Beziehung zur Lidrandentzündung. Dr Joers Giessen (»Deutsch. Med. Wochenschrift«, Nr 14. 1899).

Po ogłoszeniu przez Rählmanna'spostrzeżeń nad pasorzytem, gnieźdzącym się w torebce włosowej rzęsy i wywołującym zapalenie brzegu t. zw. blepharitis acarica, przeprowadził autor szereg badań i doszedł do zupełnie innych wyników. Badając bowiem wyrwane rzęsy, bez względu na rodzaj zapalenia brzegu, jak również z powiek zupełnie zdrowych, znalazł, że nużeniec ludzki (*demodex folliculorum*) znachodzi się nawet stosunkowo częściej, bo w 64% przypadków, na zdrowych, aniżeli na rzęsach, wyrwanych z powiek, przedstawiających obraz blepharitis acarica.

Wobec więc tego, że pomimo swej obecności pasorzyt ten nie wywoływał najmniejszych objawów zapalenia, wnioskuje autor, że między *acarus foll.* a pewnymi rodzajami blepharitis nie ma żadnego przyczynowego związku i że z tego powodu nie należy uważać blepharitis acarica za odrębne zapalenie brzegu powiekowego.

Sądzi dalej, że nużeniec ludzki jest tu zupełnie obojętnym pasorzytem, grającym podobną rolę, jak na innych częściach ludzkiego ciała.

Rählmann'owi przypisuje tylko zasługę, że zwrócił uwagę na zupełnie zapoznany, a tak często znachodzący się na rzęsach pasorzyt.

Juniewski.

Conjunctivitis malarica. J. Sassa parel z Krasnego Stawu (»Woj.-med. Zurnał«. Kwiecień).

Autor spostrzegał u 19 letniej guwernantki objawy tak zwanej febris larvata w lewem oku, które ustąpiły dopiero po użyciu chininy. Stwierdzano między 8 a 11 godziną rano, i to codziennie, »nieznaczne« tylko przy bólu oka łzawienie i przekrwienie spojówki, Dr S. tworzy z tego osobną postać zapalenia spojówki (c. malarica) i dziwi się, że opisu jej nie znalazł w dostępnych mu okulistycznych pismach¹⁾.

Dr J. T.

Przyczynek do etjologii mięzszowego zapalenia rogówki. Langie (»Przegląd Lek.« 1899. Nr 24).

Autor stwierdził u 21 letniej panny rozlane zapalenie rogówki, leczone poprzednio na prowincyi przez cztery tygodnie wielkimi szaruchy, pomimo, że nie było »żadnych danych do kiły dziedzicznej, tem bardziej do nabytej«; nie mogąc również, przy pomocy internisty i syfilodologa, znaleźć żadnego przyczynowego związku choroby ocznej z innym jakim cierpieniem, podawał jodek potasu.

Po kilku dalszych tygodniach wyrwany chorej dla bólu zepsuty lewy ząb mądrości naprowadził autora na myśl, że to ząb ten mógł być powodem cierpienia ocznego, które krótko przed jego rozwojem miał poprzedzać ból owego zęba. Od chwili wyrwania zęba, »mimo odstawienia jodu«, nastąpiło widoczne polepszenie, a po dwóch tygodniach, przy stosowaniu jedynie atropiny i maści jodoformowej do oka, wszelkie objawy zapalne ustąpiły i »można było przejść do środków wyjaśniających rogówkę«. »Ostatecznie — dodaje autor — po wessaniu się nacieków zapalnych, oko powróciło do prawidłowego stanu, pozostały tylko małe, bardzo nieznaczne *obwodowe* plamki«.

W jakim czasie to wyjaśnienie rogówki nastąpiło, czy z zapaleniem połączone było wytworzenie się w rogówce naczyń, czy i w jakim czasie one po ustąpieniu zapalenia zniknęły, jaka była bystrość wzrokowa, czy zapaleniu rogówki towarzyszyło zapalenie tęczówki lub całej nawet jagodówki, z »obszernego przedstawienia« dowiedzieć się nie możemy, a jednak uwzględnienie tych okoliczności w historii choroby przyczyniłoby się niezmiernie do lepszego określenia rodzaju zapalenia rogówkowego, jako też do wyjaśnienia przyczynowego związku pomiędzy zapaleniem rogówki, a chorym zębem mądrości.

Wpływ zębów na powstawanie rozlicznych chorób ocznych

¹⁾ Gdy przy nerwicach trójdzielnego na podstawie malaryi i gałęz. łzowa jest zajęta, objaw ten często występuje. W.

przez wielu już zaznaczanym bywa, powstawanie zapalenia rozlanego miąższowego rogówki w następstwie chorego zęba należy w każdym razie do rzadko stwierdzonych przypadków.

Przytoczony przez autora przypadek Armaignac'a na potwierdzenie, że zadrażnienie oka przez uraz może sympatycznie i na drugim oku wywołać zapalenie miąższowe rogówki, nie zasługuje na uwzględnienie z tego powodu, iż w rozprawie nad tym przedmiotem mógł Lagrange¹⁾ zaznaczyć, że uważa przypadek Armaignac'a jako zapalenie miąższowe na podstawie kily odziedziczonej, a niezależne od urazu. Wobec podobnych pomyłek nadzwyczajna ścisłość w rozpoznawaniu jest konieczną, by mózż krytycznie jakies daleko idące czynić wnioski.

Zapalenie siatkówki w okolicy plamki żółtej wskutek oślepienia przez światło elektryczne. — Dr Würdermann i Murray (»The ophthalmic Record«. Maj. 1899).

Mężczyzna lat 20 zwrócił się 6 stycznia do autora, skarżąc się na oko. Poprzedniego dnia, ostrząc na dynamicznej maszynie nóż, został oślepiony blaskiem, gdyż kawałek ostrza spalił się. — Oślepienie oczu trwało około 10 minut; kiedy po południu przyszedł znów do pracy, oczy silnie były zaczerwienione. Z powodu silnego bólu noc spędził niespokojnie. Przy wziernikowem badaniu okazało się, że dolne żyły siatkówki były przekrwione, a okolica plamki żółtej zamglona, silniej w oku lewem, pole widzenia zmniejszone, nadto w lewem oku środkowy ubytek. Przedmioty wydają się przekrzywione i przekształcone (metamorphopsia). V. o. D = $\frac{6}{20}$. V. o. s = $\frac{6}{30}$. Już nazajutrz, po spędzeniu dnia w ciemnym pokoju i po wkropleniu atropiny, objawy podrażnienia były o wiele słabsze. D. 12 stycznia ubytek środkowy stawał się mniej wyraźny. 16 stycznia zamglenie okolicy plamki żółtej znacznie mniejsze: V. o. D = $\frac{6}{20}$. V. o. s = $\frac{6}{20}$. 30 stycznia dno oka, pole widzenia i siła wzroku prawidłowe.

W wieku elektryczności takie przypadki, jak powyższy, zdarzają się zapewne częściej, aniżeli nawet przypuszczamy.

Włodz. Talko.

Plewka jajka w oftalmiatrii. Dr Coover (»The ophthalmic Record«. Maj. 1899).

Autor z bardzo pomyślnym skutkiem zastosował plewkę w 4 przypadkach (2 zrosty powiek z gałką, głęboki wrzód rogówki z przepukliną błony Descemet'a i po operacyi irydektomii z obawy przed infekcyą). Przed operacyą asystent świeże jajko

¹⁾ Annal. d'oculist. T. 115, str. 382.

obmywał w roztworze formaliny. Po stłuczeniu jajka plewkę zanurzano w fizyologicznym roztworze soli, następnie dopiero, przytrzymując ją szczypekami, odcinano nożyczkami odpowiedni do celu kawałek. Przy symblepharon po odłączeniu powiek od gałki i usunięciu błon bliznowatych, autor obustronnie pokrywał rany plewką, dla lepszego utrwalenia zakładając ją pod oddzieloną spojówkę. Po nałożeniu opatrunku — ani bólu, ani podrażnienia nie było. Po 10 dniach, w obydwu przypadkach, plewkę usunęto, ponieważ powierzchnia gałki i powiek była już gładką, bez zrostów. Przy głębokim wrzodzie z przepukliną błony Descemet'a leciutko wyłuszczano owrzodzenie, wskutek czego nastąpiło przedziurawienie. Plevką przykrył autor mniej więcej całą przednią część gałki. Wstrzyknęto atropinę, oczy obustronnie zabandażowano, zalecono leżenie w łóżku. Na trzeci dzień po zdjęciu opatrunku — ani bólu, ani podrażnienia, przednia komórka wypchniona. Oko i plewkę przemyto roztworem soli. W końcu drugiego tygodnia wrzód zagoił się zupełnie, plewkę zdjęto. Zważywszy łatwość otrzymania plewki, możliwość zastosowania jej wszędzie, niewywoływanie ani bólu, ani podrażnienia, autor sądzi, iż plewka, w szeregu zalet posiadająca sprężystość, wszystkie posiada dane do szerokiego stosowania, zwłaszcza przy przetokach rogówki i przy ranach rogówki i twardówki, jako chroniąca od zewnętrznego zakażenia. *Włocz. Talko.*

O chirurgicznem leczeniu jaglicy. Aleks. Bortkiewicz
(»Woj.-med. Żurnal«. Kwiecień).

Dr B., służąc w Razaniu jako lekarz wojskowy, mianowany był przeze mnie na ordynatora dotkniętych jaglicą szeregowców nieczyńskiego pułku, z których utworzono oddzielną rotę, umieszczoną w nowo naprędce postawionym budynku. Izolacja, ten niezbędny warunek higieniczny dla ocznych chorych w wojsku, zastosowaną była w całym znaczeniu. Autor w tem sanatorium leczył mechanicznie 200 dotkniętych ziarnistą jaglicą i dziś złożył sprawozdanie swej pożytecznej czynności. Przy wyciskaniu ziarn jaglicy używano: szczypeków Burdach'a dla odwinięcia górnej powieki, zakrzywionej pincetki Donberga do wyciskania, małej ostrzej tyżeczki do wyskrobywania pojedynczych follikułów, a także igły, używanej do discisio. Szczypekzyki Knapp'a uznano za niepraktyczne, przy użyciu bowiem są dość bolesne i stosunkowo działanie ich jest grube¹⁾. Po odwinięciu powiek, wyciśnięciu i wyskrobianiu ziarn, pomocnik zraszał spojówkę 1:2000 rozezynem sublimatu, przyczem

¹⁾ Palce zręcznego operatora obyć się mogą bez wszelkich przyrządów w celu wyciskania tego, co się wycisnąć da. W.

operator wycierał (masował) ją kulką z waty. Spojówkę znieczulono przytem 5% rozezynem kokainy. Następnie stosowano na oczy zimne okłady (4 dni) i codzień spojówkę rozcierano kulką z waty przez dni około 10. Chorzy z przyjemnością poddawali się takiemu leczeniu. Wyciskanie było dostatecznie raz zrobić, powtórzano je tylko u trzech chorych. Nie zapobiegało to jednak nawrotom choroby po kilku miesiącach, chociaż w znacznie mniejszym stopniu.

Wobec znacznego procentu jaglicowych w wojsku rosyjskiem autor słusznie domaga się, aby w każdej części wojska utworzyć oddzielną t. zw. trachomatyczną komendę, którą należałoby poruczyć jednemu lekarzowi, obznajomionemu z chorobami oczu, a przynajmniej chorobami spojówki.

Dr J. T.

Heteroplastyka w oczodole. Dr M. E. Valude («La Clinique Ophthalmologique». Nr. 10. 1899).

Operacya Mules'a polega, jak wiadomo, na włożeniu kuli szklanej do twardówkowego worka po ewisceracyi, gdy tymczasem heteroplastyka jest to zaszywanie przedmiotów organicznych, więc kawałka węgla, kości, gąbki i t. d., po enukleacyi gąbki do worka Tenon'a. Pierwszy Lang w 1887 r. ogłosił świetny wynik, otrzymany z wprowadzenia do worka po enukleacyi wydrążonych kul ze szkła, celluloidu i ze srebra. Belt (z Waszyngtonu), polegając na arcyciekawych doświadczeniach Hamilton'a (z Edynburga), iż już w dziesięć dni po wprowadzeniu gąbki do jamy brzusznej u zwierząt następuje rozwój nowej, przenikającej gąbkę tkanki i naczyń, radził zaszywać do worka gąbkę, należycie oczyszczoną i równającą się mniej więcej $\frac{3}{4}$ wielkości gąbki. Hamilton wskazał również i na porowaty węgiel, który mógłby skutecznie w worku opierać się uciskowi bliznowatej tkanki. Bourgeois (Reims) używa w tym celu kłębków jedwabiu lub waty z torfu, owiniętych katgutem, wyniki pono mają być dobre.

Przez ciąg dwóch lat Dr Valude przeprowadził szereg doświadczeń, aby przekonać się, o ile i z jakim pożytkiem mogą być do worka Tenon'a zaszywane wyż wzmiankowane przedmioty. Po zaszyciu gąbki wyjąłowanej do worka — w następnym roku spostrzegł, iż gąbka w oczodole zapadła się zupełnie. Badanie drobnovidowe wykazało, iż szkielet gąbki skurczył się i że rozrosnięta w niej tkanka jest w stanie zwyrodnienia ziarninowego. Doświadczenia z węglem, z główką kości udowej młodego psa, kłębkami jedwabiu nie udały się zupełnie, a przynajmniej, jak w jednym przypadku z główką kości udowej, dały wynik bardzo niepewny. W wyniku więc Dr Valude przyszedł do przekonania, iż zaszywanie

ciał organicznych do niczego nie prowadzi i musi ustąpić miejscu ciałom nieorganicznym. W oddzielnym szeregu doświadczeń z zaszywaniem kul z ciał nieorganicznych przekonał się autor, iż, aby uchronić chorego od wypadnięcia sztucznej kuli, należy przede-wszystkiem zakładać szwy gęsto, pomnąc, iż najważniejszą rzeczą jest wytworzenie całkowitej (bez przerw) blizny: »L'inclusion d'un globe inorganique dans les tissus de l'orbite après énucléation, est donc facilement réalisable, mais à la condition expresse de pratiquer des points de satures très nombreux et très solidement passés dans les tissus«.

Włodz. Talko.

Szkodliwość jednoczesnego naznaczania jodu do wewnątrz i rłęci do oczu. J. Woskresenski j. (»Wojenno-medycinskij Żurnał«. Książka kwietniowa).

Pewnej pani w pół godziny po zażyciu 20 gr. natr. jod. nasypiano do oka kalomelu, — natychmiat pojawiły się objawy drażniącego działania proszku, ból nie ustępował od wkraplania kokainy. Pod górną powieką, po oczyszczeniu spojówki z proszku, spostrzeżono owrzodzenie dość obszerne, głębokie pół mm., strup, jak po przyżeganiu azotanem srebra. Zdaniem Dra W., jod, wydzielany przez gruczoł łzowy, połączył się z kalomelem i utworzył drażniący dwujodek rłęci. Autor twierdzi, że nie wszyscy są tego zdania; i tak na przykład Dr Ławrentjew w Moskwie pisze: »w ciągu ośmiu lat bardzo często używam maści z żółtego precipitatu rłęci w połączeniu z jodoformem i nigdy nie spostrzegłem drażniącego działania jod-rłęci«¹⁾.

Pamiętać trzeba, że kalomel sam przez się może wywołać w spojówce drażniące działanie wskutek wytworzenia się w nim sublimatu, o czem obszerniej pisałem w tymże »Woj-med. Żurnalu« (1883 r.) i w »Medycynie« (T. XI).

Dr J. T.

Zaćma przy cukrzyey. Dr Robert Randolph (»The ophthalmic Record«. Kwiecień. 1899).

Pierwszy Rollo w 1798 r. spostrzegł zaćmę przy cukrzyey, opisał zaś ją Lecorché w 1851 r. Von Graefe twierdził, że zaćma wytwarza się mniej więcej raz na 4 dyabetyków. Według statystyki Gałęzowskiego na 100 zaćm wszelakiego rodzaju spotyka się zaledwie jedna zaćma cukrzycowa, według Becker'a 4, według Oppolzer'a 9. Kiedy jedni twierdzą, iż przy cukrzyey zaćma wytwarza się w późniejszym okresie choroby, Dor i Le-

¹⁾ Wpływ ujemny kalomelu na spojówkę przy podawaniu wewnątrz jodku potasu nie ulega żadnej wątpliwości, atoli nie wywierają go inne przetwory rłęci, zwłaszcza t. zw. żółta maść.

eorche utrzymują, iż we wcześniejszym. Dziś okuliści nie uważają cukrzycy za przeciwwskazanie do operowania zaćmy. Gałęzowski w liczbie 32 operowanych zaćm przy cukrzycy (ilość cukru w moczu we wszystkich tych przypadkach była znaczną) otrzymał zaledwie jeden zły wynik.

Zaćma przy cukrzycy wytwarza się względnie bardzo szybko w przeciągu mniej więcej dwóch lub 3 miesięcy. Znane są wprawdzie przypadki upostaciowania się zaćmy przy cukrzycy w przeciągu tygodnia, w każdym razie nie tworzą się one dłużej od roku. Tworzą się zwykle na obydwóch oczach według jednego typu, mianowicie rozpoczynają się z obwodu soczewki.

Z przytoczonych 3 historyj przebiegu wydobycia zaćmy przy cukrzycy przyłączamy jeden: Murzyn, 35 lat chory na cukrzycę, zaledwie od roku posiada w obydwóch oczach zaćmy. W moczu cukru $2\frac{7}{8}\%$. Operacji ekstrakcyi dokonano z początku na prawem, a po upływie tygodnia na lewem oku, w którym wywiązało się z niewiadomych przyczyn lekkie zapalenie tęczówki. Po 6 tygodniach Murzyn opuścił szpital z siłą wzroku $\frac{20}{40}$ na obydwie oczy. Autor podkreśla oryginalny szczegół. Otóż mianowicie po operacyi ekstrakcyi iritis wytwarza się częściej u czarnej, niż białej rasy chorych.

Co się tyczy patogenezy zaćmy przy cukrzycy, to autor skłania się do teoryi Deutchmanna, iż zaćma powstaje skutkiem obumarcia komórek (włókien) soczewkowych przez niewłaściwie zmienione soki, gdyż wtedy dyfuzya się zwiększa i istota soczewkowa, pęczniąc, mętnieje.

Należy pamiętać, że zaćma i zapalenie siatkówki (retinitis diabetica) przy cukrzycy są to zupełnie oddzielne dwie choroby, wnikające się ze sobą bardzo rzadko. Stwierdzony ten fakt czyni naturalnie rokowanie przed operacyą wydobycia zaćmy przy cukrzycy pomyślniejszem.

Włodz. Talko.

Pulsujący brzeszcz przy aneurysmalicznym żyłaku szyi.
Dr H. Gifford (>The ophthalmic Record*. Kwiecień. 1899).

Czterdziestotrzyletni Irlandczyk, napadnięty przed 4 lata przez pijaków, został kilku uderzeniami w lewą stronę szyi powalony na ziemię. Według słów chorego szyja zaczynała puchnąć i niemal zrównała się z podbródkiem, była przytem czarną. Już w kilka godzin po wypadku powstał szum w głowie, trwający odtyd ciągle. W 4 tygodnie potem nastąpiło nieznaczne wysadzenie lewej gałki i mniej więcej w tym samym czasie lewe oko zaczęło zezować w stronę nosa, przyczem wzrok tego oka psuć się zaczął. W 4 lata po wypadku stan przedstawiał się w następujący sposób: Oko prawe prawidłowe, V = $\frac{20}{30}$, w lewem oku zez zbieżny (około 6 linii), w porówna-

niu z prawem okiem wysadzone na $\frac{1}{8}$ cala. Trzeszcz objawia tętnienie, odpowiednio uderzeniem serca. Zresztą nie ma w lewym oku nic nieprawidłowego, V. = $\frac{20}{100}$; wystarcza, aby chory zwrócił głowę w lewą stronę V. poprawia się, równa się wówczas $\frac{20}{40}$. Tętnienia siatkówki nie widać. Na lewej stronie szyi cylindrycznej postaci tętniący nowotwór, który od brzegu mięśnia sulko-obożczykowego, stopniowo zwiężając się, posuwa się aż do kąta żuchwy. Nowotwór naczyniowy drży przy wymacywaniu palcami, tętni gwałtownie, przez słuchawkę słychać głośno szmer. Następstwem pobicia było i przemieszczenie kości podjęzykowej. Słuchawka, przystawiona do byle jakiego miejsca na czasec lub do lewego oka, daje słyszeć szmer. Nowotwór się nie powiększa, do szumu w głowie chory się przyzwyczaił, skarży się więc tylko, iż z powodu osłabienia nie może zająć się poważną pracą.

Dr H. Gifford twierdzi, iż trzeszcz i porażenienerwu odwodzącego nie były w tym razie następstwem wynaczynienia krwi do mózgu lub oczodołu, lecz powstały wskutek zwiększonego ciśnienia w zatokach czaszkowych, początkowo w zatoce skalistej, następnie w zatoce jamistej, spowodowanego obecnością nowotworu naczyniowego na szyi. Przypadek więc Dra G. stanowiłby *unicum*, gdyż w rozprawie Kellera (Zurych, 1898) w liczbie 118 przypadków wzmianki o tego rodzaju wypadku nie ma. Wobec istnienia nowotworu na szyi, nie ma racji podejrzewać tętniaka w mózgu, gdyż nadto z wywiadów przekonać się było można, iż chory w głowę nie był bity wcale. Chirurgzy, którym autor pokazywał niniejszy przypadek, uznali go za żylak aneurysmatyczny. Gdyby tak było istota, podwiązanie żyły szyjowej wyżej ponad żylakiem pozbawiłoby chorego nieміłego szumu w głowie (oraz złagodziłoby objawy ze strony oka. *Przyp. ref.*) *Włodz. Talko.*

V. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Société française d'ophtalmologie. Posiedzenie 2 maja b. r. (Ciąg dalszy).

Rochon-Duvigneaud mówi o anatomii i patologii dróg łzowych. Brak nam opisu dokładnego anatomicznych stosunków dróg łzowych, a właśnie znajomość ściśła tego przedmiotu może odsłonić niejedną wskazówkę właściwego leczenia. Autor zaznacza różnicę, jaka zachodzi między przewodem nosalowym dorosłych, a dzieci i noworodków.

Zakrzywienie przewodu w dolnej części zwraca się u noworodków ku wewnątrz. W tymże wieku przewód jest oddzielony od jamy Highmora grubą tkanką, dopiero później jama ta, rozwijając się, łączy się z przewodem.

Układ wewnętrzny przewodu u noworodków i dorosłych różni się także.

U pierwszych spotykamy kilka przegród poziomych albo lekko skośnych, w środku przekłutych. Co do liczby zazwyczaj cztery, ale ich miejsce jest różne. Te przegródki nie mają, jak twierdził Hyrtl, ułożenia krętego (spiralnego). Mają one rozmaitą szerokość. Najszersze stanowią istne przegrody błony śluzowej, ale często tworzą one tylko proste załamki pierścieniowate. U wielu osobników dorosłych nie ma ani przegród, ani też załamek pierścieniowatych. Zależnem to jest od rozwoju błony śluzowej, gdzie ona obfitsza, tam tworzą się przegrody i pierścienie.

Nigdzie nie spotykał autor tych przegród, tak regularnych u noworodków, u dorosłych. Tu powierzchnia jest więcej gładką. Natomiast rzadko u nich jest przewód zupełnie regularny, napotyka się wklęsnięcia, nierówności, zwężenia, zgrubienia, a pod tym względem zachodzą rozliczne różnice osobnikowe, a nawet przewodów jednej i drugiej strony. Zdaje się, że zastawki, zachodzące u noworodków i dzieci, później giną.

Jedyna stała zastawka zachodzi poniżej ujścia przewodników do worka łzowego. Autor nazywa ją zastawką Béraud'a. Mylnie, gdyż Béraud'a zastawka jest przy ujściu worka łzowego do przewodu łzowego, tamta zaś nazywa się zastawką Husehke'go.

Co do ujścia dolnego i skłonności przyrodzonej do zapalenia worka łzowego takie wypowiada autor zapaływanie: Przewód nosowy pierwotnie u noworodków nie ma połączenia z jamą nosową. Zazwyczaj kończy się on ślepo pod błoną śluzową dolnej jamy nosowej, wyjątkowo powyżej, to jest tam, gdzie się kończy kostny przewód nosowy. W obu przypadkach odpadki nabłonkowe, gromadząc się, powodują rozszerzenie dolnego końca ślepego przewodu i jego pęknięcie. Okres, w którym to następuje, jest rozmaity. — Jeżeli jednak dwie błony śluzowe, oparte o siebie, to jest błona śluzowa przewodu i błona nosowa, są bardzo odporne, to pęknięcie może się opóźnić. Z tego wynikają dwie ostateczności: 1. ujście przewodu do jam nosowych następuje dopiero po urodzeniu, — 2. przewód rozszerza się wskutek nagromadzenia owych odpadków nabłonkowych. Nie mamy jeszcze wtenczas do czynienia z prawdziwym zapaleniem worka łzowego, ale potrzeba tylko, by do nagromadzonych mas nabłonkowych przystąpiły jeszcze drobnoustroje, a wytwarza się łatwo zapalenie sauro.

Co do gruczołów, to ich nie ma w przewodzie łzowym, mimo, że właśnie błona śluzowa nosa tak w nie obfituje. Natomiast przy dokładnem badaniu błony śluzowej przewodu spotyka się zgrubienia nabłonka, przypominające nieco postać butelki, a mogące uchodzić poniekąd za nierozwinięte pierwiastkowe gruczoły. Takie twory spotyka się też częściej u noworodków, aniżeli u dorosłych. Gruczołki, spotykane u ujścia przewodu do nosa, należą raczej do błony śluzowej nosa. Nie posiadając gruczołów śluzowych, przewody nie ulegają nieżytom, podobnym do nieżytnośi nosa.

Lagrange mniema, że na podstawie przedłożonych przez autora rysunków przypuszczać właśnie można istnienie zastawki w dolnym końcu przewodu. Ta zastawka u dzieci jest głównym powodem łzawienia, a u dorosłych często do niego się przyczynia.

Zwężenie może zachodzić albo w górnej części, to jest po stronie worka łzowego, albo w dolnej po stronie nosa. W pierwszym przypadku sondowanie usuwa łzawienie, w drugim zaś do jego usunięcia potrzeba zniszczyć ogólną ekonomię dróg łzowych i zmienić znacznie mechanizm fizyologiczny wydzielania łez. W tych przypadkach trzeba by zniszczyć zwężenie od dołu przez kateteryzowanie Laforest'a.

Kalt sędzi, że sondowanie przewodu od strony nosa jest prawie niemożliwe i podaje sposób, przez siebie praktykowany, dość zawiły, o którym zresztą sam powiada, że wydał zrazu wyniki bardzo mierne.

Zanotti, w sprawie ślepoty i niedowidzenia po chininie, przytacza przypadek, w którym 38 letni chory od razu spożył 18 gr. chininy. Prócz objawów ze strony skóry i znanych i opisywanych objawów ocznych, wystąpiła achromatopsia dla barwy zielonej i błękitnej, która dopiero późno znikła, gdy hemeradopia trwała. Bystrość wzrokowa, która w początku leczenia nieco się była podniosła, zmniejszyła się w rok po zatruciu. Stwierdzono zanik tarczy, a pole widzenia, wskutek chininy wogóle zwężone, było nieregularne. Wziernikiem stwierdził autor na całej siatkówce białawe punkciki o brzegach rozlanych i sędzi, że główną przyczynę obrażeń ocznych w podobnych przypadkach odnieść wypada do zwężenia naczyń.

Kalt z Paryża wspomina o swoim sposobie leczenia stożka rogówkowego: Z uwagi, że ciągła opaska uciskowa dobre daje w takich razach wyniki, zastosował ucisk w jednym przypadku świeżego stożka jednostajnego ucisku powiek przez zeszcycie tychże (tarsoraphia).

Bourgeois z Reims podaje szczypce tnące (pince-coupante) dla ułatwienia wykonania tarsorafii, względnie blefarorafii. Szczypce

te wycinają pasek 1 cm. długi, którego końce osobno nożyczkami się odcina. W ten sposób i szybciej i regularniej brzegi powiek zeszyć można. Żeby jednak zwykłym sposobem zeszyte brzegów powiekowych trwać miało pół godziny i więcej, jak to dla zachwiania swych szczyptów autor twierdzi, tego z własnego doświadczenia potwierdzić nie możemy. Operacyjkę tę wykonujemy bez szczyptów szczegółowych w ciągu 10—15 najwyższej minut.

Bellremieux z Roubais wspomina o przypadku, na przeszłym kongresie przedstawionym, gdzie oko, poprzednio mające myopię 1 diopr., przez uraz, przed dwu laty odniesiony, stało się miarowem. B. nie przypuszcza, by tu chodziło o krótkowzroczność dynamiczną, gdyż refrakcyja była poprzednio oznaczoną po atropinowaniu dłuższem, a także i rozszerzenie źrenicy nie może wywołać błędnego na rzecz zapatrywania, gdy chodzi o ametropię sferyczną. B. sądzi, że przez myotica i przez ucisk można w rozmaitym stopniu sprowadzić zmniejszenie się myopii, ale tylko przejściowo. W przypadkach postępującej krótkowzroczności u młodych osób mógł tymi środkami, zwalczając podwyższone napięcie względne, jako powód wzmaganania się myopii, szybko znaczne polepszenie sprowadzić.

Parent pragnie, by niezwykle spostrzeżenie, względnie dołączone do niego wnioski autora, mogło przez liczne i poważne dowody być potwierdzonem.

Pflueger utrzymuje, że w krótkowzroczności środki rozszerzające lepiej działają od środków zwężających źrenicę, a znanym mu jest przypadek, w którym bardzo krótkowzroczny osobnik ma zwyczaj często powtarzające się obwodowe odczepienie siatkówki powstrzymywane zapuszczeniem atropiny. H.

2. Académie de médecine de Belgique. Posiedzenie z dnia 27 maja 1899.

Dr Nuel czyta sprawozdanie z pracy Dra Bulloča i Dra Lor'a (z Brukseli, której wyniki są następujące:

1. Na oczach króliczych, wszczepionych do jamy otrzewnowej żywego zwierzęcia, rogówka po upływie jednego dnia zaćmiewa się i grubieje we wszystkich miejscach, gdzie przybłonek został zachowany, a zachowuje przezroczystość i grubość niemal prawidłową wszędzie, gdziekolwiek przybłonek zeszkobano.

2. Te zmiany w przezroczystości i grubości rogówki pozostają zawsze w ścisłym związku ze zniszczeniem śródbłonka w odpowiednich miejscach, czego następstwem jest wniknięcie cieczy wodnej w tkankę rogówkową.

3. Zniszczenie śródbłonka zależy zaś od nekrobiotycznego działania przybłonka. Działanie to, występujące po enukleacji, na-

leży uważać za główny, jakkolwiek nie bezpośredni czynnik, wywołujący wyżej opisane zmiany w rogówce.

4. Przybłonek odgrywa tu jednak także bezpośrednią rolę; stanowi mianowicie zapórę, wstrzymującą wydzielenie się na zewnątrz cieczy wodnej, która wnika w tkankę rogówkową. Tę własność przybłonka można stwierdzić także na oku żywym, u którego zeszkrobano śródbłonek z błony Descemet'a.

5. Ciecze, od zewnątrz oko opłukujące (czy, wydzielina spojówkowa, lub, jak w doświadczeniach autorów, płyn jamy otrzewnowej), okazują małą skłonność do wnikania w miąższ rogówkowy w miejscach, pozbawionych przybłonka. Gdzie jednak przybłonek jest nie-naruszony, tam o wnikaniu tych płynów mowy być nie może. — (Według »Semaine Médicale«, Nr 25. 1899). K. H. M.

VI. LECZNICTWO.

28. Nici celluloidynowe do szycia i podwiązywania poleca Pagenstecher w Elberfeldzie. Angielskie nici w sposób dokładnie przez autora podany zaprawiają się dość żmudnem postępowaniem celluloidyną. Nici te są bardzo trwałe, łatwo dają się nawlekać, a wchłanianie wydzielin rany przez nie uniemożliwia brak rozpuszczalności celluloidu, nadto nici nie pękają się, a węzły dobrze trzymają. Nici celluloidynowe sporządzane są w pięciu rozmaitych grubościach. (Dtsche med. Wochenschrift. 1899. Nr. 14).

29. Nagniatanie. Piesbergen stosuje w celu wykonania nagniatania w cierpieniach ocznych przyrządzik, używany w Anglii przez fotografów do retuszowania elektrycznego. Ujęty w osłonę żelazną elektromagnes wprawia w poruszenie pręcik, zaopatrzony w guzik masujący. Pręcik ten wykonuje z równą siłą 200 drgawek w minucie. Jako źródło elektryczności służy element Bunsen'a albo mały akumulator z reostatem. Pręcik ten zakłada się wprost na powiekę albo twardówkę.

Nagniatania takiego doświadczał autor w porażeniach gośceco-wych i następowych skurczeniach mięśni. Dalej, z bardzo dobrym rzekomo wynikiem, przy zapaleniach rogówki twardniejącem (sklerosirendo Keratitis), przy zapaleniu twardówki, a także przy miąższowem zapaleniu rogówki po ustąpieniu objawów zapalnych. Unikać trzeba tego sposobu leczenia przy każdym ostrym stanie zapalnym. Nagniatanie opisane wykonuje się dwa razy tygodniowo przez 3—5 minut. („Muenchener Med. Wochenschrift“, 1899. Nr 19).

30. Nadmanganian potasu (kali hypermanganicum) przeciw toczniowi poleca Dr Kraszanowski, który miałko sproszkowany środek posypuje warstwą grubości kilku mm. i zakłada suchą opaskę.

Po strąceniu strupa, tworzącego się pod wpływem tego środka, następuje rzekomo bardzo szybko wyleczenie przy stosowaniu obojętnej maści. Tkanka zdrowa pod wpływem środka nie cierpi, a również dobrze działa nadmauganian potasu w sposób powyższy zastosowany przeciw innym wrzodom gruźliczym.

31. **Lycetol**, czyli winian dimetylpiperazyny wpływa korzystnie na dyatezę moczaniową i jej następstwa i dlatego również korzystnie jak piperazyna podawana być może przy piasku moczowym, dnio i t. d. Przed piperazyną ma tę zaletę, że nie pochłania z powietrza wilgoci i kwasu węglowego, a dalej, że rozkładając się na swe składniki działa także przez kwas winny, który zamieniając się na kwas węglowy alkalizuje krew i usposabia ją do rozpuszczania kwasu moczowego. Nadto kwas winny wznaga wydzielinę moczu. Lycetol poza organizmem nie rozkłada się i ma przyjemny smak. Daje się 1—2 gr. dziennie przez kilka tygodni, najlepiej w wodach mineralnych.

(Wiadomo, że dno bywa nie rzadko powodem także jaskry. Warto w odnośnych przypadkach doświadczać znaczenia nowego tego środka w stosownych razach).

Lycetol wyrabia fabryka Friedrich Bayer et Cp. w Frankfurcie n. M.

32. **Wyciskanie podspojówkowe jaglic** poleca Dr. Holmhold w zastępstwo wycinania załamków jaglicą dotkniętych i ma nadzieję, że tem postępowaniem zapobiegnie krzewieniu się ciurpionia, przyznaje atoli sam, że zbyt krótki czas nie pozwala mu jeszcze przesądzać o wartości „metody“, która polega na przecięciu spojówki wzdłuż całego załamka, odpreparowaniu w stronę powieki i galki i wyciśnięciu osobnym naturalnie przyrządkiem wszystkich mieszków (Follikel). Zapewnia jednak, że postępowanie jest „gefahrlos, einfach u. kam noethigenfalls wiederholt werden“. (Manuskrypt drukowany w Gdańsku u Kafomana). —

W.

VII. ROZMAITOŚCI.

Pięcioletnie sprawozdanie z corocznych oględzin oczu u szeregowców kazańskiego woj. okręgu (1891—1895). — Dr. Naumow (Kazań 1899).

Dr Naumow, okulista okręgowy, rocznie oglądał mniej więcej 12,260 szeregowców. Okazało się, że Czuwasi, Czeremisi i inne plemiona inorodcze z wąską i krótką szparą powiekową dawali największy procent chorych na jaglicę (4,79%) przy wstępowaniu do wojska; największy przyrost chorych na jaglicę w ciągu 5 lat służby spostrzegł wśród Tatarów (2,91%), następnie wśród Polaków (1,86%). Przyrost chorych na jaglicę zmniejszał się w wojsku

z każdym rokiem: w drugim roku służby wynosił 1,55%, w trzecim 0,35%, w czwartym 0,29%.

Dr Naumow przyczynę bardzo częstych wypadków jaglicy wśród Czuwasów, Czeremisów i in. widzi w charakterze szczepów, które — jak to wskazują doświadczenia Kondrackiego, czynione na Czeremisach — są dziś już na drodze zupełnego zwyrodnienia (idyotyzm, niedługowieczność, zupełny kretyzizm). *Włodz. Talko.*

Trzecia książka „Więstnika Oflatmologii“ z b. r. zawiera następujące oryginalne prace:

1. Dra Łobanowa, O znaczeniu niepatogenetycznych bakteryj w patologii oka (Dokończenie).
2. Dra Andońskiego, O szwie rogówki sposobem Kółta (Będzie streszczona).
3. Dra Ginzburga, W sprawie symptomatologii i rozpoznania urazowego uszkodzenia nerwu wzrokowego.
4. Dra Czuprina, O zwichnięciu soczewki przy ekstrakcji zaćmy.
5. Dra Rudina, Pyoctaninum coeruleum, jako środek dyagnostyczny i terapeutyczny w ocznej praktyce (Będzie streszczona).

Dr. J. T.

IX. kongres międzynarodowy okulistyczny odbędzie się, jak donosiliśmy, w Utrechie.

W poniedziałek d. 14 sierpnia nastąpi przyjęcie gości, którzy winni zgłosić się do biura informacyjnego, znajdującego się w budynku uniwersyteckim.

Wo wtorek 15 sierpnia o godzinie 10 rano otwarcie kongresu na wielkiej sali uniwersyteckiej przez Dra Argylla Robertsona, prezydenta. Przemówienia wstępne.

Z wykładów, przeznaczonych dla posiedzeń ogólnych, wymieniamy, i to w językach, w jakich będą wygłoszone, następujące:

T. Leber: Die Ernährungverhältnisse des Auges.

Priestley-Smith: The treatment of strabismus in very young children.

Panas: Paralysies oculaires motrices d'origine traumatiques.

C. Reymond: Le traitement chirurgical des défauts de courbure de la cornée.

H. Knapp: On the symmetrical position uniform rotation of the meridians of the eyes.

Do redakcyi „Klinische Monatsblatzer“ wstąpił, ku pomocy sędziwego Prof. Zehendera, Prof. Axenfeld z Rostoku.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Nestor okulistów niemieckich, Prof. Dr. Wilhelm Zehender, skończył d. 21 maja 80 rok życia. Jak wiadomo, żyje Zehender, po złożeniu profesury w Rostoku, od 10 lat w Mnichowie, oddając się wyłącznie pracy naukowej i wydawaniu założonego przez siebie, a tak rozpowszechnionego miesięcznika „Monatsblætter f. Augeneheilkunde“.

Urodzony w Bremenie, jako syn radey legacyjnego, pochodzi z rodziny od dawna w Szwajcaryi osiadłej i znanej. Skończywszy nauki lekarskie, które pobierał w Gotyndze, Jenie i Kilonii, oddał się z zamiłowaniem okulistyce pod kierunkiem Jaeger'a w Wiedniu. Następnie wykładał okulistykę w Bernie od 1862 do 1866, potem w Rostoku do roku 1889.

Współzałożyciel Towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu, współwydawca naukowych sprawozdań tegoż Towarzystwa, redaktor wymienionego miesięcznika, autor znanego podręcznika, a później obszerniejszego dzieła o chorobach narządu wzrokowego¹⁾, odznaczył się jeszcze całym szeregiem ważnych artykułów z dziedziny okulistyki, przeważnie zaś z upodobaniem uprawiał optyczną stronę naszej specjalności. Nie pomija i strony praktycznej zawodu: zajmuje się budową kliniki okulistycznej, a obejmując zawsze całość, daje zarazem wskazówki miarodajne dla klinik okulistycznych wogóło. Prawodawstwo znajduje w nim przy zaprowadzeniu przepisów, dotyczących odškodowania, sumiennego doradcę w leczebnem oznaczaniu szkody, ponoszonych przy zranieniach lub obrażeniach przyrządu wzrokowego. On to sprawom statystyki higieny, a także przypuszczenia kobiet do praktycznego wykonywania sztuki lekarskiej²⁾, jak i wielu innym, ogólnej medycyny i okulistyki dotyczącym, poświęca baczną uwagę, wszędzie i zawsze bystrym umysłem oceniając dobrze istotę rzeczy i wskazując właściwe drogi ducha.

Jakim był lekarzem, nie mieliśmy sposobności osądzić, ale wiele pono dobrego o nim opowiadają sobie i dziś jeszcze mieszkańcy Rostoku. Natomiast podnieść nam w końcu wypada jego nadzwyczaj serdeczny stosunek do kolegów, czego mieliśmy osobiście sposobność nierazko zaznać.

Choć w spóźnieniu, przylączamy się do tych, którzy czcigodnemu Jubilatowi życzyli zachowania tej samej świeżości umysłu, przy zupełnem zdrowiu, przez długi jeszcze szereg lat życia dla dobra nauki, a dla zachwytu Jego licznych wielbicieli. *W.*

¹⁾ Lehrbuch der Augeneheilkunde.

²⁾ 1875.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

S. p. Dr Karol Waldhauer, członek oftalm. Towarzystwa w Heidelbergu, zmarł w Mitawie d. 12 maja. Urodził się w Kurlandyi w r. 1821, dyplom lekarski otrzymał naprzód w Królewcu, a potem w Petersburgu (1846). Oczne choroby studyował przeważnie w Paryżu, poczem objął posadę dyrektora ocznego szpitala imienia Reymmerowej w Rydze. W roku 1889, już chory na oczy, przesiedlił się Dr W. do Mitawy, gdzie kierował ocznym oddziałem zakładu dyakonisek, lecz wkrótce zupełnie wzrok utraciwszy, usunął się w ciche ustronie. Bawiąc czasowo w Rydze w r. 1896, umyślnie pojechałem do bliskiej Mitawy, aby odwiedzić dawnego znajomego. — Pozwalam sobie powtórzyć tu moje słowa, skreślone wtedy w numerze 26 „Gaz. War.“: „W Mitawie z niemalą trudnością odszukałem Dra W., którego przed 25 laty znałem jako słynnego okulistę w Rydze. Dziś, niestety! ten sędziwy człowiek nauki, prawie głuchy i ślepy, zupełnie się odsunął od świata, osiadł w skromnym mieszkanku i jedyną jego osłodą jest zaena małżonka, która mu czytuje pisma i listy od dwóch synów, których wykształcił na lekarzy, a także fajeczka i pleczenie ze sznurków woreczków i forebek, które chętnie rozdaje odwiedzającym go gościom i przyjaciółom. Taka zmiana po 25 latach: zdrowie i sława pierwszorzędnego praktyka w bogatej Rydze, potem utrata słuchu i wzroku, a przytem nie wystarczający na życie skromny fundusik. Wszystko to wywarło na mej duszy przygnębiające wrażenie, ba, nawet wycisnęła łzę nad dolą kolegi, który przed laty przywracał wzrok tysiącom swoich pacjentów. Nie smutniejszego, jak nieuleczalna ślepota okulisty — takich wypadków przed laty znałem jeszcze dwa: Dra Stratanowicza w Kijowie i ś. p. Prof. Quaglino w Medyolanie — tego przyjaciela Polaków — którego życiorys z portretem zamieściłem w „Kłosach“ z r. 1880“.

Prace swoje zmarły ogłaszał głównie w „Klinische Monatsblt. f. Augenheilkunde“. W listopadowej książce z r. 1897 podał ostatnią, łabędią, p. t. „Zur Operation der Trichiasis höheren Grades“, w której opisuje przebieg swojej długoletniej choroby. *Dr F. T.*

Ś. p. Dr Józef Piaszczyński zmarł 21 maja w Warszawie. Urodzony w gubernii kaliskiej w r. 1853, nauki pobierał w miejscowem gimnazjum, potem wstąpił do uniwersytetu warszawskiego na wydział lekarski 1872 r. Po ukończeniu nauk lekarskich w Warszawie, zwiedził kliniki londyńskie, paryskie, gdzie parę lat głównie studyował oftalmologię, przeważnie w klinice Gałęzowskiego.

Po powrocie do kraju z całym zamiłowaniem oddał się okulistyce. W r. 1885 został mianowany asystentem okul. kliniki uniwersyteckiej przy Prof. Wolfryngu, gdzie pozostawał lat kilka. Prócz tego uczęszczał stale do prywatnej lecznicy przez lat 10, udzielając porady cierpiącym na oczy, i kilkanaście lat zajmował miejsce lekarza honorowego w zakładzie sierót przy Tow. dobroczynności.

Prac oryginalnych nie pozostawił żadnych, natomiast tłmaczył wiele z pism oftalmicznych francuskich.

Zmarły cieszył się sympatją i poważaniem wśród publiczności i kologów.

Przedwczesny zgon skromnego, młodego pracownika, bo w 46 roku życia, nastąpił po ciężkiej operacyi gardła, przy objawach ogólnego wyczerpania.

Dr J. Talko.

Redakcyja otrzymała.

Dr A. Langie: Nowy przyrząd do oznaczania astygmatyzmu regularnego. Odbicie z »Przegl. Lek.« Nr 20. 1899.

M. Seidenmann (Lublin): Operacyjne leczenie silnego krótkowidzstwa. Odbitka z »Kroniki Lekarskiej«. 1899. Luty.

K. Noiszevski: Leczenie operacyjne jaglicy i łuszczyki i t. d. Odbitka z »Przegl. Chirurg.« T. III. Z. IV.

Tenże: Metoda badania dyferencyjnego i integralnego widzenia. Odbitka z »Gaz. Lek.« Nr 19. 1894.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracyja**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracji »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.



Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcją

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

Miejsce drugiego stabilizowanego elewa

przy uniwersyteckiej Klinice Okulistycznej
w Krakowie

jest do obsadzenia od dnia 15 października b. r.

Bliższych szczegółów udzieli dyrektor Kliniki

Prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITWAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec

—*— ROCZNIK PIERWSZY —*—

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Słów kilka o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce.

Napisał

DR JÓZEF TALKO.

Wada ta w ustroju siatkówki ma rozmaite nazwy: »mielinowija wołkna zritehno nerwa« (po rosyjsku), »les fibres nerveuses à double contour«, albo »fibres nerveuses à nœtte« »Dunkelconturirte Nervenfasern v. Opticusausbreitung, v. Markhaltige Fasern in der Netzhaut«, lub wreszcie »Markige Hypertrophie d. Nervenfasern der Netzhaut«, »Opaque optic nervefibres«. Ogólnie uznana jest za wadę wrodzoną oczu, chociaż do tej pory nikt jej nie widział u noworodków.

Zwykle spostrzegamy ją u dorosłych, czasami jednak u dzieci. Nietylko bywa u ludzi, lecz i u niektórych ssących — zwykle zjawia się u królików w postaci poziomych białych tasiem po obu stronach tarczy wzrokowej; u psów wskutek tych włókien tarcza nieraz uwydatnia się ku przodowi (H. Mueller); bywa też i u świu, jak o tem wzmiankowałem, pisząc o tej

wadzie w mojem sprawozdaniu »z oftalmologicznej praktyki«¹⁾; w oczach wiewiórki na razie zdaje się, że mamy też do czynienia z tą wadą, bliższe jednak zbadanie ciągle ruchliwych, nawet we śnie, oczu przekonywa, że u tego zwierzątka tarcza wzrokowa ma postać białej, poprzeczno wydłużonej taśmy, lecz bez powyższych włókien.

W świeżo nadesłanem mi przez szan. kolegę Strzemińskiego spostrzeżeniu²⁾ nie upatruję nic szczególnego, o czem możnaby było rozpisywać się: wada przedstawiała się w obu oczach.

Nie mogę jednak zgodzić się na 2 jego twierdzenia: 1. że nieprawidłowość ta nie wywołuje prawie żadnego zaburzenia widzenia i 2. że jest bardzo rzadką, — tak kol. S. widział ją zaledwo 3 razy na 30.000 chorych.

Już Leber w znanem zbiorowem dziele Saemisch'a i Graefe'go, prócz zwykle powiększonej w takich razach ślepej planki Mariotte'a, stwierdza, iż nierzadko jednocześnie spostrzega się przypadki astygmatyzmu, lekkich nieprawidłowości soczewki, lub też nawet niewiadomych przyczyn niedowidzenia (amblyopia), czasami w wysokim stopniu, jak n. p. w przytoczonym wypadku Hirschberg'a. Ja sam, biorąc udział w kontrolnej komisji nowobrańców, przyczyniłem się do uwolnienia jednego osobnika ze służby wojskowej, a to wykazawszy, iż dzięki zbyt obszernemu rozwojowi włókien rdzeniowych w siatkówce prawego oka, nie tylko na znacznej przestrzeni upośledzone było naosiowe widzenie, lecz i w pozostałej części siatkówki bystrość wzrokowa była obniżoną.

Większość jednakże takich osobników wcale się nie skarży na upośledzenie wzroku i tylko przypadkiem wykrywamy wizernikiem tę wadę rozwojową. Badając oczy u wielu tysięcy popisowych i żołnierzy, spotykałem rozpromienienie włókien pod rozmaitemi postaciami, a przytem dość często. Przyłączam się więc pod tym względem do tych, którzy zaliczają tę wadę do

¹⁾ Gaz. Lek. 1872 r.

²⁾ Patrz Dodatek Nr 2 do protokołu Tow. lek. wileńsk. Nr 4 z r. b.

niezbyt rzadkich. Tak na przykład, sądząc z ostatniego sprawozdania krakowskiej oftalm. kliniki, widzimy, że w roku 1897 na 3501 chorych *librae medullares* zanotowano tylko 3 razy (u 1 mężczyzny i 2 kobiet). Wada ta jest więc pospolitą i nie zgrzeszę, jeśli powiem, że na 1000—2000 chorych zawsze ją znajdziemy choć raz jeden ¹⁾.

Kiedy już potrąciłem tę sprawę, to muszę wzmiankować, że nieraz spostrzegano jednocześnie w oku i inną wadę rozwojową — tak Dr Jareszkie wcz niedawno przedstawił w moskiewskim oftalm. Towarzystwie kobietę, u której stwierdzono *rozpromienienie włókien nerwowych przy szparze nerwu wzrokowego*, ja spostrzegłem *rozpromienienie włókien nerwowych przy uwłosionym dermoidzie, wyrastającym na brzegu rogówko-twardówkowym*, Leber opisuje *niezborność i nieprawidłowości soczewki* i t. d.

Ciekawe pod tym względem dane czytamy w »Bericht d. Ophth. Gesellschaft« (1898, na str. 269).

Dr Abelsdorff w liczbie 33 Murzynów Aszanti znalazł dwa razy rozpromienienie włókien, u jednego białe promienie rozchodziły się powyżej i poniżej tarczy, u drugiego były widziane w postaci sektora.

Prof. Manz twierdził ²⁾, że nieprawidłowość ta zwykle bywa spostrzegana *przy nieprawidłowym stanie ośrodków nerwowego systemu*, osobliwie u idiotów, czego jednak nie stwierdził ani sam Dr A., wziernikując 86 idiotów.

¹⁾ Statystyczne dane z klinicznego materiału nie mogą bynajmniej dać nam wyobrażenia o częstotliwości pewnej choroby lub wady wogóle. Jak wiadomo przy zestawieniu takim podaje się główną chorobę, dla której ktoś po poradę się zgłasza. Równocześnie mogą zaś zachodzić rozmaite wady inne narządu wzrokowego. Tak się też ma właśnie z wadą, przez autora artykułu omawianą. Włókna rdzeniowe, według naszego doświadczenia, dosyć często zachodzą; przy zestawieniach statystycznych atoli tylko wtenczas zapisywane bywają, jeżeli, silniej rozwinięte, rzeczywiście zaburzenia wzrokowego stają się powodem. Nietylko bowiem plamka Mariotte'a może przez nie doznać znacznego rozszerzenia, ale i wzrok naosiowy bywa niekiedy upośledzony. Zwykle osobliwość ta występuje tylko jednostronnie.

W.

²⁾ Gdzie, kiedy?

W.

Niedawno znalazłem tę wadę w obu oczach 10 letniego Izraelity, Józefa Semiatyckiego z Lublina: Włókna się rozpromieniały, jak zorze północne, w górnej i dolnej części siatkówki, tuż obok tarcz nerwowych. Słabo umysłowo rozwinięty chłopczyk jest bardzo złym od urodzenia, a przytem od siódmego roku cierpi na padaczkę. Kurcze występują raz lub dwa razy na tydzień. Obie gałki chorego bardzo są wylupia-
ste, zapewne wskutek zwężenia, wczesnego skostnienia szwów oczodołowych. Kol. Dr Hechnowicz, który leczy chorego, stwierdza tu *przedwczesne skostnienie* szwów lambdoidalnych i czołowego, ale tylko z boku, przedewszystkiem zaś podstawowych czaszki, która przedstawia się dziwnie wydłużoną ku górze *w kształcie kolumny*. Dziś, po systematycznem używaniu kali bromati, padaczkowe napady są krótsze, rzadsze i tylko w nocy. Przypuszczać można, iż jeśli nieprędko jeszcze skostnieją górnio czołowe i strzałkowe szwy, to można będzie zapobiedz rozwojowi idyotyzmu chorego.

2. Nowy sposób operacyjny zmarszczki nakątnej.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Pomiędzy przyrodzonymi wadami powiek należy zmarszczka nakątna (epicanthus) do dość częstych; jeżeli nie liczymy się z nią zbyt poważnie, to dlatego tylko, że mało sprawia zaburzeń, a często później, gdy grzbiet nosa z rozwojem dziecka się podnosi, wada ta staje się mniej wybitną lub nawet zupełnie zaciera się. Ale nawet w razach, gdzie to zatarcie nie zupełnie się dokonywa, pozostaje zmarszczka nakątna raczej wadą kosmetyczną, aniżeli czynnościową. Wyjątkowo atoli może ona być bardzo wybitną i nie tylko drażnić nasze uczucie estetyczne, ale nadto być zaporą do pewnego stopnia w widzeniu, zwłaszcza, jeżeli łączy się, co nierzadko ma miejsce, z zezem zbieżnym.

Zmarszczka nakątna polega, jak wiadomo, na przesunięciu się skóry z powierzchni nosa na wewnętrzny kąt oka, który mniej więcej pokrywając, przesuwa się zarazem nieznacznie także i ku obu powiekom.

Wspominam tylko pobieżnie o zmarszczce nakątnej *nabytej*, która w większej liczbie przypadków przedstawia bliznowate ścięgi w następstwie przebytych zapaleń powiek, albo też obrażeń; nie będę się też rozchodził nad zmarszczką *pozorną*, wskutek nabrzmienia powiek przy zapaleniach występującą, gdyż jak taunta, tak i ta nie przedstawia przedmiotu operacyjnego; są one zazwyczaj jednostronne, podczas kiedy zmarszczka przyrodzona zwykle na obu występuje oczach.

Bogaty w pomysły Ammon zauważył, co zresztą nie było trudno, że ściągnięcie skóry na grzbiecie nosowym powoduje zniknięcie zmarszczek nakątnych, i na tem spostrzeżeniu oparł swój zabieg operacyjny, polegający, jak wiadomo, na wycięciu owalnego płata na grzbiecie nosowym na wysokości linii łączącej obie źrenice. Ranę powstałą zeszywa się stosownym szwem obwódkowym. Atoli sposobowi temu zarzucić trzeba najprzód to, iż rzadko usuwa dostatecznie zbytni obszar skóry, dalej, że ubytek owalny nie odpowiada zupełnie postaci zmarszczki, a przedewszystkiem, że zazwyczaj powstaje blizna zbyt widoczna na samym grzbiecie nosa.

Znaleźli się, co prawda, operatorzy, którzy nawet dla wzmożenia skutku polecali rany wcale nie zeszywać, by przez ropienie spowodować silniejsze wytworzenie blizny, wątpię atoli, by ceniący się operator nowoczesny chciał pójść za tą radą.

Wytworzenie blizny na nosie, a zatem na miejscu tak podpadającym, blizny szpecącej nawet przy rychłozroście, a tem więcej, gdy do niego nie przychodzi u dzieci niespokojnych, przeszkadzających rychłozrostowi, musiało wielu od wykonywania operacji zmarszczki nakątnej odwodzić, kiedy długi czas o operacji tej nie wspomniano wcale, nie mogąc poleconej operacji zastąpić czemś lepszem, aż dopiero Arlt, uznając także ujemne strony postępowania Ammon'a, nieśmiało polecał w zbio-

rowem dziele Graefe'go i Saemisch'a¹⁾ swój sposób, zmierzający do tego, by wprost zaczepić samą zmarszczkę nakątną. Wycina on płat romboidalny, którego jedna połowa trójkątna zwrócona do góry, druga ku dołowi, i zeszywa ranę 3—5 szwami. —

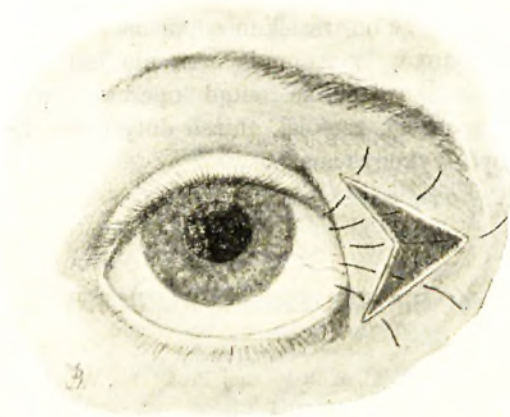
Według mego doświadczenia, opierającego się na kilku przypadkach, postać ubytku skóry nie odpowiada także nadmiarowi skóry, zakrywającej wielki kąt oka, a nadto zespojenie skóry nie zawsze prawidłowo się udaje. Stąd skutek pod względem kosmetycznym niezupełny, a nierzadko przez wytworzenie blizn nawet łatwo powstać może zeszpecenie. W kilku następnych przypadkach wycinałem, mniej więcej w okolicy wewnętrznego kąca oka, stojący owal skóry, ale i teraz skutek okazał się pod względem kosmetycznym niezupełny, a to z tej prostej przyczyny, że i ten ubytek skóry niedostatecznie pod względem postaci zmarszczkę usuwał.

To naprowadziło mnie przed kilku laty na myśl dalszego zmienienia wycinania skóry przy samej zmarszczce, i to w sposób, któryby odpowiadał wielkością i postacią przesuniętej skórce. Oczywiście stosuję sposób ten tylko w przypadkach bardzo wybitnych, lubo można to czynić także ze względu na kosmetykę nawet w najlżejszych, byle wielkość płata odpowiadała stosunkom anatomicznym.

Robię więc, po należytem wygładzeniu skóry, w kącie wielkim noso-oczny dwa cięcia, od 4 do 8 milimetrów długie, które biegną w kierunku górnej, względnie dolnej powieki rozbieżnie i tworzą kąt mniej więcej ostry, zwrócony ku gałce. Od końców tych boków wyprowadzam dwa drugie cięcia, krótsze, wracające ku nosowi zbieżnie, a tworzące kąt, od pierwszego mniej ostry, prosty, a nawet rozwarto, stosownie do skutku, jaki osiągnąć zamierzamy. Płat tak objęty temi czterema liniami wycina się, a ranę zeszywa kilku szwami. Skutek okazuje się natychmiast. Sposób prowadzenia cięć, względnie postać płata

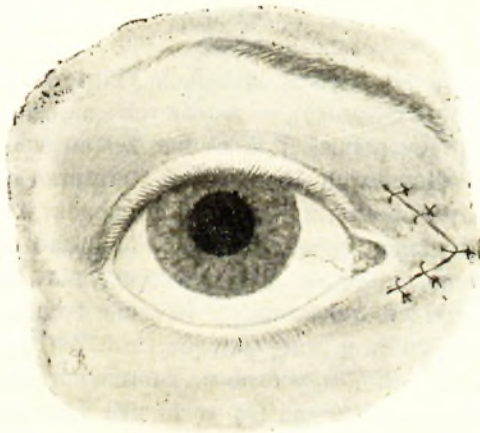
¹⁾ Operationslehr. Z. III., str. 443.

skórnego pokazuje rys. 1. Wynik po zeszcyciu rany przedstawia nam szematycznie rys. 2. Gdy rycelozrostowi nawet niespokojne



Rys. 1.

zachowanie operowanego dziecka nie stoi na przeszkodzie, pozostaje on trwałym.



Rys. 2.

Nie potrzebuję naturalnie dodawać, że przy obustronnej wadzie operacya po obu stronach wykonaną być winna, czy

to równocześnie, czy też po sobie. Odkąd posługuję się tym sposobem, nie miałem ani zeszpecenia przez blizny, ani też żadnego niewystarczającego wyniku tego prostego rękoczynu.

Wobec tego, że on wszelkim odpowiada wymogom i wskazaniom operacyjnym, z najmniejszym nie jest połączony niebezpieczeństwem, sądzę, że odtąd operacja wady, przedewszystkiem szpecącej, częściej, aniżeli dotychczas, będzie mogła i powinna być wykonywana.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dra Wicherkiewicza
w Krakowie:

Dwa przypadki mięsaka rogówki.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI,
asystent kliniki.

W dwóch poprzednich zeszytach »Postępu« ogłosił Prof. Wicherkiewicz pracę o złośliwych naroślach rogówki, w której to pracy pomieścił dokładne zestawienie podobnych przypadków ogłoszonych w nowszej literaturze okulistycznej, uwzględnił zarazem dawniej opisane przypadki, wreszcie dorzucił cztery własne spostrzeżenia z lat ostatnich i na tak przedstawionym materiale statystycznym oparł swój pogląd na naturę, przebieg, rokowanie i leczenie tych nowotworów. W jednym miejscu swej pracy potrąca Prof. Wicherkiewicz o przysłowiową *multiplicitas casuum*. Istotnie narośle rogówkowe, wogóle rzadkie, spostrzegaliśmy w klinice naszej w ostatnim roku stosunkowo często i oprócz przypadków, w wyżej wymienionej pracy przedstawionych, mieliśmy niedawno sposobność widzieć dwa jeszcze. Żałować tylko wypada, że obie chore, do których się te przypadki odnoszą, zgłosiły się w kwietniu

b. r., podczas nieobecności Prof. Wicherkiewicza. Ponieważ zatem szef mój nie spostrzegwał ich osobiście, przeto zdał ich opis na moje nieudolne pióro. —

Przypadek 1. Dnia 6 kwietnia b. r. zgłosiła się do kliniki 45 letnia wieśniaczka M. W. z Głodówki, zaniepokojona ustawicznym powiększaniem się guzka, który jej wyrósł na prawem oku i coraz bardziej wzrok przysłania. Wedle opowiadania chorej, oko prawe już przed rokiem zaczęło się od zewnętrznego kącika czerwienić, poczem utworzył się mały pryszczyk i zaczął się powiększać powoli, ale nieustannie. Zresztą ananunna we wszystkich kierunkach ujemna.

Badanie wykazało, co następuje: Chora dobrze zbudowana i niezłe odżywiona. Spojówka gałkowa prawego oka od skroni silnie nastrzykana. Z kącika zewnętrznego dążą do rąbka spojówkowego liczne, gęsto obok siebie ułożone, grube i lekko kręcone naczynia, w szczególności żyły. Prawie całą zewnętrzną połowę rogówki pokrywa narośl wielkości ziarna małej fasoli (10 mm × 7 mm × 6 mm), całą swoją podstawą przylegająca, względnie przyrośnięta do rogówki, jakoby z kilku płatów złożona, z których dolny największy. Narośl ta posiada barwę cielisto-różową, a w kilku miejscach okazuje drobne krwawe podbiegnięcia. Utkanie jej jest dość zbite, a przytem do pewnego stopnia sprężyste. Część rogówki nie pokryta naroślą przedstawia się prawidłowo, z wyjątkiem małej powierzchni nadżerki w środku, niewątpliwie urazowego pochodzenia. Przednia komórka prawidłowo głęboka. Żrenica wąska, okrągła, ruchoma i czarna. Dno oka bez zmian. Gruczoły przyuszne i karkowe nie powiększone. V. p. o. = $\frac{6}{36}$; szkła nie poprawiają. Tn. Lewe oko pod każdym względem prawidłowe.

Dnia 7 kwietnia wykonano operację. Kilka cięć nożem Graefe'owskim wystarczyło, aby oddzielić narośl, z pod której ukazała się rogówka nie tylko zupełnie przezroczysta, ale okazująca nawet na powierzchni prawidłowy połysk, znamionujący obecność nienaruszonego przybłonka. Jedyne linie graniczne, rozdziałające rogówkę na część pierwotnie wolną i na część poprzednio nowotworem pokrytą, — znaczyła się szara-

wem, lekko wystającym zaćmieniem, podobnem do delikatnej listewki. Narośl, w ten sposób raczej odklejona, niż odcięta od rogówki, trzymała się jeszcze na cienkiej i krótkiej szypule, przyrośniętej górą zewnątrz, na samej granicy rogówki do rąbka spojówkowego. Szypułę tę przecięto nożyczkami przy samej spojówce, przyczem powstał dość silny krwotok z licznych naczyń, które tą drogą do guza dążyły. Poproszono rankę kseroformem i założono opaskę.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Gdy badanie drobnowidowe wyciętej narośli, przez Doę. Dra Ciechanowskiego uprzejmie podjęte, wykazało w niej utkanie mięsaka, złożonego z komórek wrzecionowatych, wśród których zrzadka rozrzucone były komórki barwikowe, — przypalono (12 kwietnia) dla wszelkiej pewności miejsce, skąd wyrastała szypuła, galwanokauterem.

Dnia 13 kwietnia stwierdzono stan oka następujący: Spojówka gałki blada, w szczególności gęsta powłoka żył, które dawniej od narośli do skroniowego kącika dążyły, znikła prawie bez śladu. W miejscu przypalenia mały strupek szary. Rogówka wyjaśniła się niemal zupełnie. Dno oka prawidłowe. V. p. o. = $\frac{6}{s} - c$ Hp + 1,25 D, Snel. 0,5 c + 2 D : 30 cm. W dniu tym chora opuściła klinikę, przyczem polecono jej pojawić się po miesiącu z powrotem. Do tej pory jednak jeszcze się nie zgłosiła. —

Przypadek 2. Dnia 12 kwietnia b. r. przybyła do kliniki R. L., 53 letnia Izraelitka z Liska, z powodu zapalenia oczu, na które od wielu lat cierpi. Jeśli można przywiązywać wagę do dość bałamutnych podań chorej i jej męża, to przed sześciu miesiącami miała zauważyć po raz pierwszy guzek różowy na lewem oku. Prócz tego rzekomo od lat dziesięciu ma mieć guz na szyi po lewej stronie.

Badanie przedmiotowe wykazało: Chora zle zbudowana i słabo odżywiona, przytem obustronnie zupełnie głucha. Spojówka powiek lewego oka, przekrwiona i zgrubiała, okazuje dość liczne ziarna jaglicowe i blizny. Górną część rogówki pokrywa narośl kształtu półkolistego, niezbyt wyniosła, prze-

chodząca górą łagodnie w twardówkę, całą podstawą zrosnięta z rogówką, barwy blade-różowej, o powierzchni gładkiej, lśniącej, a utkaniu zbitem. Rogówka prócz tego okazuje w górno-skroniowej części powierzchowne zaćmienie o nierównej powierzchni. U prawego oka na spojówkach przeważają blizny jaglicowe. Na szyi, po stronie lewej, tuż poniżej dolnej szczęki guz mało ruchomy, gładki, wielkości gołębiego jaja. Badanie wzroku z powodu zupełnej głuchoty chorej dało wyniki całkiem niepewne. Rozpoznanie brzmiało: *Conjunctivitis granulosa in st. II. et III., tumor ad partem superiorem corneae oc. sin., cicatrices conjunctivae post trachoma oc. dextri.*

Dnia 13 kwietnia wykonano operację: przy odcinaniu narośli nożykiem Graefe'go pokazało się jednak, że jest ona z rogówką ściśle złączona i wnika w jej miąższ tak, że o całkowitem oddaleniu mowy być nie może. Po odkrojeniu zatem części wystającej przypalono resztę galwanokauterem i po zataśmowaniu krwotoku założono opatrunek. Chora była leczona dalej ambulatoryjnie.

Badanie drobnowidowe wyciętej narośli, wykonane w Zakładzie anatomii patologicznej, wykazało typowe utkanie mięsaka.

Na mleczno-białej bliznie, powstałej w miejscu, gdzie nowotwór z rogówki wyrastał, wytworzyło się w przebiegu poperacyjnym owrzodzenie, i to dwukrotnie, raz górą, tuż przy rąbku spojówkowym, drugi raz nieco niżej. Jednym i drugim razem wrzód zagoił się pod wpływem maści kseroformowej, atropiny i opaski. Powstanie tych owrzodzeń łatwo wytłomaczyć zakażeniem miejscowym, wywołanem przez jad jaglicowy. Ze względu na jaglicę stosowano przez dłuższy czas naprzemian azotan srebrowy, maść kseroformową i proszek borotaninowy. Pod wpływem tych środków stan spojówki z czasem się poprawił tak, że dnia 23 maja pozwolono chorej odjechać do domu. W dniu tym zanotowano: wydzielina spojówkowa skąpa, przekrwienie spojówek mniejsze. Na rogówce górą gruba, zbita, biała blizna, dość ostro ograniczona, skąpo unaczyniona, okazująca w środku nieznaczne zagłębienie.

Mimo przedstawień i namów chora nie chciała się udać

do kliniki chirurgicznej, aby tam poddać się wyłuszczeniu guza na szyi. Określenie anatomiczne natury tej narośli byłoby jednak bardzo pożądane. O dalszych losach chorej nie mamy dotąd żadnych wiadomości. —

Taką jest historia tych dwóch przypadków, które mają stanowić dalszy ciąg spostrzeżeń Prof. Wicherkiewicza. Po wyczerpującem i wszechstronnem roztrząśnieniu, jakiego doznała sprawa złośliwych narośli rogówkowych w wyżej wymienionej monografii, nie pozostaje mi nic więcej do dorzucenia, jak tylko tyle, że w moich spostrzeżeniach nie ma nic, coby stało w sprzeczności z ogólnymi wywodami Prof. Wicherkiewicza. W każdym razie w pierwszym z opisanych przypadków zasługuje na uwagę okoliczność, że mięsak miał tu pierwotnie niewątpliwie postać, jakiej zazwyczaj nie przybiera, mianowicie postać uszypułowanego polipa, który, zwisając własnym ciężarem i pokrywając częściowo rogówkę, przylgnął, a wreszcie przyrósł do niej dosyć mocno. Można też zrobić przypuszczenie, że był to zrazu zwyczajny uklejek (polip) spojówkowy, wyrastający, jak to nierzadko się zdarza, z rąbka przytwardówkowego, polip, który z biegiem czasu uległ przeobrażeniu w złośliwy mięsakowy nowotwór. W takim razie nie mielibyśmy do czynienia z naroślą rogówkową, a tylko z nowotworem spojówki. W drugim zaś przypadku podnieść należy, jako rzecz osobliwą, że mięsak wniknął tu głęboko w sam miąższ rogówki, a wiadomo, że takie zachowanie się, właściwe rakowi, stanowi u mięsaka rzadki wyjątek. — Nakoniec stwierdzam ze zadowoleniem, że w obydwu przypadkach wybraliśmy z kol. Dr. Łuniewskim postępowanie lecznicze, w szczególności operacyjne, zgodne z zasadami, jakie szef nasz przy końcu swej pracy wygłosił.

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do wielkości szpary powiekowej u inorodczycy plemion w Rosyi. Dr Łobanow (*»Wiestnik Oftalmologii», zeszyt II. 1899*).

Ze wszystkich inorodczych plemion, zamieszkujących obszary Rosyi, jaglica najczęściej spostrzegać się daje wśród Czuwasów, wahając się od 20 do 92,64% na ogólną liczbę tego ciekawego pod względem antropologicznym plemienia. To też Prof. Adamuk słusznie wypowiedział podejrzenie, ażali na potwornie grasującą chorobę wśród tych plemion znana wąskość szpary powiekowej nie posiada wpływu. W dalszym ciągu lekarze Tiepliaszin, Dobrosierdow, Kuszew i Łobanow dokonali pomiarów szpary na Rosyanach, Wotiakach, Czeremisach, Mordwie, Talarach i Czuwasach, lecz wyniki, z doświadczeń tych otrzymane, nie wyjaśniły jeszcze całkowicie, o ile jaglica jest zależną od wielkości szpary powiekowej.

Sprawa ta zostanie niewątpliwie rozstrzygniętą wówczas, kiedy materyału, jaki otrzymali powyżsi lekarze, tyle cennego pod względem antropologicznym, nagromadzi się więcej. Dr Łobanow posługiwał się przy mierzeniu szpary powiekowej nie strabometrem Lawrenc'e'a, jak to czynili pozostali, ale przyrządem Horstmann'a. Przytem Dr Ł. zwracał uwagę na rozmiary i położenie punkcików łzowych.

Średnio biorąc, długość i szerokość szpary przedstawia się w następujących liczbach:

	długość szpary	szerokość szpary
u Rosyan:	28—30 mm;	10—11 mm;
» Wotjaków:	26—28 »	10—11 »
» Czeremisów:	27,73 »	8,26 »
» Mordwy:	27 »	»
» Czuwasów (mężcz.):	24—28 »	6—10 »
» Czuwasek:	22—27 »	5—9 »
» Tatarów (mężcz.):	24—30 »	6—12 »
» Tatarok:	23—30 »	7—11 »

Dr Rudin zauważył, iż, jeśli wziąć jednakową liczbę Rosyan i Czeremisów, z równą długością i szerokością szpary powiekowej, to wówczas procent chorych na jaglicę Rosyan waha się od 15 do 25, Czeremisów zaś 44 do 52%. Dr Łobanow z doświadczeń swych przekonał się, że Czuwasi i Tatarzy z najkrótszą i najwęższą szparą powiekową wszyscy posiadają jaglicę (100%), i że Czuwasi ze szparą długości 31—32 mm. częściej mieli do czynienia

z jaglicą, aniżeli ci, co mieli szparę długości 28—29—30 mm. W miarę zwiększania się szerokości szpary powiekowej, nie zmniejsza się liczba chorych na jaglicę bynajmniej. Zarost punkcików łzowych, lub też zmniejszenie takowych spotyka się u chorych na jaglicę częściej, aniżeli u zdrowych. *Włodz. Talka.*

Das Weinen und Thränen der Neugeborenen. Dr L. de Wecker z Paryża (»Klinische Monatsblätter«, czerwiec. 1899).

Na ostatnim zjeździe okulistów w Heidelbergu wygłosił Prof. Axenfeld odczyt p. t. »Physiologie und Histologie der Thränen-drüse«, w którym między innymi postawił twierdzenie, że u noworodków i u dzieci w trzech lub czterech pierwszych tygodniach życia nie istnieje ani odruchowy, ani psychiczny płacz, chociaż nerw łzowy jest już dobrze rozwinięty. Tę niemożność płaczu, połączonego, rozumie się, z łzawieniem, przypisuje Axenfeld głównie zupełnemu brakowi adenoidalnej, limfatycznej tkanki międzymiąższkowej, której obecność wykazał w gruczole łzowym u dorosłego. Wecker w wyżej wymienionym artykule przeciwstawia twierdzeniu temu zapatrywanie odmiennie. Mając na względzie z jednej strony spostrzeżenie, że płacz jest wyłącznym przywilejem człowieka, a nie spotyka się u żadnego zgoła zwierzęcia i nawet u najwyższej rozwoju stojących ssawców, t. j. u małp, nie istnieje,— a z drugiej strony opierając się na stwierdzonym fakcie, że tylko człowiek posiada obustronnie po dwa gruczoły łzowe (oczodołowy i powiekowy Rosenmueller'a), podczas, gdy w świecie zwierzęcym prawie nigdzie się nie spotykamy z gruczołem powiekowym: przychodzi do wniosku, że podczas płaczu właśnie gruczoł Rosenmueller'a łzy wylewa, gdy w zwykłych warunkach gruczoł oczodołowy ma za zadanie zraszać i oplukiwać łzami rogówkę. Zapatrywanie to popiera Wecker także spostrzeżeniami klinicznymi. Opowiada o pewnej damie, której Chibret usunął po jednej stronie gruczoł Rosenmueller'a i która, ilekroć potem płakała, roniła łzy tylko okiem nieoperowanym, drugie zaś pozostawało suchem. Z własnego zaś doświadczenia opisuje autor szczególne cierpienie pewnego mężczyzny, który, nie będąc zresztą wcale nerwowo rozstrojonym, posiadał niepowściągniętą skłonność do silnego płaczu przy lada najmniejszym wzruszeniu. Na przykład w teatrze podczas scen cokolwiek tylko wzruszających nie był w stanie powstrzymać się od gwałtownego łkania ku zdziwieniu i rozweseleniu sąsiadów. Obustronne wyłuszczenie gruczołu Rosenmueller'a uwolniło go od tej bardzo niemiłej przypadłości. Wracając do płaczu noworodków, wykazuje najpierw, że w pierwszych tygodniach życia rozwój duchowy pozostaje na tak niskim stopniu, iż o podobnej pobudce

psychicznej, jaka sprowadza płacz u starszego dziecka lub u dorosłej osoby, mowy być nie może. Pobudka taka jest jednak koniecznym warunkiem do powstania płaczu, a działaniem jej łomaczynmy sobie równoczesne łzawienie tak samo, jak napływanie śliny do ust na wspomnienie lub na widok smacznej potrawy. U obłąkanych, w przypadkach, gdzie życie duchowe zagasa i człowiek popada w pewnego rodzaju zezwierzęcenie, — widzimy zupełną niezdolność do prawdziwego płaczu, gdy tymczasem odruchowe łzawienie oczu możemy w każdej chwili z łatwością wywołać. Nakoniec wypowiada Wecker zdanie, dla którego nawet w histologicznych badaniach samego Axenfeld'a szuka potwierdzenia, że właśnie gruczoł Rosenmueller'a jest u noworodka niedostatecznie wykształcony, niewątpliwie z tego powodu, że nie doznaje jeszcze nerwowych podrażnień, któreby go do czynności podniecały. Bódcze te zjawiają się dopiero później i przyspieszają anatomiczny rozwój gruczołu.

Dr. K. W. Majewski.

Ueber das Rothwerden des Eserins. Dr. O. Hallauer
Basel (*Zeitschrift f. Augenheilk.* Z. 4, 1899).

Tak często jako mioticum stosowana ezeryna posiada tę wadę, że szybko się rozkłada, wytwarzając barwik, który Duquesnel w 1872 r. nazwał rubrezeryną. Oprócz tego taka rozłożona ezeryna wywołuje uboczne działanie, jak n. p. niemiłe uczucie ścigania, szarpania, połączone nieraz z piekącym bólem.

Za przyczynę czerwienienia ezeryny podają niektórzy: 1. dostęp światła, 2. dostęp powietrza, szczególnie zawierającego amoniak.

W celu zbadania prawdziwości tych twierdzeń przeprowadził autor następujące doświadczenia: Napelnił 8 flaszek zwyczajnych i 8 ciemnych trojakimi rozcżynami eserim. sulf. W każde 2 białe i 2 ciemne flaszki wlał: 1. ezerynę rozpuszczoną w gotowanym 4% rozczyźnie kwasu borowego. 2. ezerynę rozpuszczoną w gotowanej wodzie przekroplonej. 3. ezerynę rozpuszczoną w zwykłej wodzie przekroplonej. Z tego jedną parę flaszek wstawił do szelnie zamkniętej szafki, inne postawił przy oknie. Okazało się, że rozczyzny z pod 2, 3, tak w jasnych, jak i w ciemnych flaszkach, najprędzej (24 godz.) czerwieniały, później z pod 1, i tak: 8 dni w jasnych, 21 dni w ciemnych, a najdłużej, bo po trzech miesiącach, w szafce.

Badając, które promienie wpływają na rozkład, doszedł, że najwięcej niebieskie, a najmniej zielone.

Ogrzewając zaś te rozczyzny, przekonał się, że czerwienienie powstaje przy 80° C, na co dodatek kwasu borowego nie miał żadnego wpływu.

Dalszemi doświadczeniami stwierdził, że rzeczywiście w obecności amoniaku występuje czerwone zabarwienie, jak również, że kwas siarkawy, na co już Hesse w 1867 r. zwrócił uwagę, jest w stanie wystąpienie tegoż powstrzymać. Oprócz tego rozczynny z dodatkiem kwasu siarkawego przy ogrzaniu do 100° C pozostawały czyste, a wystawione na światło nawet w białych fiaskach (szczególnie ezer. salicyl.), dopiero po trzech miesiącach zaczęły się zabarwiać.

Wkońcu z doświadczeń tych wyciąga autor następujące wnioski, że:

1. dotychczas nie mamy przetworów ezeryny, któreby się nie rozkładały.

2. na rozkład wpływają najwięcej promienie niebieskie.

3. mamy dwa środki zmniejszające rozkład ezeryny: a) kwas borowy, b) kwas siarkawy; rozczyny jednak z dodatkiem kwasu siarkawego są lepsze, bo nie zmieniają się ani na świetle, ani przy dostępie amoniaku, ani przy ogrzaniu ponad 80° C i mogą być przechowywane w zwykłych buteleczkach.

4. dodatek kwasu borowego lub kwasu siarkawego nie zmniejsza działania.

5. salicylan ezeryny z dodatkiem kwasu siarkawego (acid. sulfurosum 1—2 kropli na 30.0 rozczynu) najpóźniej się rozkłada.

Laniewski.

Schwere Nachblutung nach Iridectomie in Folge von Haemophilie. Dr Edward Zirm z Ołomuńca (=Centralblatt für Augenheilkunde, Czerwiec 1899).

Nierzadko się zdarza, że dopiero silny i długotrwały krwotok podczas lub po operacji przywodzi na myśl operatorowi możliwość, że ma przed sobą krwawca, a badanie ogólne chorego i wywiady niejednokrotnie potwierdzają to przypuszczenie — po niewieszcie. Tak się też przydarzyło autorowi wyżej wymienionej pracy. Wykonał on u 62 letniego rzemieślnika, dotkniętego na obydwu oczach przewlekłą jaskrą zapalną, obustronnie szerokie, dobrzeżne wycięcie tęczęwki. Chory na lewem oku miał już zaledwie tylko poczucie światła, a prawem widział jeszcze $\frac{6}{36}$ przy znacznem, współśrodkowem ścieśnieniu pola widzenia. Ostrego napadów jaskry, a tem mniej krwotocznej postaci teźże wywiady bynajmniej nie wykazywały, przeciwnie wzrok miał podupadać stopniowo, bez wszelkich burzliwych objawów. — T. obustronnie + 1. — Już podczas samej operacji zaniepokoiło Dra Zirma tak szerokie rozwarcie się rany, jakie przy ciężcu nożem grołowym prawie nigdy się nie wydarza. Dodać jednak należy, że chory był niespokojny. Ale na razie prócz miernego krwotoku do przedniej komory żadnego innego powikłania

nie zauważono. Dopiero w szóstym dniu po operacji dostał chory gwałtownych bólów, a badanie wykazało obustronnie obrzęk i zaczerwienienie powiek, przednie komory pełne świeżej krwi, przytem napięcie wzmożone. Nazajutrz po zdjęciu opaski, która była już krwią przesiąknięta, znaleziono w szparze powiekowej lewego oka rozgniecioną soczewkę, najwidoczniej wypełnioną parciem krwi, a rana była pokryta krwawymi skrzepami. Od tego czasu krew przez 12 dni sączyła się nieustannie z ziejącej rany lewego oka, które było mimo tego bardzo napięte. Prawe oko, także napięte, miało ranę zamkniętą, ale przednia komora cała krwią wypełniona, przytem spojówka, a nawet skóra powiek — krwią podbiegłe. W dalszym przebiegu dostał chory dwukrotnie gwałtownego krwawienia z nosa, które z trudnością tylko utamowano, wreszcie wystąpiły liczne plamy wybroczynowe na skórze rąk, nóg i tułowia. Co do oczu sprawa zakończyła się obustronną ślepotą, a obie gałki, zniszczone wewnętrznym krwotokiem, przeszły ostatecznie w zupełny zanik.

Badanie ogólne, podjęte dopiero w kilka dni po operacji, wykazało miażdżycę tętnic bardzo znacznego stopnia. Na skórze znaleziono liczne ślady dawniej przebytych krwawych wysypek. Chory, wypytywany teraz szczegółowo, opowiedział, że najmniejsze skaleczenie przypłaca zawsze znaczną utratą krwi, a zdarza się nieraz, że krwotoku z nosa, który go często nawiedza, przez cały dzień nie jest w stanie utamować. Dziedziczności wstępnej ani zstępnej nie można było wykazać, — ale nie ulega wątpliwości, że autor miał w tym przypadku nieszczęście operować człowieka, dotkniętego krwawiączką (haemophilia).

Dr K. W. Majewski.

Die Pathologie der experimentellen Chinin-Amblyopie.

Dr Ward A. Holden z Nowego Jorku (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. II. 1899).

Doświadczenia swe wykonywał autor na psach, zastrzykując im podskórnie chininę (*chininum bismuriaticum carbamidatum*) w ilości 0,07 gr. na kilogram wagi zwierzęcia na dawkę. W największej liczbie przypadków obraz kliniczny zatrucia był następujący: Wkrótce po wstrzyknięciu trującej dawki rozszerzają się źrenice, rogówka staje się niewrażliwą na dotyk, a zwierzę dostaje wymiotów, zatacza się i w przeciągu 30 do 40 minut traci zupełnie wzrok i słuch. Badanie dna oczu wziernikiem wykazuje wtedy wyraźnie zblednięcie łazczy nerwu wzrokowego, a naczynia siatkówkowe, tak żyły, jak i tętnice, są do tego stopnia zwężone, że światła ich prawie dostrzedz nie można. Po 1—2 dniach naczynia te jednak wypełniają się krwią znowu, a wzrok w znacznej części powraca. Chcąc uży-

skać trwałą ślepotę, trzeba zwierzęciu podawać następnie — codziennie mniejsze dawki chininy, albo po dwóch dniach powtórzyć dawkę trującą. Psy, w ten sposób zabite, uśmiercał autor w uspieniu chloroformowem przez wypuszczenie krwi z żył. Natychmiast po zabiciu przystępował do rozbioru zwłok i poddawał szczegółowemu badaniu drobnowidowemu siatkówkę, nerw wzrokowy i korę mózgową.

Oto wyniki, do jakich go te badania doprowadziły:

Mimo wyraźnego zwężenia tętnic, nie znalazł żadnych zmian histologicznych w ścianach naczyń siatkówki i nerwu wzrokowego. Sprawa polega zatem tylko na czynnościowym skurczu naczyń siatkówkowych, zwłaszcza tętnic, poczem wytwarza się surowicza wytopina, zawierająca dużo białka i gromadząca się głównie w warstwie włókien nerwowych. W krótkim czasie przychodzi do zwyrodnienia i zaniku tychże włókien nerwowych, a ponadto komórek zwojowych siatkówki i ich osiowych wypustek (*Axencylinderfortsätze*). Na razie trudno rozstrzygnąć, czy to zwyrodnienie jest bezpośrednim skutkiem działania krwi przesyconej chininą, czy też następstwem niedostatecznego dowozu krwi, spowodowanego skurczeniem się naczyń pod wpływem chininy. Za ostatniem przypuszczeniem zdaje się przemawiać ta okoliczność, że zwyrodnienie obejmuje nie tylko warstwę siatkówki, które otrzymują krew z naczyń siatkówkowych, t. j. warstwę włókien nerwowych, komórek zwojowych i warstwę ziarnistą wewnętrzną, podczas gdy warstwa ziarnista zewnętrzna, pręciki i czopki i przybłonek barwikowy, a zatem części siatkówki, odżywiane głównie przez *choriocapillaris* naczyńiówki — nie ulegają żadnym zmianom. Z warstwy włókien nerwowych przenosi się zanik wyżej na tarcz i pień nerwu wzrokowego. —

Do dokładniejszego zrozumienia szczegółów tej pracy przyczyniają się wielec wyborne ryciny, przedstawiające drobnowidowe obrazy omawianych zmian histologicznych. *Dr K. W. Majewski.*

Zur Casuistik der einseitigen, homonymen Hemianopsie corticalen Ursprungs, mit eigenartigen Störungen in den sehenden Gesichtsfeldhälften. Dr Th. Gelpke z Karlsruhe (>Archiv f. Augenheilkunde«. T. XXXIX. Z. II. 1899).

Autor miał sposobność spostrzeć przypadek, wielec ciekawy tak pod względem chirurgicznym, jak i ze stanowiska okulistyki. Pewien młody Włoch, spadłszy ze znacznej wysokości, ugodził głową o żelazną szynę i zdruzgotał sobie lewą połowę kości potylicznej, której drobne kawałki zostały w znacznej części wgniecione w głąb czaszki. Dolno zewnętrzna część lewego płatu potylicznego została zupełnie zmiażdżoną (*cuneus, fissura calcarina*). Przebieg był bardzo

ciężki i groźny, ale po 4 miesiącach rana w czaszce zamknęła się wreszcie, a chory z tego ciężkiego uszkodzenia mózgu nie wyniósł żadnego zaburzenia w zakresie ruchu lub uczucia. Okazywał teraz jedynie amnezję wsteczną, a prócz tego utracił zdolność orientowania się. Wprawdzie po pokoju poruszał się dosyć swobodnie, ale w mieście (Karlsruhe), które dawniej znał doskonale, nie mógł już teraz znaleźć nigdy właściwej drogi. Najciekawsze jednak zaburzenia wystąpiły w zakresie zmysłu wzroku. Zewnętrzne wejście oczu, ruchomość gałek, oddziaływanie źrenic, bystrość naosiowa, akomodacya, — wszystko to było prawidłowe. Natomiast badanie pola widzenia wykazało równoimienną, prawostronną, połowiczną ślepotę. Nie w tem jednak leży najciekawszy rys tego przypadku, boć przy zniszczeniu kory w płacie potylicznym wystąpienie ślepoty połowicznej nikogo nie zadziwi, ale osobliwość stanowią tu nieprawidłowości w obydwu lewych, zachowanych połowach pola widzenia. Autor przekonał się, że z tej strony istniało też ścięśnienie granic, i to dla różnych wrażeń wzrokowych różne. Badając po kolei znaczkami kwadratowymi, trójkątnymi, białymi i różnobarwnymi, wreszcie płomieniem świecy, znalazł względnie najszersze, rozumie się, połowicze pole widzenia dla poczucia światła wogóle, daleko większe ścięśnienie dla poczucia kształtów (rozróżnienie trójkąta od kwadratu), a potem kolejno coraz mniejsze pole dla poszczególnych barw. Przy próbie Holmgren'a dobiegał chory włóczki nienaganie, ale żadnej barwy nie był w stanie nazwać właściwie.

Dr Gelpke tłumaczy ten przypadek w następujący sposób: Zmiażdżenie lewego płatu potylicznego usprawiedliwia dostatecznie ślepotę połowiczną. Zwężenie pola widzenia w zachowanej jego połowie najprędzej dałoby się odnieść do równoczesnego obrażenia prawego płatu potylicznego (może ucisk skutkiem krwotoku). Przyjmując za Wilbrand'em, że ośrodki dla poczucia barw i kształtów leżą w powierzchniowych warstwach kory, a głębiej umieszczone są ośrodki dla wrażeń świetlnych bliżej nieokreślonych, — możnaby przypuścić, że właśnie wierzchnia warstwa kory mózgowej najbardziej tu ucierpiała, co się zgadza z obrazem pola widzenia. Niezdolność właściwego nazywania barw przy zachowanej zdolności ich rozróżniania (die motorische Alexie für Farben) mogłaby powstać wskutek przerwania dróg nerwowych, łączących ośrodek dla poczucia barw z ośrodkiem mowy, co w tym przypadku było możliwe. Najtrudniej jest wyjaśnić upośledzenie zdolności orientacyjnej. Że zwężenie pola widzenia nie pociąga za sobą koniecznie tego zaburzenia, na to istnieją dowody w niektórych spostrzeżeniach klinicznych. I tak opowiada autor o pewnym chorym, okazującym obustronne, wrodzone zwyrodnienie barwikowe siatkówki i bardzo znaczne

zwężenie (do 15°) pola widzenia. Chory ten, mając pełną, naosiową bystrość wzroku, został wzięty do wojska, jest obecnie porucznikiem w czynnej służbie i nie zdradza najmniejszej trudności w oryentowaniu się. W podobnych przypadkach należy raczej poszukiwać przyczyny w ośrodkach mózgowych. Tu przechyła się autor na stronę teorii Peters'a, wedle której uszkodzenie włókien nerwowych, łączących płaty potyliczne z przednimi częściami mózgu i przechodzących przez spoidło wielkie, ma powodować to szczególne zaburzenie. Otóż, zdaniem autora, w jego przypadku mogło przyjść do zniszczenia tych włókien lub przynajmniej do przerwania ich ciągłości, mianowicie przy zakładaniu sączka do bocznej komory mózgu, który to zabieg trzeba było w przebiegu choroby wykonać celem wypuszczenia nadmiaru płynu mózgo-rdzeniowego.

Dr. K. W. Majewski.

Bindehautcatarrh nach Einträufelung von Arg. nitricum bei Neugeborenen. Dr. H. Kramer. («Centralblatt für Gynäkologie» z 4 marca 1899).

Wiadomo, że Kohn, opierając się na wielkiej liczbie spostrzeżeń, doszedł do wniosku, że rzeżączkowe zapalenie spojówek noworodków stało się cierpieniem rzadszem od czasu, gdy przyjęło ogólnie sposób zapobiegawczy Credé'go i że zabieg ten jest zupełnie nieszkodliwy, a silniejszy odczyn ze strony spojówki, jaki wyjątkowo się zdarza, należy wziąć na karb błędów w wykonaniu przepisów Credé'go. Z drugiej strony Hoesch podaje, że widział w wielu razach po zakropieniu azotanu srebra silne zapalenie spojówek z wydzieliną śluzoworopną. —

Ta niezgodność zapatrywań skłoniła Dra Kramera do podjęcia na nowo badań w tym kierunku. Spostrzeżenia, dokonane na 300 noworodkach, z których każdemu zapuszczano zaraz po urodzeniu do worka spojówkowego jedną kroplę 2% roztworu azotanu srebra, wykazały, że zawsze daje się stwierdzić mniej lub więcej silny odczyn ze strony spojówki. Odczyn ten ogranicza się czasem tylko do obrzmienia i zaczerwienienia, częściej jednak przechodzi do ostrego zapalenia spojówki z dość obfitą wydzieliną. Tylko w 4% przypadków wydzieliny nie ma żadnej. W 73% przypadków wydzielina znika około piątego dnia, a w 27% przypadków utrzymuje się dłużej. —

Hość wkroplonego roztworu zdaje się nie mieć wpływu na natężenie sprawy zapalnej. Noworodki o małej wadze, zatem słabo rozwinięte, są szczególnie wrażliwe na działanie azotanu srebra. Toż samo dzieci, urodzone w położeniu tworzowem lub wydobyte przy pomocy kleszczy porodowych, okazują, po zastosowaniu spo-

sobu Credé'go, silniejsze, niż zwykle, zapalenie spojówek, gdyż przekrwienie i obrzęk okolicy oka wytwarzają dla sprawy zapalnej podatną glebę. Dodać należy, że, bez względu na przebieg porodu, spojówka dziecka w pierwszych chwilach po przyjściu dziecka na świat jest zawsze nieco przekrwiona, a nawet obrzmiała, dlatego to odczyn jest znacznie słabszy, jeśli się zabieg Credé'go zastosuje dopiero w kilka dni po urodzeniu (czy jednak nie będzie czasem już za późno? przyp. ref.), (Według *Semaine Médicale*).

Dr K. W. Majewski.

De la myopie traumatique par distension ou déchirure de la zonule. Dr Darier (»La Clinique Ophthalmologique«, Nr 8. 1899).

Autor opisuje cztery przypadki, w których pod wpływem urazu łępego powstała myopia, w dwóch przypadkach — 2D, w jednym — 6D, a w ostatnim — 4D. Chorzy ci nie mieli poprzednio krótkiego wzroku, a myopia w ten sposób nagle nabyła zmniejszała się i wyrównywała zupełnie pod wpływem zapuszczania czeryny przy równoczesnem ustępowaniu i gojeniu się innych zmian urazowych. Jakkolwiek w żadnym z tych przypadków nie było objawów nadwężnienia lub zwężnienia soczewki, przerwania lub nadmiernego rozciągnięcia więzadelka Zinn'a, to jednak Darier przypuszcza, że właśnie uszkodzenie tego więzadelka spowodowało tu wypuklenie się krzywizny soczewki i zwiększenie siły łalliwości oka. Przeciw przypuszczeniu, że zachodził tu skurecz akomodacji, przemawia wiek chorych (wszyscy powyżej lat 30), nieskuteczność atropiny, wreszcie rozszerzenie źrenicy utrzymujące się niekiedy nawet mimo zapuszczania czeryny. — Następnie opisuje autor dwa dalsze spostrzeżenia, gdzie przerwanie więzadelka Zinn'a nie ulegało żadnej wężliwości, a myopia »urazowa« wynosiła w jednym z nich — 7D, w drugim — 5D. Spostrzeżenia te popierają silnie teorię akomodacji Helmholtz'a, a stoją w sprzeczności z teorią, którą w nowszych czasach postawił Tscherning¹⁾. Za pomocą teorii Helmholtz'a w przypadkach zupełnego przerwania więzadelka Zinn'a możemy z góry oznaczyć stopień krótkiego wzroku, jaki się wytworzy, jeśli wiemy, jaką łalliwość miało oko poprzednio i na jaki największy wysiłek akomodacji chory mógłby się zdobyć (co łatwo w przybliżeniu z wieku chorego można wywnioskować, przytem porównać należy sprawność nastawniczą drugiego, nieuszkodzonego oka). Myopia urazowa powinna zatem być tem wyższą,

¹⁾ Patrz »Postęp Okulistyczny«, Z. I., str. 37.

im młodszą jest osoba urazem dotknięta. Spostrzeżenia Darier'a prawidło to w zupełności potwierdzają. *Dr. K. W. Majewski.*

Zur Aetiologie und sonstigen Kenntnis des Ulcus corneae cum hypopyo. Doc. Dr. S. Klein (>Wiener Med. Wochenschrift«. Nr. 16. R. 1899).

Nazwa glaucoma absolutum nie ma, zdaniem autora, uzasadnienia, ponieważ sprawa jaskrowa, pozostawiona samej sobie, nie kończy się nigdy, chyba ze śmiercią chorego. Chociaż oko straciło już resztkę poczucia światła, to jednak podwyższenie ucisku i zaburzenie krążenia wśródgałkowego sprowadza dalsze następstwa. Do takich należy między innymi tworzenie się pęcherzyków na rogówce, co należy uważać za wyraz miejscowej zastoiny. Pęcherzyki takie pękają rychło, przez co rogówka, obnażona w tych miejscach z przybłonka, narażona jest na niebezpieczeństwo zakażenia. Tem tłumaczy się powstawanie wrzodów rogówkowych na oczach, oślepych wskutek jaskry. Wrzodom tym towarzyszy nieraz nagromadzenie się ropy na dnie przedniej komory. Autor przytacza dwa podobne przypadki. Jako źródło zakażenia przyjmuje w pierwszym przypadku sączący wyprysk na twarzy, w drugim ogólną łuszczycę (psoriasis vulgaris), którą chory był równocześnie dotknięty. Przyczynowego związku między zachorzeniami temi a wrzodem rogówki nie popiera żadnym ściślejszym dowodem. Z opisu tych dwóch przypadków podnieść jeszcze można, że stosowana na próbę atropina wpływała korzystnie na wessanie ropy z przedniej komory, podczas gdy przy zapuszczeniu pilokarpiny hypopyon wzrastało. Z dwóch tych jednak spostrzeżeń, jakkolwiek ciekawych, nie można jeszcze chyba wysnuwać wniosków ogólnych, jak to autor czyni. W obydwu razach cierpieniom chorych położyło kres wyjęcie gałki.

Dr. K. W. Majewski.

O wpływie zażywania tabaki na oczy. Dr. Koliński (>Czasopismo Lek.« Nr 5. 1899).

Wobec tego, że wpływ tytoniu, pod postacią tabaki do zażywania, na oczy nie był dostatecznie w literaturze uwzględniony, porusza autor tę sprawę, zastanawiając się nad tem, czy i o ile zażywanie tabaki szkodzi, a dochodzi do wniosku, że nie występują wprawdzie przytem objawy zatrucia swoistego, jak przy paleniu, gdyż przy rękoczynach, zastosowanych do wyrabiania tabaki, tytoń traci większą część nikotyny, jako też olejków eterycznych, lecz nieraz dają się we znaki objawy podrażnienia i zatkania błony śluzowej nosa, pociągające za sobą w następstwie zatkanie przewodu nosolżowego i cały szereg zapalnych objawów chronicznych spojówki,

zapalne, lub powierzchowne owrzodzenia, albo też ograniczone zmętnienia — ślad zagojonych owrzodzeń».

Czy to wszystko jest następstwem samego zażywania, nie śmielibyśmy twierdzić, sądźmy jednak, że wiele innych okoliczności w takich razach składa się na powstawanie wymienionych zaburzeń.

Zresztą autor sam przyznaje, że nie każdy »tabaczarz« musi chorować na oczy.

W każdym razie zgadzamy się z autorem w tem, że winniśmy walczyć przeciw przesądowi, dziś jeszcze istniejącemu, że zażywanie tabaki przy chorobach ocznych jest cennym środkiem leczniczym. Jeżeli nie szkodzi, co prawdopodobniejsze, to w każdym razie nie pomaga, chyba w tych nielicznych przypadkach, gdzie suchy niezbyt błony śluzowej nosa już to odpływ łez utrudnia, już to zwrótnie do zaburzeń ocznych się przyczynia. W takich to bowiem razach mogłaby tabaka »być dla nosa«, i zastąpić do pewnego stopnia niejedyn lepszy środek. W.

Żyłak w oczodole. Dr R. Denig (»The ophthalmic Record«, Maj. 1899).

Dr Gruening (Nowy Jork), który pisał o żyłakach w oczodole, rozklasyfikował je stosownie do umiejscowienia: do pierwszej klasy zaliczył żyłaki, umiejscowione poza gałką oczną (żyłak naturalnie wymacalnym być nie może, lecz przy pochyleniu głowy, przy ucisku żyły szyjowej lub przy zamknięciu ust i nozdrzy wywołuje wysadzenie gałki); do drugiej żyłaki, znajdujące się tuż przy gałce (żyłak jest wymacalny, często widoczny, również wywołuje wysadzenie gałki); wreszcie do trzeciej klasy zaliczył żyłaki, umieszczone po bokach gałki ocznej, kiedy trzeszcza przy pochyleniu głowy nie bywa, a tylko sam żyłak rozdyma się.

W niewielu przypadkach spostrzegano przy prostej postawie ciała niewielkie zapadnięcie się gałek (enophthalmus), co chyba tem wytlomaczyć można, iż pod wpływem ciągłego zmniejszania się i rozdymania żyłaków tkanka tłuszczowa oczodołu zmniejsza się. Żyłak łatwo może być przyjęty za *cavernoma* (guz rozprężny?) oczodołu, gdy jednak objawów ucisku nerwu wzrokowego nie ma, mimo długiego trwania naczyniowego nowotworu, z wszelką pewnością wykluczyć możemy *cavernoma*, jakkolwiek opisywano wypadek zaniku nerwu wzrokowego wskutek pęknięcia żyłaka w oczodole. Również wyklucza *cavernoma* nieznaczne zapadnięcie gałki, spotykane — jak rzekliśmy wyżej — przy żyłakach. Jako przyczynek do etyologii żyłaków w oczodole posłużyłoby prawdopodobnie mogła nieprawidłowa wąskość w wielu wypadkach szczeliny oco-

powiek, a nawet na rogówce występują nadbrzeżne szare ogniska dołowo-czaszkowej. Przypadek¹⁾ Dra R. Denig'a za ciekawy uznany być powinien z tego względu, że — jakkolwiek żyłak należał do klasy drugiej (patrz wyżej), to jednak przy pochyleniu głowy nie wywoływał trzeszcza. Przy prostej postawie ciała rzucało się w oczy, acz nieznaczne, zapadnięcie gałki ocznej. Autor uważa za najradkalniejszy zabieg wyłuszczenie żyłaka za pomocą operacyjnego rękoczynu.

Włodz. Talko.

O roli twardówkowej blizny w operacjach. P. Zielenskiej. Rozprawa doktorska. Petersburg. 1899. Str. 75.

Dział literacki w tak zatytułowanej pracy jest dość obfitym i jeśli autor czytał te wszystkie cytowane prace (81), to już nie mała jego zasługa. Zaczyna on od irydektomii, po raz pierwszy zastosowanej w 1856 r. przez A. v. Graefe'go w jaskrze, i szeroko rozpisuje się o sklerotomii, o której tak dużo pisali jej zwolennicy: Stellwag, Quaglino, Mauthner, a przeważnie Wecker. Mówi o rozmaitych sposobach jej wykonania: prosta czyli podwójna, z mostkiem twardówkowym lub spojówkowym, powikłana (z irydydialysis), scler. anterior et posterior, skiero-irydektomia (Perron'a), sklerodilatatorektomia (Łożecznikow), incisione dell'angolo irideo (de Vincentiis) i t. p. Autora głównie zajmuje Wecker'owska cieatrice à filtration (Filtrationsnarbe Niemców), przez którą, zdaniem W., sączy się ciecz wodna na zewnątrz, nie dopuszczając tym sposobem podwyższenia wewnętrznego ciśnienia, — działa więc w gałce ocznej, niby kłapa bezpieczeństwa.

O tej przesączającej właściwości blizny rogówkowo-twardówkowej lub twardówkowej, która to blizna bywa gładką lub ścięcioną i wydętą (cystoidealna nie ma przesączającej właściwości), mamy już całą literaturę za i przeciw. Otóż autor rozprawy po doświadczeniach (30), dokonanych na oczach królików, zaliczył siebie do gorących zwolenników przesączania cieczy wodnistej przez twardówkową bliznę. W tym rodzaju poprzednio już robili doświadczenia Tobler i Schoeler. Wiadomo, że przestrzeń Fontany, kanał Schlemma, a także okołonaczyniowe przestrzenie rogówkowo-twardówkowej okolicy stanowią przedni i główny szlak, przez który wydziela się płyn z gałek, czyli z komórek oka na zewnątrz; zdaniem Leber'a ciecz

¹⁾ Chory Dra D. na dolnej wardze posiadał jednocześnie dwa wielkości grochu żyłaki, przed 6 laty miał żyłaki na lewej nodze, które od 2 lat znikły; od 3 lat cierpi na hemoroidy.

wodna u zwierząt zmienia się, czyli odnawia się dwa razy w ciągu godziny.

Idąc za poradą pryw. Doc. Andońskiego, Dr Z. wykonał szereg doświadczeń na oczach królików, którym w jednym oku wykonywał sklerotomię, a drugie pozostawiał dla kontroli. Po pewnym czasie (od 8—145 dni), gdy utworzyła się już blizna twardówkowa, do komórek oka wstrzykiwano za pomocą igieł (Stichkanüle) 3—5% roztwór ferri citrici in lamellis, który zawiera 30% tlenku Fe (w kilku tylko doświadczeniach tusz, rozlarty w fizyolog. roztworze soli), pod ciśnieniem 45,5 cm. Hg (u królików wewnętrzne ciśnienie = 30 mm.), w ciągu pół godziny. Króliki wnet zabijano chloroformem i gałki dla stwardnienia wkładano do 4% formaliny, po trzech dniach wkładano je na dobę do spirytusu, a potem na dobę do mieszaniny spirytusu i eteru dla lepszego zagruntowania celloidyną. Następnie robiono cięcia przedniej części gałki prostopadłe do twardówkowej blizny i mikrotomem ścinano preparaty. Aby otrzymać błękitne zabarwienie, kładziono je na dwie godziny w 2% roztwór żółtej soli z kwasem solnym (kali ferro-cyanati 1,0, ac. hydrochlor. chem. pur. 10,0, aq. destill. 40,0), poczem przemywano w wodzie i po wyświeetleniu zalewano kanadyjskim balsamem. — Takich sześć doświadczeń wykonano przy bliznach 8—11-dniowej dawności, dwa dwutygodniowej dawności, dwa trzechtgodniowej, jeden miesięcznej, jeden 36-dniowej, reszta od 40 do 45-dniowej. Mikroskopowem badaniem przekonano się, że w okolicy blizny nie tylko powiększa się wydzielina zawartości komórki *drogą prawidłową* — ponieważ przy silnem jej (blizny) unaczynieniu na początku powiększa się i sieć okołonaczyniowych limfatycznych przestrzeni — lecz, że wytwarza się i *sztuczna droga*, a mianowicie w podspojówkową przestrzeń; w tej ostatniej znajdująć można ziarnka tuszu i farbki berlińskiej, a które dostały się tu drogą przesączania. Naturalnie ta przesączająca właściwość blizny zależną bywa od stopnia zbitości jej tkanki, a także od nowo wytworzonych w niej naczyń, od dawności blizny; powoli, gdy następowała jej konsolidacya, i naczynia w niej znikały, przesączanie zmniejszało się, a z czasem zupełnie ustawało. Do dwu tygodni przesączanie bywa dość obfitem, potem słabnie, a po 40—145 dniach zupełnie zanika.

Wyniki więc rozprawy takie: 1. Sklerotomia ma prawo wyżej stać od paracentezy. 2. W doświadczeniach na królikach z wstrzykiwaniami w przednią komórkę roztworu soli, tlenku żelaza, z następczym odczynem na berliński błękit, i wstrzykiwaniami tuszu — przejście płynów za pomocą przesączania przez rogówko-twardówkową okolicę dowiedzione jest drobnowidem, wykrywającym ziarnka błękitu i tuszu, nie tylko pod sąsiednią bliznie spojówką (droga sztu-

czna), lecz i w okołonaczyniowych przestrzeniach nowo powstałych, rozgałęziających się w bliźnie naczyń (rozszerzenie dróg prawidłowych). 3. U królików twardówkowa blizna trwa 2—3, najwyżej 4—5 tygodni. (Starsze blizny tracą tę właściwość). 4) Mocne przyrosty łożcówki do blizny stanowią przeszkodę dla przesączania, częściowe jednak ograniczają tylko wydatność takowej.

Wiadomo z praktyki, że u jaskrowych blizna twardówkowa przestaje z czasem przesączać i takim chorym potrzeba powtarzać sklerotomię, operację, którą Wecker nazwał: cicatrixotomie ou onlétonie.

Podobno jeden z przeciwników tej rozprawy, Prof. Belarminow, miał oświadczyć doktorandowi, że, pomimo jego zachęty do sklerotomii, on woli zadawałbić się irydektomią (podziela to zdanie i sprawozdawca rozprawy). W Rosyi wogóle rzadko do niej uciekają się.

W tejże rozprawie na stronie 22 czytamy, że w petersburskim okulistycznym szpitalu w ciągu 5 lat u 673 chorych na jaskrę (779 glauk. oczu) zrobiono tylko 75 sklerotomii, z nich 64 z dobrym wynikiem; w moskiewskim okulistycznym szpitalu na 1000 operacji jaskry wykonano 284 sklerotomii; w charkowskiej okul. klinice za 25 lat w 1515 przypadkach jaskry (1932 jaskrowych oczu) sklerotomię zrobiono tylko 10 razy, i to bezskutecznie; w kazańskiej klinice okulistycznej w ciągu 10 lat na 769 przypadków jaskry 128 operacji, a sklerotomii tylko 2 (T. poniżono, lecz V. pozostał bez poprawy); w ruchomych oddziałach okulistycznych (1894—1896) na 3454 przypadków jaskry zrobiono 54 sklerotomii (z jakim wynikiem?); wreszcie w ocznych klinikach woj.-lek. akademii (w szpitalu wojskowym i klinice baroneta Wylje) sklerotomię robią bardzo rzadko.

Dr J. T.

Ueber endo-oculäre Galvanocausis. Prof. van Millingen z Konstantynopola (>Centralblatt f. Augenheilk., Czerwiec. 1899).

Na wstępie wskazuje autor na bezsilność naszych dotychczasowych zabiegów, podejmowanych celem stłumienia zakażenia wśródgałkowego. Kiedy ropienie wtargnie do ciała szklistego, uważamy zazwyczaj oko za stracone. Istotnie ciało szkliste jest tak wyborną pożywką dla ropotwórczych drobnoustrojów, że potrzeba bardzo silnego i to bezpośredniego działania, aby stłumić ich bujny rozwój. W trzech przypadkach urazowego przebicia twardówki, połączonego ze zakażeniem przyrannem i głębokiem ropieniem, zadziwiająco dobre wyniki uzyskał van Millingen przez śmiałe wprowadzenie galwanokautera do wnętrza oka, na kilka mm. w głąb ciała szklistego przez ranę twardówkową, po poprzedniem dokładnem przy-

paleniu jej ropnie naciekłych brzegów. We wszystkich trzech przypadkach skuteczność tego energicznego zabiegu, jak z przytoczonych przez autora opisów choroby wynika, okazała się zadziwiająca, bo nie tylko nie przyszoł ani razu do zniszczenia gałki, ale chorzy odzyskiwali nawet dobrą bystrość wzroku ($\frac{6}{21}$, $\frac{6}{12}$, a w jednym przypadku nawet $\frac{6}{6}$ ¹⁾). Jednym słowem sprawa ropna, sprowadzająca zazwyczaj nieuchronną utratę oka, dawała się w ten sposób powstrzymać w niszczącym pochodzie. Prof. van Millingen przyznaje sam, że na trzech szczęśliwych wynikach nie podobna opierać stanowczego sądu o niezawodnej skuteczności jakiegokolwiek postępowania leczniczego, ale ogłosił je w tym celu, aby praktyków i klinicyстів zachęcić do wypróbowania tego sposobu w nierzadkich niestety przypadkach wśródgałkowego ropienia, gdzie stosujemy tyle innych środków i zabiegów bez najmniejszej wiary w ich skuteczność.

Dr. K. W. Majewski.

Zur Technik der Vorlagerung bei der Schieloperation.

Prof. Dr. C. Schweigger. (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. II. 1899).

Już w r. 1894 wypowiedział Prof. S. zdanie, że przy antepozycyi, mającej usunąć zez lub raczej wzmocnić działanie równocześnie lub poprzednio wykonanej tenotomii — należy antagonistę skrócić o kawałek, równający się co do długości dokładnie linearnemu wymiarowi zboczenia oka zezującego²⁾. Tylko o tyle, a nie bliżej ani dalej, należy przesunąć ku przodowi ścięgno odpowiednie mięśnia, aby wynik operacyi był zadawalniający. Dlatego to Prof. S. przypisuje wielkie praktyczne znaczenie linearnemu wymiarowi kąta zezu, wprowadzonemu przez Graefe'go, podczas gdy wyrażanie wielkości tego kąta w stopniach łukowych może mieć wielką wartość teoretyczną, ale nie daje już tak niemylnych wskazówek operatorowi, zwłaszcza, gdy idzie o antepozycyę. Aby ułatwić dokładne odmierzenie tej części ścięgna, która ma być po założeniu nitki od reszty mięśnia odciętą, obmyślił autor przyrząd, składający się z dwóch haków tenotomijnych, równolegle ustawionych i połączonych sprężynką, która je o tyle rozsuwa, o ile na to pozwala śrubka, działająca w przeciwnym kierunku i dająca się nastawić według dokładnej podziałki milimetrowej. Przed operacyą ustawia

¹⁾ Wypalanie głębokie przy ropniach ciała szklonego wykonujemy dawno, ale wątpimy, by wtenczas osiągnąć można wzrok aż $\frac{6}{6}$. — Gdy sprawa ropna powierzchowna, poco niszczyć wogóle głębokie części.

W.

²⁾ Arch. f. Augenheilk. T. XXIX. Str. 199.

się śrubkę przyrządu w ten sposób, żeby odległość haków równała się dokładnie linijnemu wymiarowi kąta zeza, a po odsłonięciu ścięgna, podkłada się pod nie oba haki, które teraz, pod działaniem sprężynki, rozstępują się: jeden z nich weiska się ku przodowi pod sam przyczep ścięgna, drugi odsuwa się w tył i znaczy dokładnie miejsce, które należy szwem uchwycić. *Dr. K. W. Majewski.*

Zwei seltene Augenoperationen. Dr. Hirschberg. —
(«Deutsche Med. Wochenschrift», Nr 26. 1899).

Najprzód autor zwraca uwagę na trudność operowania oka sympatyzowanego, które nie uległo zupełnemu zanikowi, ale które straciło wzrok przez zrost i zasłonięcie źrenicy i zrost tęczęwkowy w płaszczyźnie ze zgrubiałą, a nowo wytworzonymi naczyniami pokrytą torebką soczewki. Operacje takie bywają podejmowane, jak wiemy, z mało dobrym skutkiem, a, zdaniem referenta, głównie dlatego, że zbyt wczesnie do nich się zabieramy. Do rękoczynów, które w takich razach mogą mieć powodzenie względne, zaliczamy operację Wenzla, znaną każdemu okuliście, jako też i mniej znaną operację G. Critchella, polegającą na tem, że najprzód przecina się grubą torebkę, a później dopiero przez rozmaite zabiegi uskutecznia się powstanie otworu środkowego w soczewce. Pierwsza operacja wymaga długiego leczenia i powtarzania iridotomii, względnie iridotomii, zanim się uda otwór wytworzyć, druga połączona jest z niebezpieczeństwem wzmoczenia napięcia wśródgałkowego. Autor więc podjął się w jednym, odnośnym przypadku innego postępowania, które się powiodło. Postępowanie to składa się z 2, względnie z 3 aktów. W pierwszym akcie po zrobieniu cięcia nożykiem grotowym, wydobywa szczypcami całą zgrubiałą torebkę, a dalej, o ile można, także i soczewkę; drugi akt polega na przecięciu zaćmy następowej nożykiem Knapp'a w samym obrębie źrenicy, unikając zupełnie tęczęwki. Jeżeli to nie prowadzi do skutku (a, zdaniem naszym, z pewnością prawie we wszystkich razach nie powiedzie się, zwłaszcza, jeżeli się już po 4 tygodniach do powtórnej zabieramy operacyi), wtenczas przystępuje autor do trzeciego aktu, t. j. do przecięcia tęczęwki. (Nazywa zaś ten akt Iris-Zerschneidung zamiast Durchschneidung. Pierwsze oznaczałoby poprzecinanie na kawałki, a tego autor nie zamierza). Autor przytacza jeden jedyny przypadek u chłopca, gdzie po trzecim akcie operacyjnym osiągniął otwór trwały, wykonawszy d. 1 maja przecięcie nożem Knapp'owskim. Chory rozpoznawał palec na odległość 10 stóp. Nie widzimy w postępowaniu, a mniej jeszcze w wyniku osiągniętym nic nadzwyczajnego. —

Druga, »rzadka operacja«, którą autor wykonał i którą na-

zywa Penelope, polegała na usunięciu zbyt silnego skutku operacyi Spencer-Watson'a, która zeszcpeciała młodego Dra filozofii i do zamiarów samobójczych skłaniała. Otóż H. po prostu przemieszczony niechręcznie płat, zawierający rzesy, odprowadził na swoje pierwotne miejsce, a ranę międzyrybkową pokrył błoną śluzową ust. Z rysunku, podanego przez autora, wypływa, że operacya pierwotna była bardzo niechręcznie zrobiona, a, jak autor zaznacza, płat skóry, przemieszczony ku dołowi, zawierał dużo meszku, który chorego drażnił. Powtórna więc operacya była w takim razie wskazaną. Ale i odpreparowanie samego płata skórniego, podcięcie należyte jego tkanki podskórnej i zmniejszenie samego płatu byłoby niewątpliwie do tegoż doprowadziło celu. W.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Société française d'ophthalmologie. Posiedzenie d. 2 maja b. r. (Głag dalszy).

M. Rohmer z Nancy mówi: *O obycianiu się bez opaski po operacyach zaćmy.*

Skoro tylko przy operacyi zadosyć uczyniono warunkom aseptyki, opaska jest zbyleczną, gdyż powieki i wydzielenie łez dają dostateczną osłonę, światło zaś dzienne przyczynia się do zwężenia źrenicy i zapobiega wypadnięciu tęczęwki. Już po 5—6 godzinach rana zamknęła, drugiego zaś dnia, a nawet i pierwszego, może już chory chodzić, jeżeli zachowanie położenia w znak jest przeciw-wskazane. Choremu przywiązuje się tylko przed oko luźno płatek, podtrzymywany przepaską, poprowadzoną przez czoło, i to jedynie w celu przypominania, że nie wolno choremu oka dotykać. Natomiast co trzy godziny wykonuje się przepłukiwanie sinkiem rtęci 1:1000.

Następstwem takiego leczenia jest brak wszelkiego zacerwienia oka, a można postępowanie to zastosowywać nawet po wypadnięciu ciała szklistego.

Statystyka, przez prelegenta przytoczona, bynajmniej nie przemawia za tem postępowaniem, na 80 operacyi zaćm miał bowiem trzy zapalenia ropie całej gałki, 10 wypadnięć tęczęwki i 9 zaćm następujących.

Jak za daleko posuwano dawniej troskliwość opatrunkową, tak znowie Hjort przesadził w przeciwnym kierunku, zarzucając opaskę zupełnie. —

Ch. Guende z Marsylii mówi: *O obłądzie (delirium) w następstwie operacji zaćmy.*

Przytoczywszy kilka przypadków ze swej praktyki, z góry zaznacza, że nigdy nie spotkał się z przypadkiem, któryby mógł przypisywać zatruciu środkami, zapuszczanymi do oka. Niepokój tych osób, występujący drugiego lub trzeciego dnia, znika, skoro tylko zdjęto obuoczną opaskę. Może pewna liczba tych osób była zwyrodniałą, a potrzeba było tylko do wywołania ataku pobudki, za czem przemawia i ta okoliczność, że osłabienie zmysłów stanowi często przyczynę, wywołującą stępienie ze starości (dementia senilis). Nie można wszakże tego uogólniać. Większa część naszych operowanych nie zalicza się do starców; ich swoista pobudliwość zaznacza się pod wpływem różnych okoliczności, zwłaszcza wskutek nagłego tłumienia światła. Gdy do tego dodamy nakazaną nieruchomość i milczenie, zrozumiemy, że to są okoliczności, które chorego wprawiają w stan pośredni między czuwaniem a snem i pobudzają do objawów obłądu. Częste względnie objawy obłądu po operacji znikną, jeżeli mniej będziemy wymagającymi dla naszych chorych, jeżeli nie będziemy obawiali się żywić ich dobrze i wzmacniać. Gdy zaś mimo to obłąd wystąpi, usunięcie obuocznej opaski stanowczo jest wskazaniem.

Wecker zauważa, że objawy obłądu po operacjach widywał często wtenczas, gdy używano dużo atropiny i chorego trzymano w ciemnicy. Odkąd system ten został zaniechany, przypadków takich nie widuje.

Dufour: Brak zewnętrznych bodźców, ciemność zupełna i odosobnienie ułatwia pobudzanie ośrodków psychicznych, dlatego trzeba chorym pozwalać poruszać się, otaczać ich towarzystwem osób dobrze im znanych. W ten sposób nawet waryatów ze skutkiem wyleczył pod chloroformem operowawszy, utrzymywał zaś w stanie sennym przez chloral i morfinę w ciągu tygodnia.

Motais: Różne są przyczyny obłądu, a mianowicie: alkoholizm, zatrucie atropiną i pewien stan psychiczny starczy, a przyczyną bardzo usposabiającą jest diabetes.

Dr Fage z Amiens mówi: *O zastrzykiwaniach i wyplukiwaniach odkazających przedniej komórki.*

Aby wewnętrzne odkażenie umożliwić, trzeba środek odkazający wprowadzić wprost do przedniej komórki. Cel ten osiągamy, wstrzykując do przedniej komórki dwie do trzech kropli rozczyну sinku rtęci 1:10.000 przy pomocy sikaweczki Pravaza. Wobec tego, że rozczyń ten rozrzedza się w cieczy p. k., możnaby silniejsze rozczyyny zastrzykiwać. Sposób ten, wypróbowany najprzód doświadczalnie, dawał dobre wyniki, a mniej jest bolesny od zastrzy-

kiwań podspojówkowych. Skoro mamy silne hypopyon lub początki ogólnego zapalenia gałki, trzeba rogówkę nakłuć i wypłukiwać przednią komórkę.

Autor nie podaje jednak żadnych ścisłych wyników postępowania, które nie jest nowem. Sami postępujemy w ten sposób od dawna, nie uchroni jednak to postępowanie w wielu razach od panophtalmitis, a mianowicie wtenczas, jeżeli ciałko szkliste lub naczyniówka ropną sprawą zajęte. —

A badie przypomina zastrzykiwania podspojówkowe, które są bardzo skuteczne, gdy sprawa jest powierzchowną, to jest ogranicza się tylko na rogówkę, przy głębszych wypróżnia A. przednią komórkę i zastrzykuje kilka kropel rozeżynu 1:2000 sublimatu.

Wecker zaznacza niebezpieczeństwo obrażenia wśródbłonka rogówkowego przy takich zastrzykiwaniach środków odkażających.

Darier nie myśli zastępywać zastrzykiwań wśródgałkowych podspojówkowemi, które jednak mają znaczenie ważne, a jeżeli nie wszyscy to uznają, to dlatego tylko, że nie przyswoili sobie wprawy osobistej.

Parent: Ponieważ nawet słabe rozeżyny zmieniają wśródbłonek, przeto radziłby, jeżeli koniecznie chcemy wprowadzać środki takowe do przedniej komory, czynić to z roztworami oliwnymi.

Lagrange robi w razie zakażenia wypłukiwanie tylko wodą sterylizowaną za pomocą sikawki Chibre'ta à double courant, a jeżeli to nie pomaga, ucieka się do podspojówkowych zastrzykiwań sinku rtęci, którym przyznaje »une action puissante«. (Tylko bez przesady! Ref.)

Pflüger przypomina skuteczność trójchlorku jodu do zastrzykiwań podspojówkowych. —

Wecker mówi: *O obecnem stanowisku leczenia odczepienia siatkówki.*

Zaledwo godzi się dziś jeszcze wspomnieć o rozmaitych sposobach leczenia, polegających na nakłuciu, nacięciu szerokiem, drenowaniu, aspiracyi, elektrolyzie, zastrzykiwaniach jodu i t. d. Był to okres zaślepienia — dziś, na szczęście, pewnie już środki te do przeszłości należą.

Nowsze badania, odnoszące odczepienie do powstania wysięku, wpłyną na nadanie leczeniu odpowiedniego kierunku, ale wszelkie wkroczenie chirurgiczne w celach leczenia odczepienia raczej sprawę pogarsza.

To powiedzieć trzeba o obrażeniach ciała szklanego, o rozdarciach siatkówki, a głównie o obrażeniach twardówki wraz z naczyniówką. Gdy Raehlmann w r. 1876 ogłosił swą teorię odczepienia siatkówki, przyjmującą zaburzenia prądu egzosmotycznego,

przenikającego siatkówkę, wskutek czego prąd płynu byłby skierowany do ciała szklistego, obłożonego solami, starał się Wecker, postępując według tej myśli, prąd ten odwrócić od gałki przez zastrzykiwania soli pod spojówkę. Od 12 lat postępuje tak, zastrzykując całą siawkę pod spojówkę i do torebki Tenon'a. Później zamienił sól kuchenną na siarkan sodowy, a w ostatnich czasach używa żelatyny, której zastrzykiwania nie sprawiają bólu.

Przyznaje, że nie udaje mu się wyleczyć wszystkich odczepień, ale zaznacza, że wielu chorych przy tem leczeniu doznaje polepszenia.

Zastrzykiwania te nigdy szkody nie sprawiły chorym, którym W. pozwala zwykle wykonywać przytem zajęcia, a robiąc zastrzykiwania te raz lub dwa razy na tydzień, podaje równocześnie pigułki sublimatowe.

Cóż więc działa w takich razach skuteczniej: żelatyna czy sublimat?

Żelatynę do zastrzykiwania sporządza się według następującego przepisu:

Rp.: sol. natr. chlor. physiol. 100 gr.
gelatinae albae 2.5 »
sterilis. calore 105°.

Dot: Przypadki samoistnego wyleczenia odczepienia nie są rzadkie, ale wspierają je leżenie w znak z zastosowaniem sztucznych pijawek i zastrzykiwań podspojówkowych soli.

Darier: Odczepienia, spowodowane zapaleniem naczyniówki, dają się wyleczyć ręką. Obszerne odczepienia przy myopii można zastrzykiwaniami podspojówkowymi i elektrolyzą wyleczyć. (?)

Lagrange: Trzeba rozróżniać odczepienia urazowe od odczepień zakaźnych i odczepień krótkowzrocznych (*A odczepienia przez narośle?*).

Pierwsze, a nawet drugie dają się wyleczyć. Co do odczepień krótkowzrocznych, nie widział L. żadnego przypadku wyleczenia, mimo rozmaitych usiłowań, przedsięwziętych na słowo mistrzów, a nawet wskutek wskazówek samego Wecker'a, który, ku niemałemu zdziwieniu, zupełnie co innego dziś oświadcza.

Rogman w przypadku odczepienia, powikłanego z krwotokiem, przepisał tyroidyne dziennie 1 gr., i to z tym skutkiem, iż prawie zupełne nastąpiło wyleczenie. —

Lagrange z Bordeaux mówi: *O kurczach tonicznych mięśnia rzęskowego u dzieci.*

Prelegent zamierzał wykazać doświadczalnie: 1. przeszkodę, jaką u dzieci kurcze toniczne mięśnia rzęskowego stawiają przy oznaczeniu refrakcyi; 2. znaczenie skiaskopii w oku atropinowanym.

Kurcze toniczne zmieniają wyniki badania w prostym obrazie jako też przez skiaskopię i są powodem wielkich błędów w badaniu podmiotowem; postanowiłem więc oznaczyć, do jakiego stopnia są one przyczyną takich błędów.

Mając młodego osobnika winieniem, chcąc porównać rozmaite i podmiotowe i przedmiotowe badania pod względem ich wartości oznaczania rzeczywistej refrakcyi, przedewszystkiem zapewnić sobie niechybny sposób mierzenia tej refrakcyi. Środek ten polega na zastosowaniu u osobnika, należycie atropinowanego, optometru Badał'a, zaopatrzonego w dyafragma z otworkiem 4 mm. tak, że osobnik patrzący nim może tylko środkowe części rogówki na przedmiot skierować. Wynik tak osiągnięty porównać trzeba z innymi, otrzymanymi u tegoż osobnika bądź przed, bądź po atropinowaniu przez rozmaite metody optometrii przedmiotowej i podmiotowej.

W ten sposób moglibyśmy stwierdzić, że kurcz toniczny bynajmniej nie zniknął w ciemnicy. W przecięciu 2 dioptrye refrakcyi dynamicznej ukryły się w ciemnicy przy skiaskopowaniu młodych osobników. Równocześnie wykazaliśmy, że skiaskopia po atropinie, mimo największego rozszerzenia źrenicy, daje wyniki dość ściśle w porównaniu do wyników, osiągniętych na atropinowanym oku przez optometr, zaopatrzone w dyafragma. —

Javal mówił: *O mygotkach i jaskrze.*

W zwiastunach jaskry zwykle używane myotica nie mają tej samej wartości.

Morfina jest środkiem znakomitym. Ezeryna ma tę ujemną stronę, iż nie może zawsze być używaną, gdyż przy bardzo wzmożonem napięciu jej wessanie nie przychodzi do skutku. Natomiast pilokarpina może być bez szkody długo używaną.

Valude: Znam przypadki, gdzie pilokarpina nie była znoszona, podczas kiedy ezeryna dobrze działała. Skoro zwiastuny jaskry są wyraźne, trzeba wykonać irydektomię.

Pflueger: Wyższość pilokarpiny nad ezeryną tłumaczy się działaniem fizyologicznem. Ezeryna wywołuje najprzód podwyższenie ciśnienia, zanim je obniży, gdy pilokarpina od razu obniża napięcie.

Lagrange: Jeżeli chory w jaskrze ściśle określonej nie zezwala na irydektomię, poleca się operację, wykonywaną przez Badał'a, a mianowicie wycięcie nerwu nosowego zewnętrznego. Nie leczy operacja ta, łatwo wykonalna, jaskry, ale usuwa na długo zwiastuny, a jest przytem w wynikach swych niewinna. —

Jaqureau z Lyonu mówi: *O kricotoku do ciutka szklistego jednostronnym z wyleczeniami i nawrotami bardzo licznymi od 16 lat.*

Chodzi o chorego, dziś 28 letniego, który na lewem oku od

12 roku życia przynajmniej raz w rok dostaje krwotoku do ciała szklanego bez najmniejszego *statego* upośledzenia wzroku. Szukając powodu tych krwotoków, wykluczyć musiał autor obrażenia dna oka, które podczas szybko przemijających krwotoków bywa zupełnie zastłonięte, ale później okazuje się prawidłowem; dalej nieprawidłowości przyrodzone, jak obecność kanału Cloquet'a; nie mniej nie mógł stwierdzić postaci udarowej, jaką Abadie przyjmuje, gdyż nie było nigdy objawów odczynowych, a błony wśródgatkowe pozostają zawsze nieknięte u chorego, nie cierpiącego na epistaxis i którego serce zupełnie zdrowe. Trzeba więc było uciec się do przyjęcia jakiegoś krwawienia wskutek dyskrazji, a za taką przyjmuje fosfaturę, a może nawet azoturę, gdy badany mocz, który ani śladu białka i cukru nie zawierał, odznaczał się podwyższoną ilością fosfatów i uratów.

Trousseau w roku 1897 odnosił dwa przypadki szklanego krwawienia do fosfatury i azotury. W jednym z tych przypadków atak krwawienia poprzedzała polyurya — a i chory prelegenta wspominał o częstych napadach prawdziwej moczoówki. Może i obecność choć małych ilości kwasu szczawiowego, i w tym przypadku stwierdzona (0.062) przyczynia się do krwotoku. Krwotoki te, które chorego nawiedziły przez 16 lat przynajmniej 20 razy i zupełnie wzrok do poczucia światła zwykle obniżają, znikają bardzo szybko po gorącej kąpieli nożnej. — Wkońcu autor podaje statystykę krwotoków, tak zwanych samoistnych, ciała szklanego, zestawioną głównie z materiału kliniki okulistycznej Hôtel-Dieu w Lugdunie.

W.

V. NOWE KSIĄŻKI.

A. M. Berger: „*Die Ophthalmologie — liber de oculo — des Petrus Hispanus — Petrus von Lissabon, spaeter Papst Johannes XXI.*“

Nach Muenchener, Florentiner, Pariser, Roemer lateinischen Codices zum ersten mal herausgegeben, ins deutsche uebersetzt u. erlaeutert.“

Tak brzmi tytuł broszury o 135 stronicach, wydanej u Lehmana w Mnichowie przez znanego okulistę Dra Berger'a.

Autor podjął się bardzo żmudnego zadania wydania *liber de oculo* Piotra hiszpańskiego, późniejszego papieża Jana XXI, i to na podstawie rozmaitych rękopisów, świadczących o tem, że średnie

wieki zajmowały się więcej pracą Piotra hiszpańskiego, o którym nowsi historycy medycyny, jak Hirsch August i Sprengel Kurt, zapomnieli.

Po spisie historyczno-literackim i spisie wszystkich, dostępnych mu rękopisów podaje autor tekst, krytycznie opracowany, zestawiony, a równocześnie i tłumaczenie niemieckie, dalej następuje komentarz i spis abecedowy leków i chorób, podówczas znanych.—

Uwagi w komentarzu świadczą o wielkiej erudycji autora, czytaniu niezwykłym i znajomości nie tylko pisarzy rzymskich i greckich, ale także Arabów, a nawet mniej znanych pisarzy dzieł lekarskich średnich wieków.

Nie bez zajęcia wielkiego każdy zamierzony w rozwoju swej sztuki okulista przeczyta *liber de oculo* i cenne Dra Berger'a komentarze.

W dziele Piotra hiszpańskiego znajdujemy dowody, że i dziś jeszcze, zwłaszcza w okolicach, mniej oświetlonych, używane środki ludowe, w dawnych czasach były także zastosowywane nawet przez lekarzy. Niechaj nam wolno będzie choć dwa, na poparcie tego, ciekawe przytoczyć ustępy:

W paragrafie 24 mówi autor »de pediculis«: *Pediculi sunt minuti in palpebris oculi plurimum huius, qui dilectantur stulte unde humores mali nascuntur in corpore, quorum cura est experta. Primo laventur palpebre cum urina virginis pueri. Deinde ponatur aloe epaticum dissolutum cum aqua ros. i t. d. A*—dalej w paragrafie 73: »*Contra pannum et unguam*«.

Ad pannum et unguam oculorum accipe salgemme et os sepie et de stercore pueri sicco de omnibus equaliter, quorum singulum ardeat per se in olla nova. Deinde ea similiter teras et pulverica et cum panno lineo fortiter cribra et illum pulverem oculis immittas«. Widocznie do moczu i kału już dawno przywiązywano znaczenie lecznicze.

Często znowu w połączeniu z moczem używano, i dziś stosowanych, środków, jak: szaflwia, koper. I tak czytamy: *Cura ad scabiem, plurimum et petiam oculorum: »Sume urinam pueri virginis et icini et vinum album equaliter et buliant in olla nova cum ruta salvia et radice feniculi et pone in oculo*«.

Bardzo słuszną i dziś zasługującą na uwzględnienie jest rada, zawarta w paragrafie 43: *Oculi quandoque patiuntur ex simpliciter materia quandoque ex composita. Si ex materia composita, debent componi medicinae, si ex simpliciter simpliciter*.

Leczenie okulistyczne opiera się przeważnie na zapatrywaniach patologii humoralnej. Głównem zaś zadaniem jest uwzględnienie osobistej skłonności. Przytem obok upustów krwi w postaci nacięcia

żyły i baniek, obok leków na kichanie i podrażnienie skóry, środki wewnętrzne stanowiły ideał leczenia.

Wiadomo, że średnie wieki hołdowały zasadom Hippokratesa. Po szczegóły niechaj ciekawy czytelnik odniesie się do oryginału, a niejedną przyjemną sprawi sobie czytaniem chwilę. W.

VI. LECZNICTWO.

33. Wyskok mydlany (spir. saponatus) poleca Prof. Mikulicz jako środek prosty i skuteczny do odkażania rąk i pola operacyjnego. Po wytarciu rąk kawałkiem muslinu, napojonego tym wyskokiem, i po wyczyszczeniu miejsc pod paznokciami, oraz łożysk paznokciowych, poddaje się ręce przez pięć minut działaniu wyskoku za pomocą wyjalowionej szczoteczki. Korzyści polegają na tem, że postępowanie to jest łatwem do przeprowadzenia, ręce pozostają wolne od zarazków, gdyż wyskok wnika w głąb, sposób ten jest tańszym od innych zawilonych, a wreszcie wyskok mydlany jest bezwonnym i nietrującym („Deutsche Med. Wochenschrift“ 15 czerwca 1899).

34. Leczenie raka arsenikiem. Jak wiadomo, polecili Drowie S. Czorny i Truneczek w Pradze przed dwoma laty metodę, polegającą na pędzlowaniu odświeżonej powierzchni raka wodno-wyskokowym roztworem kwasu arsenowego w stosunku 1 gr. kwasu arsenowego na spir. rect. i aqu. dest. ana 75 gr.

Po killkorazowem pędzlowaniu w ciągu tygodnia odłącza się strup; postępowanie to powtarza się kilka razy, a w ciągu 2—3 miesięcy narośl, n. p. wargi, bywa zupełnie usuwana. Nawet po zupełnem zniknięciu narośli powtarza się pędzlowanie czas jakiś roztworem słabszym 1:150.

Skoro przy głębiej usadowionych naroślach skóra jeszcze niezajęta, ścina się ją, a następnie postępuje, jak przy wrzodach rakowatych. Postępowanie to ma tę zaletę, że najniżej ślad narośli przez środek ten bywa zniszczonym, podczas kiedy tkanka zdrowa nie doznaje żadnego upośledzenia. Sposób gojenia tak autorzy tłumaczą: najprzód następuje odwodnienie komórek rakowatych przez wyskok, poczem zarodnia (protoplasma) przez arsenik ścina się. Tkanka rakowata zwyrodnia się, a wysięk surowiczy wytwarza znowu zmiany w zeschniętych komórkach rakowatych, w zdrowej zaś tkance tworzy się zapalenie demarkacyjne, wskutek którego narośl, jako ciało obce, zostaje odłączoną („Klin. Therap. Wochenschrift“ i „Sem. Méd.“ Nr 13).

35. Mięszanka z eukainy i kokainy ma, według Logrand'a, wyrównywać ujemno strony obu środków, nie osłabiając dodatnich. Składa się z: Rp. gelat. 2.0, Natr. chlor. 0.7, Acid. carb. crud. 0.1,

Eukain mur. 0.7, kokain. mur. 0.3 na Aq. dest. 100.0. Dodanie żelatyny ma rozmaite przynosić korzyści, mianowicie te, że najmniejsze przymieszki nieczyste, a zatem zarazki, wywołują zmętnienie płynu, że żelatyna sprawia znieczulenie czysto miejscowe, powstrzymuje zbytne wessanie środka. Mięszanka ta przy zwyczajnej ciepłocie, żelatynowa zaś przy ciepłocie 20—22 stopni staje się płynną. Główna ujemna własność eukainy, t. j. rozszerzania naczyń, ustępuje właśnie w tej mieszance („Progrès Médical“ Nr 16. 1899).

36. Jodek arsenu poleca znowu gorąco przeciw żoźom St. Philippe z powodu, iż w tem połączeniu jod ma najlepiej i najpewniej bez ubocznego działania skutek wywierać. Podaje się, stosownie do wieku, 1—10 kropel rozczyntu 1% jodu arsenowego we wodzie lub mleku przed albo też podczas jedzenia, i to 1—2 razy dziennie. Przy zbyt silnych dawkach występuje rozwolnienie, brak łaknienia, bezsenność i podrażnienie ogólne. Postępuje się więc z wzmoczeniem dawek tylko bardzo powoli, a doszedłszy do najwyższej, powoli zmniejszać ją wypada („Revue de théráp.“ Dec. 1898). *H.*

VII. ROZMAITOŚCI

Przenoszenie gruźlicy. Na kongresie dla zwalczania gruźlicy zaznaczył Fraenkel z Halli sposoby przenoszenia się gruźlicy. Z wywodów jego zasługują na uwagę okulisty następujące okoliczności: Poza naszym ciałem prątki gruźlicze ani powstają, ani się rozwijają. Źródłem więc zarażenia jest organizm sam, a w pierwszym rzędzie płwociny, jednakże trzeba pewnych sprzyjających okoliczności, by zarażenie mogło przyjść do skutku.

Tylko tacy chorzy przedstawiają prawdziwe niebezpieczeństwo dla otoczenia, u których istnieje otwarte połączenie pomiędzy ogniskiem zakaźnem a światem zewnętrznym. Gruźlica więc otrzewny, opon mózgowych nie przedstawia niebezpieczeństwa żadnego. Także powietrze wydechowe suchotników jest wolne od prątków, dopiero przy silnem wykrztuszaniu wydobywają się prątki na zewnątrz, tracą jednak szybko swą zarażliwość, a pod wpływem światła słonecznego obumierają. Osuszone atoli obumierają dopiero w 6—10 miesięcy, dlatego właśnie zapatrywanie Cornet'a na przenoszenie się zarazka przez płwocinę wysuszoną i rozpyloną jest uzasadnione. Miejscem wnikania zarazków jest skóra, błona śluzowa ust, nosa, migdały, a także i przewód pokarmowy, przedewszystkiem zaś płuca. Organizm nasz posiada przyrodzoną odporność przeciw tym zarazkom i zazwyczaj dopiero ponowno zakażenie wywiera swój wpływ („Die aerztl. Prax.“ 1899. Nr 12).

Wycinanie załamków przejściowych, zajętych jaglica. Przy rozmaitych sposobnościach zwracaliśmy uwagę na przykre dla oka na-

stępstwa zbyt wielkiej gorliwości operacyjnej w leczeniu jaglicy, zwłaszcza przez wycinanie załamek. Często nawet części chrząstki ulegają gorliwości tych, którzy w zabiegach swych leczniczych są krótkowzrocznymi i nie widzą następstw ujemnych. Sami często spotykaliśmy się z takimi przypadkami, a świeżo na zebraniu Towarzystwa oftalm. w Berlinie przedstawił Hirschberg przypadek jaglicy, gdzie przed trzema laty okulista „renomowany“ na lewem oku wykonał obszerne wycięcie obu załamek, poczem zupełnie zmętnienie rogówki i zeschnięcie się jej wytworzyło się, podczas gdy mniej energicznie operowane oko drugie względnie pozostało zdrowem.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Kliniczny profesor warszawskiego Ujazdowskiego szpitala Dr Jerofiej Kostienicz, mianowany 11 lipca nadzwyczajnym profesorem okulistyki w warszawskim uniwersytecie (po profesorze Wolfryngu), z pozostawieniem na zajmowanej dotąd posadzie. Napisał kilka rozpraw oftalmicznych w języku rosyjskim. Ostatni rok, uważając się za kandydata na powyższą profesurę, poświęcił studjom specjalnym w zagranicznych klinikach, przeważnie wiedeńskiej.

IX. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Józef Majer.

Józef Majer umarł w Krakowie d. 3 lipca b. r. Lubo nie był okulistą, to jednak tyle naukowych stycznych łączyło krakowskiego fizyologa z naszą specjalnością, tyle osobistych było łączników przyjaźni między nim a pierwszymi przedstawicielami naszej gałęzi naukowej, — że wspomnę tutaj choćby tylko starczącego za wielu Wiktora Szokałskiego, — iż godzi się choć kilka słów poświęcić Jego pamięci w piśmie okulistycznym.

W tem miesiącu, gdzie po raz pierwszy d. 12 marca 1808 roku ujrzał światło dzienne, odbył Majer wszelkie studia przygotowawcze i naukowe, a zostawszy 12 stycznia 1831 roku doktorem wszech nauk lekarskich, wstąpił po krótkiej praktyce prywatnej do wojska polskiego, jako lekarz batalionowy, szybko awansował na sztabowego, a po spełnieniu obowiązku wobec Ojczyzny, starającej się odzyskać wolność polityczną, powraca do pisanego zawodu naukowego. W r. 1833 zostaje zastępującym profesorem farmakodynamiki na wydziale lekarskim, dalej w roku 1835 rzeczywistym profesorem t. zw. Instytucji lekarskiej dla lekarzy niższego rzędu, w roku zaś 1849 mianowany został profesorem fizjologii, i to pierwszym po odłączeniu nauki fizyo-

logii od anatomii. Tę gałąź nauk lekarskich uprawiał też najchętniej i najskuteczniej, chociaż szeroki jego umysł ogarniał korzystnie całą medycynę.

Na tej katedrze pozostawał aż do chwili, kiedy go w roku 1877 do ustąpienia zniewoliła ustawa państwowa, lubo nie przostawał i nadal uprawiać swej ulubionej niwy. Owoce jego skrzętniej pracy są niemałe. Nie będę przytaczał bardzo rozlicznych dzieł i rozpraw, ciekawemu czytelnikowi wskazując pod tym względem zestawienie bardzo sumienne Prof. Cybulskiego w zyciorysie Zmarłego, umieszczonym w „Przeglądzie Lekarskim“ (Nr 28), a wspomnę tylko o *Fizjologii zmysłów*, dzieło, które wyszło w r. 1857 i obejmuje przeszło 620 stron. Samemu zaś zmysłowi widzenia poświęcił autor w tej pracy wielkiej przeszło 350 stron. Jedyne to w polskim języku dzieło, odznaczające się nie tylko jasnością przedstawienia, pięknym językiem, ale obejmujące całą ówczesną i dawniejszą literaturę, i dziś jeszcze ma swą wartość naukową, a początkujący okulista winien dla pogłębienia wiadomości swych optyczno-fizjologicznych i dla przyswojenia sobie nomenklatury specjalnej, z dziełem tem zapoznać się wcześniej.

O Majorze jako nauczycielu, jako kierowniku naszej Almae Matris, jako prezosiu Akademii Umiejętności, jako obywatelu i lekarzu mówiono i pisano w ostatnich czasach wiele i pięknie, ale mąż tej miary zasługuje na utrwalenie pamięci przez napisanie dzieła, któreby wykazało jak ten umysł się rozwijał samodzielnie, jak potęgował, jak wiodę swą Major krzewił i udzielał jej innym, jak wpływał na kulturalny rozwój naszego społeczeństwa, a wszystko uczynić wypadła choćby tylko dla zachęty innych, dla wskazania świetnego przykładu potężności.

Wicherkievicz.

Dr Franciszek Chelius, były ordynaryusz okulistyki i chirurgii w uniwersytecie heidelbergkim od roku 1849—1864, zmarł w Ahrweiler, w 79 roku życia.

Ogłoszenia.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracji »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcji:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracja**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych
prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają
autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Kłoby ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośne objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie
wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian
w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają
pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Ogłoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRANSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHENKA WE LWOWIE, DRA MITVALSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Sierpień

— $\frac{1}{2}$ —

ROczNIK PIERWSZY

— $\frac{1}{2}$ —

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Dalszy przyczynek do działania protargolu w okulistyce.

Polat

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

W końcu zeszłego roku ogłosiłem wynik moich doświadczeń co do skutecznego działania tego cennego środka¹⁾.

Zaznaczyłem wtenczas, że rodzaje chorób, w których skuteczność środkowi temu przyznawałem, nie są liczne, a głównie przyznawałem mu ją i to sans phrase w rzeżączce spojówki, w zapaleniu ropnem worka łzowego i przy wrzodach rogówkowych, o tyle, o ile one rzeżączką spojówki lub worka spojówkowego wywołane były. Na podstawie doświadczeń dalszych nie tylko, co przy tamtej sposobności wypowiedziałem, najzupełniej potwierdzić mogę, ale nadto chciałbym jeszcze choć pobieżnie zaznaczyć wyniki dalszych spostrzeżeń, zrobionych już to w prywatnej mojej praktyce, już to w klinice okulistycznej uniwersyteckiej, gdzie z mego polecenia panowie asystenci

¹⁾ Wiadomości z kliniki okulistycznej. (Rocznik I. Str. 45 i nast.).

Do wiadomości **P.P. Współpracowników** i **Czytelników.**

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcji:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych
prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają
autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie
wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian
w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają
pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Ogłoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Sierpień

— ROKNIK PIERWSZY —

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

Dalszy przyczynek do działania protargolu w okulistyce.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

W końcu zeszłego roku ogłosiłem wynik moich doświadczeń co do skutecznego działania tego cennego środka ¹⁾.

Zaznaczyłem wtenczas, że rodzaje chorób, w których skuteczność środkowi temu przyznawałem, nie są liczne, a głównie przyznawałem mu ją i to sans phrase w rzeżączce spojówki, w zapaleniu ropnem worka łzowego i przy wrzodach rogówkowych, o tyle, o ile one rzeżączką spojówki lub worka spojówkowego wywołane były. Na podstawie doświadczeń dalszych nie tylko, co przy tamtej sposobności wypowiedziałem, najzupełniej potwierdzić mogę, ale nadto chciałbym jeszcze choć pobieżnie zaznaczyć wyniki dalszych spostrzeżeń, zrobionych już to w prywatnej mojej praktyce, już to w klinice okulistycznej uniwersyteckiej, gdzie z mego polecenia panowie asystenci

¹⁾ Wiadomości z kliniki okulistycznej. (Rocznik I. Str. 45 i nast.).

środek ten systematycznie w rozlicznych chorobach ocznych stosowali. —

Wskutek głosów, odzywających się na korzyść protargolu jako środka leczniczego przeciw jaglicy, podjąłem na nowo stosowne doświadczenia, a mianowicie robiliśmy wycierania całej obnażonej spojówki protargolem 5—10% za pomocą tamponów z waty raz lub dwa razy dziennie. Wycierania takie choroby wogóle doskonale znoszą. Niewątpliwie występuje też dobry skutek w pierwszym okresie *ostrej jaglicy*, tak, że zazwyczaj skraca się niezmiernie cały przebieg choroby, *lubo nie zapobiega wytworzeniu się blizn spojówkowych*. Są one atoli daleko powierzchowniejsze, aniżeli przy jaglicy, która pozostawioną była sama sobie lub też leczoną niewłaściwie. Skoro sprawa polepszała się, robiliśmy wycierania te następnie tylko dwa lub trzy razy tygodniowo, a w inne dni chory zapuszczał sobie dwa do trzech razy dziennie protargol 1—2% do worka spojówkowego. Dla zapobieżenia srebrzyicy spojówki (*argyrosis*) polecamy zapuszczanie to dokonywać w pokoju przyémionym, względnie oko w kwadrans po zapuszczeniu protargolu opłukać wodą przygotowaną lub borową. —

Także w postaciach jaglicy, polegającej więcej na wybudaniu ciała brodawkowego, przy słabiej rozwiniętych jagielkach, protargol dobrze działa, w każdym razie nie ustępuje 1—2% Arg. nitr., z którem nie dzieli podrażnienia.

Obie postacie połączone zazwyczaj z wydzieliną słabą, która pod wpływem protargolu zmniejsza się widocznie, a nawet dość szybko ustępuje.

Natomiast przewlekła postać jaglicy nie nadaje się do leczenia tym środkiem, wobec którego saletrzan srebra, wypalanie przez galwanokaustykę, dalej cuprum sulfuricum i wiele innych środków lepiej działa.

Natomiast i tu w drugim okresie, gdy mamy do czynienia z jagielkami rozpadającymi się, protargol czas niejakiś po dokonaniem wygnieceniu jaglic jest skutecznym, lecz tylko dopóty, dopóki trwa wydzielina, którą ogranicza znacznie. Później po-

trzeba przejść znowu do saletrzanu srebra, albo też do siarczanu koprowiny, stosownie do tego, czy mamy z rozpulchnieniem tkanki, nacieczeniem drobnokomórkowem, czy też więcej ze stwardnieniem przerostowem tkanki łącznej do czynienia.

Stosowanie 5—10% rozczyńców, które zawsze w ciemnej przechowywane być winny butelce, najzupełniej wystarcza, lubo w kilku świeżych przypadkach ostrej jaglicy, gdy nam chodziło o energiczniejsze działanie z samego początku, chcąc chorobę, *sit venia verbo*, przeciąć, używaliśmy także rozczyńcu 20%, a nawet 25%. Winniśmy atoli przy tej sposobności zwrócić uwagę na ważną okoliczność, która nas od używania silniejszych rozczyńców odwiodła.

Podczas kiedy bowiem dawniej niejednokrotnie używaliśmy wycierania spojówki 25% rozczyńcem bez najmniejszego ujemnego skutku, a mianowicie silniejszego podrażnienia, to w ostatnich czasach kilkakrotnie zauważyliśmy, że nawet 20% rozczyńcy przy wycieraniu spojówki powodują nalot spojówkowy, połączony z dość silnym odczynem zapalnym (nabrzmieniem spojówki, nabiegiem wodnistym powieki, znaczną bolesnością). Wszystkie te objawy atoli po zaprzestaniu stosowania środka ustępują względnie szybko, po kilku nawet dniach, przyczem nacieczone miejsca stopniowo wyjaśniają się, a tamże równocześnie spojówka przybiera więcej wejrzenie gładkie, prawidłowe. Działanie protargolu pokazuje się więc w pewnych razach żrące, podobne do działania *Jequirity*, a także w skutkach leczniczych podobne do tego środka. Skoro mimo wystąpienia nalotu w tym lub nawet słabszym rozczyńcu środek stosowano dalej, sprawa oczywiście pogarszała się.

Wobec tego, że dawniej, mimo używania, jak zaznaczyliśmy, nawet silniejszych rozczyńców, działanie protargolu nie wywoływało żadnego zaburzenia, zadziwił nas niemało ten nieprzewidziany skutek, a zarazem staraliśmy się zagadkę tę rozwiązać.

Ponieważ skutek ten występował po zastosowaniu protargolu, który już dłuższy czas był przyrządzony, przeto przypuszczać trzeba, że środek ten uległ rozkładowi, o czem

wnioskować było można z zabarwienia się czarnego butelki, niewłaściwie z białego szkła użytej.

Może zresztą i niestosownie przyrządzony preparat ujemnego skutku albo działania żrącego stał się przyczyną. Temby się też tłumaczyło, dlaczego rozmaici okuliści, doświadczając działania protargolu, nieraz do sprzecznych lub przynajmniej odmiennych dochodzą wyników leczenia. Wiadomo, że srebro w protargolu tylko molekularnie jest połączone, nie zaś w postaci soli. Przy zbyt niemiernym rozgrzaniu, potrzebnem w celu lepszego rozpuszczania środka, mogłoby przyjść do wydzielenia się srebra, jak to, zdaniem naszym słusznie, podnosi Dr Lesshafft z Gorzelic ¹⁾. —

Wobec bezwładności naszych zabiegów przy *wiosennem zapaleniu spojówki* (*phlyctæna pallida*), pokusiłem się w tym kierunku wypróbować nowy nasz środek. Wiadomo, że przypadki te są bardzo nieliczne, ale okoliczność zrządziła, iż mogłem właśnie w ostatnich czasach w dwóch przypadkach pierwsze w tym kierunku podjąć doświadczenie, które pozwalają rzeczywiście nieźle o skuteczności protargolu przy wiosennym katarze wróżyć.

Gdy w obu przypadkach poprzednio przez kilka tygodni rozmaite środki używane były bez najmniejszego podmiotowego i przedmiotowego skutku, a nawet polecana przezemnie swego czasu antypiryna oczekiwania zawiodła, użyłem, zatrzymując chorych w Krakowie, protargolu, który i podmiotowo i przedmiotowo wywołał dodatnie zmiany, i to w krótkim względnie czasie, bo przez kilka zaledwie dni, przez które chorzy mogli poddać się leczeniu osobistemu i badaniu.

Zaznaczyć mogłem już po kilkorazowem wytarciu 5% protargolem zmniejszenie się wyniosłości różowych na brzegu rogówki, a także ciało brodawkowe, które w takich razach, jak wiadomo, przedstawia się na bladej zgrubiałej spojówce górnej powieki znacznie przerosłe, korzystnie zmieniło swój wygląd.

Przedewszystkiem zaś dodać winienem, że w obu przy-

¹⁾ Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges. Nr 11. 1899.

padkach chorzy sami, nie pytani, zmianę korzystną cierpienia ocznego podnosili. Mianowicie wrażliwość na światło, łzawienie i uczucie pełności ocz miało już po pierwszych stosowaniach środka zmniejszyć się.

Chorym, których dłużej zatrzymać nie mogłem, przepisałem protargol do domu, a później będę miał może sposobność, stosownie do danego chorym polecenia, przekonać się, czy cierpienie, które, jak wiadomo, po upływie pewnego czasu samo ustępuje, uczyniło to prędzej, aniżeli zwykle, i czy nawroty nie powtórzą się. —

Niewątpliwie korzystnym okazało mi się także działanie protargolu przy *zapaleniach brzegów powiekowych*, a mianowicie przy zapaleniu, połączonem z wytworzeniem się wrzodów (*blepharitis marginalis ulcerosa*¹⁾).

W takich przypadkach, występujących przeważnie u osobników skrofulicznych, zwłaszcza po przebyciu chorób zakaźnych, jak szkarlatyny, odry, tyfusu, stosowanie ciepłych okładów, epilacya, rozmaite maści rtęciowe, dalej maść kseroformowa, aristolowa, pocieranie czasami wrzodów samych złagodzonem kamieniem piekielnym (*lapis mitigatus*), zwykle mniej więcej w krótkim czasie sprawę do zagojenia doprowadza. W kilku uporzeczywszych przypadkach uważałem, że prędzej do celu dochodzi się przy uwzględnieniu naturalnie choroby podstawowej, jeżeli po usunięciu wszelkich strupów wycieramy raz na dzień brzeg powiekowy protargolem 10%.

Można też ze skutkiem protargol 10—15% stosować w postaci maści, którą się brzegi powiek na noc pociera. —

W końcu doświadczałem dodatniego skutku środka tego przy *ropniach ciątka szklistego*, już to pierwotnych zakażeniach przez wpadnięte ciało obce, już następowych po przerzutowych zapaleniach ropnych naczyńówki. Chodziło o przypadki, składające się do zapalenia ogólnego gałki (*panophthalmitis*), połączonych z utratą zupełną poczucia światła, gdy na wyjęcie

¹⁾ Są to głównie te przypadki, gdzie torebki włosowe zajęte, a ropienie wnika głęboko w tkankę.

gałki lub wypaproszenie jej nie chciano przystać. Skoro nastąpiła perforacya na granicy rogówko-twardówkowej, albo gdy istniał otwór urazowy w gałce, wprowadziłem przezeń igłę Pravaz'a i zastrzykiwałem do wnętrza gałki protargol 5%. Rękoczyn ten nie sprawiał chorym żadnego prawie bólu, objawy zapalne ogólne bardzo szybko się zmniejszały, a wydzielina ropna przez otwór poprzednio dość obficie wydobywająca się, widocznie się zmniejszała.

Wobec tego mogę polecić stosowanie środka tego jako ograniczającego ropienie wśródgalkowe. Czy zastrzykiwania takie będą w możności powstrzymać zupełnie dalsze ropienie, zachować całość gałki dla kosmetyki i zażegnać niebezpieczeństwo zapalenia sympatycznego, to wykazać tylko mogą dalsze spostrzeżenia, dłuższe od tych, które w ostatnich czasach przypadek nam sprowadził, jako i doświadczenia wprost w tym kierunku podjęte na zwierzętach. —

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

1. Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dra Macheka
we Lwowie:

**Przypadek wypadnięcia siatkówki przez przetokę środkową
rogówki z zanikiem gałki oka lewego po urazie. Wyjęcie gałki,
badanie anatomiczne i drobnovidowe.**

Podał

DR ADAM BEDNARSKI,

I. asystent kliniki.

(1 rycina).

Dnia 6 maja 1899 r. zgłosił się do kliniki Stefan Bubryń, l. 33, robotnik z Borysławia, podając, że dnia 27 kwietnia b. r. przy rąbaniu kamienia skaleczył się w lewe oko odpryskiem kamienia. Leczonym był przez miejscowego lekarza.

St. pr. Gałka lewa nieco zmniejszona. Mierne nastrzykanie

spojówkowe i rzęskowe. Rogówka przypłaszczone, lekko zmętniona. Na środku rogówki przetoka, z której wystaje strzęp szary, ciągnący się. W okolicy przetoki rogówka pozbawiona przybłonka. Tuż poza rogówką odbłask brudno-szaro-różowawy. Przedniej komórki, zrenicy, tęczówki nie widać.

T. l. o. = —2, V. l. o. = 0.

Badanie sideroskopem Asmus'a dało wynik ujemny.

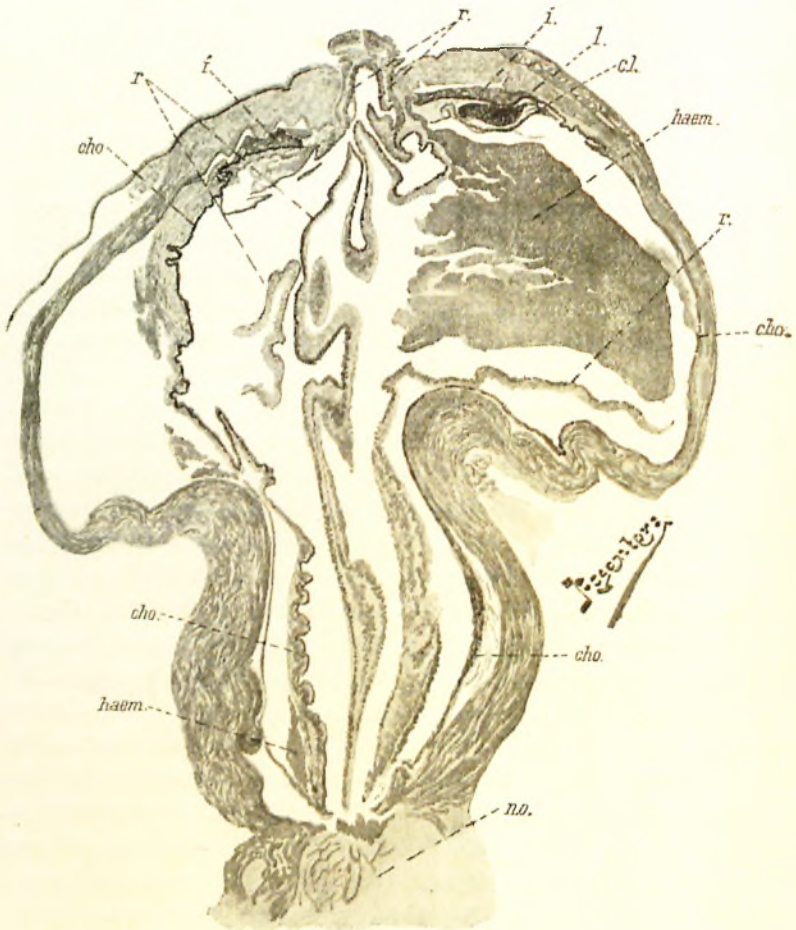
Rozpoznanie zaniku gałki ocznej z przetoką środkową rogówki po urazie, jako rzecz zwyczajna, nie zajęłoby nas wcale bliżej, gdyby nie obecność wyż wspomnianego strzępu, wystającego z przetoki. Brak ciemnego zabarwienia przemawiał przeciw wypadnięciu tęczówki; konsystencya, kształt strzępu i całe wejście przemawiało przeciw wypadnięciu ciała szklistego, istoty soczewkowej, lub torebki soczewkowej. Wykluczyłem również keratitis filamentosa. Wobec tego przypuszczałem, że mam do czynienia może ze strzępem wypociny włóknikowej, która wypełnia przednią komórkę i w postaci strzępu wystaje z przetoki. O wypadnięciu siatkówki naturalnie nie myślałem.

Dnia 9 maja wyjęcie gałki w narkozie chloroformowej.

Badanie anatomiczne. Szczegóły anatomiczne objaśnia rysina z preparatu drobnowidowego, wykonanego w zakładzie patol. anatomi. Prof. Dra Obrzuta. Gałka, wrzucona do rozczyznu 5% formaliny, skureczyła się w tylnym odcinku. Cięcie, poprowadzone w południku pionowym przez środek przetoki i środek nerwu wzrokowego, okazuje obraz następujący. Na środku rogówki przetoka 1·5 mm. średnicy, idąca nieco skośnie ku górze i ku tyłowi. Przedniej komórki nie ma, wyrażając się klinicznie, czyli tuż poza rogówką leży tęczówka (*t.*). Poza tęczówką poniżej przetoki znajduje się resztką soczewki (*l.*). Przednią część dolnej połowy gałki zajmuje skrzep krwi (*haem.*), leżący między naczyniówką (*cho.*), prawidłowo ułożoną, a siatkówką (*r.*) oderwaną, której część sterczy przez przetokę rogówkową na zewnątrz. Dalszy ciąg siatkówki wypadniętej można dokładnie widzieć i śledzić na preparacie anatomicznym aż do nerwu wzrokowego. W górnej połowie gałki siatkówka i naczyniówka odstawają od twardówki.

Ciała obcego nigdzie nie znaleziono.

Z tego badania anatomicznego już fna pewno rozpoznać można, że mamy do czynienia z wypadnięciem siatkówki przez



przetokę środkową rogówki, stwierdzonem klinicznie w postaci strzępu, wystającego z przetoki, a obrazy drobnowidowe rozpoznanie to popierają.

Badanie drobnowidowe. Utrwalenie formaliną 5%. Alkohol. Ustalenie w celluloidynie. Barwienie hematoksyliną. Rogówka, w okolicy przetoki lekko obrzękła, barwi się mniej wybitnie hematoksyliną i rysunek jej jest w tem miejscu lekko zatarty. Powyżej przetoki rogówka okazuje ubytek przybłonka na małej przestrzeni, zaś poniżej przetoki przybłonek jest w całości utrzymany i na dolnym brzegu przetoki wargowato ku dołowi odwinięty. Tylna powierzchnia rogówki pofałdowana. Ściana przetoki górna z przodu gładka, w głębi wyścielona błoną Descemet'a, dolna zaś ściana z przodu pokryta wypociną, a w głębi również błoną Descemet'a wyścielona. W przetoce widać wypadniętą siatkówkę (c) w kilka załameków ułożoną, na których można rozróżnić wszystkie warstwy siatkówki, jeden zaś z załameków wypełnia kopułowato światło przetoki i sterczy na zewnątrz. Załamek ten siatkówki okazuje budowę najwięcej zmienioną i na nim rozróżnić można tylko warstwę włókien nerwowych i warstwę zwojów nerwowych, warstwa zaś ziarnista tylko niewyraźnie jest zaznaczona. Powierzchnia wewnętrzna siatkówki wypadniętej zwrócona jest na zewnątrz i pokryta masą wypocinową, która oddziela wypadniętą siatkówkę od ścian przetoki i ciągnie się w głąb aż do brzegu źrenicznego tęczęwki. Wypocina ta składa się z licznych ciałek czerwonych krwi utrzymanych i rozpadłych, istoty włóknikowej, licznych ciałek wypocinowych jedno i wielojądrowych, silnie hematoksyliną barwiących się. Poniżej przetoki, tuż za tęczęwką, widać istotę bezpostaciową, w środku najsilniej się barwiącą (resztki kory z jądrem soczewkowym) i torebkę soczewki (c. l.) z dobrze utrzymanym przybłonkiem, w liczne załamki pozwijaną i w jednym miejscu pękniętą.

Obok skrzepu krwi, wyżej wymienionego w opisie anatomicznym, mamy jeszcze drobne skrzepy krwi, znajdujące się po pod naczyńówką, mianowicie koło nerwu wzrokowego i w górnej połowie gałki. Naczyńówka w tych miejscach odstaje od twardówki.

Podobny przypadek wypadnięcia siatkówki przez przetokę środkową rogówki jak ten, który powyżej opisałem, a za od-

stąpienie którego składam podziękowanie Prof. Drowi Mächekowi, w dostępnej mi literaturze nie jest znanym, tak więc z tego powodu zasługuje na publikację, jako też i z tego, że poucza nas, iż w podobnych razach trzeba uwzględniać i siatkówkę w rozpoznaniu klinicznem.

Przypadek ten tłumaczę sobie w ten sposób, że po urazie nastąpiło przedziurawienie środkowe rogówki (brak większych zmian zapalenia chronicznego), zwknięcie soczewki wraz z pęknięciem torebki soczewkowej, gwałtowny krwotok między naczyniówką a siatkówką, który odrywając siatkówkę, wepchnął ją w wolne miejsce, powstające równocześnie przez zwknięcie soczewki, i dalej wepchnął ją do rany rogówkowej, zatykając ją. Skutkiem sprawy zapalnej, następowo powstałej, przyszło do wytworzenia się wypociny między wypadniętą siatkówką a ścianami przetoki, w którą rana rogówkowa zamieniła się, i ta wypocina nie pozwoliła już cofnąć się siatkówce z przetoki. Zanik gałki z oderwaniem reszty siatkówki nie potrzebuje tłumaczenia.

2. Z uniwersyteckiej kliniki ocznej Prof. Dra Eversbusch'a
w Erlandze:

**Przyczynek do leczenia zapalenia rzeżączkowego spojówki
(conjunctiv. gonorrhoeica adultorum)**

podał

DR I. ETTINGER,

asystent kliniki.

Ogłaszanie coraz to nowych środków, mających nibyto pierwszeństwo przed innymi w terapii conj. gonorrh., samo już dowodzi, że tak zwane »klasyczne« leczenie tej choroby, jakie się od lat wielu ustaliło, nie jest zadawalniającem. Nie mówiąc o tem, że jedni używają przypalania azotanem srebra już w pierwszym okresie choroby, drudzy natomiast uciekają się dopiero w okresie pyorrhoea do tego środka, — że jedni za-

patrują się na chemosis conj. bulbi, jako na przeciwwskazanie do użycia azotanu srebra, drudzy w tem przeszkody nie znajdując, że słowem nie posiadamy określonych wskazań, — i wyniki leczenia klasycznego wiele pozostawiają do życzenia.

Aby nie być szkodliwym, przypalanie wymaga wielkiej wprawy i znajomości rzeczy ze strony lekarza, tak, że właściwie tylko lekarz-specyjalista może się podjąć tej dla chorego tak nieprzyjemnej i bolesnej operacyi. Zważywszy, że większość przypadków śluzotoku ropnego nie specyjalistom, lecz lekarzom praktycznym się dostaje, przyznamy, że zmiana przypalania na inną metodę, mniej niebezpieczną i łatwiejszą do wykonania, jest wiecej pożądaną.

Pomimo widocznych braków metody klasycznej, zajmuje ostatnia pierwsze miejsce, a, jak się trafnie wyraża Stilling, dzieje się to tylko dzięki temu, że »officiell noch immer versichert wird, dass die Behandlung mit Argent. nitric. einen spezifischen Werth besitze, ja dass es ein Kunstfehler sei, sie zu unterlassen. Eine jede Blennorrhoe, die zu richtiger Zeit mit Höllenstein behandelt werde, heile unbedingt; Misserfolge seien auf ungeschickte Behandlung und auf zu späten Beginn der Höllensteintouchierung zu schieben«¹⁾. Kwestya, czy marne wyniki leczenia azotanem srebra tylko na wyżej wzmiankowane czynniki zwać powinniśmy, albo też na chęć energicznego tamowania rozwoju choroby, zostaje otwartą. O ile nam się zdaje, rzecz się ma zupełnie inaczej.

W conj. gonorrh. mamy do czynienia ze sprawą, która

¹⁾ Saletrzan srebra ma niewątpliwie bardzo cenne zalety, ale, jak to wielokrotnie zaznaczyliśmy, nie powinien nigdy w pierwszym okresie rzeżączki być używanym. Od wielu lat ograniczaliśmy się na staramem oczyszczaniu, osobiście wykonywanem, całego worka spojówkowego słoną przegotowaną wodą i okładami lodowymi, a każdy przypadek, wczas leczony, prawie zawsze bywał bez zajęć rogówkowych wyleczonym. Obecnie, posiadając w protargolu środek prawie swoisty, a przytem nie drażniący, używamy go z upodobaniem, i to od samego początku zajęcia oka; to też kantoplastykę, której błęgiego skutku bynajmniej nie chcemy zaprzeczać, pragnęlibyśmy ograniczyć do bardzo ciężkich przypadków, połączonych ze silnem obrzmieniem powiek.

w najwyższym stopniu zagraża żywotności tkanek, przez stan chorobowy zajętych. Racjonalne leczenie powinno spieszyć z pomocą zagrożonym tkankom w celu zwalczenia szkodliwych czynników, bynajmniej nie korzystając ze środków i zabiegów, mogących szkodliwie oddziaływać na tkanki same.

Wątpliwości chyba nie ulega, że używając azotanu srebra, żądanom tym zadość nie czynimy; niszcząc czynniki chorobotwórcze, jednocześnie zadajemy i cios śmiertelny wysoce osłabionym tkankom, w ten sposób przygotowując podatny grunt do dalszego rozwoju choroby. Działanie azotanu srebra jest powierzchowne i ogranicza się tylko do niszczenia czynników chorobotwórczych, na błonie śluzowej się znajdujących; dostanie się azotanu srebra w głąb byłoby — według zdania stronników metody klasycznej — wprost niebezpiecznym.

Takie wady metody klasycznej nie mogły zostać nie spostrzeżonymi. Wielu też okulistów (Eversbusch, Hoer, Kalt, Leber) porzuciło azotan srebra, zwracając się do środków mniej niebezpiecznych, mniej energicznych, dających wyniki w każdym razie nie gorsze od azotanu srebra, a mających pierwszeństwo z powodu łatwości zastosowania. Metody te nie wymagają wielkiej wprawy, choremu nie sprawiają żadnych dolegliwości, ale wprost ulgę w cierpieniu.

W naszym zakładzie oddawna już porzucono Arg. nitr. i zastąpiono go metodą, która w wielu już przypadkach dała doskonałe wyniki i dzięki swej prostocie przez każdego z łatwością może być zastosowaną. Poniżej przytaczamy w skróceniu trzy przypadki ostatnio w ten sposób leczone, potem metodę samą szczegółowo opiszemy.

I. 15/VII. 1898 r. zjawia się do nas trzydziestopięcioletnia A. W. Stat. pr. O. D.: Powieki znacznie spuchnięte i zaczerwienione, głównie powieka górna, zwieszając się nad dolną, częściowo ją pokrywa. Skóra powiek błyszcząca, gładka. Ze szpary ocznej wypływa gęsta ropna wydzielina. Spojówka gałki ocznej, nacieczona wysiękiem krwawo-surowiczym, tworzy naokoło rogówki ciemno-czerwone naprężone wały, po części pokrywające rogówkę, której część wi-

doczna mały tworzy czworokąt. Rogówka wyraźnie mętna. Rucho-
mość gałki ocznej jednakowo w różnych kierunkach ograniczona.
Wydzielina ropna z organów pleiowych. Badanie drobnowidowe
stwierdza obecność gonokoków.

Terap. Kantoplastyka; przepłukiwania worka spojówkowego,
mniej więcej co godzinę fizyologicznym roztworem soli kuchennej;
wkraplanie Pilocarp. + Morphiny; między płukaniem okład, prze-
siąknięty 3% kwasem borowym na oko. Nocą na lewe oko opaska.

19/VII. Obrzęk powiek zmniejszony; wydzielina obfita. Che-
mosis conj. bulbi znaczna. Zmętnienie rogówki wyraźniejsze, głównie
w górnym zewnętrznym kwadrancie, po części szaro-żółtą masą
pokrytym.

23/VII. Obrzęk spojówki gałki ocznej u dolnego brzegu ro-
gówki zmniejszony. Przy płukaniu szaro-żółta masa częściowo się
odrywa od rogówki, wskutek czego staje się widocznem znajdujące
się tutaj owrzodzenie w kształcie półksiężyca.

27/VII. Szaro-żółta masa znikła. Tworzy się descemetokele.
Liczne naczynia biegną ku owrzodzeniu, okrążając podstawę desceme-
tokele.

29/VII. Obrzęk znacznie zmniejszony. Descemetokele powię-
kszona.

1/VIII. Przednia komora znikła; przedziurawienie niewidoczne.
Kilka razy dziennie ciecz wodnista się odtwarza i odpływa.

4/VIII. Komora przednia w dalszym ciągu się tworzy i znika.
Znaczne unaczynienie rogówki. Owrzodzenie się nie rozprzestrzenia.
Descemetokele zmniejszona.

9/VIII. Chemosis conj. bulbi znacznie słabsza. Rogówka mniej
mętna. Wydzielina wodnista i nieobfita. Terap. Płukania 4 razy
dziennie, Pilocarp. + Morph., ciepłe okłady.

15/VIII. Komora przednia ustalona. Obrzęki zniknęły. W ro-
gówce (górnjej części) mnóstwo naczyń. Descemetokele znikło. Ro-
gówka przezroczysta z wyjątkiem zmętnienia półksiężycowego u góry.
Wydzielina nieznaczna. — Terap. Płukania dwa razy dziennie.
Pilocarp. + Morphina, Zink, ciepłe okłady.

27/VIII. Chora opuszcza klinikę; jako ślad przebytej choroby
pozostaje delikatne zmętnienie górnej części rogówki, na sam śro-
dek zachodzące. V. $\frac{6}{20}$. (Dok. nast.).

III. STRESZCZENIA.

Meningococcus intracellularis przy ropnych zapaleniach spojówki. Prof. C. Fraenkel (Halle).

Ostatniemi czasy przyczyna zaraźliwych zapaleń spojówki wyswietliła się w znacznym stopniu, dzięki badaniom bakteriologicznym Uhthoffa, Axenfelda i innych. Prócz czterech rodzajów drobnoustrojów, najczęściej spotykanych przy danej chorobie (1 gonococcus, 2 pneumococcus, 3 bac. Koch-Weeks i 4 diplobacillus Morax-Axenfeld), znajdowano b. coli, b. diphteriae i diplococcus intracellularis, różniący się od gonokoka barwieniem się według Grama. Wskutek tego Axenfeld był skłonny uważać te pseudogonokoki za zwyczajne gronkowce. — 2-go stycznia r. b. przyniesiono do polikliniki oftalmologicznej dziewczynkę z nabrzniętą i zaczerwioną spojówką lewego oka i ropną wydzieliną. Częściowo spojówka była pokryta łatwą do zdjęcia błonką, zbliżoną do błoniczej. Dnia 14 i 31 stycznia zdarzyły się podobne, ale cięższe wypadki, zupełnie z początku naśladujące błonicę wskutek grubych, głęboko sięgających, trudnych do zdjęcia błon. We wszystkich trzech wypadkach autor zbadał wydzielinę ropną: mikroskopowo znalazł dwoinki, zawarte wewnątrz komórek ropnych, a bakteriologicznie za pomocą hodowli diplococcus intracellularis meningitidis, czyli t. zw. *meningococcus* Weichselbaum'a. Główną część pracy autor poświęca rozpoznawaniu różniczkowemu danego drobnoustroju. Tak więc meningococcus wywołać może zapalenie spojówki. Należy przypomnieć sobie, że takowy niejednokrotnie był znalezionym w jamie nosowej zarówno u osób chorych na rhinitis i otitis (Jaeger, Kiefer, Schiff), jak i u zupełnie zdrowych (Huebner, Schorer, Schiff). Aby rozpoznać go i odróżnić od innych zbliżonych dwoinek, których obecność też wielokrotnie stwierdzono w nosie i w oku, nie wystarczającym jest badanie drobnowidzowo, a należy bezwarunkowo posilkować się innymi sposobami pomocniczymi, t. j. hodowlami. („Zeitschr. f. Hygiene u. Infekt.“ 1899. XXXI str. 221).

Dr Stanisław Serkowski.

Zur pathologischen Anatomie des Glaukoms. Doc. Dr W. Dołganow z Petersburga (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. II. 1899).

W pracy tej znajdujemy szczegółowy opis badania anatomicznego gałki ocznej z przypadku, którego historia w krótkim streszczeniu tak się przedstawia: U 11 letniego chłopca stwierdzono na prawem oku dojrzałą zaćmę miękka bez żadnych powikłań. Przyczyna powstania tej zaćmy była zupełnie ciemna; wywiady nie wykazywały żadnego urazu. Rozcięto torebkę, ale ranka wkrótce zasklepiła się znowu, powtórzono zatem tę operację. Tym razem wessanie zaćmionej soczewki postępowo rażnie i w krótkim czasie

pozostała tylko gruba zaćmiona torebka z kilkoma czarnymi otworami. W miesiąc po ostatniej operacyi można już było oglądać dno oka i wtedy odkryto poza ciałem rzęskowym od skroni wyniosłość żółtawej barwy z widocznymi na powierzchni naczyiniami. Napięcie oka było teraz nieco wzmożone. Wyniosłość ta w ciągu następnego miesiąca szybko rosła i wnet dosięgła źrenicy, przyczem napięcie wzmagало się coraz bardziej (T+2). Rozpoznano złośliwy nowotwór i gałkę wyjęto.

Drobnowidowe badanie gałki, stwardnionej w 10% roztworze formaliny, dało następujące wyniki:

1. W twardówce nieznaczne nacieczenie zapalne, ograniczone do okolicy, sąsiadującej z ciałem rzęskowym i nasadą tęczęwki.

2. Rogówka niezmiennona.

3. W tęczęwce zapalenie okołonaczyniowe (perivasculitis), bujanie tkanki łącznej, wywinicie rąbka barwikowego i przyrośnięcie tęczęwki całym obwodem do twardówki i rogówki.

4. Zarośnięcie i zapalne nacieczenie przestrzeni Fontany oraz nagromadzenie w niej barwika, naciek drobnokomórkowy w otoczeniu przewodu Schlemm'a.

5. Nacieczenie zapalne, przerost tkanki łącznej i utrata barwika w ciele rzęskowym.

6. Takież same zmiany w wyrostkach rzęskowych.

7. Zmiana postaci (wydłużenie) i rozpoczynające się zwyrodnienie komórek przybłonka wałeczkowego.

8. Przerost tkanki łącznej w rzęskowej części siatkówki.

9. Nagromadzenie barwika w miejscu zrostu tęczęwki z rogówką, w tkance spojówkowej, wypełniającej przestrzeń Fontany, i w błonie zaćmy drugorzędnej.

10. Przekrwienie, a miejscami także nacieki zapalne w naczyniówce.

11. Zupełne odklejenie siatkówki, zapalenie tejże przerostowe (*retinitis proliferans*) i miąższowe (*interstitialis*), ogniska krwotoczne, zanik warstwy pręcików i czopków, zarośnięcie światła naczyni.

12. W nerwie wzrokowym zapalenie okołonaczyniowe i miąższowe miernego stopnia.

Zatem nigdzie ani śladu nowotworu, a tylko zupełne odczepienie siatkówki, a równocześnie obraz jaskry następowej.

Teraz zadaje sobie autor pytanie, jak na podstawie tych danych anatomicznych wytłomaczyć obraz kliniczny tego przypadku i kolejne następstwo objawów? Odpowiedź na to pytanie niełatwa: sprawa rozpoczęła się prawdopodobnie przewlekłym zapaleniem ciała rzęskowego (z nieznaney przyczyny) przy równoczesnem wytwarzaniu się zaćmy (upośledzenie odżywienia? ref.). Zapalenie posuwało się

zwolna z ciała rzęskowego na obwodowe części tęczęwki i sprowadziło zarosnięcie przestrzeni Fontany i obwodowy, przedni zrost tęczęwki. Stąd objawy jaskry i dalsze jej następstwa. Tkanka łączna, rozwijająca się bujnie na tylnej powierzchni ciała rzęskowego, kureząc się, oderwała rzęskową część siatkówki od wyrostków rzęskowych. Powstała stąd jama wypełniła się natychmiast płynem wysiękowym, wydzielanym obficie przez podrażnione zapalnie wyrostki rzęskowe. Ustawiczne przybywanie tego płynu przy utrudnionym odpływie odklejało coraz to dalsze części siatkówki, aż wreszcie dokonało całkowitego jej oderwania. Siatkówka zaś oderwana uległa, zwykłym w takich razach, przeobrażeniom.

Dr K. W. Majewski.

L'ophtalmie chrysophanique. Dr A. Antonelli («La Clinique Ophtalmologique». Nr 14. 1899).

Wiadomo, że chorzy, używający zewnątrznie chryzarobiny, czy z powodu łuszczycy, czy też dla innego cierpienia skórniego, dostają niejednokrotnie silnego zapalenia spojówek. To drażniące działanie chryzarobiny zależy od zawierającego się w niej kwasu chryzofanowego. Trousseau opisał dokładniej to zapalenie spojówek, które występuje zazwyczaj obustronnie, nie prowadzi do zajęcia rogówki, odznacza się bardzo skąpą wydzieliną i sprawia chorobę znacznej dolegliwości podmiotowe. Trousseau uważa to zapalenie za objaw zatrucia kwasem chryzofanowym, wessanym w nadmiernej ilości z powierzchni skóry. Dr Antonelli ogłasza obecnie przypadek, który zdaje się wskazywać przeciwnie, że kwas chryzofanowy działa przedewszystkiem miejscowo, dostawszy się przypadkiem do worka spojówkowego. Przytem obraz choroby przedstawiał się odmiennie, niż u chorych, spostrzeganych przez Dra Trousseau. Chory Dra Antonellogo używał już niejednokrotnie 20% maści chryzarobinowej z powodu łuszczycy, smarując nią sobie na wielkiej przestrzeni tułów, ręce i nogi. Dopiero, gdy dla zapobieżenia rozszerzeniu się choroby na twarz i głowę, natarł sobie tą maścią skórę w sąsiedztwie oczu, wystąpiło silne podrażnienie oka lewego, które okazywało łzawienie, zaczerwienienie, światłowstręt i nasrzykanie rzęskowe, na rogówce dwie powierzchowne nadżerki, przekrwienie tęczęwki i zwężenie źrenicy. Wydzieliny spojówkowej nie było żadnej. Pod wpływem atropiny, kokainy i przepłukiwań rozezynem boraksu, przy równoczesnem usunięciu chryzarobiny — oko w kilku dniach wróciło do stanu prawidłowego. W rok później zgłosił się ten sam chory dla oka prawego, na którym wystąpiło zapalenie wśród zupełnie tych samych okoliczności. Tym razem jednak rogówka nie okazywała zmian żadnych, ale za to przekrwienie tęczęwki było tem wyraźniejsze. Jednostron-

ność cierpienia i pojawienie się tegoż bezpośrednio po zastosowaniu maści chryzarobinowej w sąsiedztwie oka umacniają autora w przekonaniu, że przynajmniej w tym przypadku działanie kwasu chryzofanowego było zewnętrzne i miejscowe, tem bardziej, że poprzednio wlewanie wielkich ilości chryzarobiny w odleglejsze okolice ciała nie wywoływało żadnych zaburzeń ze strony oczu. Podobny obraz zapalenia oczu »chryzofanowego«, ale polegający niewątpliwie na zatruciu ogólnem, opisał Dr Linde z Lubeki (Patrz »Postępowanie Okulistyczne«. 1899. Str. 83).
Dr K. W. Majewski.

Ciało obce, leżące pół roku w oczodole. Dr P. Borowski (»Lietopiś ruskiej chirurgii«. Księga IV. 1899).

Na posiedzeniu chirurgicznego Towarzystwa imienia Pirogowa (23/IX. 1898) przedstawił Dr B. odłamek śruby ($5,5 \times 1,5$ cm.), wyciągnięty kleszczami od zębów u pewnego telegrafisty z oczodołu. Chory utracił prawe oko przed pół rokiem w chwili rozerwania tuzi na polowaniu. Podczas enukleacji zauważono w głębi oczodołu ciało obce, silnie białe w kość. Trzeba było odbić dłutem zewnętrzny kąt oczodołu i dopiero wtedy uchwycić można było śrubę i wyciągnąć ją za pomocą kleszczów zębowych. Rana w parę tygodni zablizniła się. Niezrozumiałemi są dla mnie w tej krótkiej historii choroby następujące okoliczności: 1. na początku powiedziano, że »oka brakowało« choremu po urazie; 2. jeśli go nie było, to pocóż po półroczu przystąpiono do usunięcia resztek oka?; 3. jeśli starano się je usunąć »dla wstawienia sztucznego oka«, to przecież resztkę lub zanikniętą gałkę jest pożyteczniejszą dla protezy, aniżeli worek spojówkowy; 4. nareszcie autor mówi, że ciało obce znalezione w oczodole w odległości 4—5 cm. od dolnego jego brzegu, gdy wiadomo, że największa głębokość jamy oczodołowej wynosi u mężczyzny od 43 do 50 mm., musiałyby więc być uwiecznionem w wierzchołku piramidy, czego z opisu nie widać.

Dr J. T.

Exstirpation des Thränensackes und der Thränen-drüse. Dr C. R. Holmes z Cincinnati (»Archiv f. Augenheilkunde«. XXXIX. Z. II).

Autor nie jest bynajmniej przeciwnikiem zachowawczego leczenia zbroczeń narządu łzowego, ale wykonywa operację wyluszczenia gruczołu i woreczka łzowego w następujących razach:

1. Hekroć nie ma widoków lub nie ma czasu usunąć doszczętnie ropienia przewodu nosolzowego przed operacją zaćmy lub przed irydektomią.

2. U chorych wrażliwych, którzy nie mogą znieść zakładania sondy.

3. We wszystkich przypadkach, gdzie leczenie zachowawcze nie sprowadza żadnego polepszenia.

Dr Holmes jest zdania, że, jeśli się wyłuszcza woreczek łzowy i niszczy przewód, wtedy należy koniecznie usunąć równocześnie gruczoł łzowy, aby uwolnić chorego od ustawicznego łzawienia. Omawiając technikę tych operacji, podaje autor, że celem ułatwienia sobie dokładnego wyłuszczenia woreczka łzowego bez obrażenia jego ścian, — zwłaszcza w razach zarośnięcia przewodu w pobliżu ujścia nosowego, — wstrzykuje przez przewodkę dolną gęsty kleik skrobiu zabarwionej jodem na niebiesko, poczem zanyma punkcik łzowy małą pęsetką zaciskową. Przez to zarysy woreczka uwydatniają się w wysokim stopniu i łatwiej można uniknąć nacięcia jego ściany. Przy wyłuszczeniu zaś gruczołu łzowego uwzględnia Dr Holmes dokładnie stosunki anatomiczne i trzyma się przytem drogi, wytkniętej przez większość operatorów, t. j. toruje sobie drogę do gruczołu przez cięcie skórne poniżej skroniowej połowy łuku brwiowego. — Prócz tego zwraca uwagę na potrzebę postępowania ściśle bezgnilnego ze względu na niebezpieczeństwo ropienia pozagąłkowego i następową utratę wzroku, a wreszcie każe troskliwie i dokładnie załamować wszelki krwotok przed zaszyciem rany z obawy przed nagromadzeniem się krwi poza gąłką i ugnieceniem nerwu wzrokowego. Obydwa te groźne powikłania, niejednokrotnie w literaturze ogłaszane, ostudziły, zdaniem autora, zapal operatorów do wykonywania tej, w pewnych razach stanowczo wskazanej i zbawiennej operacji.

Dr Holmes wykonał wyłuszczenie woreczka i gruczołu łzowego 13 razy — prócz tego 4 razy wycięcie samego woreczka. W jednym tylko przypadku rana nad woreczkiem goiła się przez granulacye, zresztą po wszystkich operacyach tak na gruczole, jak na woreczku uzyskał rychłozrost. Wyniki tych operacji były zupełnie zadowalniające.

W końcowym wywodzie zwalcza autor zapatrywanie L. Wecker'a, jakoby łez, wylewanych podczas płaczu, dostarczał sam tylko gruczoł Rosenmüller'a (patrz »Postęp Okulistyczny«. 1899. Str. 286), bo u swoich operowanych widywał niemożność płaczu po usunięciu głównego gruczołu łzowego — mimo pozostawienia gruczołu Rosenmüller'a w nienaruszonym stanie.

Dr K. W. Majewski.

Ueber einen Fall von Resection des Ganglion cervicale supremum sympathici. Dr W. Zimmermann (»D. Ophthalm. Klinik«. Nr 14. 1899).

Literatura o resekcji nerwu współczulnego szyjnego i ganglionu cervicale supremum sympathici przy jaskrze jest jeszcze bardzo

skapą. Autor, zachęcony wynikami Jonnesco'a, Abadi'ego i świeżymi Demicheri'ego, a zmuszony koniecznością i naleganiem chorego, mimo swej wątpliwości co do skutku, poddał chorego operacyi, tem więcej, że ta przy jaskrze dotychczas w Niemczech wykonaną nie była. Przypadek dotyczył 34 letniego chorego na jaskrę chroniczną obu oczu. Mimo dobrzeżnego wycięcia tęczówki od góry oka prawego, jak również dwóch, jednej po drugiej bez zarzutu wykonanych irydektomii na lewem oku, nawet mimo dalszych wielokrotnych punkcei — nie można było obniżyć ciśnienia, które przy 6—8 razowem wkraplaniu czeryny i pilocarpiny wynosiło $+ 2$, a nieraz $+ 3$. Obustronne rozległe zagłębienie tarczy n. wz. V. = przed operacyą p. o. $\frac{1}{50}$ — $\frac{1}{35}$, l. o. $\frac{1}{20}$, z każdym dniem się pogarszał. Na żądanie chorego poddano go operacyi, którą wykonał zawodowy chirurg w uspieniu. Przez 24 godziny przedtem nie podawano żadnego środka, zwięzającego źrenicę.

Podczas operacyi, kiedy odstłonięto zwój górny, podrażniono go słabym prądem przerywanym. W tej chwili wystąpiło wyraźne rozszerzenie źrenicy, które po ustaniu podrażnienia ustąpiło prędko. Po kilkakrotnem stwierdzeniu tego fizyologicznego doświadczenia, wycięto zwój i wychodzący z niego 1 cm. długi kawałek nerwu współczulnego. Natychmiast powstało zwiężenie lewej źrenicy, a coloboma tak się zwiężyło, jak nigdy przedtem, nawet przy najczęstszem czerynowaniu. Ucisk również natychmiast się obniżył. Przebieg gojenia się rany po operacyi prawidłowy.

Wpływu na serce nie zauważono; tętno przed operacyą 80, po operacyi 78—82.

W kilka godzin po operacyi spostrzeżono wyraźny enophthalmus małego stopnia, lekkie opadnięcie powieki górnej lewego oka. W następnych dniach (nie wpuszczano żadnego miotlicum, w celu dokładnego spostrzegania) coloboma się nieco rozszerzyło, — w każdym razie, mimo 5 irydektomii, było węższe, niż na prawem oku. Ucisk się nieco podwyższył, był jednak w każdym razie niższy od prawidłowego, enophthalmus się nieco zmniejszył, opadnięcie powieki jednak od drugiego dnia się zwiększyło i tak pozostało. Wzrok pomalą, ale stale znacznie się polepszał, a w 6 dni wynosił już $\frac{1}{10}$; zbliżona Schweigger 0.4 z trudnością. Ucisk trwale prawidłowy. Wzrok zaś prawego oka, mimo wkraplania środków zwięzających, stale podupada, jak również ucisk ustawicznie podwyższony.

Autor spodziewa się wkrótce przystąpić do podobnej operacyi po stronie prawej.

Luniewski.

Darier: *Moyen de rendre presque indolores les injections sous-conjonctivales et sous-cutanées de cyanure de mercure* (La clinique ophthalmol. Nr 12. 1899).

Autor, wielki zwolennik zastrzykiwań podspojówkowych, widzi główną przyczynę ich niedostatecznego rozpowszechnienia w bolesności, z jaką są połączone. Kokaina w części osłabia tę bolesność, ale nie do każdego środka daje się dodawać. I tak sublimat strąca ją, dlatego zamiast sublimatu używa autor sinku rtęci w następującym stosunku: Rp. Hydrarg. cyan. 1 gr., Cocaini mur. 0.5 na Aq. dest. 100.0.

Zastrzykiwania takiego rozeżynu są prawie bezbolesne, ale już po kwadransie lub pół godziny rozpoczyna się działanie drażniące rtęci.

Doświadczenia, zrobione z morfiną i alkaloidami pokrewnymi, nie dały lepszego wyniku. Polecający się składniad ortoforn, jako nierozpuszczalny, nie może być zastosowanym. Nowy środek znieczulający, akoina, zdawał się autorowi jakby stworzonym do takich zastrzykiwań. Doświadczenia zrobione na króliku wykazały, że rozeżyny 1:1000 wywołują znieczulenie, trwające 15 minut, rozeżyn 1:400 pół godziny, 1:200 godzinę, a 1:40 dłużej nad dzień, ale silniejsze rozeżyny są bardzo drażniące. Nadto doświadczenia, podjęte przez autora na własnem oku, wykazały po zapuszczeniu rozeżynu 1⁰/₀ akoiny w 15 minut względne znieczulenie spojówki o wiele słabsze, aniżeli znieczulenie, spowodowane na drugim, kontrolującym oku przez kokainę.

Mając chorą z rozlanem zapaleniem naczyńki (chor. dissemin.), wstrzykiwał $\frac{1}{4}$ sikawki rozeżynu: Hydrarg. cyan. 0.01, Natr. chl. 1.00 na 50.0 wody, a dla uczynienia zastrzykiwań bezbolesnemi, dodawał do tego płynu kroplę rozeżynu 1⁰/₀ akoiny. Dodatek ten sprawił, iż bolesność, dawniej bardzo znaczna, wcale chorej nie dawała się we znaki.

Z przytoczonych przez autora w krótkości przypadków, dotyczących najrozmaitszych chorób ocznych (keratitis dendr., neuritis spec., choroiditis macularis, irydoeyclitis, keratitis marginalis, cataracta artefacta propter myopiam, haemorrhagia retinae, keratitis purulenta, opacitas corneae traumatica post extractionem cataractae i t. d.), nie możemy wprawdzie wynieść wrażenia, żeby tak czarująco, jak to autor zapewnia, po zastrzykiwaniach podspojówkowych stany zapalne ustępowały, n. p. keratitis dendr. po trzech zastrzyknięciach, wrzód rogówki, od dwóch tygodni trwający, wyleczony był po dwóch zastrzyknięciach i t. d., — ale przypuszczamy, że dodanie do płynu lekowego akoiny czyni ten rozeżyn dla chorego zośnym. Akoina, proszek biały, krystaliczny, rozpuszcza się we wo-

dzie w stosunku 6:100, a lubo w przeciwstawieniu do kokainy nie jest trującą nawet w roztworach silnych, to powoduje jednak nekrozę tkanki w miejscu wstrzyknięcia.

Używano także akoiny do znieczulenia przez nabieg sposobem Schleich'a 0.1 na 100 fizyologicznego roztworu soli; znieczulenie takie trwa dłużej, aniżeli przy zastosowaniu roztworów kokainowych.

Różne przetwory chemiczne strącają akoinę, i tak: przetwory jodowe, sublimat, sinek złota.

W dopisku podaje autor wynik dalszych doświadczeń, zrobionych po napisaniu artykułu, z czego wynika, co następuje: Używał także akoiny do zastrzykiwania trójechlorku jodu, a lubo w siławce powstaje lekki obłoczek, to jednak działanie środka nie osłabia się przez to.

Znieczulenie przez nabieg za pomocą akoiny 1:1000 nie jest tak zupełne, jak przy stosowaniu kokainy.

Do worka łzowego zastrzykiwana akoina nie znieczula go.

W.

Leczenie powtarzającego się zapalenia oczu u koni.

J. Januszewski (»Weterinarny Zbornik vel Recueil de médecine veterinaire«. Zeszyt IV. Warszawa. 1899. Str. 169—194).

Rzecz dotyczy tak zwanej miesięcznej ślepoty u koni. — Chociaż nie mamy nic wspólnego z weterynaryą, jednakże zaznaczyć chcemy, że pp. weterynarze w tej sprawie więcej ślepili piór, pisząc o leczeniu, aniżeli zbadaniu, co to jest mianowicie za choroba, nosząca nie nieznaczącą nazwę »miesięcznej ślepoty«. Tę nazwę potrąciłem, rozbierając w r. 1888 w »Więstniku Oftalmologii« znaną weterynaryjną oftalmologię Blazekovi'ca, i dziś to samo powtarzam. Ten ostatni chorobę tę nazwał iridochorioiditis, p. J. — panophthalmitis recidiva. My, okuliści chorób ludzkich, znamy tylko panophthalmitis, jako chorobę oka, która się nie powtarza i zwykle się kończy jego zanikiem. Pan J. każe się jej powtarzać i, o cudo!, wylecza ją nawet. Wyliczywszy cały arsenał bezskutecznych dotąd środków, począwszy od adstringentia (!), p. J. wypróbował podspojówkowe wstrzykiwania 1% roztworu sublimatu, który, aczkolwiek zmniejszał chorobliwe objawy, okazał się jednak słabym, drażniącym środkiem, i także wstrzykiwania francuskiej terpentyny, środka bardzo heroicznego, »z efektem dość silnym«. Autor wybrał drogę pośrednią — derywację wywołuje za pomocą zawłoki, przeciągniętej przez tę spojówkę gałki ocznej. Kilkomu historyjami chorób dowodzi pożyteczności podobnego traktowania końskiej choroby, która rozpoczyna się od naczyniówki i następnie przechodzi na tęczówkę, rogówkę i spojówkę, przyczem zwykle mę-

tnieje ciałko szkliste i soczewka. Obszerna ta praca godna jest krótkiej wzmianki i w naszym czasopiśmie. *Dr J. T.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. *Société française d'ophtalmologie*. Posiedzenie d. 2 maja b. r. (Dokończenie).

Dr Delbès z Pérignaux mówi o: *zapaleniu mieszkowem spojówki* ze stanowiska higieny szkolnej. Wykazawszy, na podstawie badania, dokonanego na 2540 uczniach, iż zapalenie to u chłopców w 35%, u dziewcząt w 38% zachodzi, wykazawszy dalej, że równocześnie spozstrzega się i nabrzmienie gruczołów i wybujałości tkanki adenoidalnej i przerost migdałów w znacznej części przypadków, stawia sobie, słusznym zdaniem naszym, pytanie, czy nie trzeba obok skrofułów także i kiły do pewnego stopnia czynić odpowiedzialną za powstawanie tego zapalenia?

Przechodząc do miejscowych okoliczności, wywołujących zapalenie mieszkowe, zalicza do nich podrażnienie lekowe, choroby sąsiednich części i wady refrakcyjne, jako ważne pod tym względem czynniki chorobotwórcze; zachęca dalej, wobec tego, że wiele chorób ocznych dopiero przez badanie lekarza się odśladania, do utworzenia we wszystkich departamentach nadzorowej służby ocznej.

Sprawa to nie nowa, należyście swego czasu już osądzona. Autor domaga się, by inspekcya odbywała się przy pomocy nauczycieli, którzyby sami oznaczali także bystrość wzrokową.

Co do tego, to zdania dziś są podzielone, a przypominamy pod tym względem polemikę pomiędzy Herm. Cohn'em, który pragnie takiego współdziałania i badania swe w ten też sposób przeprowadzał, a Silex'em z Berlina, który wprost odmawia znaczenia w ten sposób przeprowadzonym statystykom i wnioskom, a władze przestrzega przed popieraniem lub zarządzaniem podobnych badań w szkole¹⁾.

Péchin z Paryża mówi o: *obustronnem zapaleniu tęczówki pochodzenia malarjyjnego*.

Powikłania oczne, odnoszące się do malarji, dotyczyć mogą nerwu wzrokowego, siatkówki, a przede wszystkim naczyńcówki. Zboczenia te chorobowe mogą niekiedy, co jest bardzo rzadkiem,

¹⁾ Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene. Nr 25 wzgl. 31.

mieć swe siedlisko wyłącznie w tęczówce, a na poparcie tego twierdzenia przytacza prelegent przypadek, gdzie jedno oko podczas pierwszego ataku zimmicy, a drugie w 5 czy 6 lat później po drugim ataku wystąpiło. —

Dr L. Borsch porusza ważną sprawę, a mianowicie: *korzyści z otworenia szkoły dla optyków.*

Okularnictwo we Francyi nie zrobiło tyle postępów, co w innych krajach, a mianowicie w Ameryce. Optycy zadawalniają się wykonaniem według przepisu szkła samego, nie troszcząc się wcale o rozmiary i formę oprawy. Pożądaną byłoby rzeczą, by optycy byli w swem rzemiośle lepiej wprawiani i pouczani. Jedyne obawiaćby się można, aby nie wykonywali okulistyki, nadużywając dyplomów, ale stosowne przepisy prawne powinny temu zapobiedz.

Parent: Nie szkła same są przedmiotem grzechów optyków naszych, ale oprawa, co do której przy szczycie dobrej woli można by zadaniu sprostać.

Niebezpieczeństwo dyplomowania optyków zaznaczają dalej Wecker i Dufour. Ostatni sądzi, że niewłaściwościom przy robieniu dokładnych okularów mogliby najodpowiedniej zaradzić sami okuliści, popierając takich tylko optyków, którzy ich wymagania uwzględniają.

Zupełnie to zapatrywanie podzielamy, a sami przekonaaliśmy się tu w Krakowie, że ściśle żądania nasze wobec optyka i kontrola niedogodności wszelkie usuwają; chorzy nasi teraz nie tylko nie potrzebują czekać na przystanie przepisanych szkielec z Wiednia, Berlina lub nawet Paryża, odkąd obowiązyaliśmy optyka naszego, by szkła wszelkie w miejscu wyrobił i oprawy odpowiednie miał zawsze w stosownej jakości na składzie. —

Trantas z Konstantynopola mówi o: *kilku przypadkach samoistnej hemeralopii, wyleczonej przez stosowanie wątroby jagnięcej.*

Hippokrates leczył hemeralopię przez podawanie w znacznej ilości wątroby wołowej. Leczenie to, praktykowane ze skutkiem przez wielu autorów, popadło później w zapomnienie, lub zdyskredytowane zostało, tak, że podręczniki okulistyczne wcale już nie wspominają o niem. Szereg 10 przypadków, a pomiędzy nimi były niektóre bardzo groźne, leczonych ze skutkiem przez podawanie codziennie 200 gramów wątroby jagnięcej, już to gotowanej już też pieczonej, przekonał autora, że sposób ten leczenia hippokratesowego zasługuje na uwzględnienie nawet tam, gdzie inne sposoby leczenia bez żadnego pozostały skutku. I tak autor przytacza przypadek hemeralopii, która trwała trzy lata, a wkońcu doprowadziła nawet do rozmięczenia rogówki, gdzie podawanie wątroby nie tylko uwolniło chorego od hemeralopii, ale nawet powstrzymało dalszy rozpad ro-

gówki. Stan ogólny atoli w niczem się nie zmienił, wątroba i śledziona pozostały nawet bardzo powiększone. Tak samo w przypadku raka wątroby przez podanie owego środka pożywczego hemeralopia zupełnie ustąpiła, gdy stan ogólny się nie polepszył.

W niektórych nawet, łżejszych przypadkach miała choroba oczna zaraz po pierwszym dniu leczenia ustąpić. Zeschnięcie znamienne spojówki (xerosis epithelialis) znika atoli powolniej, a mianowicie w 10—15 dni.

Na podstawie kilku przytoczonych, a naszym zdaniem bardzo niedostatecznie badanych przypadków, dochodzi autor do wniosków, że opoterapia ma znaczenie poważne w leczeniu hemeralopii, gdyż szybkiego wyleczenia nie można przypisać przypadkowości. —

Borsch: *Nowe szkło dwuogniskowe*. Utrata akomodacji osób operowanych na zaćmę lub pozbawionych soczewki dla wyższych stopni myopii daje się osobom tym wiele we znaki, gdy chcą patrzeć naprzemian w dal i z bliska. Niedogodności tej ma zapobiedz szkło dwuogniskowe. Wobec krytyki, podniesionej na kongresie w r. 1897, autor kazał wykonać *nowe szkła dwuogniskowe*, mające pewne zalety przed dawniejszemi. Na czem to ulepszenie polega, trudno wyrozumieć z krótkiego przedłożonego nam streszczenia bez rysunku. —

Betremieux z Roubais mówi o: *leczeniu odczepienia siatkówki przez irydektomię i sklerotomię*. Przypadki przez autora przytoczone dotyczą odczepienia urazowego, które, jak wiadomo, i same nieraz ustępują, tak, że nie można wynieść wrażenia, jakoby leczenie, względnie operacye w czemkolwiek do tego się przyczyniły; natomiast dziwić się wypada, jak mogą jeszcze dziś okuliści tak mało krytycznie postępować, czego prelegent dał dowód. —

Kopff z Paryża mówi o: *przypadku samoistnego przyczepienia siatkówki* odczepionej u osobnika, mającego na oku chorem mp. 13 d. Odczepienie nastąpiło nagle, a przez 14 miesięcy pozostało zapoznanem. Później przez dłuższy czas (16 miesięcy) leczono chorego, ale bezskutecznie, dopiero w 8 miesięcy po ukończeniu bezskutecznego leczenia objawiało się w przerwach polepszenie, aż nastąpiło wyleczenie zupełne, ale bez znaczniejszego przywrócenia wzroku. —

De Obario z Nowego Jorku: *Przecięcie nerwu sympatycznego szyi. Badanie mikroskopijne*. O. wykonywał na kotach i królikach przecięcie lub wycięcie nerwu współczulnego, a badanie mikroskopowe gałki ocznej wykazało wybroczyny krwiste odosobnione, dosyć znaczne, na całej jagodówce jako też na siatkówce i nerwie wzrokowym. Objawy te wystąpiły zaś łatwiej jeszcze, jeżeli przez na-

klucie rogówki i zniesienie przedniej komórki napięcie gałki więcej jeszcze obniżano. W.

2. Société d'ophthalmologie de Paris. Pos. 6 czerwca b. r.

Darier mówi o: *wskazaniach leczniczych rozmaitych postaci zapaleń pozagałkowych nerwu wzrokowego.*

Rokowanie o tyle przy tem cierpieniu jest korzystne, że rzadko przychodzi do zupełnej ślepoty, a nawet restitutio ad integrum nie należy do rzadkości, byle sprawa chorobowa nie była zbyt silną i nie trwała zbyt długo, w którym to razie przychodzi do zaniku zupełnego włókien nerwowych. To też sprawa chorobowa winna być przerwana. Co, gdy nie nastąpi samoistnie, stosownem leczeniem skutecznie trzeba.

Znany postać dziedziczną, opisaną doskonale przez Leber'a. W tej to postaci w kilku przypadkach, mimo najrozmaitszego leczenia, nie mogłem żadnego pewnego dopatrzeć się skutku, lubo mimo ciężkich postaci, które widywałem, nigdy nie przychodziło do zupełnej ślepoty.

Zupełnie innem jest rokowanie w zapaleniu nerwu wzrokowego pozagałkowym wskutek zatrucia (wyskokiem, nikotyną i t. d.), cukrzyca stanowi okoliczność, bardzo stan pogarszającą. W tej postaci wystarcza zazwyczaj usunąć okoliczność szkodliwą, by przywrócić dawny stan, a udaje się to nawet bez wszelkiego leczenia. Jednak niejednokrotnie stosowanie strychniny i pilokarpiny osiągnięcie celu przyspiesza. Zdarzają się atoli przypadki, że mimo najusilniejszego leczenia wzrok centralny na zawsze pozostaje stracony. Alkoholicy i dyabetycy rzadko tylko mogą się wyleczyć z niedowidzenia tabakowego, a zanik nerwu zazwyczaj zakończy sprawę.

Inaczej się rzecz ma z ostrym zapaleniem pozagałkowym przez zakażenie, jako to przez grypę, odrę, zakażenie maciczne, dalej przez zimno, lub w następstwie zmian chorobowych, w sąsiedztwie zachodzących. Tu sprawa, często jednostronnie występująca, jest dla leczenia bardzo przystępna, byle ono było stosowane, zanim przyjdzie do zaniku włókien nerwowych.

Autor przytacza na poparcie swych twierdzeń kilka przypadków, gdzie zastrzykiwania podspojówkowe, kilka razy wykonane (sublimatu?), miały i świeże i stare przypadki wyleczyć. Wobec tego gani postępowanie tych, którzy, jak Wingenroth, w podobnych razach stosują weierki, gdy miejscowe leczenie przez zastrzykiwanie podspojówkowe zupełnie tak samo, a nawet szybciej do celu prowadzi.

Chevallereau: Trzeba koniecznie rozróżniać rozmaite postacie zapaleń pozagałkowych, podczas kiedy bowiem postacie z za-

trucia są dobrotliwe, postać a frigore kończy się zwykle zanikiem nerwu.

Vignes: Niedowidzenie czysto tabakowe należy do wielkich rzadkości, a prawie zawsze jako powikłanie zachodzi u alkoholików, co rokowanie czyni poważnem, gdyż w takich razach przychodzi do zaniku włókien makularnych nerwu wzrokowego. W niedowidzeniu połączone z tytoniu i wyskoku wzrok bywa nierówny na obu oczach.

Dubois de Lavignerie: Niedowidzenie tabakowe jest bardzo rzadkim objawem; nie spostrzegamy go nawet w pracowniach tabaczkowych wyrobów.

Dreyer-Dufer: Zaznacza skuteczność prądu stałego, pod którego wpływem scotoma środkowe ścieśnia się coraz bardziej i ginie często zupełnie.

A. Terson: Widział pomiędzy rozlicznymi zanikami nerwu w następstwie nadużycia wyskoku, raz zupełne stwardnienie nerwu wzrokowego obu ocz u osobnika, który prócz innych napoi używał 10 absyntów dziennie. Może jakoś napoi, zawierających absynt i inne rozmaite esencje, przyczynia się do prawdziwych zaników nerwów wzrokowych. —

Bourgeois z Reims przytacza przypadek *trzeszczu obustronnego, bardzo silnego, bez wola*.

Trzeszcz ten wystąpił u 57 letniego osobnika przed trzema miesiącami w kilku dniach w następstwie silnych napadów kaszlu. Zawsze chudy, chory w ostatnich miesiącach schudł jeszcze bardziej. Najmniejszego nie ma śladu wola, tętno jest prawidłowe, a i serce nie przedstawia żadnych zmian chorobowych.

Chory, nadużywający i tytoniu i wysokowych napoi, ma drżenie górnych kończyn z mózgowym podrażnieniem. B., obawiając się zwichnięcia gałek, wykonał obustronnie zewnętrzne zeszyście powiek i przypuszcza, że zachodzi w danym przypadku choroba Bardsedowa bez przerostu gruczołu tarczycowego. H.

V. NOWE KSIĄŻKI.

Deutschmann: *Weitere Mittheilungen ueber mein Heilverfahren bei Netzhaunablosungen, gleichzeitig ein Bericht ueber 101 nach dieser Methode von mir operirte an Netzhaunablosung erkrankte Augen* (Beiträge zur Aughik. 40 Hefl. Hamburg u. Leipzig. Leopold Voss).

Gdy jednych ogarnia zupełne zwątpienie wobec leczenia przypad-

ków odezepienia siatkówki, inni pełni są zapału młodzieńczego, gdy jedni zupełnie pod względem terapeutycznym zachowują się biernie, inni poddają siebie, a niestety także pacjentów swych, złudzeniom. Do ostatniej kategorii należy, skądinąd zasłużony, okulista hamburski, Prof. Deutchmann.

W roku 1895 podał autor do wiadomości swój sposób operowania odezepienia siatkówki na podstawie 16 przypadków. Postępowanie polegało na zastrzykiwaniu króliczego ciała szklanego do takiego oka, na którym poprzednio przeciął włókniste zaćmienia ciała szklanego, odciągające siatkówkę. Autor sam później zarzucił ten sposób, przekonawszy się o jego bezskuteczności. Atoli zmieniwszy nieco to postępowanie, odważył się na nowe próby; poddał cały szereg dotkniętych odezepieniem siatkówki ócz, niejednokrotnie przez innych okulistów za nieuleczalne uznanych, i dzieli się w powyższej pracy z publicznością lekarską wynikiem swych zabiegów.

Postępowanie obecne polega na następujących aktach:

Cheąc przeciąć owe włókna między zanikającym ciałkiem szklanym a odezepioną siatkówką, a równocześnie wypuścić płyn pozasiatkówkowy, wprowadza obosieczny nóż linijny, nieco na płaszczyźnie zakrzywiony, jak najdalej od rogówki, tuż przy załamku przejściowym przez twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę, przeprowadzając go zaś ku przeciwniejszej ścianie gałki, przekłwa ją, unikając wszakże przecięcia spojówki, następnie cofa nóż, którym wykonuje łukowe ciągnięcia ku górze przez ciało szkliste i powoli wyprowadza z gałki.

Wstrzyknięcie króliczego ciała szklanego zmienił autor w następujący sposób: Najprzód co do instrumentu, to używa noża, który jest zarazem i cewką, nasadzającą się na sikawkę całkiem szklaną. Otworek odpływowy tej cewki tnącej znajduje się kilka mm. przed samym końcem ostrym.

Przygotowanie płynu szklanego odbywa się w ten sposób: Po oczyszczeniu oka króliczego, wyjmuje je, obcina z wszystkich przylegających cząsteczek tkanki pozostałej, sterylizuje w sublimacie i wrzącej wodzie, a następnie, zrobivszy przy nerwie wzrokowym dwa ciągnięcia nożyczkami, wydobywa i wpuszcza ciało szkliste do sterylizowanego szkiełka. Za pomocą szklanego przecięcia rozbija się ciało szkliste, a przez dodanie fizyologicznego roztworu solnego rozrzedza, stosownie do potrzeby. Pozostawione ciało w spokoju pokazuje zmianę, a mianowicie oddziela się po jakimś czasie dolna część pyłkowata od górnej, zupełnie przezroczystej. Ostatnią, wstrzykiwaną, nie wywołuje żadnego podrażnienia, podczas kiedy właśnie spodnia część ma zawierać pierwiastki zapalne. Autor więc już tę część ciała rozrzedza w sposób powyżej opisany, już to używa tylko górnej części

oddzielonej, dodając nieco i dolnej, stosownie, czy wolno mu podrażnienie wywołać, czy też winien go unikać (?). Skoro z powodu niewystarczającego skutku zniewolony jest operacyę powtórzyć, używa więcej stężonego płynu ciała szklistego. Że chorey dostaje opaskę, atropinę, że się spokojnie zachować musi i t. d., to są okoliczności, których naturalnie nie potrzeba zaznaczać, atoli zadziwia nas to, co autor głosi o skutkach. Przeważnie chodziło o oczy albo już wielokrotnie bezskutecznie leczone, albo może i o świeże przypadki, ale także mało przedstawiające nadziei powodzenia. Mimo to autor zapewnia, że wyniki jego operacyi, często kilkakrotnie powtarzanych, były zadziwiająco dobre. Na 101 przypadków miał 26, a zatem 25.7% wyzdrowień, 34 czyli 33.7% polepszeń, a tylko 41, t. j. 40.5% bezowocnego leczenia.

Ile z tych ócz rzekomo »wyleczonych« lub poprawionych, po bardzo długim leczeniu, po wysiłkach fizycznych i finansowych, ostatecznie jednak później, a może nawet w bardzo krótkim czasie, nieszczęśliwemu losowi zupełnej ślepoty uległo, o tem nie dowiadujemy się nie pewnego, atoli nie trudno okuliście doświadczonemu dośpiewać sobie tę smutną piosenkę.

I my próbowaliśmy także niejednokrotnie sposobów Deutchman'a, nie możemy atoli pochwalić się wynikiem, zachęcającym do naśladowania, tem mniej, iż przy obustronnem odezpieniu, lecząc jedno oko oględnie bez operacyi, tylko odwodząco i środkami ogólnymi, a drugie sposobem Deutchman'a, mogliśmy przekonać się o stanowczo lepszym wyniku przy pierwszej metodzie. Zresztą o tem później obszerniej. H.

VI. LECZNICTWO.

37. Sondy protargolowe. Ażoby protargol dłużej mógł działać na zmienioną chorobowo błonę śluzową przewodu łzowego, wprowadza Antonelli sondy żelatynowo protargolowe 50% grubości Nr 3 i 4 Bowman'owskich, 3—4 cm. długie, i to zaraz po wyjęciu sondy metalowej Bowman'owskiej, tej samej grubości, Nr 5 lub 6. Sonda żelatynowa rozpuszcza się powoli, a przez kilka godzin wypływa nosem śluz, zabarwiony protargolem.

Sondy takie okazały się bardzo skuteczne przy przewlekłych zapaleniach przewodu worka łzowego, w kilku przypadkach ropnych zapaleń rogówki (hypopyonkeratitis) na podstawie zajęcia przewodu łzowego, połączonego z ozeną, lub jaglicą dróg łzowych. (Sprawozdanie z société d'ophth. de Paris w „la Clinique ophthalmol.“ Nr 8. 1899).

38. Znieczulające działanie ortoformu. Darier stosował środek ten w postaci maści 4:30 przy powrotnych wrzodach rogówki, zapaleniach twardówki, oparzeniach spojówki przez środki żrące, oparzeniach powiek i t. d. Z początku powstaje pieczenie nieznośne, trwa przez kilka chwil, ale ustępuje miejsca zupełnemu znieczuleniu, trwającemu dłuższy czas. („Rev. Gen. d'Ophth.“ Nr. 7. 1899).

39. Mydrina. W najnowszych czasach znów Sydney Stephenson poleca ten środek, jako znakomite mydriaticum, i potwierdza wyniki, otrzymane przez Groonouwa i Cattaneo. Skutek środka tego jest mniej więcej ten, że mydriasis, osiągnięta po zapuszczeniu kropli 10% roztworu wodnego, do najwyższego stopnia dochodzi po 30 minutach, a kończy się po pół godzinie. Dodatnią stroną tego środka jest to, że akomodacya wcale przytem nie bywa porażona. (Tamże).

40. Siarczan koprowiny w połączeniu z kwasem salicylowym stosuje, rzekomo z dobrym skutkiem, Blobaum. Kwas salicylowy niszczy jaglicę, nie wpływając na części zdrowe spojówki, a wywiera wpływ niejako z „wyboru“, podobnie, jak to czyni na guzki przy wilku. Używa się dwóch tych środków w postaci maści, i to w takim stosunku: cupri sulf., acidi salicylici, cocaini mur. aa. 1 gr. na 10 wazoliny. Obecność owrzodzeń rogówkowych nie stanowi przeciwwskazania dla użycia tej maści. („Sem. méd.“ Nr 7. 1899). *W.*

41. Egol, nowy środek przeciwnilny. Na posiedzeniu paryskiej „Académie des sciences“ z dnia 10 lipca b. r. przedstawił Dr Gautrelet szereg nowych przetworów aromatycznych, będących związkami rtęci z kwasem ortonitroparasulfonowym. Wszystkie te związki odznaczają się niezwykłą trwałością chemiczną, stanowią proszki barwy brunatno-czerwonej, rozpuszczają się we wodzie na zimno i w każdym stosunku, natomiast są nierozpuszczalne w stężonym alkoholu. Dla krótkości nazwał je autor egolami. Wodne roztwory egolów nie mają woni, ani nawet smaku wybitnego; nie stracają białka, stracają zaś toksyny, nie ulegają rozkładowi pod wpływem fermentów organicznych, wreszcie nie działają ani żrąco, ani drażniąco. Egole są bardzo słabo trujące: żelży otrucę zwierzę, trzeba przynajmniej 2 gr. egolu na kilogram wagi ciała wstrzyknąć podskórnie. Zresztą ustrój pozbywa się ich szybko drogą wydzielin. — Przetwory te są w wysokim stopniu bakteryobójcze, gdyż, dodane w stosunku 4^o/₁₀₀ do pożywki, zabijają wszelkie rozwinięte kolonie drobnoustrojów, a pożywki jałowe, zaprawione egolem w powyższym stosunku, utrzymują się w stanie jałowym przez czas nieograniczony. (Według „Semaine médicale“. Nr 32. 1899). *K. W. M.*

VII. ROZMAITOŚCI.

Zwichnięcie gałki przy wycieraniu nosa. Dr Schanz spostrzegł następujący przypadek: Dmucharz w hucio szklanej przedstawiwszy się Schanzowi, podaje, że przed godziną wśród bólu przy wycieraniu nosa prawa jego gałka wystąpiła, a przez towarzysza odprowadzoną została. W czasie opowiadania tego zdarzenia, wycierając nos, spowodował to samo zjawisko. Oko wystąpiło przed wydęto powieki, a przy dotykaniu powiek uciekało się trzeszczenie. Po tygodniu nabieg powietrza zniknął zupełnie. Sch. tak zjawisko to tłumaczy: chory wydymał szkło wyłącznie ustami. Przez wysokie ciśnienie w nosie spowodował chory rozdęcie jam sąsiednich i rozcieńczenie kości cienkich. Po należytem przygotowaniu ścian nosa przy silniejszym wycieraniu pękła błona śluzowa, a powietrze, dostawszy się do oczodołu, gałkę wysadziło.

Porażenie akomodacji i niedowład rozmaitych mięśni ocznych przejściowy spostrzegł Dr Dreisch w trzech przypadkach po odrze, w której wysypka krótki czas trwała. Prawdopodobnie przypadłości te policzyć trzeba do rzędu tych, które występują przy innych chorobach ostrych zakaźnych i tłumaczą się działaniem na istotę nerwową wytworów przemiany materii nieznanych nam drobnoustrojów („Munch. med. Wochenschrift“⁴. Nr 20. 1898).

Zapalenie spojówki przyostre (conj. subaigue) ma być, według Kalta, postacią odrębną, klinicznie biorąc, a odznaczać się wybitnem przekrwieniem spojówki powiekowej. Powoduje zaś to zapalenie specjalny drobnoustroj, t. j. diplobacillus Morax'a, drobnoustroj chorobotwórczy dla spojówki ludzkiej. Jest to cierpienie częste, lecz łatwo dające się wyleczyć. Diplobacillus ten nie zachodzi na spojówkę zdrowej, za to stale, jak się zdaje, w jamach nosowych. Badania nowsze zdają się potwierdzać przypuszczaną już możliwość przenoszenia się tych drobnoustrojów z nosa przez przewód nosolzowy na spojówkę. (These de M. Biorcl, według „Franco Médicale“). W.

Dziewiąty międzynarodowy kongres okulistyczny odbył się w Utrocheie, w czasie od d. 14 do 18 sierpnia, przy bardzo licznym udziale członków z rozmaitych krajów. — Ameryka dostarczyła dość liczny zastęp. Nie brakło i przedstawiciela Japonii. Cała organizacya kongresu była wzorową, jedynie podział, po raz pierwszy przeprowadzony, na trzy sekcye, to jest A. anatomii, patolog. anatomii i bakteriologii, B. optyki i fizjologii, C. kliniczną i operacyjną, okazał się niepraktycznym, gdyż oddzielno, w tym samym czasie obradujące sekcye nie pozwalały wziąć udziału w niejednej zajmującej dyskusji¹⁾. To też

¹⁾ Temu to przypisać głównie należy, że dyskusya była wogóle mało ożywiona.

postanowiono zaniechać takiego podziału na przyszłym kongresie, który odbędzie się za lat pięć w Szwajcaryi, i to prawdopodobnie w Lucernie.

Ważniejsze odczyty i rozprawy nad nimi streścimy w następnych numerach „Postępu“.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr G. Puccioni habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie w Rzymie.

Prof. Michel wybrany rektorem uniwersytetu w Wyreburgu na rok 1899/1900.

Głoszenia.

**Miejsce drugiego stabilizowanego elewa
przy uniwersyteckiej Klinice Okulistycznej
w Krakowie**

jest do obsadzenia od dnia 15 października b. r.

Bliższych szczegółów udzieli dyrektor Kliniki

Prof. Dr. Bolesław Wicherkiewicz.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracji »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do redakcyi:
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy administracya
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyą 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyą uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcyą.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁEABANA W LwOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBIULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA W LwOWIE, DRA MITVAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Wrzesień

— ROKNIKI PIERWSZY —

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych (Gangraena palpebrarum et bulborum). Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok (Empyema sinus frontalis).

(Z 2 rycinami).

Spostrzeżenie

DRA JÓZEFA TALKO

w Lublinie.

»Der diagnostische Schwerpunkt liegt lediglich in der Gruppierung der cerebralen und orbitalen Symptome«. Prof. Berlin.
Dodaliśmy do tego motto:
»a także i objawów jamy czołowej».

Przystępuję z pewną obawą do opisu nadzwyczaj zagadkowej, a zarazem rzadkiej chorobliwej zmiany obu oczu, jakiej do tej pory nigdy nie spostrzegałem, ani o jakiej nigdzie nie czytałem. Spostrzegałem chorego przez cały miesiąc i pokazywałem go kilkunastu kolegom. Zapisywaliśmy zmiany w oczach i sąsiednich częściach przez cały czas pobytu chorego w szpitalu, badaliśmy wydzieliny porażonych części i wyczekiwaliśmy zejścia chorego, któremu rokowanie *quoad vitam* od pierwszych

dni postawiono złe. Wszystkie przypuszczenia co do przyczyny choroby przy łóżku chorego pozostały niewyjaśnione, zagadkowe.

D. 7 maja r. b. do oftalmicznego oddziału szpitala św. Józefa, zostającego pod mojem kierownictwem, przybył włościanin Antoni Paskudzkę ze wsi Dębowa Kłoda w siedleckiej gubernii (włodawski powiat). Wygląda na dość dobrze zbudowanego mężczyznę, 35 lat. Opowiada, co zresztą potwierdziła żona i brat chorego, że po stracie córki dość długo płakał i martwił się ogromnie, wskutek czego począł się uskarżać na silne bóle głowy, osobliwie w prawej przedniej części. W połowie marca zaczęła mu brzęknąć prawa górna powieka i oko poczęło się powoli wysadzać. Leczone je przykładaniem ciepłego lnianego odwaru; domowe środki stosowano nawet i wtedy, gdy w kwietniu powieki poczerniały, a oko prawe zaniewidziało. Dopiero gdy obrzękły i lewe powieki i zakryły lewą wysadzoną gałkę oczną, rodzina z porady miejscowego lekarza przewiozła chorego do Lublina.

Po przybyciu do szpitala i umieszczeniu w osobnym pokoju, chory tak był zamieszczony i cuchnący, że dopiero po starannem oczyszczeniu i zastosowaniu miejscowem środków przeciwniepalnych mogłem po paru dniach przystąpić do bliższego zbadania oczu.

Okło prawe. Cała górna powieka zajęta zgorzelą; za pomocą szczypek i nożyczek oddzieliłem czarną, zmartwiałą skórę i podskórną tkankę. Obrzękła dolna powieka zaczęła już ezernieć po bokach, od strony skroniowej i nosowej. Spojówka na całej przestrzeni w stanie zupełnego obumarcia. Cała rogówka nekrobiotyczna. Wszystkie części oka zupełnie znieczulone. Gałka oczna wysadzona z oczodołu, ciastowato miękka i całkowicie nieruchoma. Ma się rozumieć, utracone nawet poczucie światła.

Okło lewe. Obie powieki, górna i dolna, silnie obrzękłe i sinawo-czerwone, bez osobliwego napięcia, nawet z konsystencyą ciastowatą, ocieklinową. Chemosis conj. bulbi, która także wysadzona z oczodołu ku przodowi. Powieki i wszystkie części gałki są znieczulone, przezroczystą rogówkę można dotykać bez najmniejszego odruchu. Gałka zupełnie nieruchoma przy rozszerzonej *ad maximum* źrenicy (mydriasis paralyt.), a to wskutek porażenia wszystkich gałęzi nerwu okoruchowego, blockowego i odwodzącego. Naturalnie akomodacya także po-

rażona. Okiem tem chory — przy uniesieniu palcem obrzmiałej i porażonej górnej powieki — rozpoznaje przedmioty w pokoju i liczy palce przy przeciwległej jego ścianie.

Choremu, który zachował zupełną przytomność umysłu, pomimo dwumiesięcznego ciężkiego cierpienia na głowę, głównie idzie o to, aby zachować wzrok przynajmniej na lewem oku, i to go skłoniło do szukania pomocy lekarskiej w szpitalu.

Twarz przedstawia się lekko obrzękniętą i czerwonawą, wskutek utrudnionego odpływu żyłnej krwi. Głównie jednak obrzękniętą jest nadoczodołowa okolica i dolna część czoła wogóle, która ma ciastowatą zbitość. Opuchliny zausznej, in regione mastoidea, nie stwierdzono. Przytem całe czoło okazało się znieczulone: chory nie odczuwa wcale ukłucia szpilką. Wydzielina z nosa nie odpływa; powonienie prawidłowe. Słuch obustronnie zbadany okazał się dobrym.

Chory ciągle leży i gorączkuje, tętno około 100 codziennie, ciepł. około 38°. Cierpiąc przed wystąpieniem choroby na silne bóle czołowe, obecnie, codziennie zapytywany, odpowiada, że głowa go wcale nie boli. Znajdował się jednak w stanie jakiegoś przygnębienia, nie skarżył się bowiem na okropne rozpadowe zmiany w obu oczach. Na pozór cierpiał, jak prawdziwy stoik, lecz stoicyzm ten głównie się ułomaczył zupełną obustronną anestezją całej pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego: zdawało się, że można było wyłuszczyć całą zawartość obu oczodołów wraz z odcięciem czterech powiek bez najmniejszego odczynu ze strony tego biedaka. Winienem tu dodać, że i obie obrzęknięte dolne powieki (unerwiane z drugiej podoczodołowej gałęzi nerwu trójdzielnego) także były zupełnie znieczulone.

Na pozór zdawało się, że mamy tu do czynienia z ropnem zapaleniem powiek i tkanki oczodołowej (phlegmone), następstwem czego była zgorzel powiek, zakrzep w żyłach oczodołowych i t. d. Mieliliśmy na względzie oedeme malin ou charbonneux Francuzów, wreszcie tak zwaną złośliwą krostę na powiekach (pustula nigra, maligna, czyli, jak ją nazwał Prof. Sławiński, p. polonica¹⁾). Ale przeciw temu przemawiał najprzód przewlekły przebieg choroby: od początku

¹⁾ Przegląd Lekarski, 1863, nr 52, 1864, nr 1 i nast.

bowiem (bez okresu zwiastunów) do zejścia śmiertelnego trwała trzy miesiące; po drugie na powiekach nie było żadnych krost ani pryszczów: przechodziły one w stan zgorzeli z obrzęku zastoinowego przy zupełnem znieczuleniu; po trzecie chory i bliźey jego stanowczo odrzucili możność jakiegobądź z zewnątrz zakażenia, od konia, owiec, skór bydzących lub też ukąszenie przez muchę¹⁾. O jakimkolwiek pierwotnym urazie nie mogło być nawet i mowy. Chory przedtem nie przechodził żadnych zakaźnych lub nagminnych chorób.



Po możliwem oddzieleniu zgorzelą zniszczonej skóry górnej powieki wraz z podskórną tkanką, nasypałem na oko obficie kseroformu, na lewe poleciłem robić ciepłe borowe okłady. Do wewnątrz chinina i wino.

D. 19 maja zapisałem, że zgorzel posunęła się głęboko do prawego oczodołu po obu stronach zanikowej i mało odznaczającej

¹⁾ W literaturze opisano przypadki zgorzeli powiek od ukąszenia owadów. Carron du Villars widział w Meksyku roczne dziecko, u którego zgorzel powieki z zejściem śmiertelnem powstała wskutek ukąszenia pewnego rodzaju pajaka.

się kolorem od sąsiednich części gałki ocznej, że jest więcej suchą, aniżeli wilgotną. W stan zgorzeli przeszła znaczna część i prawej dolnej powieki; zgorzel od wewnętrzznego kąta powiek rozszerzyła się do grzbietu nosa, a ku górze dochodzi do samych brwi. Pozostawiając lewą bocznią część nosa niezającą, zgorzel od piątego dnia pokazała się na nosowym brzegu lewej górnej powieki i powoli posuwa się ku jej środkowi.

Dzięki uprzejmości kol. Jaczewskiego, lekarza szpitala św. Józefa, tego dnia zostało dokonaniem udane fotograficzne zdjęcie twarzy chorego, po należytem usunięciu opatrunkui oczyszczeniu powiek z kseroformu, który doskonale wypełniał tu rolę środka odkażającego (chwilowo zastąpiłem go airolem, lecz woń nieprzyjemna zmusiła mnie do zaniechania go).

Nazajutrz wziernikowałem chorego. Wziernikowanie było z jednej strony ułatwione przez mydr. paral. i przezroczystość środków łamiących oka, z drugiej utrudniła je obfita śluzoworopna wydzielina silnie obrzękłej spojówki, która zresztą nie wywierała najmniejszego ucisku na brzegi rogówki, dzięki ciastowatej swej zbitości. Tarcza nerwowa okazała się niedokrwiłą, żyły siatkówki nieco rozszerzone; przy brzegach tarczy znajdowały się białe błyszczące ogniska wypocinowe jakby w naczyniówce (przechodziły po nich naczynia siatkówki), które na kształt dwóch półksiężyców szerokości $\frac{1}{2}$ D. tarczy przylegały do tej ostatniej od górnej i dolno-wewnętrznej jej strony.

Stan tętna i ciepłoty:

	Tętno.	Ciepl.
21/V. wieczorem	104,	39,1.
22/V. rano . .	100,	38,1.
» wieczorem	102,	38,8.
23/V. rano . .	95,	38.
» wieczorem	98,	37,9.
24/V. rano . .	90,	37,8.
» wieczorem	104,	39.
25/V. rano . .	100,	38,5.
» wieczorem	104,	39.
26/V. rano . .	110,	39,3.
» wieczorem	120,	39,5.

26 maja. Zgorzela zniszczone całkowicie obie prawe powieki stanowią z gałką oczną jedną twardą, czarną masę, na powierzchni której prawie zupełnie sucho (mumificatio), tylko odpowiednio nosowemu i skroniowemu brzegowi oczodołu utworzyły się głębokie czarne wklęsnięcia, z których zebrano cokolwiek rozpadowych wy-

dzielin, aby je poddać badaniu bakteriologicznemu i wstrzyknąć do jamy brzusznej morskiej śwince.

Zgorzel od strony nosowej posuwa się przez nos ku górze, w stronę gładzyski (glabella). Lewa górna powieka uległa zgorzeli w $\frac{2}{3}$, z wyjątkiem skroniowej $\frac{1}{3}$ części.

27 maja. Tętno rano i wieczorem 96, ciepł. rano 38,2, wieczorem 38,5.

28 maja. Kol. Olechnowicz, właściciel zakładu dla nerwowych chorych, wraz z ordynatorem swoim, kol. Garbaczewskim, przekonali się, że nie tylko znieczulone są zupełnie powieki i gałki oczne, lecz także czoło i cienie do połowy głowy, — w całej okolicy unerwionej przez pierwszą gałąź obu nerwów trójdzielnych (nn. supraorbitales, frontales et trochleares); prawy bok nosa (r. nasociliaris) był też znieczulony, tylko lewy bok i koniuszek nosa odczuwał jeszcze ukłucia szpilką. Twarz i okolice skroniowe zachowały czucie.

29 maja. Tętno rano 98, wieczorem 112, ciepł. rano 38,1, wieczorem 39.

Chory leży spokojnie, na nic się nie skarża, żali się tylko, że od wieczoraj stracił wzrok i na lewe oko, co go bardzo niepokoi: rozpoznaje zaledwo światło lampy. W dolnej części rogówki wykryto dwa owrzodzenia: jedno poprzeczne, drugie na zewnątrz — ukośne, Tonus — 1; nabłonek całej powierzchni rogówki lekko zmętniał, co uniemożliwiło wziernikowanie oka: widać tylko czerwone zabarwienie dna ocznego. Obrzęknięta spojówka sączy śluzowo-krwistą wydzielinę (rozpadową).

30/V. Tętno rano 98, wiecz. 120, ciepł. rano 38, wiecz. 38,6.

31/V. » » 102, » 120, » 38, » 38,9.

1/VI. » » 106, » 124, » 38,1, » 38,8.

2/VI. » » 116, » 120, » 39,2, » 39,5.

Lewa gałka oczna ogromnie zmiękła (T. — 3) wskutek pęknięcia owrzodzeń rogówki. Lewa połowa twarzy dość czerwona i obrzękła; obrzęk czoła zaledwo stał się wymacalny. Zapytywany, chory odpowiada, że głowa go wcale nie boli. Pozostaje on w stanie głębokiego przygnębienia, odpowiada z trudnością, przyczem wargi drżą, nim wymówi słowo. Zaczyna bredzić pod postacią cichego szepcania, wogóle zachowuje się spokojnie.

3 czerwca. Tętno rano 110, ciepł. 38,3. Wskutek ciągłego gorączkowego stanu i prawie zupełnego nieużywania pokarmów chory jest bardzo wycieńczony. Z lewej nozdrzy począł się wydzielać żółtawy śluz ropny; powonienie zachowane. Zgorzeli uległa cała lewa górna powieka, pokazała się ona i w nosowej połowie lewej dolnej powieki. Cała dolna $\frac{1}{3}$ część rogówki uległa zniszczeniu. Zgorzel

posuwa się od prawego zewnętrznego brzegu oczodołu i na prawą skroń. —

4/Vl.	Tętno rano	120,	wiecz.	124,	ciepl. rano	38,8,	wiecz.	38,9.		
5/Vl.	»	»	128,	»	»	38,9,	»	39,2.		
6/Vl.	»	»	126,	»	»	38,6,	»	39,4.		
7/Vl.	»	trudno zliczyć, za ledwo wyczuwalne.				»	»	38,3,	»	38,4.

Cała głądyszka uległa zgorzeli, która się posunęła od nosowego brzegu prawego oczodołu; oddzieliła się ona od zgorzeli lewej górnej powieki mostkiem niezajętej jeszcze skóry lewej bocznej części nosa, szerokości 1 cm. Lewa dolna powieka nie zajęła zgorzela li tylko w skroniowej swej $\frac{1}{4}$ i przy samym rzęсовym brzegu. Zgorzel obu powiek, z początku nieco wilgotna, przybrała wygląd suchy, mumi-fikacyjny. Cały worek spojówkowy zdawał się być jakby pokrytym szaro-popielatą wypociną, niby w dyfteryście — był to jednak zupełny rozpad tej błony (sphacelus conj.). Rogówka całkowicie zniszczona: necrobiosis anaesthetica. Chory odpowiada, lecz bardzo niewyraźnie.

8 czerweca, po trzechmiesięcznem trwaniu choroby, nastąpiła śmierć, przy ogromnem wyniszczeniu ciała. (Dokończenie nastąpi).

2. Cierpienia oczne w hysterii.

Ośm przypadków własnych.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Lubo zaburzenia narządu wzrokowego w hysterii znane są oddawna, jednak dopiero w ostatnim czasie zostały dokładnie zbadane i wyjaśnione. Główne zasługi na tem polu położyli Charcot¹⁾ i Gałęzowski²⁾, których prace dały podstawę obszernej literaturze, poświęconej tej sprawie i wspianiale

¹⁾ Leçons sur les maladies du système nerveux, 1872. I. — Progrès méd., 1878, nr 3, Gaz. méd. de Paris, 1878, nra 7—8 i t. d.

²⁾ Traité des maladies des yeux. — Ann. d'Oculistique, 1865. LIV. 199. — Gaz. des hôpitaux, 1878, nr 10. — Rec. d'ophtalm., mars 1892 i t. d.

rozwijającej się. Graefe¹⁾ i tej dziedziny okulistyki nie zaniedbał, a dalszy postęp sprowadziły prace wielu uczonych, jak Landolfa²⁾, Parinauda³⁾, Borefa⁴⁾, Förstera⁵⁾, Wilbrand'a⁶⁾, Féré⁷⁾, Bernheim'a⁸⁾ i innych.

Ponieważ jednak piśmiennictwo polskie zawiera o objawach ocznych histeryi bardzo szczupłe wiadomości⁹⁾, postanowiłem ogłosić kilka ciekawszych przypadków, które miałem możność spostrzegać w ostatnich latach i które przedstawiały wybitne cechy histeryi.

Znajomość dokładna objawów ocznych histeryi jest konieczną dla okulisty i neurologa, objawy te bowiem, podobnie jak przy niektórych innych cierpieniach ogólnych, niekiedy są pierwszymi, dającymi możność rozpoznania choroby; w pewnych przypadkach histeryi występują jedynie tylko zaburzenia ze strony oczu. Przy określaniu symulacyi histeryi objawy oczne mogą wielką usługę oddać, gdyż badany, chcący je udawać, zwykle nie jest w stanie naśladować dokładnie niektórych z nich, będących najbardziej charakterystycznymi. Rzecz ta ma główne znaczenie przy nerwicy urazowej, która właściwie jest tylko odmianą histeryi lub neurastenii i objawami nie różni się od pierwszej.

Podrażnienie oka może wywoływać u osób usposobionych

¹⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenheil., 1865. 261.

²⁾ Arch. de phys. norm. et pathol., 1875. 624. — Gaz. de hôpit., 1876. 194. — La France méd., 3 févr. 1877 i in.

³⁾ Ann. d'Ocul., 1878. — Ann. d'Ocul. 1886. 39. — Bull. méd., 1889. 777 i in.

⁴⁾ Société franc. d'opht., 1887. 274. — Arch. d'opht. 1887, juillet — août. — Ann. d'Oc. 1887, nov. — dec.

⁵⁾ Ophthalm. Versamml. Heidelb., 1887. — Handb. f. ges. Augenh. V., 88.

⁶⁾ Wien. med. Presse, 1892. 378. — Deutsche med. Woch., 1892. 379. — Arch. f. Augenh., 1883. XII. 163.

⁷⁾ Gaz. méd., 1881, nr 50. — Journ. de thérap., 1882. 31. — Rec. d'opht. 1886. 607. — Archives de neurologie, 1885.

⁸⁾ Congrès d'assoc. franç. de Nancy, 1886 i in.

⁹⁾ Przyczyną jest niewątpliwie rzadsze występowanie u nas wybitniejszych objawów ocznych histeryi, niż w Europie.

napady histeryi. Lichtwitz¹⁾ lekkim nacieraniem spojówki gałkowej i powiekowej (nieczulej), albo rogówki oka prawego wywołał stan kataleptyczny; podobnym rękoczynem w lewem oku wzbudził sen letargiczny. Skutek był jednakowy przy nacieraniu bezpośredniem lub przez powiekę. Stan kataleptyczny przy dotykaniu jednego lub drugiego oka przechodził w letarg, a dalsze drażnienie sprowadzało napad kurezowy.

Wprowadzanie zglębnika do kanału dolnego łzowego ze strony prawej wywoływało katalepsję, ze strony lewej letarg, wejście zglębnikiem do worka napad kurezowy.

Kokaina usuwała wpływ spojówki i rogówki, ale nie działała na drogi łzowe, prawdopodobnie wskutek tego, że przy wkrapłaniu nie wchodziła do nich.

Podrażnienie siatkówki może wywołać napad histeryczny, podobnie jak badanie wziernikiem sprowadza czasem napad padaczki. Berger²⁾ spostrzegł chorego z objawami histeryi, który po kilkuminutowem czytaniu lewem okiem dostawał silnych bólów w tem oku, rozchodzących się po twarzy, czole i tyle głowy, i uciążliwych napadów czkawki. Gdy lewe oko było zawiązane, prawe czytało swobodnie.

W innych razach samo utkwienie spojrzenia w jakiś przedmiot, lub ujrzenie płomienia sprowadzało napad.

Oko jest drogą nie tylko do wywołania napadów (zones hystérogènes spasmogènes), lecz także do ich powstrzymania (zones frénatrices). Jednym ze sposobów przerwania napadu jest ucisk gałek ocznych, lubo środek ten może w niektórych przypadkach sprowadzić skutek odwrotny. Gilles de la Tourette³⁾ wzbudził w ten sposób napad kurezowy, a Rybalkin⁴⁾ stan letargiczny przeciwnej połowy ciała.

Oznaki te rzadziej spotykają się w naszym kraju, niż

¹⁾ Journal. de méd. de Bordeaux, 1887. — »Recherches cliniques sur les anesthésies hystériques des muqueuses et les zones hystérogènes des organes des sens« (Thèse de Bordeaux. 1887).

²⁾ Archives d'ophthalm., juin, 1895. 362.

³⁾ Annales d'oculistique, octobre, 1891.

⁴⁾ Neurolog. Centralbl., 1884, nr 4.

we Francyi i wogóle w zachodniej Europie, gdzie histerya jest częstszą i przedstawia objawy bardziej ciężkie.

Cierpienia oczne w histeryi są nader rozmaite; stosownie do natężenia uważam jednak za możliwe podzielić je na 4 stopnie, zastrzegając, że podział będzie nieco dowolny, gdyż czasem objawy różnych stopni łączą się z sobą, wytwarzając najróżnorodniejsze obrazy kliniczne. Jeszcze większe widzimy powikłanie, gdy, przy jednoczesnem wystąpieniu histeryi i innej choroby nerwowej (co weale nierzadko się zdarza), objawy dwóch tych cierpień kojarzą się z sobą. I w tym razie badanie oka może dać cenne wskazówki dla rozpoznania i wydzielenia tych chorób.

Wogóle objawy oczne, podobnie jak i inne w histeryi, podlegają ciągłym zmianom, zależnym od najrozmaitszych wpływów psychicznych i fizycznych. Brak widzialnych zmian wzornikowych i anatomicznych nasuwa często przypuszczenie symulacyi albo przesady, które zresztą są pospolite w histeryi i wiktają obraz choroby.

Cierpieniu ulegają przeważnie kobiety, rzadziej mężczyźni i dzieci.

W najniższym stopniu objawów ocznych przy histeryi spostrzegają się jedynie zaburzenia w zakresie pola widzenia dla barw. Pole to bywa powiększonym i wzajemny stosunek barw zmieniony. Granice barw niebieskiej i czerwonej, rzadko zielonej, zbliżają się do granic białej i niebieska albo czerwona może przewyższyć obręb białej i stać się obwodową. Podobnej nadezulości dla barw może towarzyszyć nadezulość dla światła. Gdy ta ostatnia jest nieobecną, osoba dotknięta nie doznaje żadnej dolegliwości, gdyż siłę wzroku ma prawidłową, i nie uskarża się weale na oczy.

Objawy wymienione są daleko częstsze w histeryi, niż wogóle przypuszczamy. Gdyby wszystkie przypadki tego cierpienia, w których chorzy nie narzekają na oczy, podlegały badaniu okulisty, być może, że prawie w każdym znalazłoby powyższe zбочenia, mniej lub więcej wyrażone.

Objawy te, nie spotykane przy innych chorobach, mogą oddać wielką usługę przy rozpoznawaniu histeryi.

Miałem możność spostrzegania kilku podobnych przypadków, lecz bliższe szczegóły zachowałem tylko o jednym.

Przed 2 laty zgłosiła się do mnie M. C., panna lat 19, dotknęta krótkowzrocznością, z prośbą o dobranie jej szkieł. Ponieważ wiedziałem, że była leczoną przez jednego z kolegów na histeryę, nie zaniedbałem przy tej sposobności zbadać jej oczu.

Widzenie przy $-3,50$ D. prawidłowe, wzernik żadnych zmian nie wskazuje, granice dla barwy białej bez zboczenia. Odruch zrenic i czułość spojówki i rogówki podobnież zmian nie przedstawiały. Granice pola dla barwy czerwonej przechodziły na $5-7^{\circ}$ zakres białej; obręb niebieskiej równał się białej; granice innych barw bez zboczenia.

W 4 miesiące później, przy polepszeniu stanu ogólnego, znalazłem granice barwy czerwonej węższe na 6° od białej, a niebieskiej na 10° od tej ostatniej. Jeszcze w 4 miesiące pole dla barw było zupełnie prawidłowe; jednocześnie znikaly ogólne objawy histeryi (boule montante, napady duszności, ból głowy i inne).

W drugim stopniu cierpienia oczu histerycznego znajdujemy zwężenie pola widzenia ogólne i dla barw (Gesichtsfeldamblyopie v. Graefe'go i Schweigger'a). Zwężenie to rzadko bywa jednostronnem, znacznie częściej obustronnem, lecz zwykle większem dla jednego oka niż dla drugiego. Jest ono mniej więcej współśrodkowem, rozciąga się prawie równomiernie na wszystkie południki, tak, iż ścieśnione pole zachowuje kształt prawidłowego. Właściwość tę uważa Charcot i jego szkoła¹⁾ za objaw charakterystyczny dla histeryi, twierdząc, że zjawienie się jej przy innych chorobach wskazuje na powikłanie tych ostatnich przez histeryę. Ze zdaniem powyższem nie zgadzają się Wilbrand, Groenouw i inni nie-

¹⁾ Gilles de la Tourette. Traité clinique et thérapeutique de Hystérie. 1891. I. 365.

miecący autorowie, dowodząc istnienia podobnego zwięzienia przy neurastenii, bezwładzie akomodacyi, niedowidzeniu nikotynicznym i innych cierpieniach.

Priestley Smith¹⁾ spotykał zwięzienie pola widzenia przy histeryi w postaci koncentryczno-spiralnej, przy którym obojętne szkła dymne rozszerzały pole. Były to prawdopodobnie przypadki, połączone z nadezwością siatkówki.

Czasem obręb zwięzonego pola tworzy prawidłowe koło, w którego środku leży punkt ustalenia (fiksacyjny).

Groenouw²⁾ i Wollenberg³⁾, badając dośrodkowo zwięzone pole widzenia na tablicy przy stopniowem odsuwaniu chorego od niej, znaleźli rozszerzanie się pola przy powiększaniu się odległości w wyższym stopniu, niż wypadało ze stosunku odległości.

Pole widzenia dla barw zwięża się również mniej więcej dośrodkowo na jednym oku lub na obydwóch w nierównym stopniu. Przy zwiężaniu się porządek barw zmienia się; często czerwona zajmuje większy obręb od niebieskiej, a ta ostatnia większy od białej, albo też granice dla trzech tych pól są jednakowe.

Podobne przestawienie barw jest najbardziej charakterystycznym ze wszystkich objawów ocznych histeryi.

Zwięzienie pola widzenia ogólne i dla barw może występować napadowo, trwać kilka godzin lub dni, albo całe lata, znikać i wracać; podlega ciągłym zmianom, zależnie od stanu ogólnego i rozmaitych bodźców zewnętrznych psychicznych i fizycznych. Podczas napadu zwięzienie powiększa się.

Förster, Wilbrand, König⁴⁾, Steffan⁵⁾ uważają za charakterystyczne znikanie obwodu pola widzenia podczas

¹⁾ The Ophthalmic Review. May. 1884.

²⁾ Graefe's Archiv f. Ophthalm., 1895. XL. 2. 172.

³⁾ W »Die traumatischen Neurosen«, 1889 i »Weitere Mittheilungen in Bezug auf die traum. Neur.« 1891—92 Oppenheim'a.

⁴⁾ »Ueber Gesichtsfelder-muedung und deren Beziehung zur concentr. Gesichtsfeld-einschränkung bei Erkrankungen des Centralnervensystems«.

⁵⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenh., 1873. 411.

badania (Schnelle Ermüdbarkeit der Netzhaut). Zmęczenie obwodu siatkówki następuje tak szybko, że może pozostać nierozpoznanem. Aby je określić, Wilbrand stosuje następujący sposób. Bada on jeden z południków, prowadząc przedmiot od ostatniego widzialnego punktu obwodu przez punkt ośrodkowy do przeciwnego końca obwodu i, nie przerywając badania, przesuwa szybko przedmiot napowrót do pierwszego punktu; widzenie znika przed dojściem do tego ostatniego. Po odpoczynku wraca pierwotna granica, co daje możliwość zbadania drugiego południka. W ten sposób Wilbrand określa największe i najmniejsze pole widzenia. Znikanie obwodu może istnieć jednocześnie ze zwężeniem koncentrycznym pola lub bez niego, na jednym lub na obu oczach, czasem zjawia się tylko od strony skroni.

Podobne znikanie obwodu podczas badania może też mieć miejsce dla barw.

Wymieniony objaw większość autorów francuskich pomija milczeniem. Również nie przypisuje mu znaczenia Schmidt-Rimpler¹⁾, dowodząc, że jest on jedynie skutkiem słabnięcia uwagi w ciągu badania, łatwo występującego u histeryków i neurasteników, lecz spostrzeganego także u zupełnie zdrowych. Przy ciężkiej histeryi Schmidt-Rimpler bardzo rzadko objaw ten spotykał.

W rzadkich przypadkach spotykano skotomat środkowy. Jeden taki opisał v. Graefe²⁾. Parinaud spostrzegał skotomat środkowy dla barw, podobny do widzianych przy otruciu wysokiem. Może on istnieć jednocześnie ze zwężeniem współśrodkowem pola widzenia, tak, iż poczucie pewnych barw zniesione jest na obwodzie i w środku, zachowując się w postaci pierścienia, otaczającego środek.

Jeszcze rzadziej powstaje skotomat około-środkowy, przedstawiający pas, pozbawiony widzenia, pomiędzy środkiem

¹⁾ »Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit and. Krank.« 1898. 267.

²⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenh., 1865. 265.

i obwodem pola widzenia. Podobny przypadek spostrzegł Finkelstein¹⁾.

Chociaż Charcot stanowczo zaprzeczał możliwości wystąpienia połowicznej ślepoty w hysterii, jednak w rzadkich przypadkach stwierdzono jej istnienie (Gałęzowski, Briquet, Sturge, Rosenthal). Bywa ona częściej jednoimienną po stronie dotkniętej połowiczą nieczułością, rzadziej różnoimienną, może występować napadami. Linia odgraniczająca często nie jest prostą i nie przechodzi przez punkt ustalenia. W ostatnich czasach (Gałęzowski²⁾) spostrzegł przypadek, w którym powstawała napadami ślepotą połowiczna na barwy w wewnętrznej połowie pola widzenia lewego oka.

Obok zmian w polu widzenia oczy przedstawiają zбочenia czucia. Według badań Férógo w hysterii przy znieczuleniu połowiczem ciała bez zaburzeń ze strony wzroku czucie błon powierzchownych gałki jest prawidłowe; przy połowiczem znieczuleniu, połączonem ze zwężeniem pola widzenia i zaburzeniem uczucia barw, występuje znieczulenie spojówki; gdy zaś zjawia się zupełna ślepotą na barwy, znieczulenie ogarnia nie tylko spojówkę, ale i rogówkę.

Od tych prawideł, słusznych dla większości przypadków, zdarzają się wyjątki.

Zgodnie z tem, przy wymienionym stopniu historycznych zaburzeń ocznych spotykamy najczęściej znieczulenie, oprócz skóry powiek i sąsiadującej z oczodołem, też spojówki, albo tylko gałkowej, albo również i chrząstkowej. Znieczulenie dotyka jednego oka, lub obu; w tym ostatnim przypadku w różnym stopniu po większej części. Rozwija się bezwiednie dla chorego.

Bez zбочeń w polu widzenia znieczulenie spojówki przy hysterii występuje tylko w bardzo rzadkich przypadkach.

Wymienionym objawom ocznym towarzyszy często z ogólnych historycznych połowicze znieczulenie skóry (hemianaes-

¹⁾ Wracz, 1886, nr 1.

²⁾ Recueil d'Ophthalm., octobre, 1892.

thesia). Pole widzenia jest zwężone albo jedynie tylko po stronie tego znieczulenia, albo też w wyższym stopniu, niż po drugiej stronie.

Liczne spostrzeżenia wykazały, że rozszerzanie się i zwężanie się pola następują jednocześnie ze zmniejszaniem się i podnoszeniem się zaburzeń czuciowych.

Chareot twierdził, że przy połowicznem znieczuleniu niezmiennie występują zboczenia chorobowe ze strony oczu; są jednak rzadkie przypadki, w których tych zboczeń nie stwierdzono¹⁾.

W naszym kraju, nawet wśród ludności starozakonnej, najbardziej usposobionej do wszelkich chorób nerwowych, dość rzadko spotykamy dobrze wyrażone połowiczne znieczulenie; częściej widzimy osłabienie czucia bólowego, występujące w postaci wysp, rozrzuconych po ciele. Również zwężenie pola widzenia nie powstaje w tak silnym stopniu, jak to opisują Francuzi. Mamy wogóle do czynienia z łagodniejszą postacią histeryi.

Przypadek, odnoszący się do opisanego działu, spostrzegalem w roku zeszłym.

Mężczyzna, lat 22, pochodzący z rodziny, w której panowały choroby nerwowe (matka histeryczka, ojciec alkoholik, siostra matki cierpi na padaczkę), przed kilku tygodniami, doznawszy wielkiej przykrości, nagle zachorował. Zjawiło się przytępienie czucia bólowego i termicznego na lewej połowie ciała, wzmożenie odruchów ścięgniętych, osłabienie gardzielowego. Sen niespokojny, krzyki w nocy, brak łaknienia, ogólne osłabienie.

Budowa, odżywianie i stan inteligencyi przeciętne. Badanie nie wykrywa żadnej choroby organicznej.

Stan oka lewego: zwężenie pola widzenia współśrodkowe na 12—15°; granice dla barwy niebieskiej zwężone na 5—8" i po większej części zlewają się z granicami dla białej. Czer-

¹⁾ Gdy znieczulenie obejmuje twarz, oczy najczęściej cierpią, gdy kończyny — nie ulegają przeważnie zmianom.

wona, rozszerzona, znajduje się na 6—7° dalej ku środkowi. Podczas badania pole widzenia zmniejsza się mniej lub więcej, rozmaicie przy każdym badaniu. Znieczulenie spojówki, osłabienie czucia skóry powiek zarówno jak całej lewej połowy ciała. Wzrok ośrodkowy najzupełniej prawidłowy (oczy miarowe). Wziernik żadnych zmian nie znajduje.

Oko prawe nie przedstawia zbroceń z wyjątkiem zmniejszania się pola widzenia podczas badania.

Stan ten ze zmianami w natężeniu objawów trwał w ciągu 5 miesięcy przeszło. Następnie zaczął ustępować jednocześnie z polepszaniem się stanu ogólnego, przy użyciu bromków i zabiegów wodoleczniczych.

Trzeci stopień cierpienia histerycznego oczu stanowi przyłączenie się do powyższych objawów niedowidzenia, t. j. osłabienia wzroku ośrodkowego, obniżającego jego siłę zwykle na $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{3}$. Zmian wziernikowych żadnych się nie spostrzega; poprawienie wadliwości refrakcji i akomodacji, jeżeli ona istnieje, nie usuwa osłabienia wzroku.

Niedowidzenie występuje w jednym oku (po stronie połowicznego znieczulenia), albo w obu, lecz wówczas przeważnie w nierównym stopniu; po stronie znieczulenia najczęściej jest większe osłabienie wzroku.

Niedowidzenie przeważnie powstaje nagle wskutek napadu, lub bez określonej przyczyny, rzadziej rozwija się stopniowo i wówczas, jeżeli jest jednostronnem, często nie bywa zauważanem przez chorego. Trwać może od kilku godzin do kilku lat i pozostać, gdy wszystkie inne objawy histeryki już znikły. Może ustępować i powracać, co szczególnie często spostrzega się u dzieci.

Stopień osłabienia wzroku ulega ciągłym zmianom, zależnie od stanu ogólnego i wpływów psychicznych i fizycznych.

Według Parinauda, który tę postać chorobową dokładnie opisał, niedowidzenie zależy głównie od kurezu histerycznego mięśnia akomodacyjnego; w dal wzrok jest słaby, szkła nie pomagają, z bliska zaś oko widzi w pewnej odległości najdrobniejszy druk. W różnych jednak przypadkach wzrok jest

osłabiony nie tylko przy patrzeniu w dal, ale i przy widzeniu w bliskości, co już nie może zależeć od kureczu mięśnia akomodacyjnego.

Pole widzenia ogólne i dla barw jest zwężone; niektóre barwy przestają być odczuwane i znikają z obrębu pola. Znikanie nie odbywa się w porządku fizyologicznym. Charcot odróżnia pod tym względem szereg niebieski (la série bleue), w którym ginie naprzód poczucie barwy fioletowej, następnie zielonej, czerwonej, żółtej i wkońcu niebieskiej, i szereg czerwonej (la série rouge), w którym czerwona znika na końcu. Pierwszy spostrzega się częściej u mężczyzn, drugi przeważnie u kobiet. Przy powrocie uczucia barw porządek ich jest odwrotny.

Czasem histeryk traci w jednym oku poczucie dla barw obwodowych (żółtej i niebieskiej), w drugim dla ośrodkowych (fioletowej i zielonej).

W ostatecznym wyniku może nastąpić zupełna ślepotą na barwy, przy której chory wszystko widzi w jednostajnym szarym odcieniu.

Zaburzenie w uczuciu barw może powstawać napadami, znikać i wracać, albo, co częściej bywa, trwać przez czas dłuższy, ulegając ciągłym wahaniom w natężeniu. W czasie napadu, przed nim i po nim powiększa się.

Odpowiednimi sposobami można wywołać przeniesienie tego zaburzenia na drugą stronę (transfert), czemu nie ulega, według Grassetta, niedowidzenie i zwężenie pola widzenia. U nas transfert wogóle rzadko się spostrzega.

Niekiedy występują u histeryków złudzenia barwne. Hilbert¹⁾ spostrzegał czerwonowidzenie, przy którym oczy widzą wszystko w barwie czerwonawej. Czasem niektóre dźwięki wywołują wyobrażenie pewnych barw (audition colorée).

Przy wymienionych zboczeniach spostrzega się najczęściej znieczulenie spojówki i rogówki i połowicze znieczulenie skóry łącznie z powiekami. Badanie znieczulenia rogówki może dać

¹⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., Nov., 1891.

wynik ujemny, gdy ciało, którem dotykamy, zachodzi w obręb źrenicy i wywołuje odruch przez podrażnienie siatkówki.

Odruch gruczołowy zachowuje się; mimo znieczulenia spojówki i rogówki, podrażnienie wywołuje wydzielinę łez, choć nieco powolniej, niż zwykle. Utrzymaniem tego odruchu Pitres objaśnia prawidłowość odżywiania przy znieczuleniu błon zewnętrznych oka.

Napad histeryczny może zapowiadać się zjawieniem się albo powiększeniem się wymienionych objawów, które po napadzie mogą zniknąć lub pozostać.

Przypadek, odnoszący się do powyższego działu objawów ocznych przy histeryi, który spostrzegłem przed kilku laty, był ogłoszonym w czasopiśmie »Medicinskoje Obozrenie« (nr 8, r. 1896).

Panna lat 18 skarży się, że od miesiąca nie widzi prawem okiem. Przy badaniu okazuje się, że oko to, nie przedstawiające żadnych zmian wziernikowych ani zewnętrznych, zachowało jedynie poczucie światła. Mimo to przyrząta wywołuje podwójne widzenie. Lewe oko ma wzrok osłabiony, mianowicie przy szkle wklęsłym 2,75 D. (w obu oczach niedomiarowość 2,75 D.), 0,6. W bliskości najdrobniejszego druku nie może czytać. Oko to, również jak i prawe, nie przedstawiało żadnych zmian przedmiotowych. Pole widzenia obu oczu (dla prawego badane przy pomocy świecy) prawidłowe, lecz wykazuje szybko następujące zmniejszanie się podczas badania na 7—8°. Pole widzenia oka lewego dla barwy czerwonej: zewn. 38°, wewn. 3°, ku dołowi 19°, ku górze 4°. Dla innych barw zupełna ślepotą.

Fosfeny otrzymują się prawidłowo. Źrenice w obu oczach rozszerzone, lecz oddziałują dobrze na światło i akomodację. Czułość rogówki i spojówki w oku prawem zniesiona, w lewym osłabiona. Wydzielina łez i działalność mięśni prawidłowe.

Według słów chorej, wzrok jej po krótkim czytaniu męczy się, przedmioty pokrywają się mgłą; po odpoczynku powraca jasność widzenia. Utrudzenie następuje prędzej przy

silnem, szczególnie sztucznem, oświetleniu; przy słabem może dłużej pracować.

Z ogólnych objawów zauważyłem znieczulenie prawej połowy ciała, włącznie ze skórą powiek, zapominanie się i ociężałość w rozmowie. Żadnych śladów choroby organicznej nie spostrzegało się.

Jak widzimy, opisany przypadek znacznie się różni od zwykłych w tym rodzaju. Przy znacznem niedowidzeniu jednego oka, silnem osłabieniu poczucia barw w drugim oku i znieczuleniu rogówki i spojówki nie było zwężenia koncentrycznego pola widzenia dla białych promieni.

Powodem, wywołującym cierpienie, był wystrzał z rewolweru, który żartem uczynił niespodzianie krewny chorej; kula przeleciała nad głową chorej, nie uczyniwszy jej żadnej szkody. Silnie się przeleżała i odtąd była przygnębiona, miewała częste bóle głowy, sen niespokojny, pamięć jej słabła i prędko męczyła się przy chodzeniu. W tydzień po wypadku z rewolwerem zauważyła, że nie widzi prawem okiem.

W rodzinie, o ile mogłem dowiedzieć się, chorób nerwowych nie było, jedynie alkoholizm.

Przypadek przedstawia wielkie podobieństwo do postaci histeryi, zjawiającej się u osób usposobionych, które były świadkami nieszczęść kolejowych, choć uszkodzenia nie doznały, t. j. do tak zwanej nerwicy urazowej.

Chorą straciłem z oczu, gdyż ojciec jej, uważając chorobę za udawanie, nie myślał o leczeniu.

Drugi przypadek spostrzegałem przed kilku miesiącami.

Chłopak lat 18 z rodziny nerwowej (u brata młodszego była płasawica, u wuja padaczka, u babki choroba bliżej nieokreślona), po nieprzyjemności, doznanej w gimnazyum, dostał silnego bólu głowy i zamglenia wzroku. Nauka stała się niemożliwą.

Badanie nie wykazuje żadnych zmian przedmiotowych oczu, z wyjątkiem lekkiej nadmiarowości (0,5 D.). Fosfeny utrzymują się prawidłowo.

Badanie podmiotowe: Oko prawe: widzenie 0,4, pole

wzroku zwężone współśrodkowo na 20—25°, dla barw w odpowiednim stosunku, z wyjątkiem niebieskiej, która prawie zupełnie schodzi się z granicami dla białej.

Oko lewe: wzrok 0,6, pole widzenia zwężone współśrodkowo na 10—15° i w odpowiednim stosunku dla barw, bez przewagi dla żadnej z tych ostatnich.

Zmniejszania się pola widzenia podczas badania nie znalazłem ani dla jednego oka, ani dla drugiego. W bliskości chorey czyta najdrobniejszy druk. Żrenice zwyczajnej szerokości i oddziałują prawidłowo.

Stopień wężu bez zmian przedmiotowych w nosie, znieczulenie skóry twarzy, powiek i czoła, spojówek rogówek, gardzieli. Brak objawów jakiegobądź choroby organicznej.

Stan ten z pewnemi wahaniami trwa bez przerwy dotąd, mimo stosowanego różnorodnego leczenia.

Czwarty stopień, najwyższy, cierpienia ocznego przy hysterii stanowi ślepotą zupełną, zwykle jednego oka, bardzo rzadko obustronna. Może jej towarzyszyć niedowidzenie drugiego oka ze zmianami w polu widzenia, jakie spotykaliśmy w poprzednich stopniach.

W tej postaci występuje najczęściej znieczulenie spojówki i rogówki, lubo zdarzają się przypadki, w których dotkniętą jest tylko rogówka, albo nawet obie te błony są prawidłowe.

Ślepotą historyczną może wystąpić przy słabych ogólnych objawach choroby. Powstaje stopniowo przez postępowe zwężanie się pola widzenia, albo nagle wskutek napadu lub niezależnie od napadu. Znika po większej części prędko, po kilku godzinach albo dniach, rzadziej trwa tygodnie i miesiące, wyjątkowo lata (w przypadku Harlana¹⁾ 10 lat). Może ustępować i wracać i przechodzić z jednego oka na drugie.

Jeżeli rozwija się stopniowo, przy dobrem widzeniu drugiego oka, może pozostać niespostrzeżoną przez chorego, podobnie jak niedowidzenie; chorey wypadkowo dowiaduje się o niej.

¹⁾ Philad. Med. and Surg. Report., 1876. 139.

Przypadki obuoczej ślepoty ogłosili: Mendel¹⁾ (trwała 8 miesięcy u 26 let. dziewczyny), Jacobson²⁾ (kilka tygodni u 30 let. kobiety), Oppenheim³⁾ (1½ roku trwała i później wielokrotnie wracała), Saint-Angel⁴⁾ (4 miesiące u 25 let. dziewczyny). — W drugim przypadku Mendel'a zjawiała się u 40 let. kobiety na kilka godzin przed każdą miesiączką. — Adamuk⁵⁾ opisuje 64 godziną ślepotę u literata 30 let.; napad powstał nagle przy picu herbaty nad wieczorem.

W jednym z przypadków Landsberg'a⁶⁾ zjawiała się w oku lewym nagle ślepotą u 37 letniej histeryczki i po półgodzinie ustąpiła. Odtąd powstawała kolejno to w jednym, to w drugim oku, nigdy w obu jednocześnie, trwając czasem po 12 godzin. Przerwy między tymi napadami ślepoty wynosiły 2—7 dni.

Podobnie jak przy niedowidzeniu histerycznym, tak i tu badanie przedmiotowe nie wykazuje zmian w oczach. Fosfeny otrzymują się prawidłowo. Zrenice bywają zwyczajnej szerokości, zwężone lub rozszerzone; po większej części, lecz nie zawsze, oddziałują dobrze. U jednego i tegoż samego chorego mogą zachowywać się różnie; w wspomnianym pierwszym przypadku Mendel'a były to wąskie, to szerokie, to oddziałujące na światło, to znów nieczułe. W przypadku Jacobsona były silnie rozszerzone i bez odruchu na światło, w przypadku Adamuka nieco zwężone i słabo oddziałujące, u Oppenheim'a wąskie i z odruchem.

W piśmiennictwie polskim przypadek ślepoty histerycznej jednoocnej podał Wizeł⁷⁾; powstała ona nagle w pierwszych dniach choroby usznej (otitis media) i ustąpiła bardzo szybko

¹⁾ Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med., 1874, nr 47.

²⁾ »Beziehungen der Veränderungen und Krankheiten des Sehorgans«, Str. 59.

³⁾ »Lehrbuch der Nervenkrankheiten«, 1894.

⁴⁾ Revue médicale de Toulouse, 1884, nr 6.

⁵⁾ »Boleźni Swietooszczuszczajuszczawo apparata głaza«. 1897. II. 472.

⁶⁾ Journal of nervous and mental diseases. XIII. 2. Febr. 1886.

⁷⁾ Gazeta Lekarska, 1894, nr. 14, str. 370.

po zastosowaniu franklinizacji (souffle). Poprzednio chora miała napady małej histeryi.

Przypadek w tym rodzaju spostrzegalem w roku zeszlym.

Pani Z., lat 28, odznaczajaca sie od dzieciinstwa wielka wrażliwością i majaca matke histeryczke, zaczela doświadczać gwałtownego bólu głowy przy czytaniu; zajęcie to, któremu z upodobaniem się dotąd oddawała, musiała teraz przerywać po kwadransie. Po odpoczynku (15—20 minut) ból znikal. Stan ten wkrótce o tyle się pogorszył, że uważniejsze wpatwienie się w jakiś przedmiot wywoływalo napad bólu. Zastosowanie środków przeciwnerwowych usuwalo cierpienie, lecz na krótko. Po kilku miesiacach takiego stanu, chora nabawila się silnego przestachu wskutek pożaru, który powstał we dworze wiejskim, gdzie stale mieszкала (pożar został natychmiast ugaszony), przyczem nagle zaniewidziala na oko lewe.

Gdy pierwszy raz ujrzałem chorą, oko lewe, nie przedstawiające żadnych zmian wziernikowych, było zupełnie ślepe, gdyż nie odczuwalo nawet światła. Żrenica była rozszerzona, słabo oddziaływajaca na światło, rogówka i spojówka nie odczuwaly dotknięcia zglębnika. Fosfeny i wydzielina łez prawidłowe.

Oko prawe, nie wykazujące również zmian wziernikowych, przedstawialo zwięzenie pola widzenia dla barwy białej (zewn. 75°, wewn. 50°, ku górze 50°, ku dołowi 63°) i rozszerzenie dla czerwonej (88°, 60°, 50°, 65°); rozpoznawanie fioletowej i zielonej było utracone, granice niebieskiej zwięzone (70°, 30°, 30°, 37°). Wzrok naosiowy prawidłowy. Osłabienie czulości spojówki gałki. Żrenica, zwykłej szerokości, prawidłowo oddziaływala. Mimo miarowości oka (podobnie jak i drugiego) wszelka praca jej, a nawet dłuższe utkwienie wzroku w jakiś przedmiot, wywoływala ból oka i głowy.

Z innych objawów spostrzegalo się: znieczulenie lewej połowy ciała i gardzieli, osłabienie sluchu i smaku (przy braku odpowiednich zmian przedmiotowych) i wzmożenie odruchów ściegnistych. Narządy wewnętrzne, a w szczególności płciowe, nie przedstawialy żadnych zmian.

Opisany stan utrzymywał się z pewnemi wahaniem w ciągu 9 tygodni, pomimo stosowanego leczenia, i nagle ustąpił wskutek nowego wzruszenia, wywołanego przez piorun, który uderzył w drzewo, znajdujące się obok domu, zamieszkanego przez chorą.

Objawy oczne histeryi, podobnie jak ogólne, są przeważnie psychiczne; istnieją one w przekonaniu chorego. Badania Bernheim'a, Pitres'a i Parinaud'a wykazały przy pomocy pryzmatu i stereoskopu, że ślepe oko histeryka widzi, lubo chory nie ma świadomości o tem. Oko, dotknięte podobną ślepotą, otrzymuje wrażenie wzrokowe i doprowadza je do ośrodka korowego, gdzie jest ono zniesione przez wyobraźnię chorego. Jest to symulacja nieświadoma, albo, jak się wyraża Bernheim, nieświadome samopoddawanie. Schmidt-Rimpler porównywa podobny stan z tym, jaki doświadczamy, gdy mikroskopujemy jednym okiem, nie zamykając drugiego, którego widzenie znosimy. Parinaud dodaje, że oko ślepe histeryczne przyjmuje udział w patrzeniu obuocznem tylko odnośnie do widzenia ośrodkowego; część obwodowa pozostaje zniesioną.

Niedowidzenie, wymienione w poprzednim stopniu cierpienia, również istnieje tylko w przedstawieniu chorego, jak to mogą wykazać pryzmat i stereoskop.

Podobnież rzecz się ma ze zwężeniem pola widzenia; nawet przy bardzo znacznem obustronnem zwężeniu chorzy najzupełniej swobodnie chodzą, czego nie bywa przy odpowiedniem zaburzeniu, zależnem od przyczyn anatomicznych, n. p. przy zwyrodnieniu barwikowem siatkówki. Janet¹⁾ przytacza dwa przypadki, w których chorzy z polem zwężonem do 30° i 10° widzieli przy 80°, pierwszy płomień zapalniczki, który wywoływał u niego napad, druga palec, który sprowadzał sen hipnotyczny.

Toż samo odnosi się do zaburzenia poczucia barw. Re-

¹⁾ Archives de neurologie, 1892, 331.

gnard¹⁾ wykazał, że histeryk, ślepy na barwę zieloną, przy szybkim obrocie kręgu Newtona, złożonego z pasów zielonych i czerwonych, widzi krąg ten nie czerwonym, lecz w barwie złożonej z czerwonej i zielonej, mianowicie w szarawej. Parinaud przekonał się, że wielka liczba histeryków, ślepych na każde oko na jedną i tę samą barwę, dwuocznie rozpoznaje tę barwę. Obarrio²⁾ zbadał u histeryczki, dotkniętej zupełną ślepotą na barwy, natężenie światłne dla różnych barw i znalazł je jednakowem jak u osób zdrowych; wnosi, że histeryk, ślepy na barwy, widzi je, lecz zubożenią w mózgu.

Dokończenie nastąpi.

3. Z uniwersyteckiej kliniki ocznej Prof. Dra Eversbusch'a
w Erlandze:

**Przyczynek do leczenia zapalenia rzeżączkowego spojówki
(conjunctiv. gonorrhoea adultorum)**

podał

DR I. ETTINGER,

asystent kliniki.

Dokończenie.

II. 9/V. 1899 zjawia się dziewiętnastoletni Fr. Z. Stat. praes. O. D.: powieki obrzmiałe, czerwone; skóra rozprężona, połyskująca, zmarszczki jej zupełnie znikły; powieka górna zachodzi na dolną; chory oka otworzyć nie może. Spojówka powiek nabrziała i czerwona; conj. bulbi przekrwiona, połyskująca, obrzękła otacza rogówkę w postaci grubego wahu. Rogówka u góry nieco mętna. Ze szpary ocznej wypływa obfita wydzielina ropna. Ostro gonorrhoea urethrae. — Therap. Kantoplastyka; płukanie rozczyntem soli; wkraplanie pilocarp. + morphin; nocą na lewe oko opaska. Odpowiednie leczenie urethritis gonorrhoea.

11/V. Rogówka lekko mętna, u góry zmętnienie wyraźne. Wskutek kaszlu w nocy krwawienie z rany (kantopl.), które samo

¹⁾ Gazette médicale, 1878, nr 8.

²⁾ Société française d'ophtalmologie, 1899.

ustąpiło. Chory zwraca uwagę naszą na to, że wskutek krwawienia podmiotłowy stan oka znacznie lepszy.

14/V. Rano znów krwawienie. Powieki tworzą kilka zmarszczek, skóra znacznie bledsza. U góry rogówki małe owrzodzenie. Takież trochę ku wewnątrz od środka rogówki.

17/V. Obrzmienie powiek i chemosis znacznie mniejsze; wydzielina mniej obfita. Owrzodzenie się nie rozszerza.

22/V. Chory może nieco otworzyć oko. Wydzielina przyjmuje charakter śluzowej. Liczne naczynia ciągną ku owrzodzeniom. Przezroczystość rogówki prawie prawidłowa. Terap. Płukania 4 razy dziennie, Piloc. + Morphin.

26/V. Obrzęki zupełnie znikły. Wydzielina minimalna. Rogówka przezroczysta; na miejscu owrzodzeń wyraźne zmętnienia.

31/V. Oko jeszcze czerwone; niebezpieczeństwo choremu więczej nie grozi. Wskutek nieposłuszeństwa chorego zostaje wydalony z kliniki.

III. Pięcioletnia M. F. zostaje przesłaną do nas z ciężką obustronną conj. gonorrhoeica.

9/VII. Prócz typowego obrazu śluzotoku znajdujemy na spojówce błony, które lekko zdejmować się dają (błony krupowe?). Na rogówce prawej obszerne zmętnienie, zajmujące zewnętrzną jej część; na lewej w zewnętrznej części obszerne owrzodzenie, pośrodku którego descemetokęła. Obrzęk conj. bulbi nie nadmiernie wyrażony. Dziecko już było leczone 10% protargolem i okładami z lodu; do nas zostaje przesłane wskutek coraz groźniejszych objawów. Na tworzenie się nabotów zapatrywać się można, jako na skutek nieodpowiedniego leczenia.

Terap. Kantoplastyka, płukania roztworem soli, wkraplanie Pilocarp. + Morph.

13/VII. Obrzęk powiek zmniejszony; wydzielina nieczysto-ropna. Terap. Wskutek przeszkód ze strony dziecka usuwamy płukania i tylko często gruntownie oczyszczamy szparę oczną od ropy; Piloc. + Morph.

16/VII. Dziecko jest w stanie otworzyć oczy. Wydzielina się zmniejsza. Na prawej rogówce obszerne podługowate owrzodzenie w zewnętrznej części. Na lewej — także owrzodzenie z przedziurawieniem bliżej środka rogówki; komory przedniej niema.

19/VII. Owrzodzenie prawe pokryte nabłonkiem. Lewe owrzodzenie się oczyszcza. Część górna komory się utworzyła. Ku miejscu przedziurawienia nie przyłęga brzeg tęczy, lecz część nieco od brzegu oddalona.

Ze względu na powikłanie ze strony rogówki wypadki

powyższe do ciężkich zaliczyć trzeba, przebieg zatem choroby i wyniki leczenia dobrymi nazwać można; nawet w ostatnim przypadku zastosowanie środków niedrażniących w stosunkowo krótkim czasie przyczyniło się do zwalczenia groźnych objawów.

W naszej terapii conj. gonorrh. dążymy do mechanicznego oczyszczenia worka spojówkowego i do dostarczania chorym tkankom przez lepsze i obfitsze odżywianie możliwości zwalczania zgubnego działania czynników chorobotwórczych. Wychodząc z poglądu, że i działanie azotanu srebra polega li tylko na niszczeniu tych chorobotwórczych czynników, i że azotan srebra żadnych nie posiada własności specyficznych, zastąpiono go u nas fizyologicznym rozcynem soli kuchennej, używanym do przepłukiwań worka spojówkowego. Dokładnie oczyszczając spojówkę, płukania te chorym żadnego nie sprawiają bólu, natomiast już podczas samego płukania chorzy znaczną uczuwają ulgę. Płyn ma temperaturę letnią. Częstość płukań zależy od obfitości wydzieliny; przed płukaniem oczyszczamy jak najstaranniej wilgotnymi wacikami brzegi powiek z znajdującej się tutaj wydzieliny, aby przepłukiwanie tylko do czyszczenia worka spojówkowego służyło. Płukania robimy z małej szklanej kolby (zawartości koło 40 c. kub.), undyną zwanej, w ten sposób, że jedną ręką otwieramy ostrożnie szparę oczną, żadnego, o ile można, nie wywierając ucisku na gałkę oczną, i na brzeg powieki górnej kierujemy strumień rozcynu soli, wskutek czego płyn, ściekając po spojówce powieki, z niej wszystko zmywa; potem kierujemy strumień na spojówkę gałki ocznej i, każąc choremu w odpowiednim kierunku patrzeć, jesteśmy w stanie gruntownie przemyć worek spojówkowy, tak, że pod koniec w nim ani kropli wydzieliny nie znajdziemy. Cały ten rękoczyn odbywa się prędko i bez żadnych dolegliwości dla chorego. Zwracamy uwagę, że nigdy nie kierujemy strumienia prosto na rogówkę, aby się w ten sposób nie przyczynić do powstania owrzodzenia, co przy marnym stanie odżywienia rogówki z łatwością, przy najmniejszych nawet urazach nabłonka, do skutku przyjść może.

W celu ułatwienia samowolnego wypływu ropy (fizyologiczne oczyszczanie) z worka spojówkowego, a jest on przy conj. gonorrh. wprost wskutek przeszkód mechanicznych znacznie utrudnionym, używamy zabiegu, który, szparę oczną nieco ku zewnątrz przedłużając, zarazem powieki od wzajemnego ucisku uwalnia; robimy kantoplastykę czasową, to jest przez proste cięcie nożycami przedłużamy kąt zewnętrzny szpary ocznej bez założenia szwów. Ważnem jest przeciąć tkanki dość wydatnie, aż do okostnej. Dosyć czasem obfite krwawienie jest tylko pożądanem; pomimo ulg podmiotowych, przy tem przez chorych odczuwanych, wywołuje ono zmiany w drogach krwionośnych przedniej części oka; odpływ, a zatem i przyływ krwi znakomicie zostaje ułatwiony, objawy zastoinowe w naczyniach spojówki, powiek i przednich części gałki ocznej się zmniejszają, a wszystko to tylko dobroczynnie na tkanki chore oddziaływać może.

Odgrywając tak ważną rolę przy oczyszczaniu worka spojówkowego, kantoplastyka i w innym kierunku dobroczynnie działa, uwalniając rogówkę od ciężaru całą masą na niej leżących spuchniętych powiek. Rzecz prosta, że odżywianie rogówki w bardzo złych się znajduje tutaj warunkach, bo pomimo uwolnienia od ucisku powiek, obrzęk spojówki gałki ocznej, uciskając naczynia, w wysokim stopniu tamuje dopływ soków odżywczych, co do tak szybkiego zmętnienia rogówki i tworzenia tak zgubnych dla niej owrzodzeń prowadzi. Wkraplanie środków zwężających źrenicę (Pilocarp. + Morph.) tu bardzo ważne odgrywa znaczenie; miotica uwalniają po części rogówkę od tak niebezpiecznego dla niej ucisku, zmniejszając ciśnienie wewnątrzgałkowe, i ułatwiają w ten sposób materjałom odżywczym dostęp do przestrzeni limfatycznych rogówki. Lepiej odżywiana rogówka naturalnie staje się odporniejszą i rozprzestrzeniająca się na nią sprawa chorobliwa nigdy nie doprowadzi do tak zgubnych skutków, jak to zwykle ma miejsce. Wkraplamy (Pilocarp. 1% + Morph. 1%) tak często, aż źrenica będzie maksymalnie zwężoną i w tym stanie staramy się ją utrzymać.

Leczenie nasze conj. gonorrh. adulatorum polega zatem na 1) czasowej kantoplastyce, 2) mniej lub więcej częstych, stosownie do potrzeby, przepłukiwaniach worka spojówkowego letnim fizyologicznym roztworem soli kuchennej, i 3) wkraplaniu zwężających źrenicę środków.

Dobre wyniki naszej metody leczenia w zupełności potwierdzają wyżej pomienione teoretyczne uwagi i pobudzają nas do zwrócenia uwagi kolegów na ten sposób leczenia.

Erlanga, 24 lipca 1899.

II. STRESZCZENIA.

Wrodzony załamek spojówkowy — dotąd nieopisana wada rozwojowa spojówki oka ludzkiego. Dr A. Schapringger z Nowego Jorku (>Zeitschrift f. Augenheilkunde<, Band II. 1. 1899).

Autor opisuje ośm przypadków wady rozwojowej spojówki, która na tem polega, że spojówka załamek wygląda tak, jakby ją uchwycono szczypczkami, podniesiono w załamek i tenże przycisnięto do spojówki chrząstkowej, do której się wyparla z prawidłowego położenia spojówka niejako przykleiła. Widocznym się staje załamek przy odwinięciu górnej powieki lub odchyleniu dolnej od gałki ocznej. Przyklejenie jednakże jest tylko częściowe, gdyż z głębinikiem można podejść pod brzeg załamka do pewnej głębokości, w jednym przypadku do 10 mm. Zmianę tę spostrzegali autor w 7 przypadkach na górnej powiece, w jednym tylko na dolnej i właśnie w tym przypadku była połączoną z lekkim podwinięciem dolnej powieki. Nasuwa się myśl, że autor miał przed sobą blizny lub zrosty spojówkowe; we wszystkich jednakże przypadkach wykluca jaglicę, obrażenia, wyżerki, poprzedzające zrost lub oparzenia. Autor nazywa tę wadę rozwojową: >Angeborene Schürze der Bindehaut<, gdyż przy odwinięciu górnej powieki spada załamek w kształcie fartuszka na spojówkę chrząstkową powieki.

Podobne przypadki, połączone jednakże z podwinięciem powieki, opisali: G. Harlan i de Schweinitz.

Ciekawą jest okoliczność, że wszystkie przypadki, spostrzegane wprawdzie w Nowym Jorku, dotyczyły wychodźców z zachodniej Europy, a mianowicie: z Rosyi, Galicyi i Węgier, wszyscy zaś dotknięci tą wadą rozwojową, jak niewątpliwie z nazwisk wnosić można, byli pochodzenia żydowskiego. *Machek.*

Przyczynek do budowy chorioides propria dorosłego człowieka (Stratum elasticum supracapillare). Prof. Dr A. E. Smirnow z Tomska (>v. Graefe's Arch. f. Ophthalm. XLVII, 3).

Według znakomych prac H. Sattlera i Iwanowa leży bezpośrednio pod membrana limitans interna (membrana Bruchii) warstwa naczyń włosowatych (choriocapillaris); pod nią jest nieprzerwana blaszka śródbłonkowa, a potem następuje siatka z cienutkich włókien sprężystych (stratum elasticum subcapillare). — Tymczasem z badań Smirnowa wynika, że pomiędzy membrana Bruchii a choriocapillaris leży jedna jeszcze warstwa, składająca się z delikatnej i gęstej siatki włókien sprężystych, którą autor nazywa stratum elasticum supracapillare. Tak więc cała warstwa naczyń włosowatych wraz z limfatycznymi przestworami okołonacyniowymi ujęta jest pomiędzy dwie siatkowate błony sprężyste, połączone nadto ze sobą włóknami sprężystymi. Taka budowa nie byłaby bez wpływu na regulację krążenia krwi i odżywienia odpowiednich części oka.

Co do membrana Bruchii, to jedni autorowie opisują ją jako błonkę bezpostaciową (Glasmembran), inni godzą się z Sattlerem na to, że składa się z dwóch blaszek: wewnętrznej bezpostaciowej i zewnętrznej, zwróconej ku choriocapillaris, która przedstawia nadzwyczaj delikatną kratkę z linii słabo światło łamiących, krzyżujących się w różnych kierunkach; nie są to jednakże włókna, któreby przytwierdzały membrana Bruchii do choriocapillaris. — Otóż, według badań Smirnowa, nie jest to błona bezpostaciowa, ale posiada budowę włóknistą. Dwoch blaszek również odróżnić nie można, a jest tylko jedna, w której jednak włókna coraz gęściej się splatają, im bliżej wewnętrznej powierzchni. Włókna tej błonki nie barwią się orceiną, w przeciwieństwie do włókien w stratum elasticum supra et subcapillare, które bardzo żywo się barwią orceiną. Autor przypuszcza, że w stratum elasticum supracapillare szukać należy zakończeń nerwów czuciowych i że dalsze badania embryologiczne wyjaśnią jeszcze powstanie membrana Bruchii i jej genetyczny związek z głębszymi warstwami naczyniówki. Do artykułu dołączył Smirnow cztery jasne ryciny obrazów mikroskopowych oraz podał metodę badania. *Dr J. Kreutz.*

Ueber neue Pupillenphaenomene. Dr Piltz («Neurof Centrabl.» Nr 6. I. Z psychiatr. kliniki Burghoelzli. Zurych).

Ueber ein bisher nicht beschriebenes Pupillenphaenomen. Dr Westphal. Z kliniki Prof. Jolly (Ibidem. Nr 4).

Ueber das Lidphaenomen der Pupille-Galassi. Dr Giovanni Mingazzini. (Ibidem. Nr 11).

Mając przed sobą trzy prace, omawiające prawie ten sam przedmiot, zestawiamy je razem, a do tego tem więcej mamy powodu, iż autor jednej pracy odwołuje się często na drugiego.

I tak Westphal opisał objaw źreniczny, zdaniem jego dotychczas niespostrzegany, gdy tymczasem, jak późniejsze prace wykazały, był on już i innym znanym. Objaw ten polega na tem, iż przy usiłowaniu kurczu mięśnia obręczkowego oka, to znaczy przy mocnem przymrużaniu, które napotyka na opór przez gwałtowne rozwieranie powiek, źrenica tegoż oka zwięza się. Ażoby zjawisko to mógł uwidocznić, potrzeba, by źrenica była niewrażliwą na światło, albo przynajmniej słabo oddziaływała i by nie była zwięzłą. Równocześnie gałka wykonuje, na co już Bernhardt zwrócił uwagę, ruch ku górze i zewnątrz, rzadko ku górze i wewnątrz.

To zwięzienie źrenicy można było wykazać w przypadkach zwrotnego ustalenia (Pupillenstarre) źrenicy, n. p. przy porażeniu, władzie rdzenia pacierzowego, kile środkowego układu nerwowego i t. d., skoro tylko źrenice były szerokie lub miernie szerokie.

Badając osoby zdrowe lub niedotknięte czynnościową chorobą układu nerwowego, objawu tego, z wyjątkiem u osoby historycznej z dobrem oddziaływaniem na światło, nie stwierdzono.

Nie mogąc objawu tego wytłómaczyć ani konwergencyą, ani też napływem krwi do tęczówki, ani wreszcie wzmożeniem napięciem gałki, uważa W. to zwięzanie się źrenicy przy silnem ścisnaniu powiek jako współruch (Mithbewegung), w podobny sposób przychodzący do skutku, jak równocześnie objawiające się zwracanie gałki ku górze i zewnątrz. Lubo nieznanemi są nam powiązania pojedynczych nerwów z centralnym układem nerwowym, to wskazówkę pod tym względem daje nam okoliczność, przez Mendla stwierdzona, że u niektórych zwierząt, jak u królika i morświnki, nerw twarzowy oka wywodzi swe jądro z jądra okoruchowego.

Podobne spostrzeżenie, co i Westphal, zrobił Piltz, a mianowicie u 30 letniego paralityka, u którego szerokie zresztą źrenice zwięzały się przy mocnem ścisnaniu powiek. P., robiąc dalsze spostrzeżenia, wpuścił homatropinę, a poleciwszy po rozszerzeniu źrenic badanym patrzeć na przedmiot nieruchomy i równocześnie głowę pochylić, zauważył, iż przy zwracaniu się gałek ku górze źrenice zwięzały się, lubo nie tak silnie, jak przy ścisnaniu powiek. Na

objaw ten zwrócił zresztą już uwagę Wundt w swoim podręczniku fizyologicznym¹⁾, pisze bowiem: »Wenn wir z. B. das Auge willkürlich schliessen, so wenden wir den Augapfel nach oben und innen und wenn wir die letztere Bewegung ausführen, so verengt sich gleichzeitig die Pupille«. Piltz, chcąc się przekonać, w jakim stosunku objaw ten przez Wundt'a u zdrowych odkryty, a zatem fizyologicznie zachodzący, spotyka się u chorych (ślepych paralityków, epileptyków, labetyków)²⁾, stwierdził, że objaw I, jako też i II zachodzi głównie przy źrenicach nieruchomych lub mało-ruchomych, ale że także i przy dobrem oddziaływaniu źrenic napotyka się. Objaw zaś drugi może zachodzić przy dobrem oddziaływaniu źrenic, zazwyczaj jednak towarzyszy stanom, w których to oddziaływanie na światło jest upośledzone, a zauważył ten objaw u 35⁰/₀ zdrowych w przeciwstawieniu do Westphala, który go u zdrowych wcale nie widział.

U ślepego labetyka ze zupełnym zanikiem nerwów wzrokowych widział Piltz współczesne zwięzanie się obu źrenic przy mrużeniu, u innego chorego, dotkniętego porażeniem n. okoruchowego lewej strony, źrenica nieruchoma zupełnie na światło, konwergencyę i wysiłki akomodacyi, zwięzała się tak przy usiłowanych zwrotach gałki ku górze, jako też przy zamykaniu ocz. Gdy przy zaciskaniu ocz czynnie otwierano powieki, gałka uciekała w poziomym kierunku na zewnątrz.

W końcu słusznie zaznacza autor, że objaw orbikularny źrenicy spostrzegał już u chorych także H. Gifford³⁾.

Natomiast stara się wyżej przytoczony Dr Mingazzini pierwszeństwo odkrycia objawu tego przypisać Drowi Galassiemu, zmarłemu w r. 1891, który już przed 12 laty na objaw ten zwrócił uwagę i polecił go nazwać objawem powiekowym źrenicy.

Galassi nadto był w tem szczęśliwym położeniu, że mógł poniekąd dać wytlómaczenie patologiczno-anatomiczne tego klinicznego objawu, i tak w pracy: sulla reazione palpebrale della pupilla⁴⁾, podaje Galassi wyniki badania chorego. Chodziło o niedowład m. unoszącego powiekę, zupełne porażenie prostego górnego i dolnego, jako też ukośnego m. dolnego, utratę oddziaływania źrenicy na światło i akomodacyę przy

¹⁾ Wyd. w r. 1880, na str. 172.

²⁾ Objaw Wundt'a nazywa autor objawem pierwszym w przeciwstawieniu do objawu drugiego, połączonego ze zwrotem gałki ku górze i zewnątrz, występującego wtenczas, gdy badający silnie powieki otwiera, a badany stara się je zaciskać.

³⁾ Archiv of Ophthalmologie. Vol. XXIV. Z. 3.

⁴⁾ Bul. della società Lancis. degli Ospedali di Roma R. VII. Z. 14.

wybitnym objawie powiekowym źrenic. Przy badaniu zwłok znaleziono: apophysis clinoida posterior wybitniej po prawej stronie sterczy i przechodzi na crista petrosa, ostry tworząc koniec, tak, że prawy dorsus sellae więcej od lewego wystawał. Mikroskopowe badanie wykazało zwyrodnienie części nerwu okoruchowego, poza błoną twardą mózgową leżącą, i to wskutek ucisku. Z tego wnioskował Galassi, że przy obwodowych niezupełnych porażeniach nerwu okoruchowego wszystkie ruchy źrenicy ustają z wyjątkiem reakcyi powiekowej i że objaw ten może być znamienym dla odróżniania porażenia obwodowego od środkowego. Według Galassi'ego wystąpienie objawu powiekowego źrenicy przy porażeniach nerwu okoruchowego byłoby znamieniem początku polepszania się. Włókna pupilarne byłyby w takim razie znowu zdolne do przeniesienia wrażień, jednakże nie w tym stopniu, jak w prawidłowych warunkach. Opór jest jeszcze zbyt silnym, silniejszym, aniżeli w warunkach fizyologicznych, i dlatego jedyny prąd, jaki go przewyciężyć może, nie powstaje na drodze działania zwrotnego, ale skojarzonego ruchu.

II.

O chorobach głównej tętnicy i żyły siatkówkowej ze szczególnem uwzględnieniem anatomicznych zmian chorobowych. Prof. Dr Michel z Wyrzburga (»Zeitschrift f. Augenlik.« Lipiec 1899).

Spostrzegamy stosunkowo dość często, że w przypadkach nagłego ociemnienia jednego oka, w których wziernikiem widzimy mniej lub więcej wyraźny obraz zaczopowania głównej tętnicy siatkówki lub niektórych teje gałązek, w ustroju żądnych zmian wykazać nie możemy, któreby zaczopowanie tłumaczyły. Odwołujemy się w takich przypadkach do miażdżycy naczyń, przypuszczając, że drobna cząstka z wewnętrznej ściany grubszych naczyń się oderwała i do tętnicy siatkówkowej dostała. Nowsze jednakże badania wykazały, że nie tylko zaczopowanie naczyń, ale także zakrzep tętnicy lub żyły może spowodować zmiany chorobowe, które klinicznie przebiegają podobnie jak zaczopowanie tętnicy głównej. Wobec tego dawała się uczuwać potrzeba badań anatomicznych zmian chorobowych w dotyczących przypadkach. Autor zbadał cztery przypadki, w których wystąpiło ociemnienie nagle z obrazem klinicznym zaczopowania, a później śmierć skutkiem innych przyczyn, tak, że można było badania anatomiczne przeprowadzić, które wykazały, jakie zmiany chorobowe w tętnicach i żyłach miały miejsce. Wykonano całe szeregi po sobie następujących przekrojów podłużnych i poprzecznych przez nerw wzrokowy i przez gałkę oczną. Szeregi przekrojów poprzecznych rozpoczynały się w oddaleniu 4—6 mm.

od blaszki siłowej, postępując dośrodkowo. Zmiany chorobowe części na bardzo tylko krótkiej przestrzeni wykazać można, cięcia tedy po sobie następujące są nie tylko bardzo pouczające, ale w wielu przypadkach niezbędne dla rozpoznania ścisłego. Oczy wkładano po wyfuszowaniu do formolu lub płynu Müllera, później do celloidyny, barwiono haematoksyliną i cozyną. Autor doszedł do następujących wyników: 1. Obraz kliniczny zaciopowania głównej tętnicy siatkówkowej może powstać także skutkiem zakrzepu w tętnicy. Skutkiem endarteritis proliferans, jako objawu stwardnienia naczyń, występuje zwężenie światła tętnicy, a poniżej zwężonego miejsca pojawia się zakrzep. Zdarza się także, że skutkiem przerostu i budowania wewnętrznej ściany tętnicy światło naczynia całkowicie się zatyka. 2. Pokazało się jednak, że w niektórych przypadkach zakrzepu tętnicy zmian w ścianach drobnowidem wcale wykazać nie można było; powstanie tedy zakrzepu w tych przypadkach błonaczey autor zmniejszoną *vis a tergo*, będącą następstwem ogólnych zbroceń w krążeniu. Byłby to zakrzep marantyczny. Przyczyną zakrzepu może być także ucisk na nerw wzrokowy i na naczynia przez nerw przebiegające. Uciska ciecz podpajęczna, która, przy podwyższonym ucisku śródczaszkowym, dostaje się znaną drogą do pochwy nerwu wzrokowego. To też w tym przypadku na obu oczach była tarcza zastoinowa, a nadto osłabione i wolne tętno mogło się przyczynić do wytworzenia zakrzepu. 3. Większe i mniejsze wybroczyny w siatkówce w różnych jej warstwach, a więc retinitis haemorrhagica, apoplexia sanguinea retinae powstaje skutkiem: a.) marantycznego zakrzepu głównej żyły siatkówkowej, b.) phlebitis proliferans, która zwięża lub zatyka światło większej żyły, lub wrześnie c.) rozległych zmian chorobowych w naczyniach siatkówkowych średniego stopnia wogóle. W przypadkach a.) bywają żyły, co wziernik wykazuje, mocno rozszerzone i pokręcone, w przypadkach b.) i c.) zwężone lub miernie napełnione. 4. Przy rozpoznaniu klinicznym nie zawiodą następujące wskazówki: Jeżeli wystąpi nagłe upośledzenie wzroku lub ociemnienie, a wziernik wykazuje obraz zaciopowania tętnicy głównej siatkówki, badanie zaś ustroju wykazuje miazdżycę naczyń, tedy należy myśleć o zakrzepie tętnicy głównej, skutkiem zwężenia światła tejże będącego następstwem zmian chorobowych ścian naczyńnych; jeżeli zaś obraz wziernikowy wykazuje wielkie wybroczyny w siatkówce, rozszerzone i pokręcone żyły, napełnione krwią ciemną, należy rozpoznać zakrzep głównej żyły siatkówki, a to tem bardziej, jeżeli osłabiona jest czynność serca. 5. Obraz wziernikowy zapalenia siatkówki, które towarzyszy białkomocowi, jest wyrazem zaburzeń w krążeniu i zmian w tkaniu siatkówki, które są jedynie następstwem zmian choro-

bowych, w naczyniach siatkówki powstałych na tle stwardnienia obu rodzaj naczyń. *Machek.*

O etyologii miąższowego zapalenia rogówki. Dr Diez z Berlina (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, Z. V. i-VI. 1899).

Autor badał pod względem etyologii przypadki zapalenia miąższowego rogówki, leczone w klinice okulistycznej w Wyrzburgu w latach 1893—1898. W tym czasie leczono 107 przypadków, a z tych 60 u kobiet. Jako przyczynę choroby przyjmuje w 25 przypadkach odziedziczoną kiłę, w 12 prawdopodobnie odziedziczoną kiłę, razem tedy z tej przyczyny zapadło 37 przypadków (34·6%), w 57 przypadkach (53·3%) wykazano gruźlicę, w 2 nabytą kiłę, a w 11 (l. j. 10·2%) nie można było wykazać przyczyny. Uderzającą jest wysoka odsetka przypadków, występujących skutkiem gruźlicy.

Autor, idąc za Michlem, odróżnia pierwotne miąższowe zapalenie rogówki od wtórorzędnego. Pierwsze objawia się początkowo przynajmniej wyłącznem zapaleniem rogówki, zapalenie zaś wtórorzędne przechodzi na rogówkę z twardówki lub z głębiej położonych tkanek, jak z tęczówki lub ciała rzęskowego. Podział ten ma nie tylko znaczenie naukowe, ale także praktyczne, doświadczenia kliniczne i badania anatomiczne bowiem wykazały, że pierwotne zapalenie rogówki etyologicznie odnieść należy do odziedziczonej kiły, zapalenie zaś wtórorzędne rogówki jest następstwem gruźlicy.

Ciekawem jest także streszczenie nowszych poglądów na etyologię tej choroby. Z początkiem naszego wieku uważano zapalenie miąższowe rogówki jako następstwo zołżów i dlatego nazywa je Zarda, a za nim Arlt, *keratitis serophulosa*. Hutchinson w r. 1863 wykazuje, że ta choroba jest jednym z objawów odziedziczonej kiły i odład uważaną bywa obok wczesnej głuchoty i zmian chorobowych uzębienia, tak zwanych zębów hutchinsonowskich, jako dowód odziedziczonej kiły. Zapatrywania Hutchinsona poparły spostrzeżenia Watson'a, Fournier'a, Parinaud'a, Abadie'go, Graefe'go i innych. Mooren wreszcie, jeden z najdoświadczeńszych okulistów w Niemczech, wypowiedział zdanie najdalej idące, że właśnie ten rodzaj zapalenia rogówki występuje wyłącznie na tle odziedziczonej kiły. Ogłoszono jednakże także sprzeczne zapatrywania. Już Watson zwrócił na to uwagę, że w wielu przypadkach nie można u dotkniętych tą chorobą wykazać żadnych śladów odziedziczonej kiły i że w wielu przypadkach trzeba jako przyczynę choroby przyjąć pewnego rodzaju osłabienie ustroju, anemię, złe odżywienie, nieprawidłowość w miesiączkowaniu lub miejscową skłonność do zapalenia, nie mogąc na pewne wykazać, czy i te

zmiany nie są następstwem odziedziczonej kiły. Panas i Steffan mieli wogóle wątpliwości, czy zapalrywania Hutchinson'a są uzasadnione, i dlatego Panas nazywa zapalenie mięszszowe rogówki ze względu na etiologię: »Kéralite cachectique diffuse. Dalej wykazali: Theobald, Jakowlewa, Alexander i Troussseau, że także nabyta kiła może być przyczyną zapalenia mięszszowego, a Michel, Achenbach, Watson i Parinaud spostrzegali to zapalenie nie tylko skutkiem charakteru wogóle, lecz także po reumatyzmie, zapaleniu stawów, erythema exsudativum, zimnicy, influenzy i t. d.

W najnowszych czasach wykazał Michel, że wtórorzędne zapalenie rogówki występuje dość często jako dalszy ciąg zapalenia twardówki, tęczówki, naczyńówki i ciała rzęskowego, tak, że jest właściwie tylko »jednym z objawów zapalenia przedniej części oka«. W tych przypadkach wykazać można gruźlicę jako przyczynę choroby. Z 57 przypadków, które autor w swojej statystyce do gruźliczych zaliczył, mógł w 47 z całą stanowczością wykazać, że tak jest, w 10 zaś przypadkach było zapalenie z największym prawdopodobieństwem gruźlicze. W 25 przypadkach rozpoznano równocześnie gruźlicę płuc, w 4 gruźlicę kości, w 6 widzieć było można gruźelki w zatoce przodkowej komórki. Gruźlicę jako przyczynę zapalenia mięszszowego rogówki wykazali oprócz Michla także Bach, Bongartz, Strubel, Zimmermann i Hippel.

Machek.

Przyczynka do znajomości guzów śródocznych. Dr Victor Hanke. Z kliniki Prof. Fuchs'a w Wiedniu (»v. Graefe's Arch. f. Ophthalm.« XLVII. 3).

Hanke opisuje trzy rzadkie przypadki guzów śródocznych, które badał mikroskopowo; w literaturze dotąd takich samych nie znalazł.

1. Pigmentowany guz w zatoce komórkowej, wyrastający ze śródblonka kąta przedniej komórki i więzu grzebieniastego (ligamentum pectinatum) w oku dotkniętem jaskrą, u 63 letniej zarobnicy. Zmiany patologiczne polegają na nowotworowym bujaniu komórek w całym obwodzie zatoki komórkowej; stopień rozwoju w różnych częściach zatoki jest różny. Nowotwór ma budowę alveolarną, bez jakiegokolwiek istoty międzykomórkowej, a ściany nielicznych naczyń krwionośnych są utworzone bezpośrednio z komórek nowotworu. Guz nie posiada żadnej osłony łącznotkankowej. Składa się zaś z trojakiego rodzaju komórek. Przeważają komórki duże, o dużych okrągłych lub owalnych, dobrze się barwiących jądrach, z jednym lub dwoma jąderkami. Zmian mitotycznych nigdzie nie widać. Tu i owdzie spotyka się komórki olbrzymie o licznych jądrach. Ko-

mórki te układają się w gniazda i sznury, a w ich protoplazmie znajduje się drobny pyłek brązowego pigmentu. Postać komórek wieloboczna okazuje także przejściowe formy do owalnej wrzecionowej. Drugim rodzajem są komórki wrzecionowate ze spiczastymi wypustkami, z licznymi ziarenkami barwika. Są wreszcie twory okrągłe, bardzo bogate w barwik, jedne wyglądają na komórki z jądrami, inne na grudki czystego barwika. Ta wielopostaciowość komórek jest swoistą własnością samych komórek i ich wieku; w młodszych częściach guza nie widać tej polimorfii. Przypłaszczenie i kształt wrzecionowaty komórek może wreszcie pochodzić od wzajemnego ucisku przy wzrastaniu guza.

Guzy rozszerzył się w dwojaki sposób: przez bezpośrednie wrostanie w tkanki sąsiednie, w ciało rzęskowe, w rzęskową część tęczy, w mięsień rzęskowy, w ligamentum pectinatum, którego przestwory są całkiem wypełnione komórkami nowotworu, w najgłębsze blaszki twardówki i pierścienia twardówko-rogówkowego, w kanał Schlemm'a i w otaczające go przestwory limfatyczne, wryza się nawet pod błonę Descemet'a pomiędzy najgłębsze warstwy rogówki, a wreszcie w naczynia limfatyczne i krwionośne, któremi się przenosi nawet w odległe miejsca od pierwotnego ogniska. Drugi sposób rozszerzania się guza jest za pomocą rozsiwania (Aussaat), jakby rodzaj infekcji, jak to Fuchs dla mięsaków jagodówki stwierdził. Widać to w typowy sposób na przedniej powierzchni tęczy w postaci guziczków odosobnionych w różnych okresach rozwoju, i dalej na tylnej powierzchni rogówki w formie strąków, składających się z komórek nowotworu i wolnych ziaren barwika. Śródbłonek rogówki pod nimi niezmienniony, tam jednak, gdzie wytworzyły się już większe blaszki nowotworu, śródbłonek albo zwyrodniał, albo całkiem znikł. Błona Descemet'a co najwyżej nadżarta — rogówka nietknięta.

Co do pochodzenia pigmentu w komórkach nowotworu, to autor twierdzi razem z Rochon-Duvigneaud'em, że już w stanie prawidłowym znajduje się barwik w komórkach śródbłonkowych lig. pectinatum, i że przeto znajdować się musi i w nowotworze, który z tych komórek powstał. Ponieważ jednak w starszych komórkach jest barwika bardzo dużo, przypuścić należy, że same komórki mają własność wytwarzania barwika. Wreszcie co do związku z jaskrą, to autor jest tego zdania, że nowotwór powstał w oku, dotkniętem już przedtem jaskrą, stanowczo jednak twierdzić nie może, że istnieje jaki związek przyczynowy pomiędzy temi sprawami.

II. Przybłonkowy guz wyrostka rzęskowego w oku 65 letniej kobiety, wyjętem po śmierci w celu zbadania skrzydlika. Przytem odkryto w jednym wyrostku rzęskowym guz tuż pod warstwą przy-

blonkową, kształtu nerkowatego, utkania komórkowego. Komórki tworzą gniazda i sznury, pomiędzy którymi są wolne przestrzenie różnej wielkości, połączone z przestrzeniami ciała szklanego. Guz wychodzi z wewnętrznej blaszki przyblonka wyrostka rzęskowego i daje się sklasyfikować jako epithelioma; różni się jednak tem, że 1. nie posiada żadnego podścieliska łącznotkankowego, a to dlatego, ponieważ wyrasta do ciała szklanego, wypierając i rozpierając je, 2. że tworzy wolne przestrzenie (jamy i kanały); guz bowiem wychodzi z przyblonka rzęskowego, który jest przyrządem wydzielniczym ciała szklanego i cieczy wodnej komórkowej. Za adenoma (gruczolak), wychodzący z gruczolów cewkowych ciała rzęskowego, opisanych przez Treacher Collins'a i Nicati'ego, nie można nowotworu uważać, ponieważ nigdzie prawdziwy h cewek nie widać, ponieważ dalej w tej właśnie okolicy ciała rzęskowego powyżsi autorowie gruczolów nie znajdowali wcale i ponieważ wre zeie gruczolę cewkowe powstają wskutek zagłębienia się zewnętrznej barwicznej warstwy przyblonka, guz zaś wyrósł z warstwy wewnętrznej niebarwicznej. Guzy przyblonkowe tworzą wogóle nieznaiczną część guzów ciała rzęskowego, a w literaturze podobnego przypadku nie ma.

III. Melanosarcoma chorioideae dextr. — Sekeya gałki ocznej 16 letniego mężczyzny, wyjętej po rozpoznaniu złośliwego nowotworu, stwierdza guz czarno pigmentowany, kształtu jajowatego, 14 mm. długi, 5 mm. szeroki w zewnętrznej połowie gałki, wypukłony do ciała szklanego. Leży pomiędzy twardówką a siatkówką, w tem więc miejscu nie ma naczyńki. Zaczyna się tuż za wyrostkami rzęskowymi i tu w jednym miejscu, idąc drogą okołonacyniowych przestworów limfatycznych, przebił twardówkę, sięgając aż pod spojówkę. Naczyniówka i siatkówka, o ile są utrzymane w obrębie i najbliższej okolicy guza, przedstawiają obraz zbliznowacenia po przebytem zapaleniu. W nowotworze przeważają duże komórki okrągłe lub owalne z bardzo licznymi ziarenkami żółto brązowego barwika, obok tego są dość liczne komórki wrzecionowate z wypustkami, także silnie pigmentowane, a wreszcie grudki barwika częścią wolnego, częścią leukocytów, wypofnionych barwikiem. Naczyń jest mało, a ściany ich utworzone przez komórki nowotworu.

Klinicznie uderza wiek chorego; Fuchs na 259 mięsaków jagodówki znalazł go tylko 16 razy w tym wieku. Dalej brak objawów glaukomatycznych, co autor tłumaczy wielką podatnością błon gałki ocznej w tym wieku. Co się tyczy etyologii guza, to autor sądzi, że w tym przypadku było pierwotnie zapalenie naczyńki ze zejściem w zbliznowacenie, a na tem tle powstał później nowotwór, co zresztą już wielokrotnie stwierdzano.

Do objaśnienia tekstu służą piękne ryciny (8) typowych obrazów mikroskopowych. Dr. J. Kreutz.

Die Spaeterfolge der Glaukombehandlung bei 76 Privatpatienten von Prof. Haab. (Beitraege zur Augenheilkunde. 1898. Nr 32).

Statystyczne zestawienia dają nam niewątpliwie nieraz cenne wskazówki, zwłaszcza, jeżeli one opierają się na znacznych liczbach. W danym przypadku liczby, na których wnioski swe autor opiera, są skromne, jednakże popierają, w znacznej części znane, zapatrywanie nasze na skutki operacyjnego leczenia jaskry. Ponieważ przyładki, służące do statystyki, dotyczą chorych prywatnych Haab'a, przeto wnioski niezupełnie dadzą się uogólniać, gdyż u klasy pracującej i etiologia i przebieg cierpienia nieraz się różnią.

Co do jaskry ostrej, to prawie w połowie przypadków irydektomia zupełnie ją usuwała, a także i co do jaskry przewlekło-zapalnej, wedle tej statystyki, lepsze, aniżeli zazwyczaj to czynimy, stawiać można rokowania. W jaskrze ostrej w 62,5^o/_o, w jaskrze zaś przewlekłej zapalnej w 60^o/_o nastąpiło wyleczenie. Na 8 przypadków nawrotów 6 było tak lekkich, że po użyciu środków zwężających źrenicę nastąpiło wyleczenie; tylko dwa przypadki były nieuleczalne. Pod względem wzroku, to biorąc jaskrę ostrą i przewlekłą razem, można było w 91,5^o/_o wzrok przed operacją będący zachować lub podnieść. Sama sklerotomia albo miotica nie dorównują w jaskrze zapalnej ostrej w skutkach irydektomii, natomiast są polecenia godne przy nawrotach. Zasady lecznicze, dotyczące jaskry zapalnej przewlekłej, odnoszą się także do jaskry zwyczajnej (glaukoma simplex). Nie odpowiada to naszemu zapatrywaniu.

Co do czasu trwania wyleczenia, to rokowanie dla jaskry zwyczajnej jest wogóle dobre, lubo mogą prędzej lub później wystąpić po operacji nawroty. W 77,4^o/_o przypadków po irydektomii, a w 60^o/_o po sklerotomii nie wystąpiło podwyższenie ciśnienia. — W 78,4^o/_o po irydektomii, a w 60^o/_o po sklerotomii wzrok utrzymał się na pierwotnej wysokości, wobec czego irydektomia przy jaskrze zwyczajnej jest więcej od sklerotomii polecenia godną. — Ostatnia ma swe znaczenie także jako pierwotna jedyna operacja, ale więcej jeszcze jako operacja pomocnicza.

W jaskrze krwawej (glaucoma haemorrhagica) rokowanie jest o wiele gorsze (znana rzecz), a tu najogólniejsza operacja jest zarazem najlepszą. Z tego względu sklerotomia lepsza od irydektomii. Autor dodaje atoli, że rokowanie w tej postaci jaskry nie jest jednak tak złem, jak to dotychczas głoszone, gdyż przy właściwym i wczesnym leczeniu można zawsze liczyć na 20^o/_o wzdrowień.

Ze wyłączone leczenie myotykami nie wystarcza w żadnej postaci jaskry, dowodzą przypadki, w których przed operacją stosowano środki zwężające, jak i te, które tylko nimi były leczone. W żadnym nie można było powstrzymania sprawy wykazać. Natomiast udało się przez wyłączone stosowanie środków zwężających w 35⁰/₀ zachować wzrok przez dłuższy czas bez obniżenia atoli napięcia podwyższonego. III.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Sekcja okulistyczna VII. zjazdu lekarzy rosyjskich w Kazaniu.

Pierwsze posiedzenie z d. 29 kwietnia st. st. (»Wręcz«. Nr 21).

Z odczytem o jaglicy występuje Prof. A d a m i u k. Etiologia jaglicy do dziś jeszcze nie zbadana. Rozmaitość mikrobow, odnadywana przez rozmaitych badaczy (N o i s z e w s k i znalazł *microsporum trachomatolum*, K r ü d e n e r — plazmodye, S a t t l e r - M i e h e l — koki, M ü l l e r — pałeczki, z wyglądu przypominające prątki Koch'a), wskazuje chyba nieomylnie, iż jaglica jest następstwem ich symbiozy. Jak wśród oddzielnych osobników jedni są mniej, drudzy więcej skłonni do zapadania na jaglicę, tak spotykamy całe rasy, n. p. Indian kanadyjskich, Murzynów, wśród których jaglicy nie ma wcale. Natomiast wśród malajskiej, mongolskiej i semickiej rasy jaglica zagospodarowała się dobrze, — trudno określić, z jakich przyczyn. Stwierdzono, iż jaglica w miejscowościach górzystych ginie, dość spędzić choremu na jaglicę pewien okres czasu w wyniosłych miejscowościach Szwajcaryi, aby pozbyć się choroby. Powiadają, że na wyspie Ceylon jaglicy nie ma, jeśli tak jest istotnie, należałoby utworzyć w tym rajskim kątku świata sanatorium dla dotkniętych tą przewlekłą i uporezywą chorobą. Sama zmiana miejsca pobytu oddziaływa, jak wiadomo, przyjaźnie na przebieg jaglicy.

Prof. A d a m i u k zalicza siebie do obozu dualistów i twierdzi, że szybko uleczona »quasi« jaglica była po prostu zapaleniem foliikularnem. Przy leczeniu jaglicy, które ciągnie się częstokroć bardzo długo, najlepiej kojarzyć mechaniczny zabieg z farmaceutycznym: wcierać w spojówkę albo proszek kwasu borowego (K a s t o m y r i s), albo roztwory sublimatu (K e i n i n g).

Prof. A d. sądzi, iż z chwilą, kiedy w okolicy, gdzie endemicznie panuje jaglica, każdy mieszkaniec posiada własny ręcznik, własne łóżko z pościelową bielizną i kawałek mydła, mniej ludzi będzie w Rosyi z jagłami w oczach. A tymczasem należy utworzyć

oddziały okulistyczne specjalnie do walki z jaglicą, należy zebrać statystykę chorych na jaglicę, opublikować ogólne zasady leczenia tej rozpowszechnionej choroby, wreszcie szerzyć wiadomości o jaglicy wśród ludu drogą popularnie napisanych broszur lub popularnych odczytów (kuratorya brzoźwości w Królestwie Polskiem mogłaby wiele dobrego zdziałać w tej sprawie; przyp. refer.).

W dalszym ciągu Dr O. Walfert mówi o jaglicy w Odesie. Jest on unitarystą. Zapalenie folikularne stanowi w Odesie 7,2% ogólnej liczby chorych na jaglicę; zapalenie jagieli ostre, przy którym obrzmiała błona śluzowa pokryta jest nabrzniętymi brodawkami, wynosi tylko 2,6%. Z powodu złych warunków: ciągle wiatry w zimie, a kurz w lecie — jaglica w Odesie jest uporeczywszą, niż gdzieindziej.

Dr W. proponuje utworzyć wszechrosyjski związek okulistów dla wypracowania sposobów, mogących położyć tamę rozszerzaniu się choroby, starać się o wzmożenie stałej pomocy okulistycznej, utworzyć stały nadzór nad oczami uczeni i robotników fabrycznych, wypracować sprawozdanie i przedstawić odpowiednie wnioski w imieniu okulistów rządowi. Z rozprawy na temat jaglicy wyszczególniamy kilka głosów:

Dr Rudin utrzymuje, iż więcej decydującą, niż rozmiary szpary powiekowej, kwestyą w sprawie zachorzeń na jaglicę jest mniejsza lub większa wyniosłość grzbietu nosa. Cięższa postać jaglicy jest w stosunku prostym do wstawy kąta, utworzonego przez grzbiet nosa.

Dr Protasow: Jaglica najczęściej spotyka się u Tatarów, potem Czuwaszów, Mordwy i w końcu u Rosyan.

Dr Zołotawin spotykał w permskiej gubernii ludność, zamieszkującą miejsca górzyste z grasującą wśród nich jaglicą.

Dr Dołżenkow: W kurskiej gubernii są powiaty, gdzie jaglicy wcale nie ma, są też i takie, gdzie, pomimo, iż ludność niczem się nie różni od tamtej, jaglicę spotyka się bardzo często. Zależy to zapewne od tellurycznych, czy topograficznych właściwości gubernii.

Prof. Adamuk: Najprawdopodobniej w sprawie rozszerzania się jaglicy najwybitniejszą rolę odgrywa jakaś osobliwość w budowie tkanki łącznej, jakaś odziedziczona po przodkach skłonność do zachorzeń.

Dr Mozajew utrzymuje, iż wśród Tatarów jaglica rozpowszechnia się zarówno między biednymi jak i bogatymi. Przyczyny tego objawu szukać należy w sposobie zanoszenia modłów na podłodze z rozpostartymi rękami, któremi następnie obcierają twarz i powieki.

Dr Dołgo poło w nazywa obrazowo jaglicę chorobą, powstającą wskutek braku słonecznych i kulturalnych promieni...

Dr Ginzburg, prezes, zreasumowawszy porozstrzelane zdania, dodał od siebie, że większe, niż rozmiary szpary powiekowej, znaczenie w sprawie rozwijania się jaglicy posiada stan dróg łzowych. Jak wiadomo, po wyłuszczeniu worka łzowego dość często rozwija się jaglica.

Włodz. Tulko.

2. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie od 14—18 sierpnia b. r.

Pragnęlibyśmy dorobek naukowy kongresu, który pod względem materiału naukowego, jako też świetnego podjęcia gości, przybyłych z najodleglejszych nawet części świata, w niczem nie ustępuje poprzedniemu, przed pięciu laty w Edynburgu odbytemu, przedstawić treściwie, a zarazem i wyczerpująco. Spełnienie zadania tego jednak niezmiernie przedstawia się trudnem z tej prostej przyczyny, że, jak to w poprzednim numerze »Postępu« zaznaczyliśmy, podział na trzy sekcye uniemożliwił pojedynczym członkom wzięcie udziału w pracy całego kongresu, a jedynie odczyty, wygłoszone na pełnych posiedzeniach, z których wykluczono najważniejszą część, i to najkorzystniejszą dla nauki, bo dyskusye, były przystępne dla wszystkich, rozumiejących oczywiście język, w którym przedmiot przedstawiono. Zanim przeto zadanie nasze spełnić będziemy mogli na podstawie urzędowego sprawozdania, ułożonego przez sekretarzy wszystkich sekcji kongresu, pragniemy przecież już dziś z obowiązku redakcyjnego choć w krótkości streścić odczyty, wygłoszone w naszej obecności.

Na pierwszym pełnem posiedzeniu mówił Prof. Priestley Smith: *o leczeniu zezu u bardzo młodych dzieci.*

Zaznacza z uprzejmości dla amfityryonów swe zadowolenie, że właśnie w Utrechcie o sprawie tej mówić może, w tym Utrechcie, gdzie Donders pierwszy racjonalne leczenie tej wady poruszył i wskazał sposoby. Na podstawie bardzo znacznego materiału, z wielką starannością opracowanego, przychodzi mowca do przekonania, że leczenie zbieżnego konkujującego zezu nie może być dość wczesnie rozpoczęte. Przedewszystkiem atoli ważną jest rzeczą, aby dziecko zmusić do wyłącznego patrzenia okiem zezującym. W tym celu zawiązuje oko zdrowe, »a chociażby — mówi prelegent — i dwanaście razy dziecko zasłonę zrzuciło, na co się zazwyczaj matki skarżą, po raz trzynasty zakładać ją polecam«, dopóki się dziecko nie przyzwyczai i z tą konsekwencją nie oswoi, która prawie zawsze do usunięcia zezu i prawidłowego wzroku prowadzi.

Na popołudniowych sekcyjnych posiedzeniach najwięcej zajęcia budziły odczyty, połączone z demonstracyami. Tu więc najprzód Prof. Einthoven mówił o *geometryczno optycznych złudzeniach*. Do rzeczy pod tym względem znanych dołączył cały szereg nowych spostrzeżeń, które doskonale oddał aparatem projekcyjnym. Bez rysunków oczywiście trudno streścić te zajmujące szczegóły.

Następnie Prof. Nuel z Liège mówi o *prawidłowej ewakuacji cieczy wodnej z przedniej komórki*. W celach doświadczalnych wstrzykuje zwierzęciu żyjącemu do ciała szklanego chińskie czernidło (encre de Chine), które następnie łatwo mikroskopijnie wysledzić można, a doszedłszy na tej drodze do pewnych wyników, te same doświadczenia powtórzył przy danej sposobności na oczach ludzkich prawidłowych, gdy chodziło o wyjęcie gałek z powodu wielkich nowotworów wśródoczodołowych. I tak raz zrobił to zastrzyknięcie w 2 $\frac{1}{2}$ godziny, w drugim przypadku w 5 godzin przed wyjęciem gałki. A wyniki swe streszcza prelegent w ten sposób: W oczach ludzkich gruby ścisły pasek czernidła zajmuje głęboką płaszczyznę tęczówki, oddzieloną od nabłonka barwikowego cienką linią tkanki, nie zawierającej barwiku chińskiego. W dwóch miejscach, a mianowicie w obwodzie i przy brzegu tęczówkowym, czarny pas dochodzi do przedniej powierzchni tęczówki. W tych to miejscach znajdują się otwory dla czernidła chińskiego, a otwory te odpowiadają otworom, opisanym przez F'uch s'a (stomates), ów pas zaś czarny odpowiada szparze wśródmiąższowej. U człowieka czernidło dochodzi także do kanału Schlemm'a, który obejmuje, nie wnikając wewnątrz, a towarzyszy także naczyńsiom przekłuwającym i nawet naczyńsiom aż do powierzchni wewnętrznej ciała rzeskowego udającym się.

Doświadczenia, zrobione czernidłem chińskim, wykazały, że wchłoniętość tęczówki u zwierząt jest daleko silniejszą, aniżeli u ludzi, a nawet u królika nie mógł prelegent przekonać się o wnikaniu czernidła do tęczówki, z czegoby wynikało, że tutaj rola wchłaniania tęczówce wcale nie przypada. Doświadczenia, tak u ludzi jako też zwierząt podjęte, wykazały, że pasy czarne zwracają się widocznie ku naczyńsiom krwionośnym, tu się zatrzymują, nie mogąc wniknąć poprzez ścianę tychże. To samo dotyczy kanału Schlemm'a. Ściany więc naczyńsiowe tworzą filtr bardzo delikatny, przepuszczający ciecz, a wstrzymujący zawieszone w nim choćby najdrobniejsze cząsteczki. Ujemnie lub odmienne wyniki, osiągnane przez innych autorów, tłumaczy prelegent tem, że do doświadczeń swych posługiwali się właśnie królikiem, u którego tęczówka wchłoniętości nie posiada wcale, lub prawie wcale.

Dr Benoit z Liège: *O drogach wydzielniczych w tylnym biegunie oka.*

Drogi te są dwojakie: 1. z ciała szklanego przez przestwory wśródpochwowe nerwu optycznego. Na króliku wykazali to: Gifford, Ulrich, Stilling, a preparaty, które prelegent okazuje przez projekcję, najdokładniej to potwierdzają. Czernidło chińskie zastrzyknięte do ciała szklanego wypełnia kanał naokołonaczyniowy centralnych naczyń i gromadzi się w pochwie nerwu wzrokowego. Natomiast te same doświadczenia powtórzone na innych zwierzętach, mianowicie na psie, a dalej także i na człowieku, pokazują, że ta droga eliminacji nie istnieje, albo tylko w bardzo słabym stopniu się znaczy. Ten fakt ujemny, zwłaszcza co do człowieka, winien być uwzględniony, gdy chodzi o przyjęcie jaskry tylnej, której zwolennicy odwoływali się zwykli na dodatnie wyniki doświadczeń, robionych na królikach.

2. Połączenie szpary nadnaczyńkowej z przestworem wśródpochwowym naokoło tarczy. Embryologicznie szpara nadnaczyńkowa jest przedłużeniem przestworu pod oponą twardą mózgową. U królika można to anatomicznie wykazać, gdzie widzimy szerokie połączenie obu przestworów. Według Michela i Schwalbe'go połączenie takie istnieje także i u człowieka, ale w daleko słabszym stopniu.

Morax z Paryża mówił: *o roli toksynu pod względem wywoływania zapaleń spojówkowych.*

W znacznej liczbie zapaleń spojówkowych wykazano, jako przyczynę, proliferację na błonie lub w jej miąższu pewnych drobnoustrojów swoistych. Co do dyfteryi, to autor wykazał, że toksyna dyfteryjna sama może spowodować obrażenie i zapalenie właściwe dyfteryi oka. Prelegent przypomina, iż zwracał uwagę na trudność i powolność, z jaką toksyna dyfteryjna przez zdrową spojówkę bywa wessana, stąd długi peryod wylegania pomiędzy chwilą stosowania toksyny a wystąpieniem pierwszych objawów miejscowego podrażnienia.

Doświadczenia te podjęto z rozmaitymi swoistymi drobnoustrojami, że zaś nie można osiągnąć proliferacji drobnoustrojów na spojówce zwierzęcej, przeto trudność tę usunął autor w ten sposób, że uciekł się do ciągłych wkraplań; metoda ta polega na tem, że przez kilka godzin co dwie minuty wpuszcza się do worka spojówkowego królika po kropli czystej zupełnie hodowli albo też filtrowanej, przez co sprowadza się dłuższą styczność mikrobów lub ich produktów ze spojówką. Dopiero po kilku godzinach wystąpił odczyn, który bywał silniejszy przy stosowaniu zupełnie hodowli, aniżeli przy użyciu filtrowanej przyrządem Chamberland'a, a za-

tem pozbawionej ciała drobnoustrojów, co by dowodziło, że istota czynna mieści się w ciałach drobnoustrojów, lecz częściowo udziela się także płynowi hodowli. Za to hodowle, tak czyste zupełnie jako też przecedzone, tracą swą moc w przeważnej części, gdy je rozgrzewamy do 120 stopni. Odczyn spojówkowy, wywołany hodowlą zupełną lub przecedzoną rozmaitych drobnoustrojów, jak gonokoków, prątków Weecka, diplobacilów i gronkowców, znaczy się nastrzyknięciem spojówki, nabieganiem i wydzieliną, różnie występującą.

Zastrzykiwania na spojówkę ludzką hodowli gonokoków, zabitych przez wysoką ciepłotę, albo przecedzonej hodowli, pokazały nam, że spojówka tutaj jest nieco wrażliwsza, ale zawsze potrzebna było, bez względu na koncentrację płynu, dłuższego stykania się płynu ze spojówką, zanim nastąpiło wessanie, a z niem zarazem odczyn zapalny. Wobec tej powolności odbija szybkość, z jaką bywają wessane pewne substancje pochodzenia zwierzęcego lub roślinnego, albo alkaloidy.

C. d. n.

H.

IV. LECZNICTWO.

42. Piperidinum bitartaricum ma, według F. W. Tunnicliffa i Rosenheim'a, w wysokim stopniu podnosić własności surowicy krwi rozpuszczania moczanów. Podaje się 1,5 gr. dziennie, co ma wystarczyć, by całą ilość dziennie przez człowieka wydzielanego kwasu moczowego, t. j. 0,8, w rozpuszczonym utrzymać stanie. Dlatego poleca się środek ten w dyatezie moczanowej, która, jak wiemy, i wielu chorób ocznych może być powodem. Przepisuje się środek ten, jako proszek: Rp. Piperidini bitartarici 0,6. Dentar doses tales. N. XII. in chartis ceratis. S. Trzy razy dziennie proszek w wodzie sodowej. — („Klinische therap. Wochenschrift“. 1899. 34).

43. Mydrinę w ostatnich czasach znowu gorąco poleca, jako mydriaticum Sydney-Stephenson. Doświadczenia jego wykazały, co następuje: mierne rozszerzenie źrenicy, występujące po zapuszczeniu 10% roztworu dochodzi po 30 minutach do najwyższego stopnia, a po trzech godzinach zupełnie znowu znika. Akomodacja nie doznaje przez środek ten żadnej zmiany. Z tego względu środek ten poleca się w praktyce konsultacyjnej. — (Ibidem. Nr 31).

44. Kalomel, od tak dawna i tak szeroko zastosowywany w okulistyce, znowu od czasu do czasu na nowo bywa polecanym. I tak Prof. Ferri w Medyolano zachwala zastrzykiwania zawiesiny kalomelu w destylowanej wodzie do galki, w razach zupełnego ropnego zapalenia tejże. W tym celu zrobiwszy Graefe'owskim nożykiem nacięcie w środku rogówki, wprowadza za pomocą sikawki Anel'a płyn do ciała szklistego poprzez zropiałą część galki. Kalomel, który w ten

sposób zostaje wprowadzony do gałki, działa in statu nascendi stale, rozkładając się na sublimat. Ból i objawy zapalno ustępują, a autor sądzi, że leczenie to zastąpić może wypaproszenie gałki. — („Annali di ottalmologia“. Vol. XXVII, fasc. 6).

Tensam skutek osiągamy za pomocą protargolu, w podobnych razach do gałki wstrzykiwanego, jak to w ostatnim numerze „Postępu“ wspomnieliśmy. *W.*

45. *Exophthalmia a chinina.* Chinina w małych dawkach długo podawana ma skutecznie działać przeciw wystąpieniu gałki w chorobio Basedowa, według zapewnienia Dra Paulése'o. Powoli pod wpływem tego leczenia objawy rozszerzenia naczyń szyi i głowy ustępują. Zdenerwowanie, zmora, suchy kaszel zmniejszają się widocznie i w końcu zupełnie ustępują. Do objawów, które w pierwszym także rzędzie doznają zmiany, należy tachykardia, powoli także i wystąpienie gałki, a dalej wo'e zmniejsza się, a nawet zupełnie znika, jeżeli cierpienie nie jest zadawnione. Podaje się siarczanu chininy 1 gr. podczas wieczery w dwóch dawkach, przerywanych kwadramsem czasu“. („Journal de médecine interne“. 15 XII. 1899). *W.*

V. ROZMAIŃOŚCI.

Skacząca źrenica. Mając w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego do czynienia ze źrenicą skaczącą, zastanawia się Koenig¹⁾ nad znaczeniem tego objawu i dochodzi do następujących wniosków: 1. skacząca źrenica²⁾ jest objawem rzadkim, a zachodzić może tak przy prawidłowym jakoteż patologicznem działaniu źrenicy. 2. Skacząca źrenica dotychczas spostrzeganą bywała przeważnie w organicznych zachorzeniach centralnego systemu nerwowego, rzadziej przy zachorzeniach czynnościowych tegoż systemu, wyjątkowo zaś tylko u zdrowych, a przynajmniej nerwowo nie obciążonych. 3. Znaczenie prognostyczne tego objawu bierzemy w rachubę jedynie przy prawidłowem oddziaływaniu źrenicy. Nieprawidłowe bowiem zachowanie się tejżo już samo da nam wskazanie stosowne. 4. Gdy oddziaływanie źrenicy jest prawidłowe, przy braku wszelkiego cierpienia organicznego nerwowego, skacząca źrenica nie potrzebuje mieć znaczenia złośliwego. 5. Skacząca źrenica może przy powierzchownem badaniu być złudzoną, przy zmiennem działaniu wzmagającego i zmniejszającego się oświetlenia źrenic, które różnią się co do szerokości i siły odczynowej, a zatem przodewszystkiem, gdy mamy do czynienia z jednostronną nieruchomą źrenicą (Pupillenstarre).

Sztuczne zabarwienie rogówki spowodować może zapalenie sympatyczne. Przypadek taki opisuje A. Trousseau w „Annales d'ocu-

¹⁾ W Deutsche Praxis. Nr 13. 1899.

²⁾ Czyli właściwiej kloniczne rozszerzanie się źrenicy. Ref.

listique“. Mars. 1899, a dotyczył on młodego człowieka, dotkniętego bielmem, zrosniętem z rogówką oka, które jeszcze posiadało $\frac{1}{10}$ bystrości wzrokowej. Chory, mimo przestrogi, dał sobie oko zabarwić, a wkrótce potem przybył do T. ze zapaleniem tęczówkowo-rzęskowem. Zapalenie to po niejakiem czasie ustąpiło, pozostawiając nieznacznie przekrwienie naokolorogówkowe. Lecz po upływie pewnego czasu chory powrócił, dotknięty sympatycznym zapaleniem drugiego oka, które, mimo wyjęcia sympatyzującego oka, uległo, wskutek zapalenia tęczówkowo-rzęskowego, zupełnemu oślepieniu. Przy tej sposobności wyraża autor przekonanie, że nie tylko barwienie bielma zrosniętego połączone jest z niebezpieczeństwem omawianem, co zresztą powszechnie wiadomem, ale że i zabarwianie zwyczajnego bielma (leuc. simplex) może także spowodzić sympatyczne zapalenie. Na poparcie zaś twierdzenia swego przytacza Tr. odnośny przypadek. W następnym numerze tegoż pisma¹⁾ zaznacza Wecker, że w drugim przypadku tylko zawinięcie przeciw antyseptyce następstwo złe sprowadzić mogło. Wobec podobnych wypadków ważnem jest niowątpliwie ściśle przeprowadzenie antyseptyki, nie zbyt łatwe zresztą ze względu na odkażenie chrząstki cze. niła. Bardzo na czasie jest rozprawa, przedmiotu tego dotycząca, napisana przez Sicherera w „Archiv f. Augenhelkunde“, o czem na innym miejscu.

Przeciwprawidłowe oddziaływanie źrenicy (paradoxe Pupillenreaction). Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego d. 12 lipca b. r. przedstawił Silex 52 letnią kobietę, której źrenice rozszerzają się przy oświetlaniu, a S. zjawisko to w ten sposób tłumaczy, że włókna zwieracza (osoba ta dużo wykonuje ręcznych robót) wskutek osłabienia są nieczynne, tak, że sympathicus bierze przewagę. O ile jednak sympathicus przy oświetlaniu oka ma wpływ swój na rozszerzenie oka wywoływać, nie wyjaśniono. Dodać trzeba, że przy konwergencyi źrenice nieco się zwężały.

Royal London Ophthalmic Hospital. Nowy budynek dla chorych ocznych w Londynie otworzono w obecności księcia i księżnej Yorku d. 27 czerwca b. r. Budynek wspinał się odpowiadają warunkom higieny. Tak rozmiary jako też wentylacja i rodzaj ogrzewania nie pozostawiają nic do życzenia.

Sala operacyjna z osobnym pokojem do chloroformowania tak jest urządzoną, że mało do niej dociera pyłu i łatwo może być zmywaną. —

Wogóle nowa technika wszędzie została zastosowaną, by stworzyć coś zupełnego. IV.

¹⁾ Réponse à M. Z. Trousseau à propos du tatouage.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Jubileusz. Sędziwy Prof. Foerster, były dyrektor okulistycznej kliniki uniwersyteckiej wrocławskiej obchodził w zaciszu domowym 50 letni jubileusz doktorski dnia 31 lipca br.

Wydział lekarski uniwersytetu wrocławskiego wręczył Jubilatowi przez swego dziekana piękny adres, ozdobiony orłem śląskim i herbem wydziału.

Redakcyja „Postępu“ przesyła, choć spóźnione, ale niemniej serdeczne, życzenia czcigodnemu Jubilatowi, by w czerstwym zdrowiu długo jeszcze mógł uprawiać ulubioną niwę okulistyczną.

Prof. Adamiuk w Kazaniu po wysłużeniu 35 lat profesury pozostawiony został nadal na swem stanowisku.

Dr A. Biotti habilitował się dla okulistyki w Padwio, a Dr Nattini w Genowio.

Dr Rohmer mianowany profesorem okulistyki w Nancy.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Michał Borysikiewicz, profesor kliniki uniwersytetu w Gracu, umarł w 18 września b. r. Szczerą boleścią przejmują nas strata, jaką ponosi społeczeństwo lekarskie, cierpiąca ludzkość i nauka przez śmierć zacnego kolegi, znakomitego lekarza i uczonego. Pokój Jego duszy.

Szczegółowy życiorys pióra jednego z uczniów Nieboszczyka umieścimy w przyszłym numerze „Postępu“, gdyż rękopis, dopiero w końcu miesiąca nadesłany, nie mógł już w niniejszym numerze być pomieszczonym.

Omyłki drukarskie.

Na str. 276 zam. kol. Hechnowicz czyt. Dr Olechnowicz.

Ogłoszenia.

Dr WŁODZIMIERZ TALKO, okulista,
z dniem 1 października b. r. zamieszka na stałe w Sosnowcu
(Królestwo Polskie).

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Wolska, 9).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych
prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają
autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby ży-
czył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie
odnośne objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności
wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie
wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian
w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają
pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach,
będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA MITVAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Październik

—••• ROCZNIK PIERWSZY —•••

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych (Gangraena palpebrarum et bulborum). Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok (Empyema sinus frontalis).

(Z 2 rycinami).

Spostrzeżenie

DRA JÓZEFA TALKO

w Lublinie.

Dokończenie.

Autopsja. Następnego dnia przystąpiłem do pośmiertnego rozpatrzania oczu i głowy wobec kolegów: Radomyskiego, Seidenmanna, Jaczewskiego i Garbaczewskiego.

Zwłoki średniego wzrostu, silnie wyniszczone. Skóra blada, cienka; tkanka podskórna prawie zanikła.

Skóra głowy w okolicy czołowej i skroniowej obrzękła, ciastowata. Skóra obydwóch powiek oka prawego, oraz okolic przyległych, a mianowicie: ku górze — do łuków brwiowych, ku stronie wewnętrznej — skóra gładyszki i nosa do grzbietu nosa, zewnętrznej — okolicy licowej (reg. zygomatica) i ku dołowi — do górnej granicy dołu szczękowego (fos. canina), — w stanie suchej zgorzeli (gangraena sicca) zabarwienia czarnego.

Cała zawartość oczodołu prawego przedstawia się w postaci suchej czarnej masy, w której — po dość brudnem przepołowieniu — załedwo rozpoznac było można skurczoną gałkę oczną, wielkości orzecha laskowego, zawierającą odklejone i pomarszczone naczyniówkę z siatkówką (amotio chorioid. et retinae); odklejenie miało postać lejka, którego szeroka część przyczepioną była w rzęskowej okolicy, między temi błonami i twardówką znajduwało się nieco żółtego surowiczego płynu. Soczewki ani ciała szklistego nie było, rogówki i tęczówki ani śladu. W tej czarnej zawartości oczodołowej, a mianowicie w tylnej jej części rozpoznac można było tłuszczową tkankę, nacieczoną żółtawym płynem. Całą tę zgorzelinową masę, którą nadzwyczaj łatwo, przytem na sucho, można było wyjąć, czyli oddzielić od okostnej oczodołu, położyliśmy do 4% roztworu formaliny, która po kilku dniach znakomicie ułatwiła rozpoznanie porażonych części, przyczem się uwydatniło jeszcze: 1. że pomarszczona twardówka zgrubiała była o 2 razy; 2. że nerw wzrokowy, którego pochwy rozciągnięte były żółtawym płynem, makroskopijnie miał prawidłową budowę; 3. że vena ophthalmica sup. wypełniona była do połowy czarnym, a do połowy już białym, przyrośłym do jej ścian skrzepem (thrombosis); że wreszcie 4. całe otoczenie tylnej części gałki, odbarwione formaliną, miało wygląd czarnej brody, niedawno wygolonej (État poutuel), taka masa czarnych punkcików widzialnych była w tkance łącznej i mięśniach, a to wskutek skrzepów w małych żylnych naczyniach oczodołu.

Górna powieka oka lewego, oraz wewnętrzne $\frac{3}{4}$ części p. dolnej (z wyjątkiem jej brzegu rzęсового) w stanie rozkładu zgorzelinowego. Gałka oczna pozbawiona rogówki niezmiernie miękka, przy dotyku wypłynęła z niej przezroczysta soczewka, oraz wodniste ciało szkliste; spojówka w stanie zupełnego rozpadu. Między gałką i błoną Tenon'a nagromadzenie się żółtawego wodnistego płynu. Naczyniówka i siatkówka nie są oderwane, przylegają dokładnie jedna do drugiej. Gałka oczna, dla zbadania wykrytych wziernikiem obok tarczy nerwowej białych ognisk wypocinowych, a znalezionych przy sekeyi¹⁾, włożoną została do 4% roztworu formaliny. Po kilkodniowem w niej leżeniu uwidoczniło się: 1. że twardówka nie zgrubiała jak w prawem oku; 2. że nerw wzrokowy, którego pochwy były też rozciągnięte surowiczeni wypocinami, wyglądał niezmiennym; że wreszcie 3. w silnie żółtym płynem nacieczonej za życia i po śmierci tkance oczodołowej znaleziono skrzep w v. ophthalmica sup. nieco wcześniejszego pochodzenia, aniżeli w żyłe prawego oczodołu i oto-

¹⁾ Dotąd nie zbadaliśmy drobnowidem.

czonego mniej znacznymi, aniżeli w tym ostatnim, punkcikami, wskazującymi na trombozę małych żyłek zawartości oczodołowej.

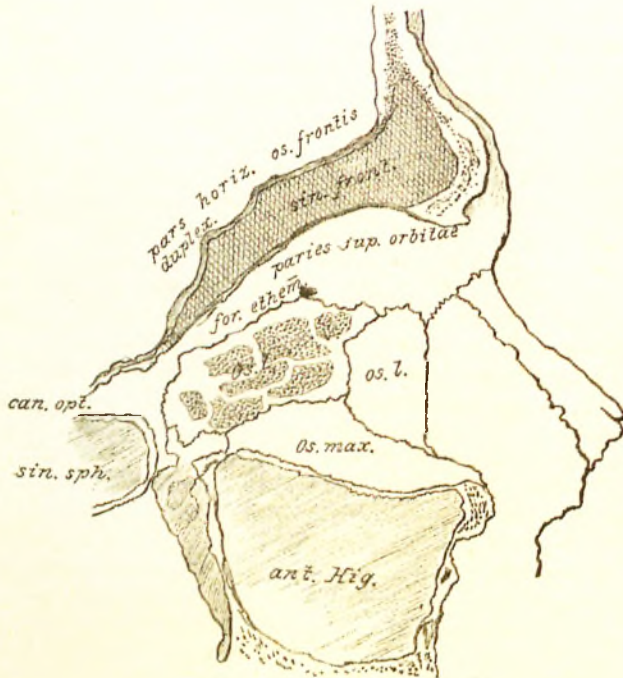
Tkanka podskórna w okolicy czoła, osobliwie odpowiednio łukom brwiowym (arcus superciliares) nacieczona płynem żółtym.

Twarda opona mózgowa silnie przekrwiona i w wielu miejscach, zwłaszcza w przedniej części, zrosnięta z oponą miękką; żyły jej zawierają dużo płynnej, ciemnej krwi, niektóre zaś — vv. meningeae anterior i media przedstawiają się w postaci twardych sznurków (thrombi vv. mening. anter. et mediarum). Błona pajęczka bardzo zmętniała, płyn w przestrzeniach podpajęczyczych mętny, z odzieniem żółtym, ropiastym. W błonie naczyniowej mnóstwo żył, wypełnionych skrzepami, wzdłuż naczyń przedniej części — smugi żółtawej ropy. Takie zabarwienie widać też w oponie twardej odpowiednio przednim jamom czaszki, a także na spadku Blumenbach'a (elivus).

Przednia dolna część mózgu z trudnością mogła być wyjęta wskutek zrostu błon w przedniej prawej jamie czaszkowej, wywołanego silną zapalną sprawą ich na przestrzeni wielkości rubla sr. Postać zlepną zapalenia błon przechodziła w stan zapalenia ropnego (meningitis supp.), a punkt wyjścia — jak się okazało na przecięciu dolnej części zrazu czołowego mózgu, u podłużnej wielkiej bruzdy — stanowiła ognisko rozniekczynowe, wielkości małej śliwki. Rozniekczenie to (ramollitio cerebri) miało cechę pochodzenia zatorowego. Mózg wogóle był w stanie silnego przekrwienia, żyły nastrożkięte ciemną krwią do najdrobniejszych gałązek, co dość pięknie przedstawia się w bocznych komorach mózgowych.

Zatoka czołowa (sinus frontalis) wypełniona w prawej połowie ciągnącą się, żółtą, półprzezroczystą masą, podobną do żółtka, składającą się, jak pokazał drobnowid, prawie wyłącznie z komórek ropnych i niewielkiej ilości śluzu, a także i z komórek nabłonkowych, zawierających po kilka kropli tłuszczu. W lewej połowie zatoki zawierała się żółto-zielona ropa (podobna do wyciekającej w ostatnich dniach życia z lewego nozdrza), a w skroniowym jej kącie — wynaczynienie żyłnej krwi wraz ze skrzepem żylnym (thrombus). Po usunięciu dłutem górnej ściany obu oczodołów znaleźliśmy, taką jak w czołowej części zatoki, półprzezroczystą, żółtą, do żółtka podobną, masę. Z początku myśleliśmy, że zawiera się ona w górnej części oczodołu, lecz po usunięciu jej ze zdziwieniem znaleźliśmy drugą, nieco cieńszą, kościaną blaszkę oczodołową, po rozbiciu której doszliśmy do zawartości jamy oczodołowej. Okazało się, że górna ścianka oczodołu, a mianowicie pars horizontalis ossis frontalis, była podwójną, a to wskutek tego, że jama zatoki czołowej — zwykle mająca formę piramidy, ostrym końcem zwróconej

ku górze, a której wielkość zaledwo przechodzi łuk brwiowy, dochodząc do wyrostka licowego k. czołowej — rozszerzała się w naszym przypadku nad oczodołem w tył, sięgając do małych skrzydeł k. klinowej (os. sphenoid.), czyli do canalis opticus, dokąd zwykle dosięga pozioma, oczodołowa część k. czołowej.



Że pozioma oczodołowa część zatoki czołowej była dość obszerną, na dowód może posłużyć wysokość jej początku, t. j. na granicy z prostopadłą czołową częścią, wynosząca blisko 1 ctn.¹⁾ Nieprawidłowość tę przedstawia rycina, wyobrażająca oczodoł zmarłego w pionowym przednio-tylnem przecięciu.

Venae ophthalmicae superiores et inferiores w stanie zakrzepu

¹⁾ Nieraz zatoka oczodołowa dochodzi w strzałkowym kierunku do przedniego odcinka oczodołu, rozszerza się też rzadko nad oczodołem w tył obok boków crista galli do k. klinowej (Schleich, Krankh. d. Mundhoehle, d. Rachens u. Nase. Leipzig. 1888, str. 294).

(thrombosis), takowy znalezione i w obu zatokach jamistych (thrombosis utr. sin. cavernosum), inne zatoki twardej opony mózgowej i podstawy czaszki przepełnione czarną płynną krwią. —

Z powyższego opisu widzimy, że cierpienie usadowiło się w powiekach, gałkach ocznych i wogóle w zawartości obu oczodołów, a także w jamie czołowej (empyema sin. frontalis). Główna nasza uwaga zwróconą była na oczy, na chorobę jamy czołowej wskazywały tylko: silne bóle głowy przed wystąpieniem zmian w oczach, a następnie ocieklinowy obrzęk czoła, szczególnie w dolnej jego części, i pod koniec życia żółtaworopna wydzielina z nosa, przeważnie z lewego nozdrza. To cierpienie jamy czołowej w ciągu całej bytności chorego w szpitalu uszło uwagi dlatego, że chory co dnia zapytywany, weale się nie uskarżał na bóle głowy, a co — rzecz godna uwagi — jednocześnie było notowaniem z zupełnem znieczuleniem pierwszej gałęzi nerwów trójdzielnych.

Co jednak zaszło pierwaj: czy patologo-anatomiczne zmiany w oczodołach, osobliwie prawym, czy cierpienie jamy czołowej — orzec na pewno dość trudno. Najprzód można przypuścić, że pierwotnie powstało jakieś podejrzané zakażné zapalenie prawej górnej powieki (phlegmone palp. sup. dext.), które przeszło na oczodoł (phleg. orbitae) z zatkaniem żyły (thromb. v. ophth. sup.), potem obu zatok jamistych (thromb. sin. cavern. utr.), a w końcu lewej żyły oczodołowej (thromb. v. ophth. sin.¹⁾) i zatoki czołowej (thromb. sin. frontalis). Dalszym wynikiem tak zmienionego na obszernej przestrzeni żylnego krwi obiegu, było zatkanie żył błon mózgowych (thr. vv. durae et piae matris), thrombus et ramollitio przedniego dolnego płatu mózgowego i wreszcie meningitis suppurativa. Następczem zatkaniem obu vv. ophth. inferiores tłómaczę sobie obrzęk i czerwonosć obu policzków, co dziwnie odbijało przy strasznem wychudzeniu chorego.

Dopuszczając jednak pierwotne porażenie pochodzenia

¹⁾ Podobny wypadek opisałem w styczniowym zeszycie »Postępu Okulistycznego«.

zewnątrznego, rodzi się pytanie: skąd się wzięło takowe zakażenie powiek? Badanie bakteriologiczne wydzielin przekonało nas, że nie było w miękkich częściach ani węglika, ani też chory nie uległ zarazkowi nosacizny. Wydzielinę prawego oczodołu wstrzyknięto do jamy brzusznej morskiej świnki, która po kilku dniach padła wskutek peritonitis partialis; w ropie, zebranej z jej jamy otrzewnej, kol. Radomyski w pracowni bakteriologicznej miejskiej znalazł czystą hodowlę gronkowca złocistego; tenże kolega z płynu, wyciekającego z oczodołu chorego, wyhodował gronkowce i łańcuszkowce (*staphylococcus pyogenes aureus* et *streptococcus pyogenes*) — prawdopodobnie były to mikroby już gnilnego pochodzenia, wytworzone w zmarłych tkankach. Czy zawierały się one w surowiczo-żółtych wypocinach pod skórą czoła, w oczodołach, a także w żółtkowo-galaretowatej masie jamy czołowej — nie mówiąc już o żylnych skrzepach (*thrombi*) — tego nie zbadaliśmy.

Można jednak, opierając się na anatomicznej budowie jamy czołowej zmarłego, sięgającej głęboko, bo do wierzchołka piramidy jamy oczodołowej, i to obustronnie, przypuścić — hipoteza ta ma więcej prawdopodobieństwa, — że po silnych bólach głowy wytworzyła się wypocina w tej jamie (*empyema et thrombosis sin. front.*), następstwem czego od tyłu było zapalenie żył i ich skrzepy (*thromb. vv. ophthalm.*), potem tromboza zatok jamistych, wreszcie anatomopatologiczne zmiany w błonach i samej istocie mózgowej. Na korzyść tego, zdaniem mojem, przemawia ogromny rezerwoar zropiałej masy wypocinowej w obszernej jamie czołowej, mającej kolor żółtka, z którego mogło pochodzić żółte zabarwienie ociekliny skóry czołowej, a także żółte nacieczenie wszystkich części, przeważnie tkanki luźnej oczodołów i wreszcie żółte, pod koniec życia, wydzieliny nosowe (przez *can. naso-frontalis*).

Łączność tych wszystkich jednakowego rodzaju zmian patologicznych, przeważnie mających miejsce w żylnym systemie oczodołów, jamy czołowej i mózgu z oponami, na pozór jest dość jasna, lecz — jak słusznie powiedział Prof. Berlin — zeszeregowanie ich jest dość trudnem.

Pozostaje jeszcze jedna rzecz do rozwiązania, a mianowicie: skąd powstała tak obszerna zgorzel powiek i całego worka spojówkowego z następczym rozpadem obu gałek ocznych? Przyczyną tego długotrwałe zatkanie żył oczodołowych i wsteczne następcze zmiany wszystkich tkanek oczodołów, przyczem uległy uciskowi i zmianom nerwy czuciowe i współczulne, nie mówiąc już o ruchowych. Stąd porażenie odżywienia, czucia i ruchów nie tylko w powiekach, gałkach ocznych, lecz i w czoło-nosowej skórze. Zginęło najprzód prawe oko — chory przybył do szpitala w stanie zgorzelinowego rozpadu tej gałki. Sądząc jednak z przebiegu choroby lewego oka, która rozwinęła się pod mojem już spostrzeganiem, twierdzę, że taki sam pierwotnie miał miejsce i w oku prawem, t. j. najprzód objawiło się wysadzenie gałki ocznej (*protrusio bulbi*) z obrzękiem powiek i spojówki, potem porażenie wszystkich mięśni gałki, górnej powieki i akomodacyi, i całkowite znieczulenie oka i sąsiednich części (*anaesthesia r. ophth. n. V.*). Ponieważ rogówka była całkowicie zakrytą obrzękłą i opadniętą górną powieką, długo więc opierała się zmętnieniu i owrzodzeniu, z czasem jednak, kiedy do zgorzeli powiek przyłączył się zgorzelinowy rozpad spojówki, rogówka uległa owrzodzeniu, przebicciu i neuroparalitycznej nekrobiozie z następczem wypadnięciem zawartości gałek i ich zmarszczeniem.

Na lewem oku widzieliśmy więc początkowy okres tego, co się wytworzyło już na wsi w prawem, t. j. *protrusio bulbi*, *oedema palpebrarum et conjunctivae*, porażenie nerwów ruchu i czucia, a dopiero później objawiły się: zgorzel powiek i spojówki, neuroparalityczna nekrobioza rogówki i wypróżnienie gałki. Z wielkiem przeto prawdopodobieństwem można twierdzić, że zatytułowanie mojego spostrzeżenia: »zgorzel powiek i gałek ocznych«, nie jest ściśle naukowem, właściwie nieodpowiedniem; takie bowiem mają prawo tu do tytułu zgorzel, jak i porażenie wszystkich nerwów oczodołów, *phlebitis et thrombosis venarum utr. orbitae etc.* Ponieważ jednak zgorzel powiek, gałek i oczodołu (prawego) wraz z sąsiednimi częściami skóry bardzo przykuwała uwagę każdego z nas, użyłem

przeło tej terminologii do opisu powyższego przypadku, przyznając jej niezupełne prawo do figurowania w tytule spostrzeżenia.

Na tem kończę opis tego nader rzadkiego przypadku. Nie wdaję się, za przykładem Niemców, w żadne cytaty i wypisy z dzieł i czasopism, bo, jak powiedziałem na początku, nie czytałem o niczem podobnem, ale, idąc śladem współczesnych amerykańskich kolegów, podaję go bez żadnych komentarzy¹⁾. Dodaję jednak, że będę bardzo wdzięczny temu z kolegów, który, uzbrojony odpowiednią kazuistyką, zechce zabrać słówko w wyjaśnieniu ciemnych stron objawów i przebiegu tej ciężkiej i zagadkowej choroby, zakończonej ropnem zakażeniem krwi (pyaemia) i zapaleniem opon i istoty mózgowej (meningoencephalitis).

Gangrenie powiek, której w podręcznikach zbyt mało udzielają miejsca, Dr E. Bock z Lublany poświęca kilka stronic w swych »Augenaerztliche Mittheilungen«²⁾. Twierdzi on, że takową spostrzega się: 1) po urazie, 2) wskutek miejscowej ropnicy (róża, czarna krosta, blenna acuta, panophthalmitis, dacryocystitis acuta, abscessus orbitae, meningitis purulenta), a także 3) dzięki zapaleniu ropnemu tkanki podskórnej, które bywa wynikiem ogólnego cierpienia, i kiedy zwykle oba oczy ulegają porażeniu. Skóra i podskórna tkanka łatwo ulegają zgorzeli, szczególnie górnych powiek, a to z powodu cienkości pierwszej i obfitości drugiej, a także wskutek tego, że tętnice powiek mają mało łączności z sąsiednimi i kollateralne krążenie nie prędko się tu wytwarza. Już kol. Mitvalsky stwierdził (1893 r.) zatkanie arterioli arcus tarsei bakteriami (Spaltpilze) przy obuustronnej różyczkowej gangrenie powiek. —

¹⁾ Długotrwałe bóle głowy przemawiałyby za ropotokiem jamy czołowej, która była w tym przypadku niezwyklej postaci i powiększona, co przy cienkiej ścianie blaszki sklepienia jamy oczodołowej ułatwiłoby przejście sprawy zapalnej na zawartość jamy oczodołowej i spowodowało wytworzenie skrzepu żylnego z całemi następstwami, przez autora tak szczegółowo opisanemi. W.

²⁾ Wiener Medicin. Wochenschrift. Nr 30—36. 1898.

Dr Bock spostrzegał zatory tętnic (embolia), a nawet zupełne zatkanie takowych wskutek rozrostu tkanek (endarteriitis, periarteriitis, endophlebitis, periphlebitis), zwykle przy obfitem drobno-krążłokomórkowym nacieczeniu porażonych części powiek. To jest, zdaniem Bock'a, zgorzel powiek zależy bezpośrednio od stopnia zmian w ich naczyniach. Autor opisuje szczegółowo, z rycinami, sześć własnych spostrzeżeń, z których w jednym przypadku (parutygodniowe dziecko) nastąpiło śmiertelne zejście: zgorzel rozwinęła się po silnym obrzęku powiek, zapewne wskutek oblitego ropienia spojówki. Wczesnem zszywaniem szpary powiekowej u swych chorych Dr B. zapobiegał wytwarzaniu się następczego wywrotu powiek, a więc i potrzebie plastyki: przekonywają o tem 2 ryciny (fig. 1 i 2), przedstawiające chorego w chwili obszernej zgorzeli obu górnych powiek i po zabliznieniu się takowych, — ruchy powiek i zakrywanie gałek było prawidłowem.

Stafylokokus i streptokokus grają tu ważną rolę w wytwarzaniu się zgorzeli, już to działając miejscowo, już to wytwarzając toksyny, przenikające do krwi, dzięki którym tworzą się ciężkie flegmony¹⁾.

Biorąc z dopiero co powiedzianych badań pochop do naszego spostrzeżenia, jestem przekonany, że zgorzel u naszego chorego była ostatecznie wywołaną zmianami i zatkaniami naczyń (tętnic i żył) nie tylko w powiekach, gałkach, ale i w oczodołach. Zresztą ostatnie słowo w tej sprawie pozostawiam wypowiedzieć czcigodnemu koledze K. Rumszewiczowi w Kijowie, który łaskawie podjął się zbadać drobnowidzem przesłane mu preparaty.

¹⁾ Przed kilku laty spostrzegaliśmy przypadek ropnego zapalenia jamy Highmora, oczodołowej tkanki, opon mózgowych, ze zgorzeliną powiek, po wyrwaniu zęba górnej szczęki przez kowala rzemieślniczemi cęgami. Opis tego przypadku podamy później w zestawieniu kilku innych odnośnych przypadków. Na razie zapisków klinicznych nie mamy bowiem pod ręką.

2. Cierpienia oczne w histeryi.

Ośm przypadków własnych.

Podar

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Ciąg dalszy.

Do objawów czterech wymienionych stopni cierpienia ocznego przy histeryi mogą przyłączyć się inne, o których w krótkości wspomniemy.

Zamiast znieczulenia spojówki i rogówki może wystąpić, lubo znacznie rzadziej, nadezłość tych błon, najczęściej w połączeniu z kurczem bolesnym powiek, światłowstrętem i nadezłością połowiczną skóry (z powiekami). W wielu przypadkach towarzyszą stanowi temu oznaki nadezłości siatkówki, jak polepszenie wzroku przy umiarkowanym i słabym oświetleniu i pogorszenie przy silnem.

Jednooczne wielowidzenie, na które Szokalski pierwszy zwrócił uwagę¹⁾ i związał z histeryą²⁾, opisane dokładnie przez Charcoła i Parinauda, łączy się czasem z innymi objawami ocznymi w histeryi.

Przedmiot, który w bliskości przedstawia się choremu pojedynczo, w pewnej odległości, różnej dla każdego chorego, wydaje się podwójnym, potrójnym i t. d. Powiększenie odległości czasem powiększa liczbę wyobrażeń przedmiotu. Ulrich³⁾ spostrzegł chorą, która widziała sześć wyobrażeń przedmiotu. Liczba wyobrażeń może być różną dla dwóch oczu jednego chorego. W przypadku Parinauda oko prawe widziało trzy obrazy, lewe dwa. Obraz rzekomy leży zewnątrz prawdziwego, gdy dwa są obrazy rzekome, po obu jego stronach; czasem

¹⁾ »De la diplopie monoculaire ou double vision d'un oeil«. (Thèse de Paris. 1839).

²⁾ Prag. med. Vierteljahrsschrift, 1846 i 1851.

³⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenh. Lipiec, 1882.

obrazy nie są na jednakowej wysokości. Odległość między nimi często zmienia z odległością od oka.

Pansier¹⁾ spostrzegł w jednym przypadku, że postawienie szkła barwnego przed okiem historyka powiększyło liczbę obrazów; w drugim przypadku wywołało wielowidzenie, które poprzednio nie istniało; zamiana jednej barwy szkła przez drugą zmieniała odległość obrazów. Pansier i Brusinelli²⁾, każdy w jednym przypadku, zaznaczyli, że płomień świecy daje większą liczbę obrazów, niż przedmiot nieoświetlony.

W niektórych przypadkach szkła, poprawiając wadliwość refrakcyi, usuwały wielowidzenie, w innych nie działały.

Röder³⁾ spostrzegł wielowidzenie przy zupełnym bezwładzie akomodacyi.

Przyczyna tego objawu rozmaicie jest tłumaczoną. Fal-lot⁴⁾, Röder, Duret⁵⁾ przypisują ją zmianom w mózgu. Wrażenie, otrzymane przez siatkówkę, wskutek skrzyżowania się częściowego włókien nerwu wzrokowego, udziela się obu półkulom mózgowym, które, będąc w stanie prawidłowym połączone z sobą czynnościowo, zlewają dwa wyobrażenia w jedno; gdy wpływ chorobowy związek ten zniszczy, powstają dwa obrazy.

Chareot, Parinaud, Gałęzowski jednooczne wielowidzenie przypisują kuczowi akomodacyi. Według Parinaud'a soczewka, nie będąca jednolitą, lecz składająca się z wielu segmentów, z których każdy oddzielnie przełamuje obraz, daje wiele wyobrażeń, które przy prawidłowej akomodacyi łączą się w siatkówce w jeden obraz. Gdy atropina unieruchomi mięsień akomodacyjny, może wystąpić dla pewnych odległości wielowidzenie jednooczne; podobnież działa kucz mięśnia, znoszący jego czynność, wskutek czego soczewka wytwarza kilka obrazów.

Również kuczowi akomodacyi przypisuje Parinaud

¹⁾ Les manifestations oculaires de l'hystérie. Thèse 1892. 55—56.

²⁾ Giornale di oftalmologia italiano, 1868.

³⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Novemb. 1891.

⁴⁾ Annales d'Oculistique, 1839. II. 234.

⁵⁾ Académie de médecine, 22 sept. 1891.

widzenie przedmiotów w rozmiarze powiększonym (megalopsia), lub zmniejszonym (micropsia), spostrzegane niekiedy u histeryków.

Podobny przypadek ogłosił niedawno D o r¹⁾. Panna lat 19, przedstawiająca objawy histeryi, gdy patrzyła uważnie lewem okiem (dotknięciem niedowidzeniem), widziała niem początkowo przedmioty w takiej wielkości, jak drugim okiem, lecz po 1 lub 2 sekundach spostrzegała je zmniejszone o trzecią część.

Gałęzowski uważa wielowidzenie jednooczne za zależne od kurezu, który opanowuje część tylko mięśnia akomodacyjnego i wskutek tego nieprawidłowo wykrzywia soczewkę. Zastosowanie atropiny albo szkieleł usuwa, według jego zdania, kurez i wielowidzenie, co rzeczywiście ma miejsce w wielu przypadkach, ale nie we wszystkich.

Podobnież S c h m i d t-R i m p l e r wielowidzenie przypisuje nieprawidłowemu wypukleniu soczewki, wywołanemu przez częściowy skurez mięśnia akomodacyjnego. R ö d e r'owi zaś zarzuca, że jeżeli w jego przypadku pomimo atropinizacji istniało podwójne widzenie, to tylko wskutek tego, że chora była dotknięta pierwotnie niezbornością. Zdanie swoje o przyczynie wielowidzenia popiera spostrzeżeniem S c h w a r z'a²⁾, który stwierdził wziernikiem w 3 przypadkach, że w chwili powstawania podwójnego widzenia następowało wahanie się akomodacji.

N o i s z e w s k i³⁾ uważa wszelkie jednooczne wielowidzenie za objaw wzrokowego bezładu (ataxia optica). Przyjmując, że każdy osobnik posiada swój stały najkrótszy czas, w przeciągu którego zdolny jest jeszcze widzieć przedmiot i odczuć wrażenie siatkówką, brał tak krótkie okresy czasu dla badań, że nawet osobnik prawidłowy stawał się ataktykiem wzrokowym, to jest przyjmował jeden punkt za dwa i t. d. Przy pomocy fiksometru (zwyczajny metronom, używany w muzyce) wywoływał u każdego jednooczne wielowidzenie. »Układ łuków sko-

¹⁾ Revue gén. d'ophtalm., févr. 1897, p. 53.

²⁾ Bericht der Ophthalmol. Gesellschaft in Heidelberg. 1895. 210.

³⁾ Kronika Lekarska, nr 10, r. 1898. — Comptes-rendus du XII. Congrès intern. de méd. VI. 312.

jarzeniowych w mózgu jest układem niezależnym. Łączy on układ odprzedmiotowy z układem doprzedmiotowym mózgu. Łuki skojarzeniowe w mózgu odpowiednio poruszeniom osi wzrokowej łączą obwodowe punkty siatkówki korowej (rzutu korowego siatkówki) z punktem fiksacyi. Zdolność liczenia punktów zależy od całości tych łuków skojarzeniowych. Przerwanie, a nawet powiększenie oporu, łuków skojarzeniowych staje się przyczyną bezwładu wzrokowego.

Wielowidzenie jednooczne spostrzega się nie tylko przy histeryi; może ono powstawać przy różnych wadliwościach dioptrycznych oka, przy niektórych chorobach ośrodków nerwowych i przy padaczce.

Obuoczne dwojenie spostrzega się czasem w histeryi przy braku bezwładu i skurczu zewnętrznych mięśni ocznych. — Schmidt-Rimpler objaśnia je głównie niedostatecznością mięśni. Wzajemna odległość obrazów ulega znacznym wahaniom, zależnie od bodźców ośrodkowych, działających na nerwy tych mięśni. Robin wskazuje na chwilowe podwójne widzenie obuoczne, połączone ze skurczem mięśni zewnętrznych ocznych, jako na zapowiedź napadu histerycznego.

Fosfeny istnieją w histeryi; wyjątkowo, według Rosenthal'a, znikają przy współczesnem istnieniu połowicznej nieczułości i połowicznej ślepoty.

Bóle oczne, zjawiające się przy wszelkiej pracy oczu w bliskości (asthenopia nervosa), występują przy różnych postaciach histeryi, pomimo braku zbieżeń refrakcyi i akomodacyi lub poprawienia tych zbieżeń. W niektórych przypadkach zaburzenie to ogranicza się uczuciem palenia i suchości w oku, lub obcego ciała na spojówce, w innych silny ból kolący zdaje się mieć siedlisko w gałce ocznej, albo za gałką i rozchodzi się dokoła oczodołu, przeważnie ku skroni; bolesnym też bywa tył głowy.

Po większej części ból ustaje po przerwaniu pracy oczu, lecz powraca natychmiast po jej odnowieniu, zmuszając chorych do wstrzymywania się latami całemi od czytania i pisanja. W innych przypadkach ból może trwać stale, a przy ro-

bocie powiększać się. Czasem powstaje on przy każdym wpatrzeniu się. W jednym z przypadków Landesberga (l. cit.) panna lat 23, przedstawiająca oczy miarowe i rozmaite objawy histeryi, czuła się dobrze jedynie przy zamkniętych oczach i w pozycyi leżącej; wszelkie spojrzenie, choćby w dal, wywoływało natychmiast silne bóle z nudnościami i wymiotami. Tył głowy był siedliskiem stałego bólu, który czasem rozszerzał się do skroni. Wzrok, prawidłowy przy odpoczynku, spadał do $15/50$ przy najmniejszym wysiłku. Zamieszkanie na wsi, domowe zajęcie i w końcu małżeństwo zupełnie ją uleczyły.

Obok tego zaburzenia występuje często światłowstrel, szczególnie w wieczorem przy oświetleniu sztucznem. Żrenica bywa przy niem prawidłową, rozszerzoną lub zwężoną.

Bóle, podobnie jak inne objawy histeryi, są bardzo zmienne w natężeniu, zależnie od wpływów moralnych i fizycznych. — Przy ogólnem leczeniu ustępują, lecz łatwo mogą powracać.

Cierpienie to nazwał Donders bolesną akomodacją, Nagel nadczułością mięśnia rzęskowego, Schenkł bolesnością oczną histeryczną, Förster »kopiopia hysterica«.

Spostrzega się je częściej u kobiet, rzadziej u mężczyzn. Trzy przypadki u tych ostatnich widział Nuel, jeden Pansier.

Nie jest ono charakterystycznem dla histeryi, gdyż spostrzega się w podobnej postaci przy blednicy, przy chorobach macicznych i innych cierpieniach.

Odnoszący się tu przypadek widziałem dwa lata temu u chłopca lat 18.

Oczy miarowe, akomodacja prawidłowa. Lewe oko ma wzrok osłabiony (0,7) i przedstawia zwężenie pola widzenia dla białej (zewn. 65°, wewn. 50°, ku górze 45°, ku dołowi 55°) i niebieskiej (56°, 40°, 34°, 43°) barw; bez zmiany były: fioletowa, zielona i czerwona; ta ostatnia w ten sposób zajmowała szerszy obręb, niż niebieska. Osłabienie czułości spojówki, rogówki i gardzieli. Żrenica nieco rozszerzona, prawidłowo oddziaływająca. Żadnych zmian wziernikowych.

Oko prawe zupełnie prawidłowe, bez zboczeń ze strony wzroku i pola widzenia.

Z ogólnych objawów osłabienie czułości lewej połowy ciała z powiekami włącznie, zwłaszcza bólowej i termicznej. Żadnej choroby narządów wewnętrznych. O cierpieniach nerwowych w rodzinie nie wiadano.

Od kilku tygodni stale powstaje po kilkunastominutowem czytaniu lub pisaniu silny ból w oczach, zwłaszcza w lewem, zmuszający do przerwania roboty. Ból ten występował w ostatnich dniach w silniejszym stopniu, pomimo usunięcia się od nauk. Obok tego chory cierpi na zawroty głowy, osłabienie pamięci i jest przygnębiony.

O dalszym jego losie nie wiem.

Charcot, Babiński¹⁾, Fink²⁾ i inni spostrzegali przy hysterii objawy, podobne do tak zwanej migreny oftalmicznej, które czasem bywają wstępem do napadu historycznego. W niektórych przypadkach napady historyczne ustają, gdy występują migrenowe. Cierpienie to mniej jest uporeczywe od właściwej migreny oftalmicznej i ustępuje z innymi objawami hysterii. Ślepotą połowiczna bywa przy niem rzadko, a, jak niektórzy dowodzą, nigdy.

Zboczenia ze strony mięśni ocznych są dość częste w hysterii, jak to pierwszy wykazał Borel. Najczęściej towarzyszą innym objawom ocznym, czasem występują samodzielnie, zwłaszcza u dzieci. Częstym jest kurez, jak wogóle w hysterii, rzadkim bezwład. Zez kurezowy może występować napadami z drganiem włókienkowatą mięśnia i bólami czołowymi. Może on być pierwszym objawem hysterii, która dopiero później wyraźnie powstaje. Wiele przypadków zezu, albo kurezu powiek, przypisywanych zaburzeniom miesiączkowania, ciąży, samogwałtowi, nerwobólowi nadoczodołowemu, wyjaśnia się, gdy się zjawiają objawy, charakterystyczne dla hysterii. Wpływ hypno-

¹⁾ Archives de neurologie, novembre 1890.

²⁾ »Des rapports de la migraine ophthalmique avec l'hystérie« (Thèse de Paris, 1891).

tyzmu i napadów histerycznych na stan mięśni ocznych dowiódł zależności ich od tej nerwicy.

Wziernikowanie lub odwrócenie górnej powieki wywoływało w niektórych przypadkach u histeryków zez kurczowy albo drżenie gałek ocznych.

Kurcz mięśni powstaje nagle, sprowadzając zez i podwójne widzenie. Oko zezujące wykonywa małe drgania, powiększające się przy utkwieniu wzroku w jakiś przedmiot; jednocześnie występuje mruganie i uczucie ciężkości lub ból w czole.

Bardzo rzadko zez kurczowy histeryczny trwa przez dłuższy czas; po większej części prędko znika, aby potem znowu ukazać się, i ulega ciągłym zmianom w swoim napięciu. Najczęściej cierpi mięsień prosty wewnętrzny. Za przyczynę usposabiającą uważa Lapersonne¹⁾ nadmiarowość oczu.

Według Charcota zez histeryczny zawsze jest skutkiem kurczu, nigdy zaś bezwładu; Borel przypuszcza, że obok kurczu istnieje niedowład przeciwnego mięśnia. Pierwszy Borel zwrócił uwagę na częstotliwość jednoczesnego występowania zezu kurczowego z histerycznym kurczem facialis i glosso-labialis (hémispasme facial glosso-labiale Charcota).

Nie potrzebujemy dodawać, że nie każdy zez u histeryka jest histeryczny. Ten ostatni odróżnia się częstymi zmianami w napięciu i zjawieniem się w późnym stosunkowo wieku. Gałęzowski zauważył nagłe pogorszenia i znaczne zmiany, uwydatniające się przy badaniu podwójnego widzenia; przedstawia ono ciągle wahania, obrazy zbliżają się i oddalają się bez przerwy.

Zez kurczowy podobny jest do bezwładowego, lecz odróżnia się od niego prawidłowem polem ustalenia (fiksacyi) jednoocznem, które jest ograniczone w bezwładowem. Chloroform usuwa kurcz, a nie działa na bezwład.

Rękoczyn chirurgiczny może tylko chwilowo usunąć zez kurczowy, gdyż wkrótce powraca on z nowym kurczem.

Kurczowe »déviation conjuguée« często występuje w na-

¹⁾ Bulletin médical du Nord, 1891, nr 3.

padach historycznych; czasem pozostaje po napadzie, albo zamienią się w zez kurczowy. Frost¹⁾ spostrzegł je długi czas (w ciągu roku) u kobiety lat 25. Oczy były zwrócone ku dołowi i na prawo, górne powieki opuszczone; chora nie mogła oczu podnieść ku górze, lecz gdy dotykano końcem pióra powieki górnej, oczy ruch ten natychmiast wykonywały; podobnie, gdy jedno oko było zakryte, drugie poruszało się swobodnie, a zakryte towarzyszyło jego ruchom. Przy znieczuleniu chorej eterem, oczy przyjmowały prawidłowe położenie.

Kurcz mięśnia akomodacyjnego, częsty w histeryi, towarzyszy przeważnie kurczowi mięśni zewnętrznych oka, lecz może także zjawiać się samodzielnie. Kurcz całkowity wywołuje niedomiarowość ze zniesieniem akomodacji (punkt najdalszy i najbliższy zlewają się w jeden), częściowy — niezborność niedomiarową, jak to miało miejsce w przypadkach Borel'a²⁾, Gałęzowskiego³⁾ (w którym trwała kilka lat) i Pansier'a⁴⁾.

Drżenie oczu (nystagmus) bardzo rzadko występuje w histeryi. Zjawia się ono przy miarowości oczu, trwa stale, zmieniając się w natężeniu, istnieje jednakowo przy utkwieniu spojrzienia i bez utkwienia, nie powiększa się przy ruchach oczu, jak to bywa przy sklerozie (en plaque).

Kurcz mięśnia okrężnego powiek (zależnego od nerwu twarzowego) często spostrzega się w histeryi i bywa czasem jedynym jej objawem ocznym. Występuje wskutek napadu historycznego, albo wstrząśnienia moralnego, albo bez widocznej przyczyny. Może łączyć się z kurczem akomodacji, albo mięśni zewnętrznych oka, trwa najczęściej krótko i tylko wyjątkowo ciągnie się przez rok i dłużej. Ustępuje on niekiedy przy naciśnięciu na niektóre punkty, niejednakowe u różnych chorych, którzy często sami o nich wiedzą. U innych naciśnięcie pewnych miejsc wywołuje kurcz. Borel, Babiński i Gilles de la Tourette mogli u histeryków wywoływać przez poddawanie

¹⁾ British. med. Journal. 1884. II. 1248.

²⁾ Société française d'ophtalm. 1888. 277.

³⁾ Société de biologie, 9 avr. 1892.

⁴⁾ Op. cit. 108.

kurecz powiek (zarówno jak zez kureczowy i *déviation conjuguée*), nigdy zaś bezwładu.

Rękocyny chirurgiczne najczęściej pogarszają kureczowe opadnięcie powiek, a pomaga leczenie psychiczne. Silver¹⁾ zapewnił chorą z kureczem powieki lewej, że to oko się otworzy, gdy zanknie się prawe, co też rzeczywiście nastąpiło; następnie nałożono opaskę na oko prawe, lewe zostało otwartem i wyzdrowienie zupełne nastąpiło po kilku dniach. Stawbridge²⁾ utrzymywał powiekę podniesioną przy pomocy plastra lepkiego; gdy plaster odrywał się bez wiedzy chorego, powieka pozostała podniesioną. Po kilku tygodniach kurecz zniknął.

Postać kloniczna kurezu mięśnia okrężnego powiek, najczęstsza i przeważnie obustronna, przedstawia szereg szybkich, powtarzających się drgań, albo też ciągle lekkie wznoszenie się i opadanie powiek, zankniętych lub pół zankniętych, ustępujące tylko we śnie.

Postać toniczna, częściej obustronna, lecz dotykająca w nierównym stopniu obie strony, zjawia się napadami, trwającymi od kilku minut do kilku godzin, może być połączoną z bólami, światłowstrętem, łzawieniem i nadezłością skóry powiek, spojówki i rogówki, albo też może wystąpić bez bólów i w połączeniu ze znieczuleniem wymienionych tkanek. Powieka górna zachodzi na dolną i opiera się usiłowaniami podniesienia jej, przyczem kurecz wzmaga się. Niekiedy zjawiają się drgania w górnej powiece. Skóra powiek mocno pozałamywana.

Postaci bolesnej towarzyszą czasem bóle okołoozodołowe i nadezłość skóry, sąsiadującej z oczodołem.

Postać rzekomo-bezwładowa (*pseudo-paralitique Parinaud'a*) naśladuje opadnięcie powieki. Powieka górna zakrywa dolną, przedstawia mimowolne mruganie i drgania, podobnie jak w postaci poprzedniej; załamków prawie w zupełności jest pozbawioną.

Parinaud i Charcot wskazali na właściwości, odró-

¹⁾ Lancet, 1872. II. 117.

²⁾ American Ophthalmological Society, 1875, p. 30.

zniające tę postać od bezwładu mięśnia unoszącego powiekę, mianowicie opór przy podnoszeniu powieki, nagłe jej opadnięcie po puszczeniu, obniżenie się brwi po stronie kurczu (w bezwładzie podniesienie się) i utworzenie się trzech bruzd prostopadłych na czole nad nosem.

Postać tę dość rzadko się spotyka, bywa ona jednostronną lub obustronną i zależy zawsze, według Charcot'a i Borel'a, od kurczu, nigdy od bezwładu.

Tu możemy dodać, że bezwład mięśnia okrężnego powiek nie spostrzega się nigdy w histeryi, z wyjątkiem napadów, podczas których może wystąpić chwilowo. W rzadkich przypadkach bezwładu mięśni, należących do obrębu nerwu twarzowego, okrężny nie jest dotkniętym.

Przypadek kurczu rzekomo-bezwładowego miałem możność spostrzegać i ogłosiłem go przed trzema laty w czasopiśmie »Medicinskoje Obozrenie«.

Dziewczyna piętnastoletnia dostała opadnięcia górnej lewej powieki, co ją mocno przestraszyło i skłoniło do udania się do mnie na następny dzień po nagłym zjawieniu się tego eierpienia.

Opadnięcie powieki przedstawia cechy, oznaczone przez Charcot'a; chora nie może podnieść powieki, przy unoszeniu jej doświadczam silnego oporu, brew obniżona, od czasu do czasu drgania włókienkowate powieki.

Żadnych objawów zapalnych ani podrażnienia na oku i powiekach. Czułość spojówki osłabiona, rogówki prawidłowa; źrenica, nieco rozszerzona, oddziaływa dokładnie. Oko miarowe, bez zmian wziernikowych (jedynie tętnice siatkówki nieco zwężone), przedstawia wzrok 0,3, czyta tylko grubszy druk. Pole widzenia zwężone: zewn. 50°, wewn. 29°, ku górze 28°, ku dołowi 38°. Zmniejszanie się pola podczas badania na 6—7°. Granice pola dla barwy czerwonej 40°, 8°, 7°, 20°, dla niebieskiej, 30°, 5°, 4°, 11°. Rozpoznawanie barw zielonej i fioletowej utracone.

W oku prawem ruchy powiek bez zboczenia; oko miarowe, wzrok prawidłowy. Czułość spojówki nieco osłabiona,

rogówki prawidłowa. Żrenica słabo rozszerzona, oddziaływająca. Wziernik wykazuje tylko małe zwężenie tętnic siatkówki. Pole widzenia zwężone: 60°, 33°, 34°, 40°, zmniejsza się podczas badania na 6—7°. Granice dla barwy czerwonej 50°, 20°, 19°, 29°, dla niebieskiej 39°, 16°, 16°, 20°. Poczucie barwy zielonej zachowało się jedynie w środku, fioletowej znikło zupełnie.

Dla obu więc oczu pole widzenia dla barwy czerwonej było szersze, niż dla niebieskiej, objaw charakterystyczny dla histeryi, występujący w tym jej okresie, gdy zaburzenie pocucia barw stopniowo powiększa się.

Sądząc z tego objawu, należało przypuścić, że chora cierpiała na histeryę przez czas dłuższy przed opadnięciem powieki.

Mięśnie gałek ocznych działały prawidłowo.

Miejsce, których naciskanie usuwałoby opadnięcie powieki, znaleźć nie mogłem.

Z ogólnych objawów chora była dotknięta całkowitem znieczuleniem lewej połowy (razem ze skórą powiek), skarżyła się na częste bóle głowy, prędkie męczenie się oczu przy czytaniu i uczucie otrętwienia w palcach lewej ręki. Żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono.

Chorej dawano brom, waleryanę, stosowano stały prąd i wmawiano, że po pewnym czasie będzie z pewnością zdrową. Po pięciu tygodniach opadnięcie powieki zaczęło się zmniejszać, a pod koniec siódmego tygodnia znikło. Leczenie, prowadzone w dalszym ciągu, głównie dla podziałania na psychikę chorej, usunęło po 11 miesiącach wszystkie objawy histeryi.

Dokończenie nastąpi.



Michał Borysiekiewicz.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 18 września b. r. umarł w Gracu Dr Michał Borysiekiewicz, zwyczajny profesor okulistyki tantejszego uniwersytetu i prymaryusz oddziału ocznego, w 52 roku życia.

»Prawdą, a pracą«.

Profesor Borysiekiewicz urodził się 1 marca 1848 r. w Białobóznicy, powiecie czortkowskim w Galicyi, jako syn ś. p. gr.-kat. księdza Michała Borysiekiewicza, dziekana czortkowskiego, i ś. p. Barbary z Kuleczyckich. Ukończywszy szkoły ludowe w Buczaczu i sześć klas gimnazyalnych w Stanisławowie, uczęszczał do klasy VII. i VIII. w Tarnopolu, gdzie też w r. 1866 złożył egzamin dojrzałości; w jesieni zaś tegoż roku udał się na wydział medyczny do Wiednia celem dalszego kształcenia się. Ukończywszy nauki medyczne z nadzwyczajnym postępem, został w r. 1872 doktorem wszech nauk lekarskich. Po osiągnięciu doktoratu wstąpił na klinikę Arlta, gdzie był przez dwa lata aspirantem. W roku 1874 przeszedł na klinikę profesora Stellwag'a, gdzie został asystentem. Na tej posadze pozostawał przez lat 6 aż do r. 1879, zaś w r. 1880 habilitował się na docenta okulistyki. W tymże czasie odbył całą kampanię bośniacko-hercegowińską. Po powrocie ożenił się w roku 1882 z Teresą, córką Karola Riedla, inżyniera kolejowego. Jako asystent kliniczny nie ograniczał się tylko na bardzo starannem i sumiennem zajęciu się kliniką i chorymi, w niej umieszczonymi, lecz poświęcał cały swój od zajęć klinicznych wolny czas ulubionemu przedmiotowi: patologicznej i porównawczej anatomii oka. Już jako docent uniwersytetu wiedeńskiego, rozpoczął on bardzo usilnie pracować w kierunku dydaktycznym, a kursa jego należały w Wiedniu do najświetniejszych w owych czasach. I tak uczęszczali na nie nie tylko studenci i lekarze wiedeńscy, lecz także mnóstwo obcokrajowców, roznosząc sławę jego daleko poza granice monarchii. W tym to czasie był ś. p. Borysiekiewicz już znanym, jako operator, a wielu z naszych ówczesnych wysoko postawionych osobistości udawało się do Wiednia, oddając się jego pieczy. Gdy w r. 1887 opróżniła się katedra okulistyki w Innsbrucku, został Borysiekiewicz powołany do objęcia tejże. Chociaż nie Niemiec, potrafił

on wkrótce otoczył się ogólną sympatją i stał się ulubieńcem kolegów i studentów. Jego pobyt tamże, gdzie w r. 1889/90 był dziekanem wydziału, wywarł na nim niezatarte wrażenie i marzył on zawsze o tak miłe spędzonych tam chwilach, zaś szlachetna jego dusza zamykała się cała w miłości i przywiązaniu do kolegów.

Serdecznymi jego przyjaciółmi byli wówczas ludzie tej miary, jak profesorowie: Roux, Anton, Nicoladoni, Pommer, Loebisch, a później obecny nasz profesor Łukasiewicz.

Węzły przyjaźni, które ich łączyły, musiały być tem silniejsze, że cenili oni w zmarłym niezachwiany niezem charakter i jego wysoką wartość jako człowieka i kolegi.

D. 1 kwietnia r. 1892 został Borysiekie wicz powołanym na profesora okulistyki do Gracu, gdzie miałem to szczęście powitać go i zbliżyć się do niego. Już pierwsze wrażenie, jakie wywarł swą osobą na otoczeniu, było nader korzystne i silne. Wkrótce poznaliśmy jego żelazną wolę i mrówczą pracowitość, zaś zbliżony do niego, poznałem jego szlachetną duszę i olbrzymie zalety ducha. Gdy w dwa lata później opróżnioną została katedra okulistyki w Wiedniu przez ustąpienie prof. Stellwaga, był Borysiekie wicz postawiony przez wydział medyczny wiedeński secundo loco. W rok później rozbiono Borysiekie wiczowi propozycje prywatne o przyjęcie katedry okulistyki na uniwersytecie niemieckim w Pradze. Mimo jednak znacznie korzystniejszych dla niego widoków, odmówił on temu, nie chcąc opuszczać nowych węzłów przyjaźni i stawiać się w fałszywe położenie wobec tamtejszych walk narodowościowych.

Z urodzenia będąc Rusinem, uniał Borysiekie wicz w sposób, właściwy tylko wielkim ludziom, pogodzić swoje przekonania. Za granicą uważany za Polaka, żywił on równą sympatją dla Polaków, jak i dla Rusinów. Człowieka sądził wedle zasług i pracy. Jego dom stał otworem dla wszystkich z kraju przybyłych, gdzie często schodziła się kolonia polska. Był on wówczas najszcześliwszym z ludzi, gdy mógł swobodnie rozmawiać między swoimi o swoich. Polityką nie zajmował się nigdy. W ostatnim czasie obrany dziekanem wydziału medycznego na rok 1899/1900, umarł w pełni swej działalności w 52 roku życia.

Ś. p. Borysiekie wicz był ideałem lekarza. Bez względu na materialne korzyści udzielał swej pomocy tem chętniej tam, gdzie niedostatek z nędzą walczyły o lepsze. Nawet najuboższy nie znalazł drzewi zamkniętych, każdemu udzielał rady z równą

serdecznością, z każdym współczuwał — był wzorem lekarza-człowieka.

Jako przykład jego bezinteresowności niech posłuży ta okoliczność, że przyjeżdżając rok rocznie w odwiedziny do ś. p. ojca swego do Zarwanicy, po tegoż zaś śmierci do brata swego do Ćwitowy, udzielał często ubogim bezpłatnej porady.

Jako nauczyciel był niezrównany.

Sława, którą ustalił sobie jako docent uniwersytetu wiedeńskiego, zwiększyła się, o ile to było jeszcze możliwym, wówczas, gdy rozpoczął systematyczne wykłady jako profesor w Innsbrucku, a później w Gracu. Dowodem tego była nadzwyczajna sympatya, jaką się cieszył między studentami, i olbrzymia frekwencya tychże na jego wykładach. Jako egzaminator był surowym, wymagał bardzo wiele, ale był bardzo sprawiedliwym. Poza godzinami nauki największy przyjaciel młodzieży, przypisywał on stanowisku studenta jakąś zupełną odrębność i nie zniósł nigdy uwag, ubliżających studentom. Kochał tę »bandę«, jak ich sam żartobliwie nazywał, całym sercem, a nie mógł mu nikt sprawić większej przyjemności, jak opowiadaniem jakiegoś udanego żartu studenckiego. Jeszcze po latach z uśmiechem o tem wspominał. Nie dziw więc, że nawet pośród najtrudniejszych warunków narodowościowych był zawsze ulubieńcem młodzieży.

Jako kierownik kliniki był wzorem pracy i zaparcia się siebie samego. Surowy i sprawiedliwy, żądał on wypełnienia obowiązków z apodyktyczną ścisłością. Chociaż niejednokrotnie były one trudne, to przecież stawały się przez to łatwiejszymi do wykonania, że ś. p. Borysiekie wicz nie usuwał się nigdy sam od ich spełnienia i umiał zawsze zachęcać i dodawać otuchy.

Głównem jego usiłowaniem było wykształcić lekarzy, którzyby pracowali nie tylko głową, lecz i sercem.

Będąc na klinice bardzo czynnym, zachęcał wszystkich do pracy i tak się przyczyniał do tego, że rok rocznie drukowano wiele dobrych prac (Sachsaler, Wachtler i in.) z jego kliniki. Jego wielką zasługą jest to, że potrafił stworzyć szkołę, z której wyszło wielu lekarzy-okulistów po różnych krajach. Z pomiędzy dawniejszych, a mnie znanych, wymienię tylko kilku, którzy zajmują dziś wybitne stanowiska. I tak: Dr Sachsaler, docent okulistyki w Gracu, Dr Gamp, prymaryusz oddziału ocznego w Solnogradzie, Dr Lusić-Matkovič, prymaryusz oddziału ocznego w Zagrzebiu, Dr Swierszko w Czerniowcach, Dr Stasiński w Poznaniu, Dr Cravani w Styrii i wielu innych.

Zajmował się każdym, rozdzielał pracę, pouczał najchętniej.

Poświęcał swój czas ochoczo, jeżeli miał tylko przekonanie, że grunt jest podatny. »Od przyszłego okulisty — mawiał — wymagam bardzo wiele pracy i inteligencji«.

Klinika w Gracu zawdzięcza jego działalności swój wielki wzrost. I tak, będąc zdania, że podstawą wiedzy okulistycznej, jak wogóle każdej gałęzi medycznej, jest głównie anatomia patologiczna, postarał się, zaraz z początku swego przybycia do Gracu, o osobne wykłady anatomii patologicznej oka. Jego wpływowi udało się, że osobisty jego przyjaciel prof. Birnbacher, znany w świecie okulistycznym, jako jeden z najpierwszych anatomów oka, zajął się systematycznie tymi wykładami.

W ten sposób powstała teraz całość w działaniu tych dwu dzielnych ludzi, a wykłady anatomii patologicznej bywały coraz liczniej uczęszczane przez studentów i lekarzy.

Temu ścisłemu działaniu tych dwu ludzi zawdzięcza klinika oczna w Gracu tysiące najcenniejszych, przepięknych preparatów drobnowidowych.

Już w roku następnym zdobył Borysiekwicz w ministerstwie dwie posady operatorów (Operationszöglinge) — nowosć, która dotychczas na klinikach ocznych nie istniała. — Osiągnięta wyższa dotacya zezwoliła utrzymywać stałego klinicznego służącego, przeznaczonego dla laboratorium, uzupełnić wspaniale bibliotekę i zakupić nowe aparaty i instrumenta.

Jego najdoskonalsze działanie, dla którego był on znanym daleko poza granicami monarchii, polegało na jego niezrównanej operacyjnej zręczności. Kto go widział operującego raz w życiu, ten niełatwo go zapomni. Najzupełniejsza pewność i spokój w prowadzeniu cięcia, jego nie do uwierzenia dokładne wskazania do operacji, stawiające go w rzędzie najpierwszych operatorów ówczesnych, musiały każdego wprowadzić w zadziw.

Jako człowiek był nieskazitelnego charakteru.

Dla przyjaciół i kolegów będąc gotowym do największych ofiar, zapominał łatwo o krzywdach, których niejednokrotnie w życiu doznawał. O ile był szczerym i otwartym dla ludzi, będących mu blisko, o tyle unikał nowych znajomości, a po różnych zawodach w życiu stał się mniej dowierającym. Nie nosząc w swem sercu złości przeciw nikomu, — nie lubiał zdradzać się przed obcymi z swymi poglądami.

Może ta okoliczność była powodem, że ś. p. Borysiekwicz przez wielu był zapoznany!

To przekonanie, że *praca jedynie sama uszlachetnia*, — wszczepiał w każdego z swych uczniów i kazał zawsze pamiętać o tem, że pracuje się dla ludzi i dla nauki, zaś pozostać jej wiernym i szukać w tem spokoju i zadowolenia jest największym szczęściem lekarza.

Ś. p. Borysikiewicz często bolał nad tem, że nie mógł pracować w swojej ojczyźnie!

Za dumny, by ze swem, trapiącym go, cierpieniem zwierzać się przed obcymi, skarżył się nieraz przed tymi, do których miał wiarę i zaufanie.

Gdy przed siedmiu laty opuszczałem klinikę w Gracu, gdzie przez 11 lat pracowałem, zostałem zaproszony na wieczór pożegnalny przez ś. p. Borysikiewicza. Gdy, żegnany przez kolegów z kliniki i oddziału ocznego, którego ś. p. zmarły był zarazem prymaryszem, i przez wielu przyjaciół, chciałem w kilku słowach dać wyraz wdzięczności za wszystko, czego tam doznałem, i gdy łązy, cisnące mi się do oczu, nie zezwoliły na wykształcenie słowa, powiedział ś. p. Profesor: »Przecież jedziesz pan do kraju, do swoich, pracować dla niego i dla nich«.

Te słowa, z głębi duszy wyjęte, są najlepszą wskazówką przekonań tego zacnego i prawego człowieka.

Przy końcu sierpnia r. b. przejeżdżał Borysikiewicz przez Lwów z odwiedzin od brata swego z Ćwitowy, gdzie po raz ostatni w życiu oddawał usługi cierpiącym. Mimo, że nawał chorych był w czasie jego odjazdu olbrzymi, nie chciał już czekać, gdyż rwał się do swej ukochanej rodziny.

Czyżby to było jakie przeczucie?

A jednak stało się to, co nam często jest tak trudnem do uwierzenia!

W pełni sił i młodym wieku umarł ten lekarz-człowiek, wywołując w tysiącnych sercach głęboki żal, pozostawiając w niemej rozpaczycy rodzinę, kolegów i przyjaciół, osierocając naukę i swą ulubioną klinikę.

Zanim mogliśmy zebrać myśli po tym ciężkim ciosie, zanim mogliśmy zdać sprawę sobie z tego, że śmierć jego jest prawdą, już zamknął grób te drogie szczątki.

On umarł, lecz pamięć o nim żyć będzie po długie lata, a wspomnienia wdzięczności wyrzute będą złotemi zgłoskami w sercach tysięcy przez niego uzdrowionych, w sercach przyjaciół, kolegów i wszystkich, co znali dokładnie tę niezwykłą postać. —

Działalność literacka.

Najważniejsze prace ś. p. Borysiekiewicza, ogłoszone drukiem, są następujące:

Pemphigus conjunctivae vulgaris (cachecticus).

»Klinische Monatsblætter f. Augenheilk.« 1878, p. 326.

Beitraege zur Extraction des grauen Staares der Erwachsenen.

»Klinische Monatsblætter f. Augenheilk.« 1880, p. 199.

Ophthalmoscopische Beobachtungen an 171 Geisteskranken der Klinik des Herrn Regierungsrathes Professor Dr Meynert in Wien.

»Allgemeine Wiener medizinische Zeitung«, 1881. Nr.:

44—46, 48, 51, 52.

Stæbchenorgan der Retina.

»Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien«,

1883.

Cocain in der oculistischen Praxis.

»Wiener medizinische Wochenschrift«, 1887. Nr. 10.

Netzhautpraeparate. Verhandlung der anatomischen Gesellschaft auf der 6. Verhandlung in Wien. 1892.

Erwiderung auf Dimmers Angriffe gegen meine Arbeiten: Ueber den feinen Bau der Netzhaut.

»Wiener medizinische Blætter«, XVIII., p. 303.

Antwort auf die Entgegnung des Herrn Docenten Dimmer in Wien. Ebd., p. 351.

Prócz tych rozpraw pomniejszych poświęcił Borysiekiewicz całe swe życie badaniom anatomicznym siatkówki. W tym kierunku wyszły z pod pióra jego trzy większe monografie. I tak:

Untersuchungen ueber den feineren Bau der Netzhaut. 1887.

Weitere Untersuchungen ueber den feineren Bau der Netzhaut. 1894.

Beitraege zum feineren Baue der Netzhaut des Chamaeleo vulgaris. 1899.

Prace te, wymagające całego skupienia ducha autora w kierunku przez niego obranym, każda z osobna wymagała starannych badań i ścisłego opracowania materiału. — Dość wspomnieć, że, prócz obfitego i cennego tekstu, umieścił Borysiekiewicz w nich bardzo liczne i dokładne ilustracye, wymagające niemałego nakładu i pracy. I tak w pracy pierwszej było 91, a w pracy drugiej 65 ilustracyi preparatów drobnowidowych, zaś w pracy trzeciej było 36 mikrofotogramów.

Nie dziw więc, że prace te nieliczne, bo wymagały całych dziesiątek lat, bo wymagały badań tysięcznych skrawków drobnowidowych i absorbowały całą jego istotę tak, że nie mógł sam znaleźć dostatecznego czasu na inne publikacje. Nie mniej jednak był on gorącym przyjacielem *dobrej* kazuistyki i innych prac anatomicznych, o czym świadczy cały szereg doskonałych rozpraw, ogłaszanych rok rocznie z jego kliniki, nad których ścisłem przeprowadzeniem zawsze sam czuwał.

Jeżeli zatem spotykał go czasem zarzut, że na swem stanowisku mało ogłaszał, to zarzut ten był bardzo krzywdzącym tego cichego i gorliwego pracownika. Trzymając się zasady: »non multa, sed multum«, pracował prawie bez wytchnienia i z prawdziwym zaparciem w dziale najtrudniejszym, a może i najniewdzięczniejszym, tyjącym się anatomii siatkówki oka. Że rzecz się ma tak w istocie, to przyzna mi każdy nieuprzedzony, gdyż temat, opracowany poprzednio tak świetnie przez autora tej miary, co H. Mueller, nie przedstawiał już z góry widoków na powodzenie. Liczne jednak uwagi samego Mueller'a, udowadniające wątpliwość jego własną co do pewnych szczegółów i zachęcające do przedsięwzięcia dalszych badań nad siatkówką, utwierdzały Borysiekiewicza w raz obranej drodze.

Prawdziwość mego powyższego twierdzenia więcej się uwydatni, jeżeli zważymy, że za swoje zdobycze i naukowe przekonania, oparte na ścisłych i na sumiennych badaniach, a osiągnięte gorliwą pracą i poświęceniem całego życia, spotkał się Borysiekiewicz z nieprzychylną i stronniczą krytyką.

Zarzuty, robione Borysiekiewiczowi, polegały na twierdzeniu, że, *nie oglądając się na dotychczasowe wyniki długoletnich badań i sposoby badań innych autorów, posługiwał się w swych pracach zastarchałemimi metodami, których wyniki nie odpowiadają rzeczywistości.*

Zanim udowodnię bezzasadność i stronniczość tej krytyki, chciałbym, w celu łatwiejszego orientowania się, zwrócić przede wszystkim uwagę na najnowszą i najważniejszą dzisiejszą literaturę, dotyczącą anatomii siatkówki.

W roku 1894 ukazało się epokowe dzieło prof. Ramon y Cajala¹⁾ w Madrycie, w tłumaczeniu Dra Greffa w Berlinie.

¹⁾ Ramon y Cajal. Die Retina der Wirbelthiere Untersuchungen etc. Wiesbaden beim Bergmann, 1894.

Otóż Ramon, który ma dziś reputację pierwszego histologa systemu nerwowego i siatkówki, wyraża się nadzwyczaj przychylnie o pierwszej pracy Borysiekiewicza z r. 1887 i przytacza częstokroć badania tegoż jako udowodnione fakta. (Drugiej pracy o siatkówce z r. 1894 nie mógł Ramon jeszcze znać, gdyż wyszła ona tylko kilka miesięcy przed dziełem Ramon'a). Piszze on o teźże zaraz na początku swego dzieła:

Str. 26 i 27 ¹⁾.

»In den ersten Zeitraum fallen hauptsächlich die denkwürdigen Arbeiten von H. Mueller und M. Schultze und die nicht weniger bemerkenswerthen Untersuchungen von Koelliker, Hannover, Krause, Mueller, Schwalbe, Boll, Kuehne, Kunt, Rivolta, Golgi, Ranvier, Schieferdecker, Borysiekiewicz. Die Arbeiten so vieler *bedeutender Forscher* haben zahlreiche und schöne Resultate ergeben« etc.

Stawia on zatem Borysiekiewicza w zasłużonym rzędzie wielkich badaczy.

Str. 56.

»Die Zellen sind Ganglienzellen« — de facto orzekł to pierwszy Borysiekiewicz, i dziś jest to głównie przyjętem.

Str. 115.

»Ich will hier nicht alle die zahlreichen Arbeiten, welche die Retina der Wirbethiere zum Gegenstand haben, aufzählen, ich möchte nur von neueren diejenigen von Schieferdecker, Borysiekiewicz, Kuhnt, Lenox, Tartuferi und Dogiel hervorheben« etc.

Widzimy, że Ramon wprowadza tutaj Borysiekiewicza znowu w niezłe towarzystwo. Na poprzednich stronicach nie mógł Ramon przytaczać B., gdyż tenże nie zajmował się badaniem siatkówki ryb i ptaków, lecz tylko człowieka i zwierząt ssących.

Str. 137.

»Das Vorkommen von solchen Zellen in der inneren Plexiformen Schicht ist von verschiedenen Autoren erwähnt worden, so namentlich von Nagel u. H. Mueller Neuerdings hat Borysiekiewicz sie bei den Fleischfressern gefunden. Er beschreibt sie als Nervenzellen mit Protoplasmaausläufern, die man in zwei Arten eintheilen kann: grosse und kleine«.

¹⁾ Cytaty niemieckie podaję z umysłu w oryginalne, nie chcąc tłumaczeniem zmieniać ich treści i formy.

Str. 145.

»Spinnenzellen. Wenn man einen mit Carmin oder Hämatoxylin gefärbten Schnitt durch die Retina betrachtet, so findet man hier und dort in der Opticusfasernschicht owale oder rundliche, mit granulirtem Protoplasma umgebene Kerne vor. Die Ähnlichkeit dieser Zellen mit denjenigen, welche zwischen den Bündeln des Sehnerven liegen, macht die von Schwalbe, Golgi und Manfredi, Borysiekiewicz u. anderen schon ausgesprochene Ansicht wahrscheinlich, dass wir hier mit eigentlichen Neurogliazellen zu thun haben«.

Cheąc się jednak dosadnie przekonać o wartości literackiej prac Borysiekiewicza, musimy sobie dokładnie przypomnieć szczegóły tychże.

Pomijając fakta mniejszej wagi, które Borysiekiewicz w pracach swych z r. 1887 i 1894 starał się udowodnić, dadzą się najważniejsze wyniki tychże zebrać *po krótcie* w następującem:

1. *Pręciki i czopki są zakończeniami promienistych włókien Mueller'a (Radialfasern), a nie zakończeniami włókien nerwu wzrokowego.*

2. *Włókno Mueller'a wyłaje się jako włókno tylko na utrwalonych preparatach, w świeżej zaś tkance, która pochodzi z oka wydobytego ex vivo, tworzy ono cewkę (Schlauch) o nie bardzo zbitej zawartości (Weniger consistentem Inhalt). W tejże cewce mieści się t. zw. wewnętrzne i zewnętrzne ziarno (Korn).*

3. *Wewnętrzne i zewnętrzne ziarna mogą wśród okoliczności dotychczas nam jeszcze nieznanych zmieniać swe miejsca — są więc ruchome.*

4. *Powoyżej zewnętrznej warstwy ziarnistej (granulirte Schichte) znajduje się nowy podkład, którego nikt dotąd nie widział, gdyż preparaty nie były odpowiednio traktowane.*

Nie będę się powoływał na bardzo liczne prace autorów, w których zapatrywania te zostały po większej części potwierdzone, a zdobycze badań B. bardzo wysoko stawiane, pozwolę tylko sobie zwrócić uwagę na jedną z najnowszych prac o siatkówce Lindsay'a¹⁾ w Londynie.

I ten bardzo sumienny badacz anatomii siatkówki ocenia należycie zasługi Borysiekiewicza. I tak czytamy:

¹⁾ Lindsay, Johnson. London. Beobachtungen an der Macula lutea. III. Theil. Archiv f. Augenheilkunde, XXXV. 1897.

Str. 172.

»Die Zapfenfasern werden in ihrem ganzen Verlaufe von dem Sehnerv bis zu der hexagonalen Schicht von Scheiden eingeschlossen, die s. g. Muellerschen Fasern sind, wie schon Borysiekiewicz ausgeführt hat, keine Stuezel-fasern, sondern die Fortsetzungen der Zapfenscheiden« etc.

Str. 178.

Die Grenzschiicht des Makularplexus.

»Zwischen dem Macularplexus und der äusseren etc. — bis zur Rindschiicht bildet« (str. 179) *opisuje* Lindsay *nową przez niego odkrytą warstwę* i dodaje do tego ogromną mikrofotografię (Fig. 15).

Tę warstwę, która jest osią całej histologii i fizjologii siatkówki, opisał pierwszy Borysiekiewicz daleko dokładniej i odrysował ją najprzód w pierwszej swej pracy z r. 1887¹⁾, a później w drugiej z r. 1894²⁾.

Ten anachronizm można przypisać tylko tej okoliczności, że Lindsay nie znał prac Borysiekiewicza w oryginale, a li tylko z bardzo niedokładnych referatów Oskara Schultze'go i Merckla, gdzie tylko jest wspomniane o *heresji, że B. uważa przeciki i czopki za zakończenie włókien Muellera*. Wszystkie inne szczegóły są tam pominięte i ignorowane.

Klasyczną pozostać w każdym razie ta okoliczność, że najnowsi autorowie, którzy się zajmowali badaniem siatkówki i przyszedli do tych samych wyników badań, co Borysiekiewicz, podają je nieraz za swe własne zdobycze.

Rzut okiem na jedną z najnowszych prac (Greff'a³⁾), który, jak to już wyżej wspomniałem, tłómaczył dzieło Ramon'a na niemieckie i uchodzi za dobrego znawcę literatury siatkówki, dostarcza nam dostatecznych na to dowodów.

Str. 165. Pisze on:

»Es „scheint“ also dass sie (Zwillingsganglienzellen) nur in der menschlichen Retina vorkommen«, zaś na str. 167 wyraża się o tem już stanowczo: »„nur“ in der menschlichen Retina«.

Temu swojemu, rzekomo *nowemu, odkryciu* dołącza bardzo śmiałą fizjologiczną hipotezę, że w tych komórkach zwojowych siatkówki następuje asocjacja wrażeń wzrokowych.

¹⁾ l. c., p. 32.

²⁾ l. c., p. 23, 24, 25 i fig. 57.

³⁾ Greff R. Ueber Zwillingsganglienzellen in der menschlichen Retina. Archiv f. Augenheilkunde, 1897. Nr XXXV, p. 156 u. f.

Pominąwszy już tę hipotezę, przypisuje on te bliźniacze komórki zwojowe (Zwillingsganglienzellen) *własnemu odkryciu*, chociaż Borysiekie wicz¹⁾ już w pierwszej swej pracy o siatkówce z r. 1887 opisał i rysował lakowe, a nawet nazwał je wprost bliźniaczemi komórkami zwojowemi (zwłaszcza u tygrysa).

Tak więc Greff odkrył w 10 lat później te same komórki, co Borysiekie wicz, z czego znowu wypływa, że, podobnie jak Lindsay, nie znał i Greff pracy Borysiekie wicza z r. 1887 z oryginału, a li tylko z referatów.

Zadalekoby nas to prowadziło, gdybym chciał przytaczać wszystkie te dzieła, w których odkrycia Borysiekie wicza zostały uznane i uwzględnione, a powołując się tylko na same pierwszorzędne znakomitości w zakresie anatomii siatkówki, wspomnę tylko o jednym wielkiem dziele, dotyczącem siatkówki, wydaniem przez Weinlandt'a²⁾ w r. 1895.

W tej to pracy przytacza Weinlandt niemal na każdym kroku przez Borysiekie wicza zbadane fakta, chociaż sławia on w niektórych miejscach Borysiekie wicza niewłaściwie na drugiem miejscu i chociaż łatwo można się przekonać z pracy tego ostatniego z r. 1894, że pierwszeństwo należy się właśnie Borysiekie wiczowi³⁾.

A mianowicie str. 17.

»Thatsächlich sind, wie schon erwähnt, derartige Bewegungen der Zapfen unter Einwirkung des Lichtes von Engelmann etc. beobachtet worden. Stoehr, Borysiekie wicz beobachteten beim menschlichen Auge eine verschiedene Lage der äusseren Körner in den Zapfenschläuchen« etc.

Str. 18.

»Es scheint mir vielmehr in Übereinstimmung mit Stoehr und Borysiekie wicz als die bei weitem ungezwungenste Erklärung dieser Erscheinung der Vorlagerung des Zapfenkorns, für den Lebenden die Möglichkeit einer *Hinundherbewegung des Korns im Zapfenschlauch* anzunehmen die Erfahrung aber, dass eine solche Hinundherbewegung des Korns in dem Schlauch möglich ist, setzt beinahe als *nothwendig* voraus, dass beim Lebenden im *Zapfenschlauch eine Flüssigkeit enthalten sei*,« etc., -- a dalej na tejże stronie:

¹⁾ l. c. p. 19.

²⁾ Weinlandt Ernst. Neue Untersuchungen ueber die Functionen der Netzhaut nebst etc. Tübingen, 1895.

³⁾ l. c. pag. 59—62.

»Stoehr und Borysiekiewicz vermuten, dass das Wandern des Korn im Zusammenhang stehe mit der Funktion des Zapfens und dies dürfte wohl *kaum zu bestreiten sein*« etc. (Pierwszy zazaczył to Borysiekiewicz).

Str. 18, na dole.

»1). Nur im Gebiet der Centralgrube ist das durchdringen der Körner durch die Siebhaut im entwickelten Zustand nicht wahrscheinlich, denn hier sind die Löcher der Siebhaut für die Zapfen besonders eng. Dementsprechend heben Dimmer¹⁾ und auch Borysiekiewicz besonders hervor, dass sie die Körner nicht in den centralen Partieen der Fovea finden konnten« etc.

Następstwo tych cytatów jest o tyle mylne, że Dimmer opisał to w r. 1894, zaś Borysiekiewicz już w r. 1887.

»2). Dass der Inhalt der Zapfenschlauche ein weniger konsistenter sei, nimmt Borysiekiewicz *ebenfalls an*.

Gdyby Weilandt był skromniejszym, powinien był napisać: Borysiekiewicz *war schon im J. 1881 der Meinung, dass der Inhalt der Zapfenschlauche ein weniger konsistenter sei und ich schliesse mich seiner Ansicht an.*

Str. 33.

»Borysiekiewicz (Weitere Untersuchungen etc. 1894) unterscheidet dreierlei *Aussenglieder* bei den Zapfen, solche die kürzer sind als die der Stäbe, solche die gleichlang sind und solche die länger sind«.

Str. 35.

»Mit dieser Auffassung stimmen auch die Bilder von Borysiekiewicz²⁾ überein, wenn man den Durchmesser der Staebchen auf 2 μ . den der Zapfen auf 5—7 μ . und den der Becher auf 12—18 μ . ansetzt«.

Z tego krótkiego już zestawienia widzimy, że wszystkie 4 najważniejsze postulaty Borysiekiewicza zostały przyjęte i udowodnione przez tych wybitnych autorów.

Pozwolę sobie przytoczyć jeszcze jeden szczegół.

Gdy w r. 1892 na kongresie anatomów w Wiedniu demonstrował Borysiekiewicz swoje preparaty drobnowodowe, zostały takowe z wielkiem uznaniem przyjęte ze strony miodrajnej. Kilka tych preparatów znajduje się po dziś dzień

¹⁾ Dimmer. Beitrage zur Anatomie und Physiologie der Macula lutea des Menschen. 1894.

²⁾ l. c., p. 19. Fig. 33—36.

w zakładzie patologii ogólnej byłego wówczas profesora Stricker'a we Wiedniu.

W rok później ukazała się krytyka Merckel'a.¹⁾

Jakiś dziwny niesmak uderza już z samej formy krytyki, niewłaściwej w sferach naukowych. W krytyce swej pomija Merckel, jakby z umysłu, wszystkie szczegóły faktów, stwierdzonych badaniami Borysiekiewicza, a przytoczywszy tylko uwagi końcowe, piętnuje metodę, którą się posługiwał Borysiekiewicz, jako przedpotopową (antidiluvianisch).

Jakżeż dziwnym musi się zdawać każdemu nieuprzedzonemu taki sposób krytyki! Czyż przy przeprowadzeniu pracy naukowej jest miarodajną metoda badania, czy też wynik tejże? Czyż możemy uważać li tylko tę pracę o siatkówce jako odpowiednio wykończoną, przy której posługujemy się tylko nowymi sposobami badania, jak metodą Cajala, Golgi'ego, lub też Ehrlich'a błękitu metylenowego?

Zaprawdę to dziwne, że zarzuty przeciwko pracom Borysiekiewicza wyszły prawie wyłącznie od tych autorów, którzy przy własnych badaniach posługiwali się sami innymi, to jest starszemi metodami.

A dalej: czyż wówczas, gdy B. robił swoje doświadczenia nad siatkówką, nie był płyn Mueller'a kwas chromowy i osnowy najchętniej używany do konserwacji i badania ócz i czyż właśnie te metody nie były mu wskazane przez jego poprzedników, jako najbardziej się polecające?

A chociaż nikomu nie może przyjść na myśl nie uznać wartości metody Tartuferi'ego, Ramon y Cajala i innych, to przecież już dzisiaj nie wszyscy uznają dobroć tychże. Przecież każdemu, kto się choć niedługo zajmował tymi sposobami, wiadomo, że metoda srebrzenia skrawków ma i swe ujemne strony, gdyż często cierpi kształt elementów a delikatniejsze szczegóły się zacierają, zaś osadzanie się srebra działa bardzo niekorzystnie.

Nie należy także i o tem zapomnieć, że właśnie dawnymi sposobami zostały ustalone nader cenne fakty, które stały się później podstawą dalszych badań.

Wybór właśnie metody był tem jajem Kolumba.

Jeżeli inni badacze, którzy przy przeprowadzeniu swoich badań posługiwali się innymi metodami, przyszli po latach do tych

¹⁾ Ergebnisse der Anatomie und Entwicklungsgeschichte. III. Band. 1893, herausgegeben von Merckel und Bonnet. Wiesbaden, 1894.

samych wyników, co Borysikiewicz, to przemawia to właśnie za dobrocią metody, używanej przez Borysikiewicza.

Nie należy zapomnieć wreszcie i tej, bardzo ważnej, okoliczności, że dodatnie wyniki swych badań zawdzięczał Borysikiewicz głównie temu, że przy swych badaniach posługiwał się zawsze li tylko materiałem świeżym — a zatem badał oko wprost wyjęte z oczodołu, w którym tkanki nie podległy jeszcze zmianom pośmiertnym — szczegół nader ważny, na który mało zwraca się uwagi.

Sam zaś Borysikiewicz w ostatniej swej pracy o siatkówce z roku 1899 daje Merckel'owi następującą odprawę.

„Offenbar hat hauptsächlich die vorgebrachte Ansicht über die Mueller'sche Faser, die ich schon in meinen früheren Mittheilungen auseinandersetze, Merckel die Veranlassung geboten, in seinen Ergebnissen der Anatomie und Entwicklungsgeschichte 1893, p. 291, in einem Referate über meine Arbeit sich einer ganz ungebührlichen Ausdrucksweise zu bedienen. — Ich kann selbstredend Niemandem verwehren, sich nach Gutdünken über meine Arbeiten zu äussern, aber ich lasse mir auch nicht das Recht nehmen grobe Angriffe mit vollem Ernst zurückzuweisen. — Wenn ein Referent unter dem unweiderstehlichen Zwange sich befindet, sein vernichtendes Urtheil über eine Arbeit abzugeben dann genügt es nicht, kurzweg die Schlussbemerkungen des Autors zu citiren, sondern — so erfordert es wenigstens der gute literarische Ton — er soll auch angeben, auf welchen Grundlagen der betreffende Autor zu seinen Resultaten kam. „Schlussbemerkungen“ allein, namentlich solche, die mit allhergebrachten Anschauungen nicht im Einklange stehen“ wirken leicht befremdend. Hätte Merckel, seinen Worten wenigstens eine Spur von attischem Satz beigemischt so würde ich seine Kritik für eine mehr oder weniger malitiose Enunciation halten, er that es jedoch nicht, daher klingt das Ganze einfach grob, also verletzend und muss ich deshalb seine Kritik als unpassend hinstellen, ganz abgesehen davon, dass durch Grobheit eine Frage nicht gelöst wird“.

W swej ostatniej przedśmiertnej już pracy z roku 1899 zajmował się Borysikiewicz budową siatkówki z oka *Chamaeleo vulgaris*. Badał on anatomicznie 18 ocz tegoż, które utrwał części w płynie Mueller'a, części w $3\frac{1}{2}\%$ kwasie azotowym, formalinie, $\frac{1}{2}$ — 1% roztworze kwasu osmowego i w mieszaninie Flemming'a. Daje on dokładny opis drobnowidowy budowy siatkówki tego zwierzęcia, przyczem służą do objaśnienia liczne, gdyż aż 36, mikrofotograficzne zdjęcia. —

W pracy tej zwraca Borysiekie wicz głównie uwagę na te stosunki histologiczne, których istnienie nie jest do dzisiaj jeszcze ogólnie przyjętem, to jest na połączenie warstwy przybłonka wzrokowego (Scheppithel) z resztą części składowych siatkówki; *znalazł on bowiem w budowie siatkówki kameliona potwierdzenie poglądów, jakie wypowiedział był w swych poprzednich pracach nad histologią siatkówki oka ludzkiego. Przy końcu podaje Borysiekie wicz mikrofotograficzne zdjęcie z jednego miejsca ludzkiej siatkówki, w którym istnieje bezpośrednio połączenie między wewnętrznem a zewnętrznem ziarnem.* Umieszczone mikrofotograficzne zdjęcia uzupełniają tę wzorowo przeprowadzoną pracę, usuwając wszelkie wątpliwości co do podanych stosunków histologicznych.

Czyż potrzeba jeszcze więcej przytaczać? Czyż fakta, powyżej przytoczone, nie przemawiają same?

I mimowolnie nasuwa się nam pytanie, jak się to stać mogło, że Borysiekie wicz w swojej, tak bardzo racjonalnie i pracowicie przeprowadzonej, pracy, która wymagała całych dziesiątek lat, napotkał taką opozycję?

Poruszać wszystkich motywów, które się na to składały, nie chcę: ze śmiercią ś. p. Borysiekie wicza zeszedł i one z nim do grobu, a zwrócę uwagę li tylko na to, że równocześnie z pracą drugą Borysiekie wicza z r. 1894 pojawiła się praca Dimmer'a, omawiająca ten sam przedmiot, a różniąca się od pracy B. w zasadniczych punktach. Być może, że ta okoliczność spowodowała Dimmer'a, że tuż po Merckel'u wydał i on ujemną krytykę, nie umiąc w niej nawet upozorować osobistych swych wycieczek przeciw Borysiekie wiczowi. W swej *a tempo* wydanej odpowiedzi zdołał Borysiekie wicz¹⁾ odeprzeć tę zaczepkę i wyświecić prawdziwy stan rzeczy.

Świat naukowy podzielił się na dwa obozy i potrzeba było lat kilku aż przytoczone przezemnie powyżej znakomite prace Cajala, Weinlandta, Greffa, Lindsay'a i innych rzuciły po dziś dzień jasne światło na tę całą, może niemłą, a jednak tak bardzo zaszczytną dla Borysiekie wicza, walkę. W ostatniej swej pracy z r. 1899 nie pozostaje Borysiekie wicz i Dimmer'owi dłużnym odpowiedzi:

»Dimmer hat im Jahre 1894 die dunklen Körnchen als Kunstprodukte zu deuten gesucht. Seiner Ansicht hat er in Form

¹⁾ Borysiekie wicz. *Erwiderung auf Dimmer's Angriffe gegen meine Arbeit etc.* Wien. med. Blätter 1894.

eines höchst illoyalen Angriffes Ausdruck gegeben. Ich versäumte nicht ihm sofort in Nr. 23. der Wiener medizinischen Blätter 1894^a, die verdiente Antwort zu ertheilen und konnte hierbei feststellen, dass Dimmer es nicht verschmähte durch falsche Behauptungen und Weglassen der wichtigsten Sätze beim Citiren meines Textes seinen Invektiven den Schein einer Berechtigung zu verleihen. Ich halte es somit für inopportun, mich mit diesem Schriftgelehrten noch einmal zu beschäftigen“.

Cała ta walka nie może nas zresztą dziwić, jeżeli zwążywszy, że nowe fakta, które odkrył Borysiekie wicz, zawdzięczał wynikom swoich zupełnie samoistnych badań.

Musi to być zaliczonym Borysiekie wiczowi do jego największych zasług, że podjął on walkę z otwartą przyłbicą za prawdę i święte przekonanie swoich zdobyczy.

Jeżeli posiew naukowy ma wydać obfity plon, to zapatrywania muszą się ścierać i wyrównywać.

Tak było i tak będzie.

Zdobycze Borysiekie wicza zostały po dziś dzień już w wielkiej części uznane, w części zaś zostały takowe ogłoszone, jako zdobycze innych badaczy.

Ponieważ dzisiaj nie może już sam za sobą przemówić, więc uważałem to jako mój obowiązek spłacenia długu wobec człowieka, któremu wiele zawdzięczam, przedstawić jego samego i jego działanie w świetle prawdy.

A nawet, gdyby dziś jeszcze nie każdy chciał się zgodzić we wszystkim z wywodami Borysiekie wicza, to jedno musi przyznać, że był to człowiek wielkiej pracy i nauki, i że ta nauka poniosła przez śmierć jego niepowetowaną stratę.

Cześć jego pamięci!

We Lwowie, dnia 23 września 1899.

Dr Teodor Ballaban.

II. STRESZCZENIA.

Foetale citrige Entzündung als Ursache des congenitalen Mikrophthalmos und Anophthalmos. Prof. Dr Hoppe z Kolonii (»Archiv f. Augenheilk.« T. XXXIX. Z. III).

Przeważna większość autorów przypisuje powstanie wrodzonego mikroftalmus lub anoftalmus sprawie ropnej, która niszczy

gałki oczne podczas życia płodowego. Zmiany chorobowe, jakie niejednokrotnie okazują szczyłkowe gałki oczne (jak zarośnięcie źrenicy, zaćmienie rogówki), zdają się przemawiać za przebyłą sprawą zapalną, a mierna wydzielina ropna, jaką nieraz spotykamy w oczodołach takich ślepo urodzonych dzieci, potwierdza, zdaniem tych autorów, to przypuszczenie.

Prof. Hoppe wykazuje w wyżej wymienionej pracy, że mikroftalmus i o wiele rzadziej zachodzący zupełny brak gałek ocznych wyjątkowo tylko dałby się odnieść do ropnego zapalenia, a z reguły stanowi po prostu wadę rozwojową, której towarzyszą nieraz inne wrodzone wady, czy też innych narządów ustroju. Że nie można tu myśleć o zakażeniu oka płodu jadem rzeżączkowym drogą przerzutu z pochwy matki, na to autor widzi dowód po pierwsze w tem, że rzeżączka pochwy u kobiet bez porównania rzadziej stanowi źródło zapaleń przerzutowych, niż rzeżączka cewki moczowej u mężczyzny (Pan as, Schmidt-Rimpler), a powtóre, że przerzutowych ropni w ciele płodu w zamkniętem jaję płodowym dotychczas nikt jeszcze nie stwierdził, ropienie więc wśródgałkowe stanowiłoby trudny do wytłómaczenia wyjątek. Krüekow, Kroll i Nieden przyjmują zakażenie za pośrednictwem wód płodowych. Tymczasem Prof. Hoppe przypisuje wodom płodowym przeciwnie nawet bakterycydyjne znaczenie, a z drugiej strony zwraca uwagę, że według Piringer'a wydzielina rzeżączkowa traci wielką część swej jadowitości przez samo tylko rozcieńczenie zwykłą wodą, a zatem, gdyby nawet toksyny drogą osmozy dostały się do wnętrza jaja płodowego, to ulegną rozcieńczeniu, a prócz tego zastaną powieki płodu tak szczelnie zamknięte i sklejone wydzieliną gruczołów Meibom'a, że wtargnięcie jadu do worka spojówkowego jest co najmniej bardzo utrudnione. Co do skąpej spojówkowej wydzieliny ropnej, która bardzo często się zdarza u bezocznych noworodków, to, zdaniem autora, nie można jej posądzać o zniszczenie gałki. Jest ona następstwem mechanicznego lub chemicznego zadrażnienia spojówki wodą płodową, która dostała się do worka spojówkowego wskutek nie dość szczelnego zamknięcia powiek, wciągniętych lekko w głąb oczodołu z powodu braku, lub małych rozmiarów gałki. Zresztą niejednokrotnie przychodzi do zakażenia wydzieliną dróg rodnych po pęknięciu pęcherza płodowego, jeśli próż jest ciężki i nad miarę się przeciąga. W świetle powyższych zapatrywań przytacza i rozbiiera Prof. Hoppe na zakończenie szereg własnych spostrzeżeń, odnoszących się do tego przedmiotu.

Dr. K. W. Majewski.

L'intensité lumineuse des couleurs dans Pachromatopsie totale hystérique. Dr P. Obarrio («La Clinique Ophthalmologique». Nr 15. 1899).

Korzystając z ciekawego przypadku nabytej ślepoty barwnej u młodej osoby, dotkniętej ciężką histerią, postanowił Dr Obarrio rozwiązać doświadczalnie następujące zagadnienie: jaką jest dla takich chorych wartość świetlna (*valeur lumineuse*) poszczególnych barw w porównaniu z odcieniami barwy szarej o znanej wartości świetlnej przy pewnym, stałym oświetleniu. W tym celu sporządził autor skalę z papierków barwy szarej, od najjaśniejszej aż prawie do czarnej, oznaczając odcienie ciemniejsze coraz to wyższą liczbą. Następnie wybrał szereg próbek papierowych różnobarwnych i do każdej z nich starał się dobrać próbkę barwy szarej możliwie tej samej jasności. Gdy mu się to powiodło, oznaczał papierek kolorowy numerem znalezionej próbki barwy szarej. Nawiasem mówiąc, kosztowało go to niemało trudu, bo przy porównywaniu jasności dwóch różnych odcieni barwnych należy niejako nie uwzględniać, nie brać w rachubę wrażenia barwy, co dla człowieka, obdarzonego prawidłowym poczuciem barw, nie jest zadaniem łatwym.

Po takim przygotowaniu próbek przedłożył je autor swej chorej, okazującej, jak wyżej wspomniano, zupełną obustronną ślepotę barwną, z poleceniem, aby do kawałków papieru kolorowego dobierała próbki szare tej samej jasności. Ponieważ oczom chorej próbki barwne przedstawiały się także jako szare, przeto przyszło jej o wiele łatwiej oceniać ich siłę świetlną. Istotnie na pierwszy rzut oka wskazywała odpowiedni papierek szary, i to opatrzony numerem tysiącym lub bardzo zbliżonym do numeru próbki kolorowej. W ten sposób przekonał się Dr Obarrio, że wrażenie świetlne, jakie wywołują różne barwy u osoby dotkniętej ślepotą barwną na tle histerii, jest co do natężenia to samo, jakie odbiera równocześnie osoba z poczuciem barw prawidłowym przy tych samych warunkach oświetlenia. Drugi wniosek autora jest już więcej hypotetycznym: utrzymuje on mianowicie, że ślepotą barwną w histerii polega na oddzieleniu wrażeń świetlnych od wrażeń barwnych, z których te ostatnie nie ulegają uświadomieniu.

Dr K. W. Majewski.

Pupillenreactionsprüfer. Dr v. Fragstein i Dr Kemper z Wiesbadenu («Klin. Monatsbl.», Lipiec. 1899).

Przy połowicznej ślepotcie, zależnej od przerwy w ciągłości jednego z tractus optici przychodzi, jak wiadomo, do częściowego zniesienia odruchu źrenicznego: przy oświetlaniu oślepej połowy siatkówki źrenice pozostają nieruchome. Celem badania odruchu

żrenicznego w tych warunkach posługujemy się zazwyczaj metodą, podaną przez Schmidt-Rimpler'a. Badanie odbywa się w ciemnym pokoju. Po zasłonięciu drugiego oka puszcza się skośnie przez źrenicę snop światła na oślepłą połowę siatkówki przy pomocy wklęsłego zwierciadła i wypukłej soczewki. Przy tym sposobie jednak bardzo jest trudno unikać, aby cokolwiek światła nie padło równocześnie na część siatkówki wrażliwą i nie wywołało zwężenia źrenicy. Prócz tego do przeprowadzenia badania potrzeba dwóch osób, z których jedna oświetla siatkówkę, a druga śledzi ruchy źrenicy.

Aby metodę tę udoskonalić i uczynić ją łatwiejszą w wykonaniu, obmyśleli Drowie v. Fragstein i Kempner przyrząd, składający się z tubusa 38 mm. długiego, o średnicy 12 mm., zawierającego dwie soczewki płasko-wypukłe i dwie zasłonki (blendy), mające za zadanie niweczyć szkodliwe boczne odbłaski. Jeden z końców tubusa zwęża się stożkowato i tu wkręcona jest weń cienka walcowata cewka. Długość jej wynosi 5 mm., a średnica przekroju $1\frac{1}{2}$ mm. Przez nią to wychodzi z przyrządu cieniutki promień elektrycznego światła, dający się z łatwością skierować na dowolną część dna oka. Jako źródła światła używają autorowie małej, ale silnie świecącej żarowej lampki elektrycznej, zamkniętej w czarnym cylindrze, połączonym bezpośrednio z resztą przyrządu. Dla uzyskania światła o dostatecznym natężeniu wystarcza bateria elektryczna o sile 8 wolt.

Przyrząd ten ma tę zaletę, że jest mały i poręczny, lekarz może nim zatem oświetlać dno oka i sam równocześnie bez pomocy drugiej osoby śledzić źrenicę. Drugą zaletę tego przyrządu stanowi okoliczność, iż daje on promień światła bardzo cienki, można nim zatem oświetlić ściśle ograniczone pole siatkówki, pozostawiając części sąsiednie zupełnie w cieniu, na czem przy badaniu odruchu źrenic w przypadkach ślepoty połowicznej tak bardzo zależy.

Dr. K. W. Majewski.

Ueber das Verhalten der Pupille u. einiger Reflexe am Auge im Säuglings- u. frühen-Kindesalter etc. Dr Hermann Pfister (Archiv f. Kinderh. 1899. Bd. XXVI.).

W zakładzie cesarza Fryderyka dla chorych dzieci w Berlinie podjął autor, celem skontrolowania tego, co dotychczas uważano za rzecz pewną, zbadanie 300 dzieci na prawidłową szerokość źrenicy, dzielność oddziaływania na światło i kilka innych zwrotnych działań.

Szerokość źrenicy mierzył wśród równych względnie warunków za pomocą pupillometru Schloesser'a. Pokazało się przytem, że szerokość źrenicy wzanaga się w przecięciu od 1,5 mm. w pierwszym miesiącu życia, do 3,2 w 7—12 roku. Co do siły

oddziaływania na światło, to okazywało się w badaniach wzmaganie od 0,9 mm. w pierwszym miesiącu, do 1,9 mm. w 6—12 roku życia, ale stosunek do wieku nie jest tu tak wyraźnym. Średni obszar reakcyjny okazał się u dziewcząt większym, niż u chłopców.

Drganie źrenicy (hippus) na 300 dzieci można było tylko 3 razy stwierdzić, a u dziecka dwutygodniowego poprzedzało ono encephalitis haemorrhagica. Refleks rogówkowy okazał się, nie licząc kilku nieznacznych wyjątków, prawidłowym.

Refleks mrugania przy dotyku brzegu powiekowego w pierwszym miesiącu albo nie istnieje, albo bardzo jest niewyraźny; w drugim już miesiącu, zazwyczaj zaś dopiero w trzecim zawsze jest rozwinięty.

Refleks czuciowy, t. j. rozszerzenie źrenicy przy podrażnieniu skóry, nie dał się w pierwszym miesiącu wykazać, w drugim miesiącu na pewno raz jedyny mógł być stwierdzonym, stanowczo zaś stwierdzano go w 3—6 miesiącu. Częstotliwość jego rośnie, ale w późniejszych miesiącach znówu staje się on rzadszym.

Sluchowy refleks, to jest rozszerzenie przy podrażnieniu silnym słuchu, można było tylko w kilku przypadkach z pewnością stwierdzić i to po 10 tygodniach życia (»Neurol Ctbl.« 1899. Nr 4).

H.

Weitere Beobachtungen ueber den physiologischen Pupillenabschluss. Dr Hamburger (»Deutsche med. Wschr.« 1899. Nr 22).

Wiadomo, że Leber, a z nim wielu innych, przypisuje ciału rzęskowemu zadanie wydzielania całej cieczy ocznej tak dla ciała szklistego jako też dla komórek ocznych. Gdy jednakże ostatni płyn chemicznie różni się od cieczy szklistej, przeto nie zbywało i na przeciwnikach tej teorii, do których się zaliczają Ehrlich, Schmidt-Rimpler, Michel i inni. Autor powyższej pracy sądzi, że zapatrywanie przeciwników Leber'owskiej teorii większego dozna poparcia, jeżeli udowodnimy, iż źrenica zupełnie zamknięta jest dla przepływu cieczy, w takim bowiem razie okazałoby się, że tęczęwka głównem, jeżeli nie jedynem, jest źródłem cieczy wodnej.

W tym celu podjął autor doświadczenia na oku króliczem, by wykazać, że w zwykłych warunkach przednia komórka zamknięta tęczęwką zupełnie i odgraniczona od tylnej. Za pomocą osobnej, bardzo subtelnej sikaweczki wprowadza do tylnej komórki 30% roztwór fluorescyny. Bardzo liczne i żmudne doświadczenia, — po szczegóły odesłać musimy czytelnika do oryginału, — wykazały zdaniem naszym niewątpliwie, że założenie autora jest uzasadnione.

Przeciw tym doświadczeniom, ogłoszonym już roku zeszłego w »Ctbl. f. pr. Augenheilkunde«, wystąpił między innymi G. Le-

winsohn¹⁾, który wyników doświadczeń Hamburger'a potwierdzić nie mógł, a przyczyna tego, zdaniem Hamburger'a, w tem leży, że Lev. posługiwał się do swych doświadczeń zwykłą sikawką Pravaza, zupełnie niewłaściwą dla tak subtelnych doświadczeń.

Ażeby nadto odeprzeć zarzuty Lewinsohn'a, że płyn wstrzykiwany przez Hamburger'a dostaje się do ciała szklстого, użył, chcąc badaniem mikroskopowem nabrać pewności pod tym względem, gdy fluorescyna mikroskopowo nie daje się oznaczyć, do tychże doświadczeń rozpuszczalnego błękitu pruskiego (Berliner Blau). Po natychmiastowem wyjęciu gałki i zwykłym stwardnieniu celem badania na przekrojach, przekonał się autor, że środek zastrzyknięty przeważnie znajdował się w tylnej komórce, pomiędzy tęczęwką a soczewką, od obwodu tęczęwki do zwieracza. Nieznaczne ziarenka były także i w soczewce, do której dostały się przez nieostrożne nakłucie tejże. Gdy dalej zrobiono zarzut, że płyn z tylnej komórki dlatego do przedniej w doświadczeniach Hamburger'a nie przedostaje się, ponieważ po wyjęciu igły pewna ilość płynu występuje i ciśnienie w tej części oka przez zastrzyknięcie nie wzrasta, przeto, by nieco zarzutu tego wykazać, pozostawiał autor sikawczkę przez kilka minut w miejscu wkłucia po dokonaniem zastrzyknięcia, a mimo podwyższonego ucisku dopiero późno zaledwo począł się płyn wstrzyknięty pokazywać w przedniej komórce.

Zrobiono dalej zarzut, iż zwrotne ruchy źrenicy nie pozwalają przyjąć zupełnego odgraniczenia tylnej od przedniej komórki.

Aby temu zaprzeczyć, wywoływał autor po zastrzyknięciu ruchy tęczęwkowe przez oświetlanie i ociemnianie oka, a mimo to nie okazywała się fluorescyna w przedniej komórce. Na gałkach zamrożonych mógł zresztą przekonać się, że tęczęwka, przylegająca ściśle do soczewki, może dość znacznie na niej ku obwodowi przesunąć się, zanim powstaje komunikacja między przednią a tylną komórką.

Udane bardzo doświadczenia doprowadzają do wniosku, że ciecz przedniej komórki musi pochodzić z tęczęwki, i to przeważnie z przedniej jej powierzchni, do której ściśle się naczyń więcej przylega, aniżeli do tylnej powierzchni, a u królika pojedyncze pętle naczyń dochodzą nawet do przedniego nabłonka.

Oczywiście odgraniczenie dwóch komórek nie jest hermetyczne. Tęczęwka tworzy tu tylko zastawkę (Ventil), która przestaje działać przy rozszerzonej źrenicy, przy zapaleniach tęczęwki i ciała rzęskowego. Nadto dopuszcza zastawka ta do pewnego stopnia także dyfuzję.

¹⁾ Referat własny w Arch. f. Anatomie u. Physiologie. 1898, p. 547.

Weitere Mittheilungen ueber Vorstellungsreflexe der Pupillen. (»Neurol. Centralblatt.« Nr 11. 1899).

Już Budge w roku 1855 podał wiadomość, iż wyobrażenie oświetlonego miejsca sprawić może zwężenie, gdy wystawienie sobie ciemnego rozszerzenie źrenicy, a Domrich w r. 1849 zaznaczył, że wystawiając sobie jakiś bliski przedmiot powodujemy zwężenie, a przeciwnie wyobrażenie dalekiego rozszerzenie sprowadza. Autor powyższej pracy przytacza dalsze spostrzeżenia, jakie w kierunku działania psychicznego na źrenicę podjął u osób zdrowych.

I tak osobnik B. wpatrywał się w przeciwną ścianę, gdy światło gazowe umieszczano w rozmaitych miejscach poza plecami badanego. Gdy tenże wystawiał sobie w wyobraźni światło poza nim będące, źrenica zawsze zwężała się, ale zwężenie to było słabszem zrazu od zwężenia, wywołanego zwróceniem uwagi na przedmiot błyszczący w polu widzenia. Dopiero później, gdy badany nabrął większej wprawy w wyobrażaniu sobie światła, działanie źrenicy stawało się pewniejsze i silniejsze. Przytem akomodacja była już to zupełnie zwolniona przez patrzenie w dal, już to ustaloną przez patrzenie na jakiś bliższy przedmiot. Że akomodacja przytem nie odgrywa żadnej roli, albo bardzo nieznaczną, wynikałoby z innego doświadczenia, jakie P. zrobił na osobniku B. Umieściwszy po prawej jego stronie płomień, po lewej zaś surdut czarny, polecił wpatrywać się już to na punkt wyobrażony poza ścianą przeciwną, już to na punkt leżący w ścianie, już też na punkt bliższy, zawsze przytem źrenica zwężała się, gdy badany zwrócił swą uwagę na płomień, a rozszerzała się, gdy na surdut. Dalsze doświadczenia z innym osobnikiem, kontrolowane graficznie tak przez badanego, jako też badającego, osobno, by jeden o znakach drugiego nie wiedział, dawały zawsze wyniki prawie zupełnie identyczne.

Prof. Haab tłumaczy odkryty przez siebie refleks korowy (Hirnrindenreflex) w ten sposób: Z kory mózgowej przebiegają zstępujące włókna do nerwu okoruchowego, ich podrażnienie przenosi się na włókna źreniczne tegoż nerwu, podrażnienie zaś w ten sposób przechodzi do skutku, że w korze działanie jakiegoś przenosi pobudkę, przechodzącą przez włókna optyczne, na owe włókna zstępujące. Przy doświadczeniu, w tym kierunku podjętem, przechodzi podrażnienie na drodze optycznego nerwu do kory mózgowej, ale dopiero z chwilą, gdy uwagę zwrócimy na podrażnienie, płomieniem wywołane, przenosi się podrażnienie na włókna zstępujące, co zwężenie źrenicy sprowadza. Dopóki uwagi naszej na płomień nie zwrócimy, włókna te albo wcale nie, albo nieznacznie tylko podrażnione bywają.

Piltz tłumaczy powstanie ruchów źrenicy przy samych wy-

obrażeniach (Vorstellungsreflexe der Pupillen) w ten sposób, że u. p. przy wyobrażeniu światła sprawie, odbywającej się w korze mózgowej, towarzyszy podrażnienie włókien, od kory do ośrodka zwieracza źrenicy biegnących.

Doświadczenia swe streszcza autor w następujący sposób: Istnieją ruchy źrenicy, psychicznie skojarzone, a mianowicie:

A. Wpływ uwagi, zwróconej na jasne i ciemne przedmioty, znajdujące się bocznie do kierunku linii wzrokowej.

1. Zwężenie źrenicy następuje przy zwróceniu uwagi na przedmiot jasny, właściwy refleks korowy źrenicy, przez Haab'a odkryty.

2. Rozszerzenie źrenicy przy zwróceniu uwagi na przedmiot ciemny, bocznie się znajdujący.

B. Wpływ samego wyobrażenia (Vorstellungsreflexe der Pupille).

3. Zwężenie przy wyobrażeniu światła.

4. Rozszerzenie przy wyobrażeniu ciemnego przedmiotu.

W.

Przypadek zapalenia spojówki z guzkami, powstałymi skutkiem wniknięcia włosków roślinnych do tkaniny spojówkowej. Dr Ch. Markus z Getyngi (Zeitschrift f. Augenheilkunde. Lipiec. 1899).

Na spojówce powiek można było wykazać ograniczone zaczerwienienia, pęcherzyki i guzki, w których, przy bardzo dokładnem badaniu, widoczne były drobne włoski. Zagrożeniem i wydzielina mierna. Chorego leczono siarkanem miedzi, a kilku lekarzy rozpoznawało jaglicę i istotnie na spojówce chrząstkowej jednej powieki były miejsca, przedstawiające się zupełnie tak, jak zwykła brodawkowata jaglica. Kiedy autor wykazał włoski w spojówce, w guzkaach i obrzmieniach brodawkowatych, zapytał chorego, czy nie miał do czynienia z gąsienicami, których owłosienie, jak wiadomo, może spowodować podobne zmiany chorobowe w spojówce (Ophthalmia nodosa Saemisch). Badany podał, że przed 4 tygodniami młócił zboże w stodole, a przytem dostały się do oka drobne cząstki roślinne, a prawdopodobnie unoszące się w powietrzu cząstki uwłoszenia nasion roślin różnych, stanowiących przymieszkę zboża. Prof. R h u m b l e r, botanik, badał włoski drobnowidowo, nie mógł jednakże wykazać, z jakiej pochodzą rośliny. Nie ulegało jednak wątpliwości, że włoski były pochodzenia roślinnego, gdyż wykazywały bardzo silną polaryzację, podczas kiedy chitynowe uwłoszenie gąsienic nie polaryzuje światła. Widocznem tedy było, że włoski dostały się do worka spojówkowego podczas młócenia zboża. Badanie drobnowidowe wyciętych guzków wykazało, że w każdym znalazła się większa ilość włosków. Nawet w najmniejszych mieszczkach, o których

21 sądzić było można, że powstały skutkiem zadrażnienia, jak wogóle mieszkni, można było wykazać w pośrodku nagromadzonych komórek okrągłych poprzeczne przecięcia włosków. Machek.

Manifestations oculaires observées au Caire à la suite de l'influenza. Dr Sameh Bey z Kairo (>La Clinique Ophthalmologique«. Nr 15. 1899).

Wszyscy okuliści zgadzają się dziś na to, że grypa wywołuje często cierpienia oczne i to najrozmaitsze. Autor przyłącza szereg własnych spostrzeżeń, zebranych podczas epidemii tej choroby w Kairze, a uwzględnia takie tylko przypadki, gdzie zależność cierpienia ocznego od przebytej grypy nie ulegała żadnej wątpliwości. Przy wielkiej różnorodności tych grypowych chorób ocznych dały się tylko nieliczne wspólne znamiona dopatrzeć i tak: przypadłości oczne rozwijają się najczęściej w ciągu pierwszego tygodnia po wystąpieniu pierwszych objawów influenzy¹⁾; zazwyczaj dotknięte są obydwie oczy; osoby młode chore na grypę więcej są narażone na powikłania ze strony oczu, niż starsze wiekiem; kobiety, zwłaszcza nerwowe, ulegają im częściej, niż mężczyźni. Dr Sameh Bey spostrzegł: 1 przypadek obustronnego zapalenia nerwu wzrokowego, które doprowadziło do zupełnej ślepoty, 2 przypadki ostrej jaskry, 1 przypadek zapalenia tęczówki. Z chorób rogówki widział: 2 razy herpes corneae, 5 razy keratitis phlyctenulosa, 2 razy ropień rogówki, 2 razy wrzód rogówkowy. Z chorób spojówki: 3 razy mocne przekrwienie spojówki; 4 razy ostry nieżył, 9 razy conjunctivitis catarrhalis granulosa (?), 2 razy wynacznienie podspojówkowe, 2 razy chemosis conjunctivae. Dr K. W. Majewski.

O septycznej trombozie zatok jamistych. Dr William E. Bruner z Clevelandu, st. Ohio (>The ophthalmic Record«. Lipiec. 1899).

Pierwszy Knapp rozpoznawał trombozę zatok jamistych. Zdarza się ona w nich stosunkowo rzadziej, niż w innych zatokach. Zwykle sprawa z jednej zatoki przechodzi przez sinus intercavernosi na drugą stronę. Należy uważać za fakt, że z rozwojem zapalnej sprawy i na drugim oku, objawy pierwiej rozbolełego oka widocznie słabną. Knapp, Macewen, Fuchs najczęściej spotykali trombozę, powstałą wskutek zapalenia okostnej zębodołu.

Ogólne objawy, towarzyszące tej śmiertelnej chorobie, są na-

¹⁾ Nie odpowiada to naszemu doświadczeniu: u osób starszych mianowicie następstwa grypy występują w oczach często w kilka tygodni po wystąpieniu pierwszych objawów influenzy. W.

stępujące: temperatura ze znacznemi wahaniami, dreszcze, poty, wysoce śmierzdzący oddech, suchy, obłożony język, biegunka, wreszcie nie zawsze gnilne zapalenie opłucnej lub płuc.

Dr W. E. Bruner podaje klasyczny, przez siebie spostrzeżany, przypadek septycznej trombozy obydwóch zatok jamistych po przecięciu wrzodu na dziąsle i wyrwanu zęba — przypadek ciekawy nadto z tego względu, iż choroba ciągnęła się trzy tygodnie. Z przyczyn niezależnych — autopsyi nie dokonano. *Wł. T.*

Pyocetinum coeruleum, jako dyagnostyczny i terapeutyczny środek w okulistycznej praktyce. Dr W. Rudin (*»Wiestnik Oftalmologii«*. Zeszyt III. 1899).

Dr R. używał 1% roztworu pyocet. coer. w glicerynie przy ulcus serpens i przy owrzodzeniach rogówki, wywołanych obecnością ciał obcych, wkraplając w tych ostatnich przypadkach po jednej kropli codziennie na owrzodzone miejsce. Już po upływie 3 do 4 dni złejsze owrzodzenia wygajały się zupełnie. Przy ulcus serpens Dr R. wpuszczał krople od 2 do 6 razy dziennie, opaski na oko nie nakładał, z wyników był zawsze zadowolonym. Dr R. utrzymuje nawet, że w przypadkach, kiedy operacya Saemisch'a nie pomaga, należy zaufać pyocetinum coer. Przy stosowaniu tego środka tkanki pozbawione nabłonka barwiły się, w ten więc sposób najdrobniejsze skazy na rogówce lub spojówce uwidaczniają się. Stosując pyocetinę, z łatwością możemy sprawdzać, czy leczniczy środek działa bezpośrednio na miejsca dotknięte chorobą. *Wł. T.*

O szwie Kalk'a przy operacyach zaćmy. Pryw. Doc. Andogski z Petersburga (*»Wiestnik Oftalmologii«*. Z. III. 1899).

Już w 1867 roku Dr Williams z Bostonu zalecił w celu zabezpieczenia oka od infekcyi z zewnątrz sposób przekłuwania brzegów urazowej rany na rogówce nie na wylot, lecz przez górne tylko warstwy. Dr Williams pierwszy zaczął stosować szwy rogówkowe przy operacyach zaćmy, jednak, mimo zachęty autora, sposób jego popadł w zapomnienie. Dziś, kiedy, n. p. we Francyi, usunięcie zaćmy przez cięcie linijne obwodowe (metoda Graefe'go) rzadziej bywa dokonywanem, aniżeli usunięcie przez cięcie pławowe — francuscy koledzy otrzymują stosunkowo częstsze wypadnięcia tęczówki, więc starają się obmyślić sposoby, zapobiegające niemiłemu powikłaniu. Sposób Suarez de Mendoza (1888) polega na tem, że bezpośrednio przed operacyą wydalania zaćmy operator wyłabia specjalnym nożykiem na rogówce w okolicy rąbka spojówkowego jamkę długości około 5 mm., zajmującą przestrzeń równą $\frac{2}{3}$ grubości rogówki. Jamka owa służy do nałożenia dwóch

szwów, które po wydobyciu zaćmy (środek cięcia na obwodzie rogówki przejść powinien przez dno jamki i nie uszkodzić nitek) związują się i dopiero na 5—10 dnia usunięte być powinny. — O wiele praktyczniej obmyślił swój sposób paryski okulista Kalt, który po desinfekcyi i kokainizacyi oka wkłuwa cieniutką igielkę, nawleczoną cienkim, lecz mocnym jedwabiem w sam miąższ rogówki w kierunku średnicy pionowej około 1—1½ mm. poniżej rąbka spojówkowego i wykłuwa ją tuż przed lamówką. Następnie Kalt wyżej ponad rąbkem wkłuwa znów igielkę w tkankę przytwardówkową i, zaczepiwszy o górne warstwy twardówki, wyprowadza igielkę z powrotem. Cięcie przy wydobyciu zaćmy Kalt prowadzi w ten sposób, aby środek cięcia wypadł ściśle między obu tymi szwami. Po ekstrakcyi operator zawiązuje szwy, obcina krótko i pozostawia je w oku około sześciu do dziesięciu dni. Szwy nakładac na rogówce lub wyżej rąbka można i w kierunku poziomym. Cały ten rękoczyn przedłuża operacyę wydobycia zaćmy o jaką 1 do 3 minut czasu i, nie wywołując najmniejszego urazu, lub podrażnienia oka, posiada, według Kalta, który już setki razy operował w ten sposób, następujące dwie zalety: najpierw chory może nie leżeć w łóżku po operacyi, po drugie procent wypadnięć tęczywki znakomicie się zmniejsza. Niewielka łamliwość rogówki około szwów znika sama przez się już na drugi lub trzeci dzień po operacyi, po zdjęciu szwów pozostają na miejscu zakłucia igielki ledwie dostrzegalne blizny, nałożenie szwów nie zwiększa niezborności pooperacyjnej. — W końcu Dr Andoński czyni krytyczny rzut oka na słosowany larga manu przez Kalta sposób i uważa go za najlepszy z pomiędzy wielu innych, sądzi jednak, że postęp operacyjnej techniki polegać winien nie na wprowadzaniu zbyt ciężnego balastu, lecz na wydoskonaleniu istniejącej metody. Na zasadzie teoretycznych rozumowań i własnych spostrzeżeń Dr And. twierdzi, iż sposób Kalta znaleźć powinien zastosowanie w następujących razach: przy operacyi zaćm kredowych, zwichniętych, wskutek jaskry powstałych, kiedy pacjent zachowuje się wyjątkowo niespokojnie, kiedy oczekiwać można nienależytego spojenia brzegów rany, przy wycinaniu kawałków rogówki dla usunięcia jej słizkowatości lub błabistości, i wreszcie przy częściowych garbeach rogówki lub wielkich zeszarałych wypadnięciach tęczywki po operacyi wydobycia zaćmy.

Włodz. Talko.

Nowy sposób operowania opadnięcia górnej powieki.

Dr Koster (*Zeitschrift f. Augenheilkunde*, Czerwiec. 1899).

Obecnie używane sposoby operowania opadniętej górnej powieki, obmyślane przez Panas'a i Pagenstecher'a, pozostawiają

najczęściej wiele do zyczenia. Operacya Panasa'a pozostawia bliźnę, a załamek pod górnym brzegiem oczodołu wygląda inaczej, niż na oku zdrowym, co szczególnie szpeci, jeżeli jednostronnie operowano. Po dobrze wreszcie wykonanej nitkowej operacyi Pagenstecher'a, wygląd oka bywa wprawdzie lepszy, lecz w krótkim czasie bliźny nowo wytworzone ulegają wzdęciu, a powieka ponownie opada. Koster spostrzegł, że efekt operacyi tylko tak długo jest trwały, dopokąd nitki tkwią w tkaninie powiekowej. To spostrzeżenie nasunęło myśl pozostawienia nitki w powiece. W tym celu przeprowadził nitki, naturalnie ściśle aseptyczne, tak przez powiekę, aby się znalazły w całości pod skórą. Odsyłając czytelnika co do szczegółów przeprowadzenia operacyi do oryginału, wspomnę tylko, że zakłada dwie nitki, z których jedna podnosi nosową połowę górnej powieki, druga zaś skroniową. Aby guz nitki znalazł się pod skórą, nacina skórę nad brwią w długości 2 mm. Autor podaje, że w 2 przypadkach, które już 2 lata spostrzega, wynik dotąd jest zadowalniający. W lwowskiej klinice okulistycznej wykonano w trzech przypadkach tę operacyę z dobrym skutkiem. Ropienia nie było, bolesność przy dotyku ustąpiła za dni kilka, niezapalne obrzęknięcie trwało czas dłuższy. Czy nitki stale się utrzymują, czy się nie przerwą, dopiero dalsze spostrzeganie wykaże. W każdym razie myśl Koster'a pozostawienia aseptycznych nitki pod skórą powieki może znaleźć także zastosowanie w przypadkach odwinięcia i podwinięcia powiek.

Machek.

Beitrag zur Nachstar-Operation. Dr G. Levinsohn z Berlina («Centrablatt f. Augenheilk.» Lipiec. 1899).

Obecność lub brak przedniej komory ma wielkie znaczenie przy operacyi zaćmy wtórzędnej. Operacya ta staje się o wiele trudniejszą i wymaga znacznie troskliwszego leczenia następowego, gdy przednia komora zostanie otwartą i ciecz wodna odpłynie, a dzieje się to, gdy chcemy rozciąć zaćmioną torebkę nożyczkami i w celu łatwiejszego ich wprowadzenia wykonywamy szersze cięcia w rogówce. Wtedy też niebezpieczeństwo wypływu ciała szklanego jest wielkie. Dlatego chętniej używamy do dyscyzji igiełki Bowman'a lub nożyka Knapp'owskiego, bo instrumenta te przedniej komory nie opróżniają. Ale działanie igiełki lub nożyka nigdy nie jest tak pewne, jak działanie nożyczek. Sprężysta błonka uchyla się nieraz przed igiełką daleko w głąb ciała szklanego, które potem po przebicciu torebki doznaje obrażenia.

Dr Levinsohn obmyślił sposób operacyjny, który ma łączyć w sobie zalety sposobów wyżej wymienionych, a nie posiada ich wad. Do wykonania swej operacyi używa on nożyczek, sporządza-

nych na wzór Wecker'owskich *pince-ciseaux*; różnią się jednak od nich przedewszystkiem tem, że ramiona ich są obosieczne, t. j. nie tylko od wewnątrz, ale także od zewnątrz ostrzone, prócz tego są nieco krótsze od Wecker'owskich i bardzo wąskie tak, że, gdy są zamknięte, przedstawiają się, jak nieco grubsza igła. Nożyczki te w stanie zamkniętym wbija się przez rogówkę w niewielkiej odległości od rąbka spojówkowego do przedniej komory i zagłębia się je aż po sam zamek. Długość ich jest tak dobrana, że wtedy ostry ich koniec przebija torebkę. W tej chwili należy nożyczki otworzyć, przez co ostrza ich na zewnątrz zwrócone rozetną błonę zaćmową. Przednia komórka nie wypróżnia się przytem, bo zamek instrumentu zatyka dostatecznie otwór w rogówce, a otwór ten nie rozszerzy się nawet przy otwieraniu nożyczek właśnie dlatego, że w nim tkwi spojenie ramion tnących. W razie, jeżeli błona zaćmiona jest tak mocną i grubą, że zewnętrzne ostrza nożyczek rozciąć jej nie mogą, wysuwa się nożyczki cokolwiek, otwiera się je i przebija jednym z ramion torebkę, która się dostaje wskutek tego między wewnętrzne ostrza i może być w zwykły sposób rozcięta. —

Autor użył dotychczas tego sposobu tylko dwa razy i to z dobrym skutkiem, ponieważ jednak rozporządza bardzo szczupłym materiałem operacyjnym, przeto długo by musiał czekać, zanimby mógł oprzeć swój sąd o wartości¹⁾ tego zabiegu na dość wielkiej liczbie przypadków. Ta okoliczność skłoniła go do wczesnego ogłoszenia swego pomysłu i oddania go operatorom do oceny.

Dr. K. W. Majewski.

Nouveau procédé opératoire pour l'épicanthie. E. Berger et Robert Loevy. (»Revue illustrée politechnique médicale et chirurgicale« . Nr 1. 1899.

W czasopiśmie powyższem znajdujemy w rubryce »Technique ophthalmologique« w kilku słowach skrócone postępowanie operacyjne przeciw zmarszczce nąkątnej, wiele podobne do sposobu, przez nas od kilku lat stosowanego, a opisanego w lipcowym zeszycie »Postępu«.

Różnica nieznaczna polega na tem, że autorowie wychodzą z dwóch punktów, ponad sobą stojących, a dalej od tychże punktów wyprowadzają dwa drugie cięcia, więcej ku nosowi zwrócone, gdy my wychodzimy z punktu przy nosie na linii przedłużonej szpary. Cel i skutek w obu razach niewątpliwie ten sam, lubo, według naszego mniemania, przy postępowaniu naszym w ciągu

¹⁾ Dla nas jest ona co najmniej wątpliwa. Cienkie zaćmy bowiem bardzo dobrze nożykiem Knappa przeciąć można, grubsze powinny być wydobyte.

operowania wielkość płata, mającego być wyciętym, lepiej i łatwiej da się, stosownie do potrzeby, wykreślić. —

Autorowie dodają, że można by tak samo stosować wycięcia półksiężycowe lub eliptyczne z wielką osią, równoległą do wielkiej osi zmarszczki nakątnej. Według naszego atoli doświadczenia postać płata naszym, a także »Berger'a i Loew'e'go« sposobem wykreślonego, daleko lepsze daje wyniki. H.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Académie de Médecine. Posiedzenie dnia 23 maja 1899 r. *Sympathectomia.*

F. Frank doświadczał fizyologicznego działania tej operacyi na krążenie mózgowe, gruczołu tarczycowego, oka, serca i dochodzi do następujących wniosków: część szyjowa współzulnego nerwu ma działanie wpychające na gałkę i to wskutek wpływu na mięsień Myller'a. Nerw ten działa na wśródoczne krążenie i rozszerzająco na naczynia; przecięcie nerwu obniża napięcie wśródgałkowe i z korzyścią może być wyzyskane przeciw jaskrze. Współzulny nerw szyi nie rozszerza, lecz zwęża naczynia gruczołu tarczycowego; jego przecięcie przyczynia się, obok porażennego rozszerzenia naczyń, do czynnej kongestyi wysadzonej gałki.

Rozszerzacze naczyń dla gruczołu tarczycowego zawarte są w nerwach krtaniowych (nervi laryngei), zwłaszcza w górnym, który nie może być przeciętym.

Nie ulega wątpliwości, że nerw współzulny ma wpływ ściągający na naczynia mózgu, dlatego przecięcie tegoż musi podniecająco na krążenie krwi oddziaływać, stąd korzystny wpływ tej operacyi na padaczkę i chorobę Basedo'w'a jest wątpliwy. Nerwy, przyspieszające uderzanie serca, pochodzą przeważnie z górnej części piersiowej nerwu współzulnego, tak, że stłumienie ich działania nastąpić tylko może przy reseceyi zupełnie całkowitej. Cały nerw współzulny przenosi przez dośrodkowe nerwy na rdzeń pachyżowy i przedłużony podniety, od serca i aorty pochodzące. Dlatego logicznie można wnioskować, że przecięcie współzulnego nerwu tak samo przyczynia się do przytłumienia zbytnich podniety serca i aorty ku środkom, jako też dośrodkowych wpływów na gruczoł tarczycowy, mózg i serce. Podrażnienie serca i aorty może, tak samo jak podrażnienie współzulnego nerwu, wywołać szereg zaburzeń krążenia, które przypominają obraz choroby Basedo'w'a, włącznie roz-

szerzenia naczyń gruczołu tarczycowego. Dlatego można by wykonać przecięcie całego nerwu w ciężkich postaciach zwrotnych, które od aorty biorą swój początek. (Według »Muenchener Med. Wschrift«. Nr. 25. 99). W.

2. IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie. (Głag dalszy).

Schirmer z Gryfy: *O zakaźnych zapaleniach dobrobilnych ciała rzęskowego, występujących po operacji zaćmy.*

Prelegent wspomina o zapaleniach tęczówki i tęczówko-rzęskowych, które po operacjach przez tydzień, a nawet miesiące trwają, mają zaś typ zapalenia surowiczego. Rozpoczynają się zazwyczaj w 10—12 dni po operacji, a trwają kilka tygodni, ustępując zastosowaniu atropiny, ciepłych okładów, salicylu i środków napoitych. Stwierdzono, że przyczyną tych zapaleń było niewłaściwe przygotowanie roztworu 3% kwasu borowego i to za pomocą zwyczajnej wody wodociągowej nieprzetworzonej. Odkład powód odkryto i złemu zaradono, zapalenia te więcej się nie powtarzały. —

Na zapytanie prof. Uthoffa, czy robiono badania bakteriologiczne, odpowiada Sch., że takowe dały wynik ujemny.

Straub: *Przyczynek do zapalenia ciała rzęskowego.*

Przyjęcie t. zw. hyalitis, czyli zapalenia ciała szklistego, nie jest nowym pomysłem. Nazwa ta zniknęła z naszych podręczników okulistycznych, a autor sądzi, że byłoby rzeczą korzystną powrócić do tej sprawy i odróżnić hyalitis od cyklitis, z którą szkoła anatomiczna to zapalenie mięsza.

Gdy do ciała szklistego królika zastrzykujemy drobnoustroje, widzimy, jak powstaje wysięk do ciała szklistego, a zarazem wysięk włóknisty w źrenicy. Tęczówka przyczepia się do soczewki i ku przodowi wypycha się. Napięcie wśródgałkowe wzmagą się. Później ciało szkliste odczepia się, i tworzy się hypopyon w przedniej komórce, rogówka zniechęca się, widzimy powstające na niej naczynia, a wkońcu gałka mięknie i zanika.

U człowieka możemy zupełnie podobne spostrzegać objawy po ranach przenikających, po zakażeniach w następstwie operacji, a także przy zakażeniach wśródorganizmowych. Cały obraz kliniczny nie różni się niczem od tego, co widzimy u królika. Jedyne waskularyzacja rogówki rzadko zachodzi. Względnie do nasilenia objawów podzielić można kliniczne przypadki na trzy kategorie, a mianowicie: przypadki lekkie, średnie i ciężkie. W lekkich przypadkach wyzdrowienie nastąpić może w 3—4 tygodniach. W przypadkach średnich nierzadko spotykamy się z wzmożonym napięciem, co jest korzystnym wpływem działania atropiny. Nareszcie w ciężkich przy-

padkach obraz kliniczny równa się zapaleniu całej gałki, a natenczas wyłuszczenie gałki bywa wskazanem. — Rozróżnianie hyalitis i euklitis purulenta nie ma praktycznego znaczenia.

Schmidt-Rimpler zauważa, że istnienie zapalenia ciała szklanego nie ulega żadnej wątpliwości, a sam wykazał, że przez zastryknięcie łez do ciała szklanego przez rogówkę, po poprzedniem usunięciu soczewki, otrzymujemy zapalenie tegoż ciała. Z drugiej strony odróżnianie przez Straub'a zapalenia ciała szklanego od zapalenia ciała rzeszkowego zdaje się być przesadzonem, gdyż prawie zawsze oba zapalenia są zespolone.

Schoen z Lipska: *O zapaleniu twardówki w stosunku do krótkowzroczności.*

Po wyłożeniu teorii o zapaleniu tylnej twardówki, czyli twardówko-naczyniówki, uważanem, już to jako zapalenie swoiste, już też jako wynik ciągnięcia, zaznacza Sch., że niema czystych zapaleń twardówki, ale zawsze zachodzi przytem mniej więcej silny wysięk naczyniówki, pigmentowanie, przyczepy. Jeżeli do tego przystąpi silniejsze zapalenie naczyniówki, natenczas krótkowzroczność i jej powikłania wzmagają się.

Także ogólne warunki, które sprzyjają zapaleniu naczyniówki, jak gościec, pomieszkania wilgotne, praca w niekorzystnych warunkach, są głównymi czynnikami, wzmagającymi zapalenie twardówko-naczyniówkowe, wklajające krótkowzroczność.

Haab z Zurychu: *O odkażaniu wśródocznem.*

H. zwraca uwagę na trudność zwalczania zakażeń ocznych. Zastrykiwania sublimatu nie dają wyników dobrych i dlatego szukałem w innym kierunku lepszych wyników. Ostwald poleca, polegając na doświadczeniach, na zwierzętach podjętych, jodoform. Już przedtem miałem sposobność zastosowywać ten środek wśródocześnie. W trzech przypadkach gruźlicy tęczówkowej wprowadziłem trójgranicem jodoform sproszkowany do przedniej komórki. Wynik był dość pomyślny, ale co mnie bardzo zadziwiło, to nieznaczny bardzo odczyn, wywołany tym rękoczynem, a dalej powolność wessania środka. To mi dało pochoch do próbowania tego środka przy ropnych zapaleniach tęczówkowych, już to w następstwie urazu, już też przy operacji występujących. Małeńkie, ściśnione wałeczki żelatynowe, odkażone, wprowadzałem do ran septycznych. Przednia komórka znosi je bardzo dobrze, a dość długo trwa, zanim one wessane zostają. W dwóch przypadkach panophthalmitis miałem to wrażenie, że przez wczesne stosowanie środka rozwój choroby wstrzymałem. W ropieniu ciała szklanego otrzymywałem również dobre wyniki. Nie chcę twierdzić, by przez to wzrok bywał ocalanym, ale można było wstrzymać się od wyłuszczenia gałki i później zastosować sztu-

czne oko. W przypadku ciężkim wrzodu pelzającego rogówki skutku nie było żadnego. Wogóle wyniki, otrzymywane przeze mnie u człowieka, odpowiadają temu, co Ostwald osiągnął u zwierząt. Może będzie można przez ten środek zapobiedz zapaleniom współzycznym.

Silex: Wiadomo, że nieraż już przez samo nakłucie rogówki otrzymujemy dobre wyniki. Wiemy dalej z doświadczeń bakteriologicznych, że skutku bakteriobójczego jodoformu nie posiada prawie wcale. Czy w danych przypadkach chodziło o prawdziwą gruźlicę, czyli też o rzekomą?

Wieherkiewicz: nie wątpi o korzystnym wpływie jodoformu w niektórych razach na sprawy ropne. Przeciw zapaleniu całej gałki (panophthalmitis) stosował w kilku przypadkach wstrzykiwania wśródgałkowe protargolu 2 do 5% z dobrym skutkiem. Ból i objawy zapalne ustępowały bardzo szybko, na co nawet sami chorzy zwracali uwagę, a prawdopodobnie uda się przez takie postępowanie zapobiedz wyluszczeniom gałki lub następstwom zapalenia na drugie oko.

Schmidt-Rimpler: Nie można zapoznawać skuteczności jodoformu, a przypominam sobie przypadek zupełnego wyleczenia gruźlicy spojówko-powiekowej przez jodoform.

Haab: W owych trzech przypadkach gruźliczych natura cierpienia stwierdzoną była albo przez wszczepienie albo badanie bakteriologiczne.

Andr. Critchett z Londynu: *Najnowszy postęp w leczeniu stożka rogówkowego.*

Crit., krytykując dotychczasowe postępowanie przez przypalenie żegadłem galwanicznym wierzchołka stożkowego, podaje swój własny sposób, polegający na tem, że galwanokauter mało rozżarzony trzyma w pewnej odległości od stożka. Stara się więc przyżegać, ale nie wnikać głęboko w tkankę rogówkową. Następnie — powiada prelegent — cienką igłą, mocno rozpaloną, na samym wierzchołku stożka wglębianie wykonywałem, docierając aż do błony Descemet'a. Gojenie bywa bardzo szybkie i zupełnie bezbolesne. W ten sposób operowałem 12 przypadków, a wyniki były tak zadawalniające, że przed trzema laty zachęciłem kolegów do przyjęcia tej zmiany operacyjnej, dającej niezaprzeczalne korzyści. Pod wpływem blizny rogówka przypłaszcza się, a wynik jest bardzo zadawalniający. W pasie, w którym tylko powierzchowne warstwy były przypalone, rogówka odzyskuje poprzednią przezroczystość, a na dwanaście przypadków operowanych, tylko w trzech potrzebowałem uciecie się do irydektomii. Poprawa wzroku zależną jest od wielu okoliczności, ale występuje we wszystkich przypadkach, lubo w rozmaitym stopniu.

C. d. n.

H.

IV. NOWE KSIĄŻKI.

Kuhnt: *Ueber die Verwendbarkeit der Bindehaut in der pract. u. operativen Augenheilkunde.* — Wiesbaden. J. Bergmann. 1899.

Jeszcze jako asystent Becker'a, począł autor w niektórych razach spojówkę stosować do pokrycia wypadniętej tęczęwki, a na tej drodze dalej postępując, doszedł do cennych wyników, które dowodzą, zdaniem autora, że materiałem tym możemy się często z korzyścią posługiwać w przypadkach nieraz rozpaczliwych. — Przypadki, nadające się do odnośnych operacji, dzieli autor na trzy rodzaje:

1. Ubytek tkanki rogówki i twardówki. Tu przemieszcza się sąsiednią spojówkę dla kerato-, względnie skleroplastyki.

2. Wypadnięcie tęczęwki, albo tworzenie się garbca. Spojówka przesunięta może w sposób skuteczny ochronić część gałki ocznej.

3. Spojówka od dość dawna bywa użytkowywaną dla ochrony rany urazowej lub operacyjnej.

I. W pierwszym rzędzie przypadków, mianowicie po ubytkach wskutek nowotworów, — zwłaszcza, gdy plastyka wykonana dla wrzodów rogówkowych, gojenie następuje szybko, wrzód oczyszcza się, a równocześnie zapobiega się przekłuciu rogówki. Po dokonaniem zagojeniu tworzy się blizna »przezroczysta«. Gdy rogówka odtworzy się, płat spojówkowy cofa się. Skoro spód wrzodu jest bardzo cienki, trzeba się zadawałniać oczyszczeniem go jedynie pędzelkiem i słabym zroszeniem sublimatowem. Zużytkowywa się jeden lub dwa płaty z mostkiem lub bez niego, stosownie do położenia wrzodu. Płaty o jednym moście są wskazane przy wrzodach obwodowych, przy środkowych zaś o podwójnych mostkach. Płat bez mostu stosujemy, gdy nie ma już sklepienia, a można też użytkować płat spojówkowy z innego osobnika. Po bliższe szczegóły, dotyczące techniki, odsyłamy czytelnika do oryginału.

II. Ważnem jest stosowanie plastyki spojówkowej dla leczenia wypadnięcia tęczęwkowego. Skoro rogówka w całej grubości zniszczoną została, winny płaty spojówkowe zawierać dużo tkanki podspojówkowej. W przypadkach wypadnięcia tęczęwki unika się wytworzenia przedniego zrostu (?) przez płat o dwóch podstawach. Skoro znaczne jest wkleszczenie tęczęwki, trzeba wypadniętą część odciąć, gdyż plastyka nie wystarczyłaby, a wytworzenie blizny częściowo z tęczęwki byłoby wadliwe. Gdy sprawa jest już zadawnioną, trzeba powierzchnię odświeżyć przez ostrożne zeszkobanie.

W bardzo rozległych przypadkach winno się poprzednio zrobić irydektomię, aby na długo obniżyć napięcie gałki.

Przetoki rogówkowe nadają się także do leczenia tym sposobem. Gdy są zbyt przedłużone, wycina się trepanem stosowne części przetokę obejmujące i wciśka rogówkę królika, którą się przytwierdza spojówkowym płatem.

W tenże sposób leczy autor także stare blizny rogówkowe, mające skłonność do wydymania się.

III. Spojówka w urazach: Powierzehowne urazy rogówki i twardówki goją się lepiej, gdy je ochraniaamy przed zakażeniem płatem spojówkowym. Przy ranach przenikających pokrycie spojówkowe zabezpieczy przed zarażeniem, a także mechanicznie do zagojenia przyczynia się.

IV. W końcu omawia autor korzyści płata spojówkowego podczas operacyi i po nich, n. p. po zaćmowej operacyi. Płat taki chroni ranę u osób, mających rozedniętę płuc, osób nerwowych i mających przewód łzowy zajęty chorobowo. H.

Sprawozdanie wojskowego szpitala w Tyflisie o liczbie chorych na oczy od 1892 do 1897 r. włącznie. Dr Tarkowski, zarządzający ocznym oddziałem (Brozura. Str. 21).

Jakkolwiek opieka cesarzowej Maryi otworzyła w Tyflisie d. 24 listopada st. st. 1892 r. lecznicę dla chorych na oczy, to jednak rocznie do 300 chorych z ludności miejscowej szuka w szpitalu wojskowym porady. Liczba ambulatoryjnych chorych dosięgła w przeciągu sześciu lat 3012 (w tej liczbie cywilnych 1517), ze stałej pomocy lekarskiej korzystało 2855 (w tej liczbie cywilnych 74), procent więc niewojskowych wynosił 27,1, rekrutowali się oni nie tylko z Tyflisu, ale nawet z odległych stron Kaukazu. W szpitalu tyfliskim dokonano w przeciągu sześcioletniego okresu 1212 operacyi, co po zestawieniu z ogólną statystyką operacyi ocznych, dokonanych w tym czasie we wszystkich szpitalach wojskowych cesarstwa, wynosi prawie $\frac{1}{5}$ część. Operowali przeważnie okulista okręgowy Lari on o w i autor sprawozdania, Dr Tarkowski.

Z tabelki, w której rozklasyfikowano choroby oczu, rzuca się w oczy stosunkowo niewielka liczba zaćm dojrzałych (75), na stosunkowo małą liczbę katarakt zwracał już przed 30 laty uwagę Dr J. Talko. Na ogólną liczbę chorych, t. j. 5867, spostrzegano raz fibroma corneae, raz echinococcus w oczodole i raz tylko włókna rdzeniowe nerwu wzrokowego w siatkówce. Wł. T.

V. ROZMAITOŚCI.

Kurcze, a wady rozwoju tęczówki. Griffith opisuje dwa spostrzeżenia, dotyczące rodzeństwa, brata i siostry, którzy mieli w pierwszej młodości kurcze. U obu stwierdzić było można braki w rozwoju brzoğu tęczówkowego, a nadto soczewki zwichnięto były ku górze. U chłopca stwierdzono przytem zaćmę przednią błogunową. — (Trans. ophthalm. Soc. XVIII., p. 190 i 191).

Cystę kanału szklistego opisuje Thomson u kobiety w łowem oku, którego wzrok wynosił tylko 6/60. Cysta ta znajdowała się zaraz poza soczewką, była przezroczystą i przechodziła ku tyłowi w krótkie przedłużenie lejkowate. *HZ.*

Charkowskie Towarzystwo Dobroczynności utrzymywało w pobliżu miasta kolonię dla jaglicowych. Utrzymanie to kosztowało 400 rubli. Na 26 dzieci tamże leczonych wyzdrowiało 20. *Ż. T.*

Redakcyja otrzymała następujące pismo:

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w przyszłym roku w Krakowie, odbył w d. 20 b. m. posiedzenie, na którym uchwalono przedłużyć Zjazd poza pierwotnie zakreślony czas 4-dniowy jeszcze na środę 25 lipca 1900 r., a to w tym celu, aby uzyskać we wtorek popołudniu czas na zbiorowe posiedzenie, poświęcone obradom nad sprawą gruźlicy, jako kwestyą pierwszorzędnej doniosłości naukowej i społecznej. Pomysł skupienia wszystkich sekcyj dla narad nad tą sprawą wyszedł od Sekcyi Zakopiańskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z inicjatywy Dra T. Janiszewskiego, lekarza Stacji klimatycznej w Zakopanem. To zbiorowe posiedzenie nie wyklucza dokładnych dyskusyj nad rozmaitemi zagadnieniami, dotyczącemi gruźlicy, w każdej z sekcyj lekarskich Zjazdu. Nadto na pierwszym ogólnem posiedzeniu Zjazdu wygłoszony będzie przez jedną z polskich znakomości lekarskich wykład, obejmujący obecny stan nauki o gruźlicy i jej zwalczaniu przez społeczeństwo.

Oba ogólne posiedzenia Zjazdu uświetnione będą nadto wykładami dwóch najbliższych dziesiąt naszych uczonych, t. j. Prof. Hoyera z Warszawy i Prof. Nenckiego z Petersburga, którzy już przychyliłi się pod tym względem do prośby Komitetu.

Liczba sekcyj naukowych Zjazdu powiększyła się o sekcję dentyścyczną, której gospodarzem będzie Doc. Dr. Łepkowski (Kraków, ul. Straszewskiego). Nadto sekcya techniczna Zjazdu, której organizacyą zajmują się z ramienia Towarz. Techn. Krak. i Komitetu Zjazdu Dyrektor Ingarden i prof. Steingraber, podzielił się prawdopodobnie wskutek spodziewanego napływu uczestników na kilka grup, obradujących odrębnie. We wszystkich innych sekcjach prace przygotowawcze są w pełnym toku, a z d. 1 grudnia będą już oznaczone wszystkie główne tematy obrad w każdej sekcyi i ogłoszone nazwiska uproszonych referentów, z którymi toczą się obecnie rokowania.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:**
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyja 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyja uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcyja.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACIEKA WE LWOWIE, DRA MITVAŁSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad

—+— ROKNIK PIERWSZY —+—

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Jeszcze słówko o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce.

II.

Napisał

DR JÓZEF TALKO.

Na str. 275 lipcowego zeszytu »Postępu Okulistycznego« w moim artykule znajduję przypisek Redakcyi: »Gdzie, kiedy?« O nieprawidłowym stanie ośrodków nerwowych, osobliwie idyotycznie, przy tej wadzie rozwojowej oka wspomina przytaczany przezemnie Abelsdorff, opierając się na twierdzeniu W. Manza¹⁾.

Zaciekawiony tą sprawą, zwróciłem się z zapytaniem do prof. W. Manza, który łaskawie nadesłał mi swoją pracę,

¹⁾ Sprawozdanie Hejdelberskiego oftalmicznego Towarzystwa z roku 1898 (Wiesbaden, 1899, stronica 269).

ogłoszoną niedawno drukiem ¹⁾). Daleki od tego, żeby w każdym przypadku tej nieprawidłowości widzieć łączność jej z nieprawidłowym stanem nerwowego ustroju, autor opisuje własne anatomiczne badanie podobnych siatkówek, wziętych z oczu trzech idiotów. »Mein specielles Interesse für diesen Befund ist nun schon seit längerer Zeit durch einen besonderen, oben berührten Umstand erregt worden nämlich durch das auffalend häufige Vorkommen desselben bei Personen, deren centrales Nervensystem einen abnormen Zustand verräth, besonders bei Idioten«.

Po stwardnieniu gałek w płynie Myllera, M. rozcinał je pionowo przez wejście nerwu wzrokowego i skrawki zabarwiał albo osmowym kwasem, albo też haematoksyliną (płynem Kulezyckiego). Błękitne zabarwienie włókien na preparatach uwidocznia się w nerwie wzrokowym i w siatkówce, nie widać go w lamina cribrosa, którą nazywa baryerą dla włókien rdzeniowych. Rdzeniowe włókna w siatkówce przecięciowo są grubsze od bezrdzennych, a nawet są od nich grubsze w pniu nerwu wzrokowego; usiane są wrzecionowatej postaci rozszerzeniami i zawierają błyszczące kulki, mniej podobne do jąder, a więcej do zastygłej kropli, powleczonej cienką warstwą rdzenia. Kulki te nie mają nic wspólnego z corpora amylacea, znajduwanymi w zanikających nerwach wzrokowych (Leber, Treitel).

Niektórzy do dziś dnia nie są jeszcze pewni, czy podobna nieprawidłowość siatkówki bywa wrodzoną i postępującą, czy też rozwija się u dorosłych. Na przykład dotąd nikt nie spostrzegł takowej u małych dzieci, z wyjątkiem Mauthner'a, który ją widział (1868 r.) u dwóch małych sióstr. H. Mueller, wspominając o tej wadzie siatkówki zwierzał, widzi w niej »Art Excess eines normalen Vorganges, mag das Vordringen über die Lamina cribrosa vor oder nach der Geburt geschehen«.

¹⁾ Ueber markhaltige Nervenfasern in der menschlichen Netzhaut, z dwiema chromolitogr. tablicami, odbitka z Archiv f. Augenheil. Bd. 29. 3 Heft.

Schweigger powiada (r. 1864), że to nierozstrzygnięte, czy wada ta jest wrodzona, czy też rozwija się *post partum*.

Prof. Manz stanowczo twierdzi, że rozpromienienie włókien w siatkówce jest wadą niepostępującą i wrodzoną: obraz oftalmoskopowy jest zawsze stały i niezmienny u podobnych osobników, jasno odgraniczony od sąsiednich prawidłowych części, wolny od wszelkich anatomo-patologicznych zmian w głębi oczu.

Nie od rzeczy będzie dodać tu kilka słów z organologii Leuckarta¹⁾. U ryb (Leydig) i ptaków (Schultze) w wielu razach pozostaje w siatkówce myelinowa istota włókien nerwowych, ale w postaci tak cienkiej warstwy, że nie zmienia wcale wyglądu tej błony.

U wielu ssących (n. p. z grupy przeżuwających i gryzoniów) zanikają myelinowe błony na niektórych miejscach dopiero po przejściu przez twardówkę (lam. cribrosa), tak, że je jeszcze widzieć można wokoło tarczy nerwowej w postaci wysypek, plamek. U zajęcy włókna te, podobnie, jak i u królika, rozchodzą się w prawo i w lewo, wpoprzek siatkówki, co już opisał Zinn w zeszłym stuleciu.

A. Schwalbe w swej mikroskopowej anatomii oka²⁾, wspomniawszy o oftalmoskopowych rysunkach tej nieprawidłowości, której po raz pierwszy dowiódł anatomicznie Virchow (1856 r.), a którą następnie badali: Beckmann, v. Recklinghausen i inni, powiada, że H. Mueller widział ją u wołów i psów, przyczem rdzeń białych plam siatkówki nie miał łączności (Continuität) z rdzeniem pnia nerwu wzrokowego, to jest, że w lamina cribrosa były bezrdzeniowe włókna. Widzieć to można na zabarwionych preparatach Manz'a w powyższej jego pracy. U zajęcy zaś i królików widzimy skrzydlasto rozchodzące się włókna w siatkówce, w których rdzeń łączy się bezpośrednio z takowym nerwu wzrokowego.

¹⁾ p. Zbiorowe dzieło Saemisch-Graefe'go, str. 246—247.

²⁾ p. Zbiorowe dzieło Saemisch-Graefe'go, str. 377—378.

Dość rozszerzone są te włókna w siatkówce ryb (Leydig, H. Mueller), ale nie w postaci wybitnie białych plam, lecz białawych znieżeń, osobliwie u jesiotra, węgorza, u płagiosomów. Znajdują je i u ptaków.

Schultze przekonał się, że nawet pod silnie rozwiniętymi włóknami u królików znajdują się rozwinięte warstwy czopków i pręcików, a więc perceptio lucis i tu ma miejsce. U ryb miejsca te są tak przezroczyste, że prawdopodobnie nie przeszkadzają widzeniu. Powiększenie plamki Mariotte'a u takich ludzi głównie zależy — jak słusznie twierdzi Manz — od grubości warstwy rdzeniowych włókien w sąsiedztwie tarczy wzrokowej, a przez które przejście promieni światła do percepcyjnych części siatkówki mniej lub więcej bywa utrudnionem, lecz nigdy zupełnie wstrzymanem.

W poprzednim artykule moim potrąciłem pytanie: jak częstą bywa ta nieprawidłowość u ludzi?

Przeglądając wielką liczbę sprawozdań z zakładów ocznych, znalazłem — powiada Manz — tę nieprawidłowość tylko 154 razy. Tak mała liczba pochodzi stąd, że nie każdego z naszych chorych poddajemy wziernikowaniu.

Prof. Manz corocznie w swej klinice (Freiburg w Baden) znajduje po kilka takich wypadków. »Auffalend bleibt immerhin die relativ grosse Zahl solcher Patienten, wie sie mir unter den psychisch und neurosisch belasteten Insassen unserer Siechenanstalt begegnet ist«.

Pozwalam sobie zrobić tu wyciąg z kilku świeżych sprawozdań oftalmicznych:

Prof. Adamuk w Kazaniu spostrzegał tę wadę raz na 1000 chorych¹⁾.

Na 3012 ambulatoryjnych chorych w Tyflisie zapisano fibrae myelineae raz²⁾.

¹⁾ Boleźni Światooszczuszeczajuszczaho apparata blaza (Cz. I, 1897, str. 99).

²⁾ Dr Tarkowski, 10-te okulistyczne sprawozdanie za lata od 1892—1897 r. (Tyflis, 1899).

Dr P. Wadzyński, okręgowy okulista w Wilnie, w ostatnim sprawozdaniu na 1050 badanych popisowych zapisał tę wadę aż 9 razy — u jednego w obu oczach, u trzech w prawem, u pięciu w lewym oku; wszyscy okazywali prawidłowy V. W poprzednim jego sprawozdaniu (1892 r.) na 1064 badanych, z myelinowemi włóknami okazało się czterech¹⁾.

Na 71952 ambulatoryjnych chorych w petersburskim oftalmicznym szpitalu, zapisanych w ciągu trzech lat, spostrzegano *librae medullares retinae* 63 razy (u 38 mężczyzn i 25 kobiet), czyli raz na 1137 chorych²⁾. W ciągu następnych 3 lat (1895—1897) na 79888 ambulatoryjnych z tą wadą oznaczono 38 (20 m. i 18 k.), t. j. 1 na 2102 osobników³⁾.

Daleko rzadziej stwierdzano je w kijowskiej uniwersyteckiej klinice, a mianowicie: od 1883 do 1897 r. z liczby 54632 ambulatoryjnie leczonych chorych zapisywano »króliczą siatkówkę« tylko 8 razy, to jest raz na 6829 chorych⁴⁾.

W każdym razie, zaiste, wielka to różnica z tem, co powiada kol. Strzemiński z Wilna, że udało mu się dotąd widzieć tylko trzy wypadki na 30000 chorych, to jest raz na 10000 chorych.

Naturalnie taka różnica pochodzi stąd, że nie każdego z naszych chorych wziernikujemy, a powtóre, że rzadko który z podobnych osobników uskarża się na upośledzenie wzroku i często się zdarza, że wadę tę odkrywamy w oku li tylko przypadkowo. Zdaniem mojem przeto w tej sprawie więcej

¹⁾ *Wojenno-medycinskij Żurnał*, sierpniowa książka (Petersburg, 1899, str. 1130).

²⁾ *Mittheilungen aus d. St. Augenheilanstalt* (1892—1894). H. V, 1898, str. 8.

³⁾ *Jubilaeumsheft zum 75-jähr. Bestehen d. Anstalt*. Petersburg u. Leipzig, 1899, str. 29.

⁴⁾ *Lewitskij. Liczbowe dane 15letniej działalności oftalm. kliniki uniwers. św. Włodzimierza od roku 1883—1897* (*Oftalmologiczeskij Wiestnik*, lipiec — październik 1899).

zasługuje na uwzględnienie statystyka z popisowymi, aniżeli z chorymi, szukającymi pomocy lekarskiej w zakładach leczniczych¹⁾.

Lublin, 10 sierpnia.

2. Opatrunek Wolffberga po operacjach ocznych.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI.

Do niedawna uchodziło za rzecz nie ulegającą żadnej wątpliwości, że oko, na którym została wykonana operacja połączona z otwarciem przedniej komory, a w szczególności oko po operacji zaćmy wymaga jak najszczelniejszego zaopatrzenia, czy to zapomocą opatrunku, złożonego z gazy, waty i opaski płóciennej, czy też opaski, ustalonej przyklepcem, krochmalem, kleiną (kollodionem) lub nawet siatką z mocnego drutu, — słowem zapomocą opatrunku, któryby oko nietylko dokładnie

¹⁾ Cieszy nas, że zapytaniem o źródło daliśmy autorowi sposobność uzupełnienia szczegółów źródłowych i streszczenia cennej pracy profesora Manz'a, który wprawdzie domyśla się przyczynowego związku między wystąpieniem włókien rdzeniowych, a stanem psychicznym i nerwowym osób, u których tę nieprawidłowość znalazł, ale nie może jednak tego nawet bardzo szczegółowo badanymi trzema przypadkami udowodnić. Badania zwrócone były w kierunku histologii. Właściwie nie można mówić o żadnym zwyrodnieniu nitki osiowej włókien nerwowych, lubo badanie drobnowidowe takowe w owych przypadkach stwierdzić się zdawało po znalezieniu t. zw. corpora amylacea, podobnych do tych, które niektórzy autorowie w chorych nerwach i siatkówkach widywali. Owe ciała uważają Leber a także Stoeber za zwyrodnione włókna nerwowe, brak jednak tym ciałom, jak Manz na podstawie swych badań zapewnia, odczynu chemicznego na skrobię. Śledząc za właściwym powodem tego przyrodzonego zбочenia, domyśla się go Manz w ustroju blaszki sitowej (lamina cribrosa), która w wyjątkowych razach przepuszcza włókna rdzeniowe. W przypadkach własnych atoli zбочenia w układzie blaszki sitowej nie umiał wykazać. Zadaniem dalszych badań będzie oznaczyć stosunek włókien rdzeniowych do embryologicznego rozwoju tej blaszki, a może uda się odkryć właściwą tej nieprawidłowości przyczynę. W.

osłaniał, ale znosił zarazem o ile możności ruchy powiek, jako też ruchy gałki. Dla osiągnięcia tego ostatniego celu zawiązuje się zazwyczaj na pierwszych kilka dni obydwu oczu po operacji, dokonanej tylko na jednym, gdyż w przeciwnym razie oko operowane naśladuje nawet pod opaską poruszenia oka odsłoniętego. —

Przeciwno tym za dogmat uchodzącym zasadom wystąpił Hjort, profesor okulistyki w Chrystyanii, i zdumionemu światu ogłosił 100 przypadków operacji zaćmy¹⁾, po których pozostawiał chorych przez cały czas leczenia następowego bez wszelkiej opaski — bez żadnej szkody dla oka. Szczęśliwe wyniki, jakie uzyskał, i pomyślne gojenie się rany operacyjnej wśród takich warunków przypisuje Hjort tak zwanej fizyologicznej toalecie oka, które wolne od wszelkiego ucisku, jakiby nań wyrzucić mogła najlepiej nawet założona opaska, zapewnia samo szybkie i prawidłowe zabliznienie rany dzięki swobodnym ruchom powiek i ustawicznemu opłukiwaniu rogówki wydzieliną łez. — Śmiała ta reforma spotkała się u większości operatorów z niedowierzaniem, jakkolwiek świat okulistyczny nie mógł być zaskoczony nowością pomysłu, sprawiedliwość bowiem nakazuje przyznać pierwszeństwo pod tym względem pewnemu amerykańskiemu okuliście, który też, pozostawiając swych operowanych na zaćmę bez wszelkiej opaski, cieszył się dobrymi wynikami. O okuliście tym wspomina Herrnhaiser²⁾ w jednej ze swych rozpraw, ale niestety nie wymienia jego nazwiska. Później, ale również przed wystąpieniem Hjorta, bo jeszcze w r. 1894, podał Czermak³⁾, że jako jedyną ochronę

¹⁾ »Hundert Starextractionen mit offener Wundbehandlung«. Centralblatt f. Augenheilkunde. 1898. Nr 2.

»Zur offenen Wundbehandlung bei Augenoperationen«. Centralblatt. 1898. Nr 10.

Streszczone w »Postępie Okulistycznym«. Nr 1., str. 29.

²⁾ »Wann sind Verbände, wann kalte oder warme Umschläge bei der Behandlung von Augenkrankheiten angezeigt«. Die aezrlliche Praxis. 1898. Nr 1.

³⁾ Wiener klinische Wochenschrift. 1894. Nr 27.

daje oczom operowanym drucianą siatkę Fuchsa, powleczoną czarną, nieprzeźroczystą materią, pozostawiając w ten sposób gałkom ocznym i powiekom wszelką swobodę ruchów i to bez żadnych złych skutków. Hjort jednak poszedł dalej i, uważając wszelki opatrunek za zbyt ciężki, a nawet za szkodliwy, zerwał stanowczo z dotychczasowym sposobem postępowania pooperacyjnego. Mimo ogólnego zdziwienia i niedowierzania, z jakim w pierwszej chwili pomysł jego przyjęto, w krótkim czasie znaleźli się operatorowie, którzy przecież wstąpili w ślady norweskiego reformatora.

Jednym z pierwszych był Wolffberg z Wrocławia, który jednak odrazu złagodził nieco zbyt heroiczne postępowanie Hjorta. Opisuje on w całym szeregu prac, zawartych w pierwszym i w późniejszych numerach swego czasopisma¹⁾ swój zmyslny, a prosty sposób zaopatrywania oka operowanego. Sposób ten w niczem nie krępuje owej, wyżej wspomnianej, fizyologicznej toalety oka i o tyle też odpowiada zasadom Hjorta, ale z drugiej strony zapewnia oku do pewnego stopnia ochronę przed szkodliwymi wpływami zewnętrznymi. — Wolffberg przykrywa oko płatkami cienkiego, czarnego papieru, t. zw. papieru jedwabnego, wykrojonego w ten sposób, że może dokładnie przylegać do nosa, policzka, skroni i czoła ponad łukiem brwiowym. Do tych też okolic oka przykleja on papier swój, powlókłszy jego brzegi roztworem zwyczajnej gumy arabskiej. Chory może oko, w ten sposób przykryte, otwierać i zamykać swobodnie, jakoteż zwracać je we wszystkich kierunkach. Z wyników, uzyskanych przy takim sposobie opatrywania oczu, jest Wolffberg bardzo zadowolony. W początkach zmieniał on operowanym ten papierowy opatrunek dwa razy dziennie, głównie dlatego, ażeby śledzić naocznie przebieg gojenia się w takich warunkach; z czasem jednak zaczął pozostawiać oko przez czas dłuższy bez zmiany opa-

¹⁾ Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges. I. rocznik (1897/1898) Nr 1, 2, 5, 11, 14, 17 i 34. II. Rocznik Nr 13.

trunku, zaglądnąć doń tylko wtedy, gdy zachodziła potrzeba zapuszczenia kropli.

Oprócz Wolffberg'a znaleźli się wkrótce i inni operatorowie, którzy za przykładem Hjort'a odstąpili w całości lub częściowo od dawnych, latami uświęconych przepisów. Jedni (jak Borthen) przyjęli bez zastrzeżeń postępowanie Hjort'a, inni (jak Walter¹⁾ z Odessy) poszli drogą pośrednią, podobnie jak Wolffberg, nie pozbawiając oka zgoła wszelkiej ochrony. Ten ostatni (Walter) zakłada na operowane oczy siatkę Praun'a.

Powody, dla których prof. Wicherkiewicz postępowanie Hjort'a uważa za nieodpowiednie i przesadne, były już raz przedmiotem krótkiej wzmianki w »Postępie«²⁾. Kto wie, jak niestety mało oświeceni, jak nieokrzesani są po największej części chorzy, którzy się zgłaszają do naszej kliniki po poradę, ten pojmie z łatwością, że niewolnicze zastosowanie się do rad Hjort'a u nas — byłoby próbą wielce niebezpieczną. Nasz materiał operacyjny składa się przeważnie z wieśniaków, którym nieraz niepodobna jest wpoić zasad oględnego i ostrożnego obchodzenia się z operowaniem okiem, — lub z ubogich Izraelitów, którzy znowu odznaczają się najczęściej usposobieniem nerwowem i przez niecierpliwość lub rozdrażnienie nie stosują się częstokroć do danych poleceń. Być może, że ludność norwęgicka obdarzona jest spokojniejszym temperamentem, że jest inteligentniejsza przeciętnie i rozważniejsza niż nasza, i że tem tłumaczyć należy powodzenie, jakie sprzyja odwadze Hjort'a. Naszym jednak chorym odmówić po operacyi wszelkiej opaski, — byłoby nierozważną i nader niebezpieczną igraszką, którą z pewnością niejeden przypłaciłby utratą wzroku.

Z drugiej strony jednak prof. Wicherkiewicz już dawno niejednokrotnie zaznaczał, że przez dotychczasowe po-

¹⁾ »Beiträge zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen«. Archiv f. Augenheilk. T. XXXIX. Z. III. Str. 269. Streszczone w niniejszym zeszycie »Postępu Okulistycznego«.

²⁾ Wicherkiewicz: »Przeloki rogówko-twardówkowe, po operacyi zaćmy powstałe«. Postęp Okulistyczny«. Nr 1.

wszechnie wykonywane szczelne opatrywanie oka popadamy niepotrzebnie w drugą ostateczność. Niedziw przeto, że mu się sympatyczną wydała droga pośrednia, jaką wskazał Wolffberg. To też już z początkiem 1898 roku polecił nam używać w klinice jedwabnego papieru jako opaski — z początku jednak tylko u chorych leczonych ambulatoryjnie. Odrazu też zmodyfikował prof. Wicherkiewicz pomysł Wolffberg'a o tyle, że zalecił przyklejać płatek papierowy po poprzednim przykryciu oka skrawkiem gazy i małym kawałkiem waty. W późniejszych swych publikacyach Wolffberg sam przyznał potrzebę tego dodatku, gdyż się przekonał, że niejednokrotnie przy znaczniejszym łzawieniu papier, zwłaszcza, dołem, przemakał i odklejał się od skóry, i ponieważ doszedł do przeświadczenia, że wartość owej zachwalanej przez Hjorta fizyologicznej toalety oka jest przecież nieco wątpliwą, a natomiast unieruchomienie powiek i gałki tylko korzystnie na przebieg pooperacyjny może oddziaływać. W naszej znowu klinice mieliśmy sposobność przekonać się, że ta mała ilość waty, która dość luźnie spoczywa na zamkniętych powiekach, nie wywiera na oko żadnego ucisku, któryby mógł utrudniać wypełnienie przedniej komory i zlepianie się brzegów ranki. Już w owym czasie, kiedyśmy zakładali papierowy opatrunek jedynie chorym przychodnim, mogliśmy stwierdzić pewne jego zalety: przedewszystkiem wyższość opatrunku papierowego nad płóciennym stanowi jego lekkość; następnie podnoszą chorzy, jako dodatnią jego stronę, że nie grzeje tak, jak to czyni opaska płócienna, obejmująca znaczną część głowy. Wielką wygodę stanowi, zwłaszcza dla kobiet, możność czesania włosów, czemu opaska płócienna zazwyczaj przeszkadza; a w dodatku dla dokładnego założenia takiej opaski muszą kobiety rozplatać warkocze. O innych zaletach opatrunku Wolffberg'a przekonywaliśmy się stopniowo, gdyśmy z biegiem czasu zaczęli używać go coraz to częściej i gdyśmy z ambulatoryum użytek jedwabnego papieru rozszerzyli także i na klinikę stałą. I tutaj jednak nie odrazu, lecz powoli i stopniowo zyskiwał papier

przewagę nad watą i płótnem, aż wreszcie zapanował wszechwładnie. —

Z początku był on w użyciu po takich tylko operacjach, jak wycięcie tęczówki lub rozcięcie łobki, potem także po operacjach zaćmy miękkiej. Wreszcie zaczęliśmy opatrywać sposobem Wolffberg'a chorych operowanych na zaćmę starczą. Widząc, jak wiele zalet sposób ten posiada, zaczęliśmy się nim posługiwać prawie wyłącznie i mniej więcej od pół roku opaskę płócienną zakładamy tylko wyjątkowo, mianowicie po operacjach połączonych z większym krwotokiem, który pod luźnym opatrunkiem papierowym nie ustąpiłby dość prędko, lub zatamowany mógłby się odnowić; a zatem po wyjściu gałki lub wyłuszczeniu większych nowotworów z oczodołu; oprócz tego po niektórych operacjach plastycznych, zwłaszcza sposobem Thiersch'a wykonanych; nakoniec w przypadkach, gdzie po operacji wskazane są ciepłe lub zimne okłady, w którym to razie, aby ułatwić przewodzenie ciepła, względnie zimna z przyrządu Leiter'owskiego, zakładamy opaskę krochmalną. Po wszystkich niemal innych operacjach zaklejamy oczy papierem jedwabnym i jak dotychczasowe doświadczenie poucza, należy ten rodzaj opatrunku uznać za najwłaściwszy.

Zwłaszcza po operacji zaćmy starczej zalety opaski papierowej szczególnie na jaw wychodzą. Oko operowane jest zupełnie wystarczająco ochronione przed zewnętrznymi szkodliwościami, jak pył, drobne ciała obce, wreszcie blask światła dziennego. Mógłby ktoś wprawdzie zarzucić, że cienki papier jest zbyt wążłą osłoną przed silniejszymi urazami, jakie mogą spotkać operowane oko: zapewne, — ale opaska płócienna nie ochroni też oka lepiej w takim przypadku, zatem pod tym względem tylko siatka Fuchs'a pewną wyższość przedstawia; ma ona jednak liczne strony ujemne. Wiadomo, że opatrunek, złożony z waty i z opaski płóciennej, musi być bardzo starannie założony, jeśli ma odpowiadać swemu celowi: cała mianowicie najbliższa okolica oka, wszystkie załki i zagłębienia muszą być starannie i równomiernie watą wyszczelone. Jeśli opaska taka, chociażby była pierwotnie wzorowo założoną,

przesunie się z powodu niespokojnego zachowania się chorego, wtedy, zamiast pomagać, działa wprost szkodliwie, wywierając ucisk w miejscach niewłaściwych, n. p. na rogówkę, co utrudnia wytworzenie się przedniej komory. W wyższym jeszcze stopniu może ugniatać oko twarda siatka Fuchs'a, gdy się przesunie. Opatrunek Wolffberg'a nie przedstawia tej niedogodności; papier, przytwierdzony do skóry dookoła oka, utrzymuje w jednym miejscu odrobinę waty, która w żadnym razie szkodliwego ucisku na oko wywrzeć nie może, mając tylko za cel przypominać operowanemu, że ma opaskę na oku, że ma je zatem trzymać przymknięte. Przy opatrunku płóciennym zdarza się nieraz, że chory nieposłuszny w nieobecności lekarza i dozorującej służby, odchyła nieco opaskę, czy to, ażeby przekonać się o skutku operacji, czy też, żeby palcem przetrzeć operowane oko. Przetarłszy oko i zaspokoiwszy przedwczesną ciekawość, podniesioną opaskę poprawia na nowo, a później, w razie nieszczęśliwego przypadku, n. p. w razie krwotoku, lub, co gorsza, zakażenia rany, wypiera się ze swej strony wszelkiej winy, której zresztą niepodobna mu dowieść. Inaczej ma się rzecz z opaską papierową: tu nie uda się już choremu zmylić czujności otoczenia, bo chcąc się dostać do operowanego oka, musi rozedrzeć osłaniający je papier, a zrobionego w opatrunku otworu nie potrafi potem ani ukryć, ani usprawiedliwić. — Nie można też pominąć milezieniem jeszcze jednej okoliczności, która zwłaszcza w stosunkach klinicznych zasługuje na uwzględnienie. Mam tu na myśli względ oszczędnościowy. Czarny papier jedwabny, który kupuje się librami i z którego wycina się opaski według jednego wzoru, jest materiałem opatrunkowym bez porównania tańszym, niż płótno, względnie tak zwany kalikot, z którego z niemałym nakładem pracy trzeba wykrawywać i zwijać opaski. Co się tyczy wyjąławiania, to daje się ono przeprowadzić z równą ścisłością i dokładnością dla papieru jak i dla płótna, z tą tylko różnicą, że papier lepiej jest sterylizować na sucho.

Do przyklejania papieru używamy rozczyну zwyczajnej gumy arabskiej. Wolffberg dodaje do tego rozczyну szczyptę

kamfory, aby zapobiedz pleśnieniu; — my zaprawiamy w tym celu gumę roztworem sublimatu 1:1,000. Robiliśmy próby zastąpienia gumy syndetikonem, powszechnie znanym klejem, trzymającym bez porównania silniej, niż guma. Ale środek ten jest niedogodnym z tego powodu, że zawiera wolny kwas octowy, który, ulatniając się, zadrażnia oko; prócz tego nie miły jest w użyciu, bo oblepia palce, które z kolei lepną silnie do wszystkich dotkniętych przedmiotów, a nie dość prędko i łatwo dają się odmyć w zwykłej wodzie, — najlepiej jeszcze w słabym roztworze octu. W pewnych jednak przypadkach, gdzie chodzi o wywarcie ucisku zapomocą opaski, n. p. przy opryszczce rogówki (*herpes corneae*), użyliśmy kilkakrotnie z korzyścią mocniejszego papieru, większej ilości waty i syndetikonu, jako kleju mocniejszego od gumy. W takim też razie znaczniesza ilość waty pokrywająca oko, chroni je dostatecznie przed szkodliwym wpływem kwasu octowego. — Zazwyczaj jednak roztwór zwyczajnej gumy do celów naszych najzupełniej nam wystarcza.

Bezpośrednio po operacyi zaćmy zaklejamy papierem Wolffberg'a obydwie oczy także i wtedy, gdy tylko jedno było operowane. Zazwyczaj, jeżeli chory na nic się nie skarży i jeśli przebieg operacyi był prawidłowy, zmieniamy ten opatrunek dopiero na trzeci dzień dla zapuszczenia atropiny i opłukania, jako też obejrzenia operowanego oka. Aby odrywanie papieru przyklejonego do włosów brwi i brody nie sprawiało choremu bólu i nie powodowało odruchowego ściskania powiek, wystarczy odmoczyć brzozi papierowego płotka przez pociągnięcie ich wilgotnym wacikiem. Od trzeciego dnia począwszy, zmieniamy opatrunek codziennie raz, jeżeli stan oka nie wymaga częstszego zapuszczania kropli. Piątego, a najdalej szóstego dnia uwalniamy chorego od opaski i zastępujemy ją okularami dymnemi.

(Dok. nast.).

3. Cierpienia oczne w histeryi.

Ośm przypadków własnych.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Dokończenie.

Bezwład mięśni ocznych przy histeryi jest rzadkim. — Charcot i Moebius nie wierzą w jego istnienie. Niektóre z ogłoszonych przypadków uważane są za wątpliwe przez Schmidt-Rimplera i Pansiera. Rzecz często ogranicza się niedowładem mięśnia, towarzyszącym kurezowi mięśnia przeciwnego, jak to wskazał Parinaud, albo niedostatecznością zbieżności, która ulega zmianom, zależnym od stanu ogólnego, i znika z innymi objawami histeryi. Pansier sądzi, że niedomiarowość ma pewien wpływ na powstawanie niedostateczności zbieżności, gdy w większości przypadków chorzy byli krótkowzroczni.

Niekiedy spostrzegano zniknięcie poczucia mięśniowego, uniemożliwiające dla chorego zdawanie sobie sprawy z ruchów gałki; Szokalski był jednym z pierwszych, którzy zwrócili uwagę na to cierpienie.

Niewątpliwych przypadków bezwładu histerycznego mięśni zewnętrznych ocznych istnieje w literaturze tylko kilka. Bezwład wszystkich mięśni zewnętrznych miał miejsce w przypadkach Bristowe'a, Ballet'a¹⁾ i Raymond'a²⁾, bezwład mięśnia prostego zewnętrznego w przypadkach Parinaud'a, Duchenne'a³⁾ (w którym bezwład przeszedł z prawego oka na lewe) i Bore'a (niedowład obu stronny mięśnia prostego zewnętrznego). Charakterystyczną cechą bezwładu histerycznego

¹⁾ Revue de médecine. 1888. 337. Tu też wymieniony przypadek Bristowe'a.

²⁾ Mercredi médical. 1891, nr 26.

³⁾ Gazette des hôpitaux, 1875, 682.

jest niemożliwość ruchów dowolnych, przy swobodzie bezwiednych; chorey, który nie jest w stanie poruszyć okiem odpowiednio do swego życzenia, wykonuje ten sam ruch pod wpływem stuku, blasku i t. p.

Bezwład historyczny mięśnia, unoszącego górną powiekę, odrzucany przez Charcota i Borela, uważany za wątpliwy przez wielu innych, powstaje w rzadkich przypadkach. Miał on miejsce w wymienionych przypadkach Bristowe'a i Raymonda.

Żrenica zachowuje się w histeryi rozmaicie; najczęściej bywa prawidłowej postaci i zachowuje odruch, w niektórych przypadkach zmienia kształt i ma odruch uposledzony.

Stałe rozszerzenie i zwężenie źrenicy jest bardzo rzadkie, najczęściej jest ono czasowe, znika i wraca, zwężenie przechodzi w rozszerzenie i odwrotnie.

Zwężenie źrenicy rzadko się spostrzega; widział je Gafęzowski w połączeniu z kurczem mięśnia rzęskowego; ustąpiło działaniu atropiny; było niewątpliwie kurczowem.

Rozszerzenie źrenicy najczęściej bywa kurczowem (przypadki Roedera, Pansiera, Duboys'a, Bertillon'a, Giraud-Teulona, Lapersonne'a), rzadko bezwładowem. Przypadek, odnoszący się do tego ostatniego, opisał Donath¹⁾. Rozszerzenie i nieruchomość źrenic występowały i znikwały jednocześnie z innymi objawami histeryi i wykazywały wraz z nimi transfert. Cierpienie to więc nie zależało od zmian w jądrze nerwu okoruchowego, lecz było pochodzenia korowego, podobnie jak inne objawy histeryi; w dalszym wyniku Donath uważa jądro zwieracza tęczówki, jako ośrodek podrzędny, wyższy zaś upatruje w korze mózgowej. Cierpienie ustąpiło pod wpływem poddawania w hipnozie.

Jacovidès²⁾ ogłosił przypadek, w którym rozszerzenie się źrenicy ze zniesieniem wszelkiego odruchu zjawiało się w oku prawem, następnie opanowało lewe, w którym odtąd występo-

¹⁾ Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. 1892. Bd. II. Nr 2—3.

²⁾ Archives d'ophtalm., octobre 1898. 645.

wało napadami, trwającymi od 15 godzin do kilku dni, podczas gdy w prawem istniało bez przerwy około 2 miesięcy. Znieczulenie połowiczne przechodziło na lewą stronę, gdy rozszerzała się lewa źrenica, i wracało na prawą, gdy zwężała się. Cierpienie ustąpiło poddawaniami w hypnozie.

Zachowanie odruchu źrenicy na światło uważali przez długi czas poważni badacze, jak Struempell, Oppenheim, Moebius, za charakterystyczne dla hysterii, odróżniające napady tej ostatniej od padaczkowych. Féró, Pansier i Philipson¹⁾ wkrótce zwrócili uwagę na zniesienie oddziaływania źrenic na światło w napadach niektórych przypadków hysterii. Karplus²⁾ stwierdził, że objaw ten ma często miejsce w napadach, mianowicie w dwóch ich pierwszych okresach i stosunkowo rzadko przed lub po okresie kureczów. Niektórzy cho- rzy przedstawiają brak odruchu źrenicy w każdym napadzie, inni tylko czasem. Objawowi temu towarzyszy często rozszerzenie źrenicy, rzadziej zwężenie lub stan prawidłowy. Zwykle obie źrenice jednakowo się zachowują.

Westphal³⁾ na podstawie dwóch przypadków z kliniki prof. Jolly'ego twierdzi, że brak odruchu źrenic spostrzega się nie tylko podczas napadów, ale także u niektórych hysterików pomiędzy napadami. Sądzi, że stan źrenic zależy od stopnia hysterii, czemu zaprzecza Karplus, który widział zmiany źrenic zarówno w ciężkich, jak i lekkich przypadkach.

Roeder spotykał rozszerzenie źrenicy, jako zapowiedź napadu, nie ulegające zupełnie działaniu ezeryny.

Rosenthal⁴⁾ utrzymuje, że przy połowiczem znieczuleniu z połowiczą ślepotą odruch źrenicy bywa osłabiony.

W rzadkich przypadkach bywa zniesione oddziaływanie źrenicy nie tylko na światło, lecz także na akomodację. — Wprawdzie czasem hysteryczki, wkraplając sobie tajemnie do

¹⁾ Hospital Tidende 1891 (wymienione przez Pansiera op. cit.)

²⁾ Wiener klin. Wochenschr., 1896, nr. 52. — Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 1898. XVII. 1.

³⁾ Berliner klin. Wochenschrift, nr 47—48. 1897.

⁴⁾ Archives de neurologie, 1883. Nr 15.

oka atropinę, wywołują sztucznie podobny stan, jednak posiadamy w literaturze pewną liczbę przypadków, w których przypuszczenie tego wpływu jest wyłączone i które dowodzą możliwości zniesienia akomodacji w histeryi, wbrew zdaniu, panującemu poprzednio, że bezwład mięśni wewnętrznych oka, podobnie jak w zakresie nerwu twarzowego, ma być dowodem zmian anatomicznych układu nerwowego i wyłączać czynnościowe. Pierwszy taki przypadek, mianowicie Richetta, wymienienia Gilles de la Tourette; następnie ogłosili swoje przypadki Donath, Nonne i Besselin¹⁾, Roeder, Jacovidès, Aurand i Frenkel²⁾, Claude³⁾ i Blok⁴⁾. Widzimy z tych przypadków, że zupełna nieruchomość i rozszerzenie źrenicy mogą pod wpływem poddawania w hypnozie przechodzić razem z połowiczą nieczułością na drugą stronę (transfert) i pod wpływem tego leczenia zupełnie ustąpić wraz z innymi objawami histeryi. W przypadku Bloka, który, podobnie jak Aurand i Frenkel, stan źrenicy przypisywał jednoczesnemu istnieniu kurczowego jej rozszerzenia się z bezwładem akomodacji, po licznych przejściach z jednego oka na drugie, zupełna nieruchomość źrenicy zapanowała obustronnie przez kilka miesięcy, nasuwając chwilowo przypuszczenie cierpienia organicznego.

Oprócz zbroceń czynnościowych histerya wywołuje zaburzenia troficzne, w pierwszym rzędzie naczynioruchowe skórne, jak obrzęki, poty, wylewy krwi i t. d.

W obrębie oka wybroczyny krwawe spostrzegają się w spojówce, nadając łzom czerwone zabarwienie. Cowpland⁵⁾ widział podspojówkowy wylew krwi, Hippel jednocześnie ze spojówkowym wylew w komórce przedniej, wywołujący zmiany w rogówce: zmętnienie jej i opadanie nabłonka; komórka prze-

1) »Ueber Contractions und Lähmungs-Zustand der ext. u. int. Augenmuskeln bei Hysterie«. Leipzig, 1896.

2) Revue de méd., 10 oct. 1896.

3) Journal de praticiens, 1896.

4) Annales d'Oculistique, mars 1898. 193.

5) Ophthalmological Society of the United Kingdom, dec. 9. 1886.

dnia zwężała się, źrenica stawała się nieprawidłową, oko było przekrwione, ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejszone.

Valois¹⁾ spostrzegł wybroczyny krwawe w siatkówce u dziewczyny lat 19, dotkniętej napadami wielkiej histeryi i błednicą i nie przedstawiającej zbroceń w sereu i wogóle w narządach wewnętrznych.

Opisano przypadki łzawienia histerycznego (Berger²⁾, które przyłączało się do ciężkiej, albo lekkiej postaci choroby, a czasem stanowiło główny objaw histeryi. Trwać ono może miesiące i lata, bywa po większej części jednostronne, gdy zaś obie strony są porażone, łzawienie jest większem po stronie, przedstawiającej objawy histeryi w wyższym stopniu.

Łzawienie to jest skutkiem powiększenia wydzieliny gruczołu łzowego (podobnie jak jest powiększoną w histeryi wydzielina moczu i potu), albo kurczu włókien mięśniowych kanałów łzowych, albo obu tych przyczyn razem. — Berger przypuszcza, że przypadki uporeczywego łzawienia, w których wydalano gruczoł łzowy, były zależne od histeryi. Właściwości, które odróżniają łzawienie histeryczne od zwyczajnego, są: powiększanie się łzawienia w domu, szczególnie, gdy chory się nudzi, zmniejszanie się na ulicy, ustępowanie w nocy i następowanie po łzawieniu uczucia suchości oka.

Ostatnio Fromaget³⁾ opisał łzawienie, zjawiające się obustronnie napadami co 10—15 minut u dziewczyny lat 26, przedstawiającej ogólne i oczne objawy histeryi.

Cierpienie to ustępuje przy ogólnem leczeniu histeryi; stosowanie zgłębnika może pomódz, jako poddawanie, albo przez rozszerzenie kurczowo zwężonego kanału.

Spostrzegano zabarwienie niebieskawe barwnym potem skóry powiek, zwłaszcza dolnej. Odcień staje się czasem brązowym lub czarnym. Food⁴⁾ zebrał 46 spostrzeżeń tego zaburzenia, zwanego chromhydrozą (6 u mężczyzn, 40 u kobiet)

¹⁾ Société d'Ophthalmologie de Paris (Recueil d'ophtalm. 1897. 198).

²⁾ Le Progrès médical, 5 oct. 1895.

³⁾ Annales d'Oculistique, juillet 1899.

⁴⁾ Dublin Journal, march 1889.

i przypuszcza, że zabarwienie powstaje wskutek utlenienia połączeń indykanu albo indyga, wydzielanych przez gruczoły potowe, albo też wskutek działalności drobnoustrojów, podobnych do *micrococcus pyocygenus* lub *prodigiosus*.

Często ma miejsce symulacja (barwienie skóry przez chore), jak to zostało stwierdzone w wielu przypadkach. — Rothmund¹⁾ zauważył inną przyczynę u jednej dziewczyny, pracującej w fabryce. Podczas miesiączki dostawała ona łojotoku na powiekach; pył z węgla w fabryce przylegał wskutek tego do nich, wywołując zabarwienie, podobne do chromohydrozy. Tego rodzaju przypadki muszą być częste w miastach fabrycznych.

Prof. Wicherkiewicz²⁾ spostrzegł przypadek jaskry, wywołany przez historię u 45-cioletniej kobiety; pomimo wycięcia tęczówki przez jednego z okulistów, objawy jaskry pozostały i pogarszały się przy każdym miesiączkowaniu i po każdym wzruszeniu. Leczenie tyłozgięcia macicy złagodziło cierpienie.

Wygląd wziernikowy przy histeryi prawie nigdy nie ulega zmianie. Klein, Huguenin, Izilli, Marigliano, Jaeger spostrzegali podczas napadu zwężenie naczyń siatkówki i zmętnienie tej błony, co wszystko po napadzie znikało. Bardzo rzadko widziano te objawy niezależnie od napadów.

Raz Landolt i raz Leber³⁾ znaleźli w tarczy nerwu wzrokowego zmiany zanikowe; należy je uważać, jak słusznie zaznacza Schmidt-Rimpler, za niezależne od histeryi.

Opisane objawy oczne histeryi występują oddzielnie, lub łączą się z sobą, wywołując najrozmaitsze obrazy choroby, mogące łatwo w błąd wprowadzić. Parinaud⁴⁾ twierdzi, że zna kilka przypadków, w których dokonano wyłuszczenia oka

¹⁾ Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1866. 103.

²⁾ Nowiny Lekarskie, luty, 1896.

³⁾ Graefe-Saemisch, Handbuch der Augenheilk. V. 985.

⁴⁾ Société d'ophtalmologie de Paris, 5 fevr. 1895 (Arch. d'ophtalm. 1895. 585).

dla usunięcia przypuszczalnego zapalenia współczulnego, a w których było właściwie tylko historyczne cierpienie oczu.

Podczas napadu historycznego objawy oczne często są spostrzegane. Zwiastunami napadu mogą być: zjawienie się lub powiększenie się niedowidzenia ze zwężeniem pola widzenia i osłabieniem poczucia barw, rozszerzenie źrenicy, nieczulej na działanie ezeryny, podwójne widzenie, halucynacje wzrokowe, kurcz mięśni zewnętrznych ocznych. Przy zbliżaniu się napadu kurcz wznaga się i łączy się z szybkim mruganiem powiek i łzawieniem; źrenice się zwężają i gałki oczne kurczowo się poruszają. Migrena oftalmiczna czasem stanowi aurę napadu historycznego.

Przy nastąpieniu napadu gałki są kurczowo pociągnięte ku górze lub ku dołowi, czasem wykonywują drobne ruchy drgające. Źrenica jest początkowo zwężona, lecz zaraz rozszerza się (rzadko pozostaje zwężoną) i taką do końca napadu przedstawia się. W niektórych przypadkach spostrzegano w lekkim stopniu kolejne rozszerzanie się i zwężanie się źrenicy (hippus), poczem następowało rozszerzenie. Odruch źrenicy podczas napadu może być zachowany, osłabiony lub utracony.

Powieki są zamknięte, albo otwarte; czułość spojówki i rogówki zmniejszona, albo zniesiona.

Charcot, Grasset, Richet zamknięciem powiek zamieniali stan kataleptyczny na letargiczny; odnykając jedno oko, a drugie zostawiając zakrytem, wytwarzali u chorego po jednej połowie katalepsję, po drugiej letarg.

W katalepsji mięśnie oczne zachowują się jak niektóre twarzowe; oko, odciągnięte szczypcami, powraca, będąc uwolnione, do poprzedniego położenia, lecz, krążąc za pokazywanym przedmiotem, może zatrzymać się w położeniu wybranem.

W letargu bywa drganie powieki górnej.

Po napadzie źrenica jest rozszerzona i odruch jej w przypadkach, gdy był upośledzony, pozostaje przez jakiś czas osłabionym. Spostrzega się czasem jednooczne podwójne widzenie, zez kurczowy, *déviacion conjuguée*, nieruchomość zupełną gałek

wskutek kurczu wszystkich mięśni zewnętrznych, któremu towarzyszy kurcz wewnętrznych.

Powstają czasem halucynacje wzrokowe, przybierające najczęściej barwę czerwoną i pojawiające się po stronie połowicznego znieczulenia. Pole widzenia jest zwężone.

Charcot i jego szkoła dowiedli, że mogą chorować na histeryę tylko osoby, mające usposobienie do niej, po większej części dziedziczne. Dziedziczność ta może być równomierną (gdy n. p. matka chorego cierpiała na histeryę), albo różnomierną (gdy przodkowie byli dotknięci innymi chorobami nerwowymi); często dziedziczność jest mieszana. Grasset jest zdania, że usposobienie do histeryi rozwija się na tle dziedzicznem innych skażeń, jak dny, żółzów, cukrzycy i t. d. Richelot przypuszcza, że histerya stanowi czasem ostatni okres dny. Oba te ostatnie zdania nie zdają się być uzasadnionemi.

Przy usposobieniu do histeryi najrozmaitsze czynniki (agents provocateurs), często bardzo błahe, mogą spowodować wybuch choroby. Odruchy, potężne u histeryków, pozwalają nieznaczny bodźcom wywołać wielkie zaburzenia czynnościowe.

Najczęściej wstrząśnienia psychiczne, a szczególnie przestrasz, wywołują wystąpienie histeryi. Nawet przestrasz wskutek przykrego snu może być takim czynnikiem, jak wskazuje przypadek *Jasińskiego*¹⁾. Naśladownictwo, działające silnie na usposobionych do histeryi, odznaczających się wrażliwością, jest również silnym bodźcem i może spowodować całą epidemię histeryi.

Częstym czynnikiem wywołującym jest uraz, niekiedy bardzo nieznaczny. Wszystkie choroby zakaźne, ostre i przewlekłe, mogą wpłynąć na wybuch histeryi przez ogólne wycieńczenie ustroju, albo przez trujące oddziaływanie na wrażliwy układ nerwowy: usposobienie, ukryte u rodziców, może, rozbu-

¹⁾ Gazeta Lekarska, 1895. 920.

dzione przez ten czynnik, objawić się u dzieci. Podobnie działają przewlekłe zatrucia (przez wyskok, nikotynę, ołów, rtęć, morfinę i t. d.) i ostre (chloroform, kamfora i t. d.), które, oprócz swoistych, wywołują objawy histeryczne.

Choroby narządu płciowego, szczególnie u kobiet, wpływają, przy istniejącem usposobieniu do histeryi, o tyle na wywołanie tego cierpienia, o ile sprowadzają ogólne wycieńczenie lub przygnębienie. W wielu przypadkach histeryi nie znaleziono żadnych zmian w narządzie płciowym. Owaryalgia, jeden z najstarszych stygmatów histerycznych, nie ma u histeryczek związku z jajnikami, gdyż spotyka się również u mężczyzn (t. zw. pseudo-owaryalgia).

Inne czynniki, wywołujące histeryę, są: przeciążenie umysłowe i fizyczne, nadużycia płciowe, samogwałt, uporeczywe krwotoki, wycieńczające ustrój, przeziębienie, działanie silnego światła, próby hypnotyzowania i t. d.

Uszkodzenie jednego oka może u histeryka wywołać współczulnie w drugim cierpienie histeryczne w postaci niedowidzenia, zwężenia pola widzenia, zaburzenia poczucia barw i in., bez zmian wziernikowych, jak to wskazują przypadki Kalt'a i Vignes'a¹⁾.

W jednym przypadku Moore'a²⁾ wkroplenie atropiny do oczu sprowadziło u mężczyzny lat 22 zupełną ślepotę, która trwała 18 miesięcy; w drugim, chłopak lat 15, po nieprzyjemności, doznanej w szkole, został dotknięty ślepotą prawego oka, która ustąpiła pod wpływem eteryzacji.

Parinaud³⁾ spostrzegł ślepotę prawego oka u mężczyzny lat 28 po urazie, który sprawił małą wybroszynę krwawą i nieznaczne zdarcie skóry; oko nie było wcale uszkodzone. — Blok⁴⁾ widział niedowidzenie histeryczne ze skotomatem ośro-

¹⁾ Société d'ophtalmologie de Paris, octobre 1891.

²⁾ American Ophthalmological Society, July 1888 (The Ophthalmic Review 1888. 308).

³⁾ Bull. méd. 1889. 780.

⁴⁾ Posiedz. Towarz. Niderlandzk. Oftalmolog. 27 maja 1894 (Archives d'ophtalm. 1895. 525).

kowym po wyluszczeniu cholesteatomy z przewodu usznego zewnętrznego.

Cierpienia nerwowe, wywołane przez urazy, które szczególnie stały się częste od czasu rozszerzenia się kolei żelaznych i pomnożenia się wskutek nich wypadków nieszczęśliwych, zwróciły na siebie powszechną uwagę, jako mające znaczenie nie tylko naukowe, ale też sądowo-lekarskie. Erichsen¹⁾ uważał je za chorobę rdzenia kręgowego i jego opon i nazwał railway-spine, Page²⁾ za chorobę mózgowia (railway-brain), Oppenheim³⁾, Thomsen, Struempell nazwali nerwicą urazową, uważając za oddzielną jednostkę chorobową. Charcot włączył to cierpienie do histeryi i wykazał, że jest ono wywołane nie przez samo uszkodzenie, które może być bardzo nieznaczne, lecz przez wstrząśnienie psychiczne wskutek doznanego niebezpieczeństwa, lubo wiadomo oddawna, że uraz może również sprowadzić histeryę. Osoby, usposobione nerwowo, które wcale nie ucierpiały, lecz były tylko świadkami katastrofy, stają się ofiarami choroby. Dało to powód dawniejszym autorom niemieckim nazwać to cierpienie »Schrecklähmung«.

Charcot wykazał, że objawy nerwicy urazowej nie różnią się od spostrzeganych przy histeryi zwyczajnej i że mogą one być wywołane w hypnozie poddawaniem albo działaniem (lekkie uderzenie w ramię sprowadza jego bezwład), co wyjaśnia zależność postaci nerwicy od miejsca uszkodzenia. Że wstrząśnienie psychiczne wskutek urazu może sprowadzić stan podobny do hypnozy, wykazał Dunin⁴⁾.

Obecnie nerwica urazowa nie jest już uważaną za chorobę samodzielną, lecz za histeryę, neurastenię, melancholię lub hypochondryę, wywołane u osób usposobionych do tych cierpień przez uraz, albo wstrząśnienie psychiczne. Najczęściej objawy

¹⁾ »On railway and other injuries of the nervous system«. 1866.

²⁾ »Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion and nervous shock«. 1882.

³⁾ »Die traumatischen Neurosen«. 1889.

⁴⁾ Gazeta Lekarska, 1890. 356.

wskazują na histeryę, lub neurastenię, albo połączenie tych dwóch chorób.

Objawy te, występujące czasem w kilka tygodni, lub miesięcy po wypadku, są po większej części podmiotowe, bardzo zmienne, podobnie jak w histeryi. Jak w tej ostatniej, chorzy są skłonni do symulacy i przesady w przedstawianiu choroby.

Objawy oczne nie różnią się od spostrzeganych w histeryi. Powstaje zwięźenie współśrodkowe pola widzenia ogólne i dla barw, powiększanie się zwięźenia podczas badania, nierówność i zwięźenie źrenic, prawidłowo oddziaływających, osłabienie siły wzroku, zmniejszenie szerokości akomodacy i zbieżności, opadnięcie górnej powieki, zez, podwójne widzenie, drażliwość na światło, ból zagałkowy i skroniowy, szybko następujący po najmniejszym natężeniu oczu. Objawy te, podobnie jak ogólne i jak spostrzegane w histeryi, ulegają częstym wahaniom, mogą znikać i powracać.

Oppenheim i Wilbrand uważają współśrodkowe zwięźenie pola widzenia za najstalszy objaw nerwicy urazowej. Schmidt-Rimpler dla wykrycia udawania radzi badać pole widzenia przed tablicą czarną w różnych odległościach, przyczem symulanci podają pojawienie się przedmiotu bez względu na odległość od tablicy, lubo granice pola w miarę oddalania rozszerzają się. Albo też radzi usiąść w oddaleniu pół metra naprzeciw badanego, oko w oko, i posuwać, po zasłonięciu drugiego oka, rękę w płaszczyźnie prostopadłej do środka linii, łączącej oko badającego z badanem; oznaczywszy granice widzenia obwodowego w stosunku do badającego, powtarza się badanie w większym oddaleniu, a gdy przytem badany wskazuje poprzednie granice, poznaje się udawanie.

Nieco później Wilbrand podał jako najdokładniejszy sposób określania pola widzenia badanie w ciemności przy pomocy samoświecących przedmiotów.

Przypadek, odnoszący się do histeryi urazowej, spostrzegłem przed 4 laty; był on ogłoszony w czasopiśmie »Medicinskoje Obozrenie«.

Maszynista kolei poleskich, lat 33, podczas manewrowania

lokomotywy, spadł z niej i uderzył się w prawy bok. Ponieważ obok ogólnych objawów skarżył się na oczy, Dr Leszczyński, naczelny lekarz kolei poleskich, skierował go do mnie.

Prawe oko: siła wzroku osłabiona, liczy palce z odległości pół metra, nie czyta najgrubszego druku. Pole widzenia zwężone: zewnątrz 35° , zewn. i od góry 16° , zewn. i od dołu 29° , od góry 1° , od dołu 4° , od dołu i wewnątrz 4° , na wewnątrz i wewnątrz ku dołowi pole jest zupełnie zniesione. Szybko następujące zmniejszanie się pola podczas badania ogranicza je do 28° zewnątrz, 8° zewn. i ku górze, 20° ku zewn. i dołowi; w innych południkach znika ono.

Lewe oko: siła wzroku 0,3, pole widzenia zewn 49° , wewn. 15° , ku górze 14° , ku dołowi 21° . Podczas badania zmniejsza się ono na $6-7^{\circ}$. Oczy są miarowe.

W obu oczach uczucie barwy czerwonej istnieje tylko dla widzenia ośrodkowego. Inne barwy nie są rozpoznawane zupełnie.

Czułość spojówki obustronnie zniesiona, rogówki zmniejszona, więcej w prawym oku, niż w lewym. Zrenice rozszerzone, równe, oddziałują leniwie na światło i akomodację. Objaw ten, łącznie z położeniem najbliższego punktu jasnego widzenia, który leży o 25 ctm., wskazuje na niedowład mięśnia akomodacyjnego.

Zewnętrzne mięśnie oczne nie przedstawiają zboczenia.

Badanie wziernikowe, oprócz zwężenia tętnic siatkówki w obu oczach, nie wskazuje zmian.

Stan ogólny, według badania Dra Leszczyńskiego, przedstawia znaczne osłabienie czułości bólowej i termicznej po prawej połowie ciała, włóknikowate drgania w języku i prawej ręce, wzmoczenie odruchów ścięgniętych z prawej strony. Przygnębienie, stępienie umysłowe, ponure usposobienie. Chód zmieniony, powolny, chwiejący się; prawą nogę wlecze, idąc. Chory skarży się na zawroty głowy i bóle w pasie i w prawym stawie biodrowym. Żadnych oznak cierpienia narządów wewnętrznych, również jak śladów uszkodzenia prawego boku, nie znaleziono.

Nie mogłem dowiedzieć się, czy istniały w rodzinie chorego cierpienia nerwowe.

Badanie objawów ocznych, przeprowadzone w rozmaity sposób, wyłączało symulację, wskutek czego zarząd kolei przyznał odpowiednie wynagrodzenie pieniężne choremu.

Ogólnie przyjętem jest obecnie, że histerya zależy od zmian w mózgu, lubo te zmiany nie są dostrzegalne przy nasyższych sposobach badania. Ponieważ pierwszymi i głównymi objawami histeryi są zaburzenia psychiczne, po których później dopiero występują ruchowe, czuciowe i troficzne, należy przyjąć to cierpienie za skutek zmian w korze mózgowej. Przypuszczenie to potwierdza fakt znany, że zniesienie czynności kory sprządza ogromną przewagę odruchów, spostrzeganą w histeryi. Zaburzenia korowe mogą odnosić się do obrębu uczuć, wyobraźni, albo woli. Zwolenników przypuszczenia zależności histeryi od pierwszego obrębu jest bardzo niewiele (Briquet); zależność od wyobraźni przyjmują Bernheim i Moebius¹⁾. Ponieważ jednak ani jedno, ani drugie przypuszczenie nie objaśnia dokładnie wszystkich objawów histeryi, Jaccoud²⁾, Axenfeld-Huehard³⁾ i inni przyczynę tej choroby odnoszą do zaburzenia obrębu woli. Zwolennikiem tego poglądu, bez żadnych zastrzeżeń, jest w piśmiennictwie polkiem Kamiński⁴⁾, który dowodzi, że wadliwy rozwój psychiczny histeryków polega na wytwarzaniu się w ich umyśle niedokładnych i nietrwałych obrazów zmysłowych i ruchowych; bezpośredniem tego następstwem jest niewytworzenie się woli u histeryków, brak zaś woli pociąga za sobą nadrucliwość psychiczną i mięśniową, której głównym wyrazem jest przechodzenie wszelkiego podrażnienia przeważnie na drogi ruchowe; zmiany czuciowości są tylko objawami, wikłającymi zaburzenia i towarzyszącymi im.

¹⁾ Centralbl. f. Nervenheilk. 1888. XI. 3.

²⁾ »Traité de la pathol. int«. I. 632.

³⁾ »Traité de névroses«. 971.

⁴⁾ Gazeta Lekarska, 1892, nr 31—39.

Pogląd ten wydaje mi się nieco jednostronnym, szczególnie wobec charakteru objawów ocznych. Przypuszczam, że w histeryi cierpi nie tylko obręb woli, lecz także obręb wyobraźni.

Obok zmian korowych, pierwotnych, istnieją następcze zaburzenia, najprawdopodobniej naczynioruchowe, w niższych ośrodkach mózgowych.

Istnienie podobnych zaburzeń, wywołujących objawy oczne, Charcot przypuszczał w tylnej $\frac{1}{3}$ części torebki wewnętrznej (carrefour sensitif), opierając się na występowaniu jednakowych z histeryą objawów (zwięźnienie współśrodkowe pola widzenia, znieczulenie połowicze, zaburzenie uczucia barw) przy zmianach anatomicznych w tej części mózgu.

Knies¹⁾ przypisuje histeryę zaburzeniom naczynioruchowym w mózgu i rdzeniu, wywołującym objawy choroby za pośrednictwem nerwów, przechodzących przez wąskie kanały, dla oka przez otwór wzrokowy. Nerw wzrokowy ulega w tym otworze uciskowi ze strony rozszerzonych naczyń; ucisk ten działa niestale, ustępuje i wraca, czem się objaśnia zmienność objawów.

W ostatnim czasie Biernacki²⁾ wystąpił z innem objaśnieniem istoty histeryi i neurastenii. Opierając się na całym szeregu własnych poszukiwań nad krwią, dowodzi, że w tych nerwicach istnieją stale wahania szybkości sedymentacji, t. j. zawartości fibrinogenów, co wskazuje na ciągle istnienie zaburzeń utleniania. Jest to zmiana pierwotna, a histerya i neurastenia są objawami wtórnymi, wywołanymi przez zatrucie układu nerwowego produktami nieprawidłowego utleniania. — Podobna skłonność do zboczeń w przemianie materji jest wrodzoną, również jak w cukrzycy, otyłości, dnie; zewnętrzne czynniki budzą ją ze stanu utajonego. Wzmoczenie sugestyjności u histeryków Biernacki tłumaczy w podobny sposób,

¹⁾ Annales d'Oculistique, 1894. 43.

²⁾ Krytyka Lekarska, 1897. 369.

jak przyspieszenie czynności kojarzeniowych mózgu pod wpływem trucizn (wysokoku).

Leczenie objawów ocznych histeryi nie różni się od leczenia ogólnego tej choroby. Dodać tu tylko mogę, że F é r é l) u histeryków, ślepych na barwę fioletową, wywoływał usunięcie lub osłabienie tej ślepoty, polepszenie siły wzroku, rozszerzenie pola widzenia i zmniejszenie ogólnego znieczulenia przez patrzenie tych chorych przez szkło czerwone w ciągu 5—10 minut; przy dłuższem patrzeniu (półgodzinnem) następowało pogorszenie wskutek zmęczenia. Takież same wyniki otrzymywał, polecając patrzeć przez okno i wmawiając, że okno to posiada szyby czerwone. I tu więc, jak przy każdym innym leczeniu histeryi, treść jego polega na wpływie psychicznym.

Wszelkie zabiegi chirurgiczne powinny być usunięte z obrębu leczenia histeryi.

II. STRESZCZENIA.

Ueber die Wirkungsweise der Mydriatica u. Myolica.
P. Schultz (»Arch. f. Anatomie u. Physiol.« 1898. Phys. Abth.).

Wnioski, do których autor dochodzi, są następujące:

Atropina poraża tylko kończyny nerwowe w zwieraczu łęczęwki, nadto działa (już w 1% roztworze) hamująco (*hemmend*) na ganglion ciliare. —

Kokaina podrażnia kończyny włókien źrenicznych nerwu współczulnego i poraża w silniejszych roztworach także kończyny krótkich nerwów rzęskowych (Nervi ciliares breves). — Gdy po jednej stronie przetniemy wśródczaszkowo nerw trójdzielny, wywołując przez to po tej stronie zwięźenie źrenicy, to następowe zapuszczenie kokainy sprowadza po obu stronach równe rozszerzenie.

Zdaniem autora zwięźenie źrenicy po przecięciu nerwu trójdzielnego polega na tem, że, przecinając nerw trójdzielny obwodowo

) Recueil d'ophtalm. 1886. 374.

od zwoju Gasser'a, przecinamy także włókna nerwu sympatycznego dla rozwieracza źrenicy, przez co, naturalnie, działanie kokainy na obwodowe zakończone tych włókien źrenicznych nie doznaje uszczerbku.

Fyzostygmina nie działa na sam zwieracz, jak to przypuszczano, ale na zakończone krótkich nerwów rząskowych, co czyni ten środek prawdziwym przeciwnikiem atropiny. To samo dotyczy muskaryny, tylko w wyższym jeszcze stopniu.

Doświadczenia te dają wskazówkę neuropatologom, że w przypadkach oftalmoplegii wewnętrznej i zewnętrznego porażenia nerwu okoruchowego, gdy fizostygmina jeszcze działa, zachorzenie włókien zwięzających źrenicę mogło tylko dotrzeć do zwoju Gasser'a, a stąd rozpoczynający się kończynowy nerw sympatyczny pozostał nieknięty, przeciwnie, że sprawa dalej sięga, jeżeli fizostygmina już nie działa.

W.

Beiderseitige angeborene Melanose der Hornhaut. Dr Fryderyk Krukenberg z Rostoku (»Klin. Monatsbl.« Lipiec. 1899).

W rogówce spotykamy dość często złogi różnych barwików. Każdemu okuliście znana jest owa brunatna plamka, która pozostaje niejednokrotnie na rogówce po wyjęciu z niej odprysku żelaza. Nie jest to nic innego, jak tylko barwik mineralny, mianowicie wodorotlenek żelazowy, będący wytworem utlenienia pyłku żelaznego, który tkwił w rogówce i pozostawał w zetknięciu z jej sokami. — Senn opisał zabarwienie przybłonka i miąższu rogówkowego u farbiarzy, mających do czynienia z aniliną. Nierzaz pozostają w rogówce złogi barwika krwi, jako następstwo wśródrogówkowego krwotoku w przebiegu chorób rogówki, połączonych z nowotworzeniem naczyń. Rzadszem bywa zabarwienie wśródmiąższowe rogówki przy krwotokach wśródgałkowych i przy »żelazicy« oka (siderosis). Wszystko to jednak są zbożenia nabyte. Wrodzona melanosis corneae nie została dotychczas opisaną w literaturze; Koelliker tylko wspomina, że u Murzynów na brzegu rogówki w komórkach przybłonkowych daje się tu i ówdzie wykazać barwik.

Piękny przypadek wrodzonego zabarwienia rogówki miał sposobność spostrzec Dr Krukenberg, asystent prof. Axenfeld'a z Rostoku. U 45letniej kobiety widać było na obydwu rogówkach w samym środku, naprzeciw źrenicy, w głębszych warstwach ciemnobrunatnej barwy zacmienie, kształtu stojącego owalu. W środku było zabarwienie najbardziej wysyczone, ku obwodowi zaś stawało się coraz bledszem. Brunatny odcień barwika odpowiadał najzupełniej piwnemu zabarwieniu tęczówki. Przy powiększeniu przez lupę Westien-Zehender'a dojrzeć było można wyraźnie, że zabar-

wienie to złożone było z drobnitkich ziarenek, że dotyczyło najgłębszych warstw rogówki i nie miało żadnego podobieństwa z barwikowymi resztkami złogów wypocinowych, jakie czasem się spotyka na błonie Descemet'a. Brak wszelkich śladów przebytego zapalenia, a z drugiej strony uwzględnienie wywiadów nakazuje zmianę tę obustronną i na obydwu oczach jednakowo wybitną uważać za stan wrodzony. Aby wyjaśnić jej powstanie, powołuje się Dr K. na znany fakt, że w pewnym okresie rozwoju oka błona źrenicza (membrana pupillaris) przylega ściśle do tylnej powierzchni rogówki (Hertwig). Można zatem przypuścić, że wówczas barwik tej błony przeszedł do tylnych warstw rogówki, a błona sama uległa, jak zwykle, zupełnemu zanikowi.

Dr K. W. Majewski.

Ueber das Vorkommen von Irisrissen. Prof. L. Weiss i Dr W. Klingelhöffer (»Archiv f. Augenheilkunde«, XXXIX. Z. III).

Bardzo sumienne i pracowite zestawienie, jakie w tej pracy autorowie nam podają, poucza, że pęknięcie tęczęwki w kierunku promieniowym należy do rzadkich wypadków. Bez wątpienia jest ono nieporównanie rzadszem następstwem tegoż urazu aniżeli oderwanie tęczęwki od wieńca rzęskowego. Wraz z dwoma przypadkami, które autorowie spostrzegali sami i które bardzo dokładnie przedstawiają, ogłoszono dotychczas 31 spostrzeżeń. Ponieważ do wywołania pęknięcia zwieracza źrenicy potrzeba urazu niezwykle silnego, nie dziw przeto, że pęknięcie takie, pojedyncze czy wielokrotne, bywa zazwyczaj powikłane różnemi innymi uszkodzeniami części oka tak dodatkowych, jakoteż i głębszych. Dla wytłómaczenia przerwania zwieracza źrenicy przyjmuje E. Franke następującą teorię: pod wpływem silnego urazu przychodzi do odruchowego zwężenia źrenicy, czyli skurczu zwieracza, równocześnie jednak granica rogówkotwardówkowa przez spłaszczenie gałki ulega w odpowiednim miejscu rozciągnięciu, co oddziaływa na skurczony w tej chwili mięsień okrężny i sprowadza jego pęknięcie. Schirmer tłómaczy w inny sposób mechanizm tego uszkodzenia: przypuszcza on, że rogówka pod działaniem siły zewnętrznej ulega tak silnemu wpukleniu, że przygniata w danym miejscu tęczęwkę do soczewki, a wtedy inne części tęczęwki, parte przez naciskającą ciecz wodną, odrywają się od części ugniecionej, przyczem powstaje zazwyczaj szczelina, przebiegająca w kierunku promieniowym. Zdaje się jednak być rzeczą mało prawdopodobną, żeby rogówka wskutek tegoż urazu, a zatem przy pełnej przedniej komorze, mogła się tak ugiąć, żeby aż tęczęwkę do soczewki przycisnęła. Fuchs w swym podręczniku wyjaśnia pęknięcie zwieracza naciskiem, wy-

wartym w chwili urazu przez ciecz wodną na łączówkę. Autorowie omawianej pracy widzą we wszystkich tych teoriach braki i niedokładności, ale i sami pozostawiają ostatecznie rzecz niewyjaśnioną, bo nie może nam wystarczyć jako wyjaśnienie ich uwaga, że o pęknięciu zwieracza stanowi przekroczenie granicy jego sprężystości (powiedziałbym już raczej: granicy wytrzymałości, ref.).

W jednym z przypadków spostrzeganych przez autorów zwieracz źrenicy był pęknięty wielokrotnie. Po kilkurazowym zapuszczeniu pilokarpiny źrenica wbrew oczekiwaniu rozszerzyła się znacznie. Zjawisko to na pozór dziwne należy sobie w ten sposób tłumaczyć, że każda z poszczególnych części poprzerwanego zwieracza skurczyła się z osobna pod wpływem pilokarpiny, przez co miejsca pęknięć przedstawiające się jako kąlowate szczeliny znacznie się powiększyły, co musiało spowodować szersze rozwarcie się nieregularnej źrenicy. —

Dr K. W. Majewski.

Tetanie u. Starbildung. Ein Beitrag zur Pathologie u. pathologischen Anatomie der Linse. Bonn. 1898. — Doc. Dr Albert Peters (Według »Neurol. Centralblatt«, Nr 4. 1899).

W monografii tej stara się autor wykazać, znany zresztą, stosunek przyczynowy między kurczami a pewnemi postaciami zaćmy, które nazywa Tetaniestare. Kurcze rzęskowe, utrudniające dopływ prawidłowy soków odżywczych do soczewki, powodują zmniejszenie się jądra. Przez takie skurczenie się (Schrumpfung) jądra wyciska się płyn tkankowy, co daje powód do powstawania przestworów i szpar, jako też do rozpadu włókien, a na tej podstawie wytwarzają się nie tylko zaćmy kurczowe, ale także jądrowe, jako też przeważna część zaćm następowych i starczych. —

W pracy, dzielącej się na część kliniczną i anatomiczną, przytacza autor dwa przypadki zaćmy u kobiet średniego wieku, u których przeważnie kurcze musiały być obwinione o wytworzenie zaćmy. W jednym przypadku chodziło o zaćmę jądrową, w drugim klinicznie o zaćmę starczą, badanie atoli anatomiczne wykazało w obu przypadkach podobne zmiany, jakie widzimy przy zaćmach przyjądrowych, które też autor znalazł w dwóch przypadkach zaćm sztucznych, wydobytych w zamkniętej torebce.

Gdy już dawniej autor wypowiedział zapatrywanie, że samoistna zaćma przyjądrowa powstaje przez skurczenie jądra, przeto trzeba przypuszczać, że gdzie równo znaleziono zmiany anatomiczne w soczewce, tam też równa winna być przyczyna powstawania takiej zaćmy. Nie udało się atoli autorowi przez sztucznie wywołany kurcz rzęskowy wytworzyć zaćm, które, jak z literatury wiadomo,

mogą powstać tam, gdzie wskutek utrudnionego odżywienia soczewki przychodzi do skurczenia się soczewki. W.

Ueber die Entstehung von Cataract nach Unterbindung der Venae vorticosae. Dr J. R. van Geuns z Hagi. (Graefe'go »Arch. f. Ophthalm.« XLVII. 2).

Autor robił doświadczenia w pracowni prof. Koster'a w Leydzie.

Podwiązanie żył wirowych sprawia objawy zastoinowe w wysokim stopniu, a mianowicie przekrwienie, wybroczyny do przedniej i tylnej komórki, nawet krwawe zabarwienie rogówki i podwyższony ucisk. W soczewce pęczniają najprzód przeważnie włókna tylnej kory i wśródbłonek torebki odczepia się. Później wystąpiło rozplnienie komórek, przechodzących z ciała rzęskowego na przednią torebkę, a u zwierząt pigmentowych zawierały owe komórki barwik. Pochodzenie tych komórek nie dało się stanowczo stwierdzić, ale obecność barwiku kazała się domyślać pochodzenia z ciała rzęskowego. Wśródbłonek rozplenia się na tylnej torebce, a przed i za równikiem tworzy gromady komórek. Nowoutworzony nabłonek tylnej torebki wyrasta do przezroczystych włókien, przyczyniając się w ten sposób do odtwarzania soczewki. Czasami zaś powstaje prawdziwa zaćma torebkowa tylna.

Tu i owdzie znalezione złogi w soczewce składały się z karbonatu i fosfatu wapna. Nadto znalazł autor kule i tłuszczowe krople Morgani'ego, nigdy zaś cholestearyny i kryształów kwasu tłuszczowego nie było.

Skoro po podwiązaniu żył wirowych soczewka otoczona jest krwią, a krew znajduje się pod silniejszym ciśnieniem, wśródbłonek zaś jest zniszczony, albo przynajmniej ucierpiał, natenczas płyn wdraża do soczewki, przychodzi do rozpadu i pęcznienia kory i jądra, względnie do rozplnienia się kory.

Gdy teraz wśródbłonek jeszcze odtworzyć się może, zmiany soczewkowe dalej nie postępują, w przeciwnym zaś razie przychodzi do zaćmy zupełnej.

Zur pathologischen Anatomie des Totalstars. Prof. Hess w Marburgu (Graefe'go »Archiv f. Ophthalm.« XLVII. 2).

Rzadko mamy sposobność do badania zaćmy, zmieniającej się pod wpływem rozeięcia. W tem położeniu był autor, który operował na jednym oku półroczne rachityczne dziecko, dotknięte zaćmą ogólną obu ocz. Dziecko w 28 godzin umarło na zapalenie płuc. Wyjęto oba oczy i poddano badaniu, które wykazało, co następuje: W oku nieoperowanem wśródbłonek przedniej torebki w kilku miej-

seach był rozpleniony, tylna zaś torebka była pozbawiona wśród-błonka. Z przednią i tylną torebką graniczyła istota bezpostaciowa, lekko barwna, a w częściach jej równikowych znajdowała się wąska warstwa mało zmienionych włókien soczewkowych.

Od istoty owej bezpostaciowej wyróżniało się dobrze jądro. Zewnętrzne tegoż warstwy miały liczne wakuole, których w środkowych warstwach nie było wcale. Tutaj było można jeszcze dokładnie rozpoznać bieg koncentryczny włókien, całość zaś przenikały wytwory kropelkowe (tropfenartige Gebilde), których ścisłość zmniejszała się ku obwodowi.

Nadto widział autor w równikowej warstwie jądrowej ziarenka haematoksyliną ciemno zabarwione, a uważa je za pozostałości jąder włókien soczewkowych.

W soczewce naciętej podpadała ogromna mnogość wakuoli. Ciało szkliste było prawidłowe.

Wobec tego uważa Hess zaćmę tę jako zaćmę warstwową daleko posuniętą i mniema, że zaćma warstwowa środkowa i zaćma całkowita (Totalstar) przyrodzona genetycznie ściśle są ze sobą połączone.

H.

Uwagi nad przyrodą jaskry zapalnej. Prof. L. Laqueur ze Strasburga (v. Graefe's »Archiv f. Ophthalm.« XLVII, 3).

Niepewność co do istoty jaskry pochodzi po części stąd, że autorowie w swoich badaniach razem łączyli pierwotną jaskrę zapalną, występującą napadowo w oczach przedtem zdrowych, jaskrę następową o zupełnie innej etyologii i jaskrę pojedynczą (simplex), która się różni „*toto coelo*“ od tamtych obrazem klinicznym i zachowaniem się względem zabiegów leczniczych.

Autor swoje uwagi odnosi tylko do t. zw. glaucoma prodromale, a wyliczywszy szereg powszechnie uznanych faktów klinicznych, przechodzi do wniosków: Prawdziwa przyczyna jaskry nie znajduje się wewnątrz oka, należy jej szukać poza okiem, co wynika z regularnego występowania obustronnego; w oku samem muszą być pewne czynniki usposabiające, jak: rasa, stan nadmiarowy, sztywność twardówki. Objawy zapalne są zmianami następowymi, jak niemniej zmiany patologiczno-anatomiczne w przednim i tylnym odcinku gałki ocznej. Środki zwężające źrenicę i zabiegi operacyjne nie znoszą ostatecznej przyczyny jaskry, ale wyrównują tylko zaburzenia, powstałe z tej przyczyny.

Występowanie jaskry w napadach wskazuje na układ nerwowy, napady okazują pewne podobieństwo z napadami migreny i padaczki, polegającymi na zaburzeniach czynnościowych, wywołanych albo bodźcem ośrodkowym, jak wzruszeniem, przeciążeniem

psychicznym, bezsennością i t. p., albo obwodowym od nerwów czuciowych, jak oślnieniu i t. p. — Jakiegoż więc rodzaju są te nerwowe zaburzenia czynnościowe w jaskrze?

Podwyższenie ucisku śródocznego zależy może od nadmier- nego wydzielania, albo od utrudnionego odpływu, albo od kombi- nacyi obu. Ponieważ odpływ limfy i krwi żyłnej z oka nie stoi pod wpływem działania nerwów — ciecze te krążą bowiem ściśle według praw fizycznych, to jest płyną w kierunku niższego ciśnie- nia, ponieważ dalej zwiększony dopływ krwi tętniczej objawiłby się widocznem na oku nastrożeniem, czego w glaucoma prodrumale nie znajdujemy, — przeto pozostaje jedynie przypuszczenie poje- dynczej hypersekrecyi bez stanu zapalnego. Przypuszczenie takie zgadza się zresztą całkiem z naszymi zapatrywaniem i we fizyologii co do czynności wydzielniczej różnych gruczołów pod wpływem podniety nerwowej: ślinianka podszczękowa wydziela pod wpływem zadrażnienia nerwowego obficie ślinę, a przekrwienie gruczołu nie jest podczas tego nieodzownem, jak i naodwrot może być prze- krwienie gruczołu bez wydzielania; gruczoły potne wydzielają nieraz obficie pot, gdy skóra jest błada i zimna (łęk); wydzielanie moczu, soku żółdkowego i trzustkowego, też bezsprzecznie zależy od wpły- wów nerwowych. Można więc przyjąć te same stosunki i dla oka, zwłaszcza, że niektórzy autorowie uważają ciało rzęskowe wprost za gruczoł. — Podrażnienie nerwowe jest więc przyczyną napadu jaskrowego, — którądy jednak przebiegają odpowiednie włókna ner- wowe? W nerwie trójdzielnym z pewnością nie ma ich, gdyż wy- cięcie zwoju Gasser'a nie wpływa na napięcie gałki. Nerwami zwężającymi i rozszerzającymi naczynia, biegnącymi w nerwie współ- czulnym, nie można znowu wyjaśnić dostatecznie napadu jaskro- wego. Potrzeba więc przyjąć nerwy takie, któreby niezależnie od wazomotorów kierowały czynnością wydzielniczą ciała rzęskowego. Według tego przedstawia sobie autor powstanie i przebieg napadu jaskrowego tak: od ośrodka wychodzi silniejsze zadrażnienie ner- wów wydzielinowych, ciało rzęskowe obficie wydziela ciecz — ucisk w tylnej komórce podnosi się i przyciska obwód tęczęwki do rąbka rogówkowego, zatykając przez to kanały Fontany, i odtąd ciecz wodna odpływu nie ma. Jeżeli podnieta jest słabą i krótko trwa, to część cieczy może jeszcze powoli odpływać przez niezupełnie zatłane kanały, i po ustaniu podniety wraca ucisk, a tem samem oko do stanu prawidłowego, w czem pomagają miotica, oddalając obwód tęczęwki od rogówki; skoro jednak podnieta jest silniejsza i trwa dłużej, wtedy występują znane następstwa podwyższonego ucisku, i wyrównanie zupełne jest już niemożliwem.

Za przyczyną nerwową jaskry przemawia także to, że sen

przerywa napad jaskry, co się tłumaczy ustaniem we śnie podrażnień nerwów wydzielniczych, podobnie jak rany silnie wydzielające bywają po dłuższym śnie mniej wilgotne, a wydzielina błony śluzowej nosa w katarze prawie zupełnie znika we śnie.

Z tej teorii wynika także, że operacyjne leczenie, polegające na wycięciu dróg nerwowych, ma słuszne podstawy. I tak Lagrange wycinał gałązkę nerwu trójdzielnego, co jednak, według tego, co się wyżej powiedziało o nerwie trójdzielnym, nie może być skutecznem. Jonesco i inni wycinali ganglion cervicale superius, a Abadie kawałki nerwu współczulnego z większym lub mniejszym skutkiem. Trydektonia i sklerotomia, odsłaniając część przestworów Fontany, zapewniają w ten sposób swobodny odpływ cieczy wodnej z oka.

Phthisis essentialis bulbi, polegającą prawdopodobnie na porażeniu nerwów wydzielniczych, możnaby przeciwstawić jaskrze.

Powyższa teoria jaskry, t. zw. nerwicowa (Neurosentheorie), tłumaczy nam wiele faktów klinicznych, jak obustronne występowanie choroby, wpływ wieku, dziedziczne usposobienie, rasę, stany psychiczne i t. d.; autor nie rości sobie praw do niej, gdyż, już od Donders'a począwszy, wielu autorów wypowiadało podobne zapatrywania, kładli jednak zbyt wielką wagę po pierwsze na zmiany anatomiczne, jak zamknięcie zatoki komórkowej, sprawy periflebityczne w żyłach (venae vorticosae) lub inne czynniki usposabiające, a powtórnie na zmiany w szerokości naczyń, zależne od wazomotorów. —

Dr J. Kreutz.

Przyczynek do anatomii i patogenezy dacryops. Dr med. O. Lange z Brunszwiku (>v. Graefe's Archiv f. Ophthalm. <. XLVII. 3).

U kobiety 52letniej istnieje od roku na prawem oku pod górną powieką w górno-zewnętrznym kwadrancie guz pod spojówką, na twardówce przesuwalny, okazujący wyraźne chłobotanie; guz wielkości fasoli podczas płaczu lub wachania olejku gorczycznego powiększa się do wielkości orzecha laskowego, przyczem sprawia przykre uczucie uciskania w oku.

W lewym oku w odpowiednim miejscu jest także mniejszy guz wielkości grochu, o tych samych zresztą własnościach. Chora nigdy dotąd na oczy nie cierpiała. — Po znieczuleniu kokainą, wycięto guz nożyczkami, przyczem wylała się treść jego, jasny płyn żółtawy. — Badanie mikroskopowe na przekroju przez całą długość przewodu gruczołu łzowego przedstawia następujące stosunki anatomiczne: Przewód gruczołu łzowego bardzo rozszerzony, wyścielony jedną warstwą przybłonka, a gdzie indziej widać kilka złuszczonej

komórek przybłonkowych. Ujście przewodu w spojówce zatłane jest czopem z drobno-ziarnistej masy, w której znajdują się pojedyncze komórki przybłonkowe, obumarłe lub też żyjące. —

Opisany guz uważa autor za torbiel retencyjną, powstałą w ten sposób, że przybłonek przewodu, złuszczony wskutek kataru (Desquamationsecatarrh), zatkał ujście przewodu, czego następstwem było zatrzymanie łez i rozszerzenie przewodu.

Imi autorowie, jak Franko, Juengen, przypisują powstanie takich torbieli bliznowatemu ściąganiu się ujścia przewodu łzowego wskutek zapalenia ropnego lub urazu.

Razem z powyższym jest dotąd opisanych 21 przypadków dacryops.

Dr J. Kreutz.

Keratosi conjunctivae (Verhornung der Bindehaut).

Dr Michał Mohr i Dr Maurycy Schein z Budapesztu (Archiv f. Augenheilk. « T. XXXIX. Z. III.) —

U 46letniego tkacza, który zgłosił się do szpitala peszteńskiej kasy chorych, stwierdzili autorowie powyżej rogówki na przestrzeni kwadratowego centymetra płaską, twardą wyniosłość barwy białej, o tłustym połysku, podobną do zeschniętej mydlanej pianki, nie dającą się zmarszczyć, lecz przesuwaną się z łatwością ponad twardówką. Miejsca tego łzy nie zwilżały. Zresztą oko zupełnie prawidłowe. Postawiono od razu rozpoznanie: keratosi conjunctivae, a badanie drobnowidowe cząstki zmienionej spojówki wykazało znaczne jej zgrubienie i zrogowacenie warstwy przybłonkowej. Ponieważ przy tak zwanem zeszkornieniu spojówki (xerosis conjunctivae) mikroskop wykazuje tę samą zniżoną anatomiczną, przeto autorowie czują się w obowiązku wykazać różnicę, jakie istnieją między zwykłym zeszkornieniem spojówki a postacią chorobową, którą chcą uważać za nową, dotychczas niespostrzeżaną i nieopisaną. Aby usprawiedliwić to twierdzenie, uważają za wystarczające następujące znamiona różniczkowe: brak w opisanym przypadku wszelkich przyczyn ogólnych i miejscowych, które zazwyczaj wywołują xerosis epithelialis lub profunda; brak hemeralopii; niezwykle umiejscowienie ponad rogówką, a nie w obrębie szpary powiekowej, jak to bywa zwykle w postaci kserozy opisanej przez Bitöla; dalej brak zmian na rogówce, wreszcie obraz drobnowidowy odmienny od tego, który autorowie znaleźli w atlasie Wedla jako charakterystyczny dla zwykłego zeszkornienia spojówki. W szczególności na preparatach ich nie widać nigdzie kropelek tłuszczu i eleidyny, jakie — według Fuchs'a i Wedla — znajdują się często w głębszych warstwach zeszkorniałej spojówki. Rokowanie wobec miejscowego zrogowacenia spojówki jest pomyślne, bo po odcięciu wybijanej spojówki, co sta-

nowi jedyne uzasadnione leczenie tego cierpienia, wytwarza się bliżna łącznotkankowa i nie przychodzi do nawrotu cierpienia.

Dr K. W. Majewski.

Ueber Orbitalphlegmone dentalen Ursprungs. Dr W. Dagilajski z Niżnego Nowogrodu (»Klin. Monatsbl.« Lipiec. 1899).

Groźne niebezpieczeństwo, jakie przedstawia ropienie pozagałkowe nie tylko dla dotkniętego oka, ale i dla życia chorego, nakazuje badać skrzętnie wszelkie możliwe źródła i przyczyny tego cierpienia, aby, pamiętając o nich, mógł tem łatwiej w danym przypadku wskazania lecznicze postawić. Dlatego to zasługuje na uwagę spostrzeżenie Dra Dagilajskiego, odnoszące się do 7letniego chłopca, u którego zapalenie okostnej zębodołowej dało powód do przejścia sprawy ropnej na tkankę pozagałkową lewego oka. Zarówno rozpoznanie ropnia pozagałkowego jak i związek jego z cierpieniem zęba — nie ulegały żadnej wątpliwości. Po wyrwaniu chorego zęba (pierwszy trzonowy górny po lewej stronie) i otwarciu jamy Highmora przez opróżniony zębodoł, wypłynęła dość obficie ropa. Następnie udało się także wypuścić ropę z poza gałki ocznej, poczem tak stan ogólny jakoteż i stan oka natychmiast się poprawił i chory wkrótce powrócił do zdrowia, odzyskawszy na lewym oku V. = 0.8, podczas gdy w dniu zgłoszenia się zaledwie liczył palce na 5 m.

Autor dzieli choroby oczne, zależne od cierpienia zębów, na dwie grupy: do pierwszej zalicza zaburzenia, przeniesione drogą odruchu, do drugiej zaś sprawy, które przeszły z jamy ust do oczodołu *per continuitatem*. Wielokrotnie zwracano uwagę na nerwową zależność pewnych zaburzeń ocznych od ząbkowania, od próchnicy zębów, od nerwobólów zębowych i t. d., opierając się na tem, że tak zęby jak i oczy zaopatruje nerw trójdzielny w gałązki czuciowe. Do takich odruchowych cierpień zaliczają zapalenie spojówki przyszczykowe u dzieci ząbkujących (Gałęzowski), niedowład lub nawet porażenie akomodacyi i rozszerzenie źrenicy podczas bólu zęba (Schmidt-Rimpler), napady jaskry, wywołane bólem zęba (Redard, Abadie), ponadto porażenia mięśni, niedowidzenia, ślepoty, zaćmy i t. d. Autor przyznaje jednak, że nie wszystkie odnośne spostrzeżenia posiadają jednaką wartość naukową. Ropień pozagałkowy należy oczywiście do drugiej grupy, mniej licznej, ale nierównie ważniejszej. Dzisiaj wiadomo już, że ropienie z zębodołu do oka może się dostać dwojaką drogą: 1. po okostnej przedniej powierzchni górnej szczęki, a dalej po okostnej oczodołowej (Gurwitsch, Hirsch); 2. przez jamę Highmora (Hollauer). W przypadku autora przebieg i objawy wskazywały na to, że ropienie poszło pierwszą z wymienionych dróg, ale wreszcie

przyszło także do następowego otoku ropnego i w jamie Highmora. —
Dr K. W. Majewski.

Beitrag zur offenen Wundbehandlung nach Augenoperationen. Dr O. Walter z Odessy. (Archiv f. Augenheilk. T. XXXIX. Z. III).

O leczeniu ran po operacyach na gałce ocznej bez zakładania opaski wiele w ostatnich czasach pisano. Sprawa ta została już nawet poniekąd osądzoną, gdyż najpoważniejsi okuliści wyrazili przekonanie, przynajmniej co do sposobu postępowania, jaki podaje sam Hjort, że jest to stanowczo przesada. Istotnie nawet ze stanowiska teoretycznego wydaje się nieprawdopodobnem, żeby takie naturalne środki ochronne, które w zwyczajnych warunkach wystarczają oku zdrowemu, były zarówno wystarczające wśród warunków wyjątkowych, wśród jakich się znajduje oko operowane. Jeśli pomimo tego praca Dra Walter'a budzi istotne zajęcie, to po pierwsze dlatego, że poszedł on drogą pośrednią i przecież nie pozabawiał oka operowanego zgoła wszelkiej osłony, a powtórnie, że i ta złagodzona niejako metoda musiała przejść w jego rękach prawdziwie ogniową próbę wobec tego, że materiału operacyjnego dostarczała mu przeważnie niecoświecona, półdzika południowo-rosyjska ludność wiejska, niezdolna do spokojnego i rozsądnego zachowania się ani przy, ani po operacji. Mimo tego Dr Walter jest ze swych wyników zupełnie zadowolmiony. — Zakładał on bezpośrednio po operacji drucianą siatkę, podaną przez Praun'a, upatrując jej wyższość nad papierową opaską Wolffberg'a w tem, że pozwala lekarzowi w każdej chwili przekonać się naocznie o ilości wydzieliny, o ewentualnem obrznięciu lub zacerwienieniu powiek i innych zewnętrznych objawach, dających nieraz ważne wskazówki rozpoznawcze. W niektórych razach, zwłaszcza w przypadkach, gdzie przyszło do wypływu ciała szklatego, zakładał zrazu opaskę, ale uwalniał od niej chorych po 24—36 godzinach, zastępując ją siatką Praun'a, którą pozostawiał przez 1—8 dni.

Autor przytacza bardzo szczegółowo przebieg pooperacyjny po 27 operacyach zaćmy, 20 irydektomiach i 5 innych operacyach, połączonych z otwarciem przedniej komory. Po operacji zaćmy nie przyszło ani razu do zakażenia ropnego, trzy razy wystąpiło lekkie, a raz ciężkie zapalenie tęczówki. Dr Walter odniósł wrażenie, że przednia komórka wypełniała się prędzej pod siatką Praun'a, niż pod opaską. Co do wyników optycznych, to w 20 przypadkach bystrość wzroku równała się $\frac{1}{15}$, lub była lepszą niż $\frac{1}{10}$, ale ani razu nie stwierdzono pełnej bystrości. W pozostałych przypadkach wynosiła mniej niż $\frac{1}{10}$. Zauważyć jednak należy, że autor badał

wzrok swych operowanych jedynie przy pomocy szkieł sferycznych. Prawdopodobnie z powodu braku inteligencyi ze strony chorych nie kuśił się o wyrównywanie, tak często zdarzającej się, znacznej niezborności pooperacyjnej rogówki, co by było niewątpliwie postawiło wyniki optyczne w znacznie korzystniejszym świetle. Nakoniec podnosi Dr. Walter, że chorzy, którzy mieli sposobność porównać opaskę ze siatką Praun'a, uważali założenie tej ostatniej za wielką ulgę i prawdziwe dobrodziejstwo. *Dr. K. W. Majewski.*

Sposoby badania i postacie chorób ocznych u popisowych, przysyłanych do wojennych leczniczych zakładów. Dr. P. Wodziński (»Wojenno-Medycyński Żurnal«, książki: sierpniowa i wrześniowa, 1899).

Praca wileńskiego okręgowego okulisty jest dość obszerną i potracającą rozmaite sprawy — przeto trudno ją w krótkości streścić. Niepodobna jednak pominąć jej w naszym czasopiśmie.

Ponieważ popisowi dość często symulują stan wzroku, przeto autor gorąco zaleca przedmiotowy sposób ich badania i pod tym względem rozpisuje się o skiaskopii, o której w rosyjskiej literaturze już sporo napisano. Wymienia następujące przyrządy, potrzebne w szpitalach, do których przysyłają popisowych dla zbadania stanu oczu: duże etui wszelkich optycznych szkieł, kieszonkowy oftalmoskop Liebreich'a, refrakcyjny Hirschberg'a, takż Loring'a, skiaskop Laurent'iego, keratoskop Placida, strabometr Lavrenc'a, pupillometr, perymetr, lupę, dobór włóczek Holmgren'a i stereoskop z rycinami.

Przy skiaskopii Dr. W. zaleca: porażenie akomodacyi za pomocą atropiny, kierunek osi wzrokowej badanego powinien być taki, jak przy wziernikowaniu (mimo ucha badającego), korekcyja oczu badającego potrzebna jest tylko przy wysokich stopniach anotropii, ponieważ refrakcyja i akomodacyja jego przy skiaskopii nie gra żadnej roli. Oznaczenie refrakcyi za pomocą skiaskopii u popisowych powinno być obowiązującym w wojskowych szpitalach.

Wszystkich badanych było 1050, autor dzieli ich najprzód podług wyznania (już drugi raz¹⁾ pytamy, dlaczego nie podług narodowości?), podług zawodu, dalej dzieli na piśmiennych (394) i alfabetów (656), w końcu wypisuje postacie chorób, z których najwięcej badano myopów (246), nadwzrocznych (165), astygmatyków (76) i z anisometrią (295). Potem autor przechodzi do oddzielnych postaci chorób, poświęcając im po kilka stronie. Zaczyna od jaglei i wypowiada słuszne zdanie, które podzielamy w zupeł-

¹⁾ Pierwszy raz zapytywałem kilka lat temu w Nowinach Lekarskich.

ności, iż jest wielkim błędem¹⁾ przekonanie tych, którzy oddzielają folliculosis od trachoma. Pod tym względem okulisci rosyjsey podzieliли się na dwa obozy; przeciwko dualizmowi pisali niemało Reich i Mandelsstam. Lekarz wojskowy powinien być unitarystą, aby zapobiedz rozwojowi jaglicy w koszarach. Niektórzy jednak (Dr Lewczenko) zapominają o tem i opisują »epidemię follikulozy (!) w pułku«.

Po jaglicy opisano dwa przypadki łuszczyaka podspojówkowego gałki, przyczem zwrócono słuszną uwagę na sztuczne zabarwienie prawych rogówek u Izraelitów z Królestwa Polskiego; środkowa ich część miała wygląd burowato-żółty, jakby od ugru²⁾ — kilkoma opisanymi demonstuje autor te naśladowane uszkodzenia rogówek, prawdopodobnie przez felezerów.

Z chorób tęczówki zasługiwał na opis przypadek irideremiae foetalis bilateralis congenitae, z chorób soczewki; ectopia lentis oc. sin., właściwie luxatio lentis traum., i cataracta gypsea. Następnie kilka słów poświęcono: zmęgnięciom ciała szklistego, zanikom nerwu wzrokowego, fibrae myelineae i nystagmus.

W książce wżeśniowej obszernie traktuje Dr W. o nieprawidłowościach refrakcyi u popisowych, których zapisano 782, czyli 74 $\frac{1}{2}$ % . Wszystkich oczu z myopieczną refrakcją było 827, z wysoką m. ($\frac{1}{1\frac{1}{2}}$ — $\frac{1}{6}$) było 100 osób, z średnią $\frac{1}{6\frac{1}{2}}$ — $\frac{1}{12}$) 65, ze słabą ($\frac{1}{13}$ — $\frac{1}{50}$) 81 ludzi. Staphyloma posticum spostrzegano w 57% przypadków z zewnętrznej strony tarczy, w 43% w innych miejscach obok niej. Piśmiennych myopów było 51%, analfabetów 49%, to jest prawie jednaka liczba; autor twierdzi, że krótkowzro-

¹⁾ Czy przekonanie takie jest rzeczywiście *błędem*, niełatwem będzie autorowi i referentowi dowieść. Po stronie dualistów stoją poważni autorowie, którzy umieją i klinicznie i mikroskopijnie dobrze badać, że wymienię tylko Saemisch'a, Schmidt-Rimpler'a, Schweigger'a, Adamiuk'a, Wecker'a, z młodszych zaś Greef'a, Kubnta i t. d. Inni, jak Hirschberg, Michel, przyznają się do unitarystów, jednak objawiają dualistyczny kierunek przy opisie obu postaci choroby. Akta stanowczo jeszcze nad tą sprawą nie zamknięte i trudno dziś orzec, który obóz ma słuszość. My zaś sami, na podstawie badań naszych, w szkołach podjętych, badań, obejmujących przeszło 11.000 dzieci, a dalej na podstawie ściśłego dłuższego badania klinicznego, dotyczącego każdego przypadku zajęć spojówkowych, z wytworem wyniosłości, doszliśmy do przekonania, że zapalenie mieszkowe, t. j. conjunctivitis folliculosa stanowczo odróżnić trzeba od conj. granulosa sive trachomatosa. O czem obszerniej na innym miejscu. W.

²⁾ Ugier = ziemia barwiąca, w żelazo obfitująca. W.

czność jest chorobowym stanem oczu, spostrzegany co do liczby przypadków zarówno wśród inteligencji, uczącej się młodzieży, jako też wśród włościan i ludzi zupełnie niepiśmiennych. Mówiąc o znizeniu bystrości wzroku przy wysokich stopniach myopii, autor podaje zdanie prof. Adamiuka, który, pomimo zmian na dnie oka, upatruje przyczynę tego znizenia i w młodości tarczy nerwowej, zawierającej mniejszą ilość włókien nerwowych.

Nadwzroczność zapisano u 165 popisowych, a mianowicie: z wysoką Hm. ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{6}$) u 33 osób, ze średnią ($\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{12}$) 30, ze słabą ($\frac{1}{13}$ — $\frac{1}{50}$) u 102 ludzi. Jeżeli do tych 330 oczu dodać jeszcze 178 z anizometrią, to otrzymamy wszystkich 508 nadwzrocznych oczu.

Astygmatyzm znaleziono w 76 przypadkach, anizometrię stwierdzono u 295 osób; przy tej ostatniej zapisano strab. convergens 29 razy, strab. divergens 77 razy. Z miarową refrakcją było 268; między nimi była tylko część udających, reszta przybyła z jalgicą, cierpieniem worka łzowego i t. p.

Poświęciwszy kilka stronie opisowi postaci tarczy wzrokowej przy rozmaitych refrakcjach, Dr W. twierdzi, że może ona być okrągłą i owalną, co zresztą zależy nie od wrodzonej konfiguracji, lecz od takich przyczyn, jak As, tylno-biegunowe oklazuje i t. p.

Na kilku stronicach wypowiedział autor traktat o naczyniach siatkówki przy rozmaitych wadach refrakcji. Największą ich ilość i zmienność kierunku, jak wiadomo, spostrzegamy przy wysokim stopniu myopii, — najczęściej widział je Dr W. skierowane w większej ilości w kierunku na zewnątrz, ku stronie skroniowej. Taki obraz dna ocznego nie tylko gra rolę rozpoznawczą, lecz i powinien mieć znaczenie profilaktyczne dla podobnych osobników.

Z liczby 1050 popisowych przyznano do służby wojskowej 427, zwolniono od służby 553 i 70 otrzymało roczne odroczenie. Najwięcej przyjęto prawosławnych ($45\frac{0}{10}$), najwięcej zwolniono Izraelitów ($57\frac{0}{10}$), a to głównie krótkowzrocznych. Najwięcej (458) zwolniono zgodnie z § 30 lit. A, który brzmi: »Ślepotą jednego oka, lub visus = $\frac{1}{200}$ «. Podług §. 31 lit. A zwolniono 15: »visus oc. dxt. = $\frac{1}{4}$ «. Ten ostatni § lit. A, również jak § 2 lit. B, jest obecnie przedmiotem piśmiennych sporów między wojskowymi okulistami Rosyi. § 2 lit. B., podług którego popisowi mogą być przyjmowani na niefrontową służbę, brzmi tak: »Visus oc. dxt. < $\frac{1}{2}$, lecz nie < $\frac{1}{4}$, przy v. oc. sin. = $\frac{1}{2}$. Uwaga. Osłabienie v. i więcej znizone nie zwalnia od niefrontowej służby, skoro zależną jest od myopii, nie wyższej $\frac{1}{8}$ (5 D.) i jeżeli przy korekcyi otrzymujemy v. w jednym oku nie niższy od $\frac{1}{2}$, a w drugim nie niższy od $\frac{1}{4}$ «. Trzeba zauważyć, że w służbie rosyjskiej wojskowej

okulary nie są dozwolone szeregowcom, z wyjątkiem wolno wstępujących do służby, o żadnej więc korekcyi u popisowych mowy być nie może. Wymagania obecnego regulaminu dwa razy są ostrzejsze od obowiązującego przed paru laty, który zwalniał od służby przy v. $< \frac{20}{10}$, i kiedy o służbie niefrontowej przy wadach refrakcyi i mowy nie było. Dziś, stosując powyższy regulamin, napełniamy szeregi wojska mnóstwem niefrontowych ludzi, i to przeważnie Izraelitów. Największym obrońcą redakcyi niniejszego regulaminu jest Dr Reich, najostrzejszym krytykiem jego prof. Dr Dobrowolski, który proponuje § 31 zamienić tak: „Osłabienie wzroku prawego oka niżej $\frac{20}{10}$, lewego niżej $\frac{1}{100}$, zależne od stałych zmian oczu lub wad refrakcyjnych. Uwaga. Do artyleryi i inżynierii wojskowej mogą być przyjęci, nie wyżej nad $17\frac{0}{10}$, popisowi, u których w lewym oku v. nie niżej $\frac{20}{10}$ czyli $\frac{1}{2}$, a w prawym nie niżej $\frac{1}{100}$ «. Ciekawy ten polemiczny artykuł zamieszczony jest we wrześniowej książce „Woj.-med. Żurnału“. W każdym razie zagmatwana redakcyja paragrafów ocznych regulaminu wojskowego wymaga rychłej zmiany.

Dr J. T.

Nowe szczypeczki do wyciskania ziarn jaglicowych.
Dr Smirnow (Wojenno-medycinskij Żurnał, wrzesień, 1899).

Niezadowolniony szczypeczkami Knapp'a, haczykowato-skrzywnonemi Donberga, ani też przyrządem Bellarmino'wa, Dr S. obmyślił jajowatego kształtu szczypeczki¹⁾, któremi można doskonale wyciskać ziarenka, osobliwie w kątach powiek, co do tej pory było dość trudnem. Cena jednak (Szapflegin w Petersburgu) dość wysoka, bo $2\frac{1}{4}$ rubla.

Dr J. T.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie. (C. d.)

C. Hess: *Zależność akomodacyi od zbieżności*. H. już dawniej zwrócił na to uwagę, że możemy spowodować wyższy stopień kurczu mięśnia rzęskowego, aniżeli to do najwyższego wypuklenia soczewki

¹⁾ Zręczność palców zazwyczaj wystarcza, by ogólnie, bez niepotrzebnego niszczenia spojówki powyciskać to, co wyciśniętem być może i winno. Szczypeczki do wyrywania rzęs mogą być pomocne tam, gdzie palcami do jaglic dotrzeć nie podobna. Ubieganie się o osobne przyrządy jest żądzą nowości.

W.

jest potrzebnem. Przy pomocy nowych sposobów badania doszedł do przekonania, że zwykłe rozróżnianie punktu bliży jednoocznej i obuocznej nie odpowiada rzeczywistemu stanowi rzeczy. Każdy z nich znajduje się w tej samej odległości, a pozorna różnica polega na tem, że punkt bliży jednoocznej wymierzamy zwykłym sposobem, to jest przy użyciu drobnych przedmiotów, trzymanych przed okiem, gdy źrenica jest węższą, aniżeli przy oznaczeniu bliży obuocznej.

Hess wykazuje zresztą, że krzywe Don d e r s'a o rozciągliwości względnej akomodacyi dają tylko niewystarczający obraz związku między akomodacyą a zbieżnością. Związek ten według nowych sposobów mierzenia następujące określa prawidło. Każdemu stanowi zbieżności odpowiada pewien stopień akomodacyi, który może powiększyć i zmniejszyć się, ale tylko w pewnych granicach, przy niezminiającej się zbieżności. Obszar tego wahania akomodacyi jest równy wszystkim stopniom zbieżności.

W końcu wykazuje prelegent, że eseryna w przeciwieństwie do głoszonego zdania, nie powiększa rzeczywistej akomodacyi. Powiększenie to jest tylko pozorne, a spowodowane zwężeniem źrenicy (? —).

Siegrist z Bazylei: *Przyczynek do znajomości arteryosklerozy naczyń ocznych*. U dwóch chorych, dotkniętych ogólną arteryosklerozą, widział S. obok kilku naczyń choroidalnych zupełnie sklerozowanych na niektórych naczyniach, posiadających zwykłą czerwonosć, większe i mniejsze złogi pigmentowe. W jednym z tych przypadków udało się, gdy śmierć nastąpiła w kilka miesięcy po wziernikowaniu, wykazać mikroskopijnie skład tych złogów; powstałych przez proliferacyę komórek nabłonka pigmentowego, znacznie powiększonego. Ta proliferacya w żadnym miejscu nie zmieniła warstw siatkówkowych. Zmiany ścian naczyniowych, które wywołały owe objawy, polegały już to na endarteriitis obliterans, przyczem ściana naczynia i intima uległy zwyrodnieniu skrobiowatemu, już to na endarteriitis, znamionującej się rozwojem wielkich komórek pomiędzy wśródbłonkiem a błoną elastyczną.

Dor jun. z Lyonu: *O nervi nervorum nerwów wzrokowych*. Obok dwóch małych gałązek nerwowych, powstających z plexus caroticus i wchodzących do opony miękkiej skrzyżowania nerwów, istnieją jeszcze liczne gałązki w górnej ścianie tej pochwy miękkiej, posiadające anatomiczne znamiona nervi nervorum. Część tych włókien obejmuje z przodu skrzyżowanie i tworzy komisurę Hannover'a, część inna atoli wnika do pochewki nerwu wzrokowego. Ponieważ te włókna po wyłuszczeniu gałki nie ulegają zwyrodnieniu, przeto uważać je można za odśrodkowe, autor zaś sądzi, że po-

drażnienie tych włókien, jakiemu podlegają w przebiegu swym przez miękką pochwę nerwu wzrokowego, w razie ucisku przez płyn mózgowo-rdzeniowy, wywohje nabieg (oedema) i zastój tarczy, jako objaw guzów mózgowych. —

Neuschueler z Rzymu: *Nieco o włóknach w nerwie wzrokowym*. Barwiąc bardzo delikatne podłużne cięcia nerwu wzrokowego sposobem Weigertowskim, widzimy, że siatkowe włókna prawie równolegle bieżą ku tarczy. Tylko tędy i owędy widzimy odbiegające od tego kierunku włókna, które, opuszczając wiązkę, do której należą, skośnie do sąsiedniej wnikają. Są to, znane zresztą, zespolenia rozmaitych wiązek, z których nerw się składa. W okolicy lamina cribrosa widział prelegent, przy silnem powiększeniu, pewną odmianę tych włókien zespolenia, na co w literaturze, zdaniem jego, nie zwrócono uwagi. Znamiona te są następujące:

1. Zachodzą one w lamina cribrosa, zwłaszcza w tem miejscu, gdzie włókna nerwowe tracą swą osłonkę rdzeniową.
2. Zabarwiają się tak samo jak i inne włókna, ale ciemniej.
3. Są większe, gdy włókna zespolenia mają taki sam kaliber, jak inne elementa.
4. Przebiegają prawie pionowo do włókien nerwu wzrokowego i krzyżują jeden do trzech pęczków optycznego nerwu.

Włókna te zachodzą u świni, cielęcia i kota, u człowieka zaś nie tak łatwo odkryć je można. O znaczeniu ich nie wiemy.

W *rozprawie zwrócił* Greeff na to uwagę: że włókna te, które w preparatach prelegenta miał sposobność widzieć, a które różnią się od włókien, tworzących w lamina cribrosa bardzo znaczne przeplatanie, nie stanowią zespolenia, ale raczej skojarzenia, — i radzi prelegentowi na to w przyszłości uważać, czy te włókna nie powracają w kierunku nerwu wzrokowego, albo, czy też nie opuszczają go zupełnie, by wniknąć w nerwy rzęskowe.

Coppez z Brukseli: *Działanie rozmaitych toksyn na rogówkę*. Prelegent zastanawia się najprzód nad pytaniem: *Na jakiej drodze mogą toksyny, zastrzyknięte do spojówki, wpływać na rogówkę?* Biorąc jako typ chorobowy dyfterję, wiemy, że część toksyn przechodzi do ogólnego obiegu krwi, inna zaś rozprzestrzenia się na spojówce i rogówce, zmieszawszy się ze łzami. Na spojówce wessanie będzie nieznaczne, gdyż spojówka w stanie zapalnym słabo tylko absorbuje; toksyny z trudnością przenikają błony zwierzęce wskutek znacznej objętości ich molekułów. Natomiast jad dyfteryjny rozwija swój wpływ na rogówkę. Nabłonek zrazu temu się sprzeciwia, skoro on jednakże ulegnie zniszczeniu, szybko zmienia się w rogówka. Nabłonek zaś może uleść zniszczeniu już to przez mani-

pulacye lekarza, już to przez tarcie samych błon chorobowych, już też przez działanie toksyny, która w przeciągu 48 godzin nabłonek niszczy.

W przeciwieństwie do Gosetti'ego i Jony wykazały doświadczenia prelegenta, że łyż nie posiadają żadnego wpływu odtrutkowego na jad dyfteryjny.

Drugie pytanie, jakie sobie prelegent stawiał, było: *jakie jest właściwe każdej toksyny działanie?* i odpowiada następująco:

1. Jad dyfteryjny silnie działa na rogówkę.

2. Abrina, dostawszy się do worka spojówkowego, sprowadza zmętnienie i nekrozę rogówki. Zastosowanie jequirity przy pannus trachomatosis pokazuje, że abrina nie działa przez to na rogówkę, że obieg w naczyńiach, okalających rogówkę, przerywa. Przeciwnie toksyny działają korzystnie na wytworzenie się naczyń.

3. Jad streptokokus bardzo mało wpływa na rogówkę, prelegent zaś sądzi, że większa część objawów, otrzymywanych przez Bardell'ego w jego doświadczeniach, przypisaną być winna nie toksynom, ale bulionowi, zabitym mikrohom i przetworom do ich zabicia używanym.

4. Toksyna pneumokokus także mało ma wpływu na rogówkę, co przypisać należy słabej energii toksyny.

5. Toksyny gronkowca, według doświadczeń Sołowiewa i Mołodorskiego, równają się co do wpływu gronkowcom samym. I tu, dla dokładnego wyrobienia sobie sądu, trzeba odłączyć wpływ bulionu i dodatkowych przymieszek.

H. Coppes: *Leczenie zapalenia jaglicowego przez elektrolyzę w połączeniu ze sublimatem i jequirity.*

Prelegent podaje sposób, przeprowadzany w klinice ojca swego w Brukseli, polegający na następujących środkach:

Elektrolyzę w uśpieniu chloroformem w ten przeprowadza się sposób, że elektroda ujemna w postaci małych widełek stalowych stosuje się na granulacye. Siła prądu wynosi 4—5 MA., przytem nigdy końców widełek nie wpaja się w głąb spojówki, chyba, że ją przenikają gromadki jaglic. Piankę i krew obeiiera się wacikami, maczanymi w sublimacie 4:1000. Rękoczyn, sam w sobie bardzo bolesny, później nie powoduje już żadnego bólu. Przez 24 godzin nosi chory opaskę, a silniejsze łzawienie i podrażnienie, później występujące, łagodzi się kokainą. — Wytworzenie się cienkiej błony na powierzchni spojówki nazajutrz po elektrolyzie jest objawem korzystnym, wskazującym, że osiągnięto najwyższy skutek, a jaglicca znika potem bardzo szybko.

2. Następnie co dzień pociera się wata, zawiniętą na pręciku szklanym i maczaną w sublimacie 4:1000 dopóty, dopóki nie zabarwi się lekko krwią.

3. Gdy pannus gruby pokrywa rogówkę, pociera się w 4 lub 5 dni po elektrolyzie namokiem jequirity 5%, ale tylko raz jedyny. Zwykle rogówka ma się potem wyjaśniać zadziwiająco szybko.

Leczenie wymaga 3—6 tygodni.

G. Bull z Paryża: *Znużenie, spowodowane wysiłkami w celu widzenia pojedynczo obu oczami.*

Obuoczne widzenie utrudnia przede wszystkim różnica refrakcyjnych wad obu ócz; ona to bowiem sprawia, że obrazy co do wielkości i postaci są rozlane, utrudnia akomodację i nierówno rozdziela energię mięśni fiksacyjnych. Bull kładzie nacisk na ważność próby stereoskopijnej dla mierzenia objętości fuzyi i dla oznaczenia stopnia obuocznego fiksowania.

Podmiotowe uczucia chorego zasługują na bacność ze strony lekarza i nie powinny być lekceważone. Pod tym względem opisuje prelegent te objawy, które są ważne dla rozpoznania, i zaznacza zarazem, że niektórzy chorzy systematycznie robią wysiłki dla osiągnięcia fuzyi, a nieświadomie posługują się rozmaitymi środkami pomocniczymi. Objawy opisane przemawiają za kurezem w mięśniach ocznych, a widocznie miejscowy kurez daje powód do kurezu ogólnego albo przeniesionego, mogącego się objawić w każdej części ciała. W końcu przytacza prelegent przypadek, wykazujący, jak miejscowe wysiłki w celu obuocznego widzenia pojedynczo, trwające lat kilka, spowodowały neurastenię, którą usunięto zupełnie przez stosowne leczenie, zmierzające do ułatwienia fuzyi. (C. d. n.)

W.

IV. LECZNICTWO.

46. Jodopyrynę czyli jodantypyrynę poleca Dr Junkres jako środek przeciwgorączkowy i przeciwoleśny. Dalej przypisuje mu własności znakomite przeciw goścowi, dnie, grypie, przy rozmaitych nerwicach, zwłaszcza bólu międzyżebrowym i kulszowym. Poleca go także przeciw odontalgii, kolkom mnestrualnym, przeciw boleściom w kościach u osób luetycznych.

Wobec tylu zachwalanych własności środka, który w wodzie trudno się rozpuszcza, jest bezwonny i bez smaku, znalazło się zapewne i w terapii okulistycznej sposobność do zużytkowywania tych własności. Dawka dla dorosłych wynosi 1 gr. trzy razy dziennie. (Therap. Monatshefte. 1899. Nr 11).

47. Amyloform, połączenie chemiczne formaldehydu z krochmallem, proszek nierozpuszczalny wcale, używany jest w chirurgicznej klinice w Heidelbergu do posypywania ropnych ran, z powodu zalet silnie odkażających; amyloform nie drażni.

48. *Jodoformogena*, używana w tejże klinice w zastępstwie jodoformu, przed którym wyróżnia ją bezwonnaść, ma ograniczać wydzielinę, a obok tego, jak jodoform, pobudzać wytwarzanie się ziarniny i posiada własności swoiste przeciw sprawom gruźliczym (Heddeus, *Muenchn. Med. Wochenschrift.* 1899. Nr 12).

49. *Asterol*, czyli *hydrargyrum sulfophenicum* albo *hydrargyrol*, jest przetworem rtęci, rozpuszczalnym we wodzie. Wprowadziła go w świat lekarski fabryka *Hoffman, Laroche et C.* w Bazylei. Badania, podjęte na klinice prof. *Kocher'a* przez *Dra Steinman'a* w Bernie, wykazały, co następuje:

1. *Asterol* rozpuszcza się we wodzie łatwo, a rozczyzny pozostają przezroczyste.

2. Posiada znakomite własności odkażające i nie traci ich w obecności białkanów.

3. Nie posiada własności żrących.

4. Działanie środka rozprzestrzenia się w głąb.

5. Nie drażniąc i nie wpływając ujemnie na instrumenta, może być *asterol* zastosowanym korzystnie do odkażania rąk i instrumentów.

6. Posiadając własności trujące, właściwe solom rtęciowym, może jednak w większych ilościach być używanym do odkażania bez wywołania niebezpieczeństwa dla zdrowia lub życia.

Dodajemy, że cena nie jest wyższą od sublimatu (*Berl. Klin. Wochenschr.* Nr 11. 1899).

W.

V. ROZMAIŃCOCI.

Heterochromia a zaćma. Na zespolenie obu objawów zwracaliśmy już poprzednio w „Postępie Okulistycznym“ uwagę. Podobny przypadek przedstawił niedawno w lekarskiem towarzystwie w Nowym Jorku *Dr Scharpinger*. U kobiety 50letniej, która dawniej miała zawsze mieć równo barwne oczy, wystąpiło bez poprzedzającego zapalenia odbarwienie oka lewego (*heterochromia essentialis acquisita*), a przed trzema laty poczęła soczewka się zaćmiewać i zupełnie w chwili przedstawienia okazuje się zmętnioną. Przyczyny heterochromii nie można było wyśledzić, natomiast stwierdzono, że bratanek chorej także ma różnobarwne oczy. Dlaczego zaś heterochromia doprowadziła do zaćmy, nie dało się na podstawie przedstawionego przypadku wyśrodkować. — (*New-Yorker Med. Monatsschrift.* Nr 4. 1899).

Etyka lekarska w naszych czasach gonitwy za chlebem i znaczeniem w przykrem przedstawia się często światło, jak tego dowodzi świeży przypadek, z sądownictwa wiedeńskiego zaczerpnięty. Jeden z docentów okulistyki przy uniwersytecie wiedeńskim oskarżony został o uszkodzenie ciała przez popełnienie tak zwanego uchybienia w sztuce

(Kunstfehler) przy operacji zaćmy. Rozprawa sądowa wykazała, po rzeczowym zeznaniu prof. Fuchs'a, że w danym przypadku uchybienia takiego nie było, że ów oskarżony, znany jako tegi okulista i zacny charakter, uczynił, co sztuka w danym razie wskazywała, ale rozprawa sądowa wykryła zarazem przykrą tajemnicę, że operowany nie z własnego popędu skargę wniósł, lecz wyłącznie wskutek zachęty innego lekarza, zajmującego wysokie urzędowe stanowisko. Taki postępek koleżeński winien nie tylko być napiętnowanym przez publiczne ogłoszenie nazwiska przedstawiciela tej nowoczesnej rycerskości, ale spowodować także izbę lekarską do zastosowania przysługujących jej środków karnych. *W.*

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Znany zaszczytnie, zwłaszcza z licznych prac na polu przyrodzonych wad oka, Dr Van Duyse mianowany został profesorem oftalmologii przy uniwersytecie w Gandawie.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Donoszą nam o śmierci Dra Katarzyny Kastalskiej w Moskwie i Dra Stavros Metaxas w Marsylii.

Omyłki drukarskie.

Str. 396 w rysunku czyt.: for. ethmoid., zamiast: ethem.

Głoszenia.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Noiszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracyi »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACIEKA WE LWOWIE, DRA MITVAJSKY'EGO, DOC. OKUL. W PRADZE, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Grudzień

—> ROCZNIK PIERWSZY <—

1899.

Słowo od Redakcyi.

Gdy przed rokiem przystąpiliśmy do wydawania specjalnego pisma polskiego, poświęconego okulistyce, a to celem popierania swojego rozwoju tej ważnej gałęzi ludzkiej wiedzy i umiejętności, nie było nam tajnem, że podejmujemy się i dzieła trudnego — trudnego wobec niewielkiej liczby czytających, a mniejszej jeszcze artykuły naukowe naszym pięknym językiem piszących — i dzieła, wymagającego znacznego nakładu wobec małej liczby abonentów, na których liczylibyśmy mogli.

Początek był więc niełatwym — ale, niezrażeni »cierniami i głoгами«, a przekonani o ważności zadania, jakie sobie stawiliśmy, pójdziemy dalej drogą wytkniętą, ufni, że »Postęp« dozna z czasem należytego i skutecznego poparcia. —

Niejednokrotnie powstrzymuje autorów polskich od powierzania swych prac pismom ojezycznym obawa, że rzecz po polsku napisana nie nabierze rozgłosu w literaturze wszechświatowej. Ażeby pod tym względem ułatwić piszącym spełnienie życzenia, najzupełniej zresztą zrozumiałego, i ażeby przez to skierować więcej pióro polskie do polskich czasopism, redakcyje

starać się winny same o pomieszczenie treściwych streszczeń oryginalnych artykułów w pismach innojęzycznych. W zrozumieniu tego zadania ogłasza też »Postęp« przez swych współpracowników stałych, jak to w zeszłym roku zapowiedzieliśmy, takie prace oryginalnych streszczenia w »Clinique Ophthalmologique«, w »Annales d'Oculistique«, »Revue Générale d'Ophthalmologie«, w »Ophthalmologische Klinik«, »Klinische Monatsblätter«, a z czasem zakres tych streszczeń rozszerzymy jeszcze i na inne pisma, tak niemieckie, francuskie, jak i angielskie.

W następnym roczniku podawać będziemy spis czasopism polskich peryodycznych, łaskawie nam nadsyłanych, wymieniając prace okulistyczne, tamże zawarte.

Szanowne Redakcye pism, które nie zawarły z nami stosunku wymiany, a chciałyby to uczynić, raczą niezwłocznie objawić pod tym względem życzenie, byśmy mogli nakład pisma ściśle określić.

Do niniejszego zeszytu »Postępu« dołączamy jako dodatek »Spis okulistów polskich«. Wiemy, że nie może on na razie być zupełnym. Koledzy, pominięci przez niedopatrzenie, albo też wadliwie wymienieni, zechcą przy najbliższej sposobności podać nam swój dokładny adres, abyśmy listę tę dla użytku naszych czytelników, a także w interesie samych adresatów mogli w przyszłości uzupełnić. Jest to pierwszy początek obliczania własnych sił, rozproszonych w rozmaitych ziemiach i krajach. Oby poznanie się takie zbliżało nas coraz więcej i zszeregowało do wspólnej pracy dla nauki, dla ludzkości, a na chwałę narodu.

Wicherkiewicz.

I. PRACE ORYGINALNE.

Opatrunek Wolffberga po operacjach ocznych.

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI.

Dokończenie.

Mając sposobność, jako asystent kliniki, śledzić przebieg pooperacyjny u chorych, opatrywanych sposobem Wolffberg'a, odniosłem wrażenie, że opaska papierowa nie tylko nie przedstawia dla operowanego oka żadnego niebezpieczeństwa, ale przeciwnie sprzyja znakomicie prawidłowemu zabliznieniu rany. Samo się przez się rozumie, że, jeżeli oczy po operacyi zaamy pod taką opaską tak dobrze i gładko się goją, to po innych mniejszych operacjach tem bardziej możemy bez obawy papieru w miejsce płótna używać. Wreszcie dodać należy, że z równą korzyścią, jak u dorosłych, stosujemy opaskę papierową u małych dzieci. — Wnioski jednak stanowcze należałoby naturalnie oprzeć na ścisłej statystyce, ale sądzę, że porównanie samych tylko optycznych wyników operacyi zaamy z czasów stosowania opaski płóciennej z wynikami, stosowanymi od czasu wprowadzenia papieru Wolffberg'a, — nie wyswietli dostatecznie sprawy wartości jednego lub drugiego rodzaju opatrunku, ponieważ wynik optyczny zależy, jak wiadomo, od wielu innych czynników, które są zmienne i nieraz przypadkowe. Zależy on n. p. w wysokim stopniu od zachowania się chorego podczas operacyi, a zatem od przebiegu i powikłań samej operacyi; od tego, czy wydobyto torebkę lub nie, czy usunięto resztki kory lub je zostawiono i t. d. Daleko pewniej można oprzeć sąd o wartości pewnego opatrunku, gdy się weźmie pod uwagę częstosć niektórych powikłań, zachodzących w przebiegu pooperacyjnym, jak n. p.: pęknięcie ranki, wypadnięcie tęczęwki, nagromadzenie się krwi na dnie przedniej komory, zakażenie przyramne i t. d. Nie ulega wątpliwości, że i te powikłania zależą czasem od przebiegu samej operacyi. I tak jest rzeczą

dowodzoną, że, jeżeli cięcie wykonane było w rogówce bez płata spojówkowego, wtedy wytworzenie się przedniej komory napotyka na trudności. Hyphaema n. p. — może pochodzić z krwi wynaczynionej podczas operacji. Wogóle jednak wolno przyjąć z niektórymi zastrzeżeniami, że n. p. obecność lub brak przedniej komórki można poniekąd uważać za barometr szkodliwego ucisku, jaki opatrunek, po operacji założony, wywiera na oko. — Otóż, chcąc dać przynajmniej jakąkolwiek przedmiotową podstawę wnioskom, dotychczas opartym głównie na ogólnem, korzystnem wrażeniu, jakie się odnosi, śledząc przebieg pooperacyjny u chorych, zaopatrywanych sposobem Wolffberga¹⁾, przejrzałem księgi i porównałem opisy chorób z ery opaski papierowej i z czasów dawniejszych, gdyśmy jeszcze obwijali oczy opaską płócienną. Pragnąc statystyczne zestawienie o ile możności uprościć i sprowadzić je niejako do jednego mianownika, uwzględniłem w owych opisach przedewszystkiem stan przedniej komory, jaki stwierdzono przy pierwszej zmianie opatrunku po operacji zaćmy z cięciem płatowem.

Na oddziale męczyzn kliniki naszej wykonano po dzień dzisiejszy 100 płatowych operacyj zaćmy, po których już wyłącznie zaopatrywano oczy papierem Wolffberga¹⁾. W tych stu przypadkach znaleziono przy pierwszej zmianie opatrunku 90 razy przednią komorę głęboką, a ranę operacyjną dokładnie sklejoną; 4 razy zapisano, że komórka była płytka, a 6 razy stwierdzono zupełny brak tejże. Chcąc się przekonać, czy to powikłanie, bardzo niemiłe i mogące z łatwością zgubne dla oka sprowadzić następstwa, zdarzało się częściej, czy rzadziej przy używaniu opaski płóciennej, przejrzałem pierwszych sto historyj chorób, odnoszących się do kobiet operowanych na zaćmę, poczynawszy od 1 stycznia 1898 roku, a zatem w czasie, kiedyśmy po ekstrakcyi płatowej zakładali bez wyjątku obuczną opaskę płócienną. Wybrałem do porównania materiały z oddziału kobiet jedynie dlatego, że, będąc wówczas drugim

¹⁾ W chwili oddania do druku tej części niniejszej pracy liczba ta oczywiście przekroczyła już setkę.

asystentem, miałem nad kobietami operowanemi powierzoną opiekę, u nich zatem miałem sposobność śledzić przebieg pooperacyjny tak, jak obecnie mam do tego sposobność na oddziale mężczyzn. Każdy zrozumie, że z własnych zapisków najłatwiej mi było korzystać, przyczem niejeden bliższy szczegół odświeżyłem sobie w pamięci. Statystyce zaś nie można z tego powodu uczynić żadnego zarzutu, bo wiadomo każdemu okulście, że przeciętnie pod względem spokojnego zachowania się operowani mężczyźni nie są bynajmniej ani lepsi, ani gorsi od operowanych kobiet. Otóż w owych stu przypadkach, w których oczy zaopatrywano dawnym sposobem i zawsze jednako, znaleziono przy pierwszej zmianie opatrunku tylko 71 razy — przednią komorę głęboką, a ranę należycie zlepioną; 18 razy komórka była płytka, a 11 razy brzegi ranki były rozwarłe i stwierdzono zupełny brak przedniej komórki. W jednym przypadku nawet — chora opuściła klinikę z przetoką rogówkowo-twardówkową. Z tej małej próbki statystycznej widać, że liczby przemawiają stanowczo na korzyść opaski papierowej ¹⁾.

Muszę przyznać, że wynik ten, potwierdzający w sposób przedmiotowy sąd o rzeczy, na ogólnem, dodatniem wrażeniu oparty, — sprawił mi podobną przyjemność, jakiej się doznaje, gdy nam strabometr albo pupillometr potwierdzi na oko oznaczony stopień zezła lub wymiar źrenicy.

Gdyby nawet przez użycie papierowej opaski nie więcej nie można było osiągnąć, jak tylko ułatwienie i przyspieszenie zamknięcia się rany i szybsze wypełnienie przedniej komory, to już to samo byłoby zdobyczą nie do pogardzenia, boć, jak długo rana jest otwarta, oko pozostaje w ciągłym niebezpie-

¹⁾ Jako dodatnią stronę opaski papierowej podnieść należy i tę okoliczność, że w razie powstającego zapalenia, n. p. po operacji zaemy, wywołującego zazwyczaj silniejsze łzawienie, wcześniej się to zaznacza przez przemoczenie papieru, zwłaszcza od dołu. W ten sposób łatwo złemu wczas zaradzić, gdyż przy zwykłej opasce, w razie niemożności polegania na oznaczeniu podmiotowych wrażeń chorego, nieraz zapóźno usuwamy opaskę i zapóźno zabieramy się do leczenia, gdy sprawa zapalna się rozwielmożniła.

czeństwie zakażenia, a niebezpieczeństwo to dopiero z chwilą zamknięcia się rany jeżeli nie znika zupełnie, to przynajmniej znakomicie maleje.

Zestawienie powyższe jest z natury rzeczy jednostronne. Chcąc wszechstronnie wyświełlić wartość papierowej opaski, trzeba by robić dalsze zestawienia i uwzględnić inne szczegóły pooperacyjnego przebiegu. Nie wątpię, że zestawienia te i porównania wypadłyby także na korzyść nowego sposobu, jak również nie wątpię, że pomyślniejszy przebieg pooperacyjny musi się wreszcie korzystnie odbić na ostatecznych wynikach operacji, czyli na uzyskanej bystrości wzroku. Żeby jednak należycie wykazać i udowodnić związek, zachodzący między rodzajem opatrunku zastosowanego po operacji, a osiągniętym przez nią wynikiem optycznym, trzeba, jak to już wyżej zauważyłem, wnioskować bardzo ostrożnie, a przedewszystkiem trzeba się oprzeć na pokaźniejszych liczbach. Otóż odpowiednio bogaty materiał statystyczny zostanie niewątpliwie i w tym kierunku wyzyskany w sprawozdaniu klinicznem z rzechu chorych w ostatnich dwóch latach, mającem wyjść jako Rocznik drugi »Wiadomości z kliniki okulistycznej« w miesiącu styczniu roku przyszłego. Niechaj tymczasem wystarczy to pobieżne przedstawienie zalet opaski papierowej, której prof. Wieberkiewicz nie bez podstawy tak wielkim jest zwolennikiem,— i niech mi wolno będzie szefowi memu podziękować, że mi dał sposobność podzielić się z czytelnikami »Postępu« pouczającym co do tej opaski doświadczeniem, jakie dzięki jego życzliwym wskazówkom ze sali chorych wyniosłem. —

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Przypadek zapalenia błoniastego u osoby dorosłej.

Podat

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Wiadomo, że zapalenia błoniaste, czyli krupowe, spojówki zachodzą prawie wyłącznie u dzieci i to na podstawie lub w zależności od wyprysku, jaki się znajduje na głowie lub twarzy. Przypuszczamy zwykle, że wydzielina z takiego wyprysku, dostawszy się do oka, powoduje podrażnienie błony spojowej, objawiające się właśnie wytwarzaniem błon na powierzchni, mniej lub więcej lekko złączonych z podstawą, zazwyczaj łatwo dających się strącić, przy słabem krwawieniu.

Niedawno miałem sposobność widzieć zapalenie wybitnie błoniaste u osoby dorosłej. Przypadek ten o tyle jest nadto ciekawy, że pochodzenie cierpienia zupełnie było ciemne, a powtórnie dlatego, że zapalenie to przedstawiało obraz ostrego zapalenia jaglicowego. Z tych to powodów nie od rzeczy będzie w kilku słowach przypadek ten opisać.

Panna X., nie mająca rzekomo styczności z żadną osobą chorą na oczy, dostaje w dwa tygodnie przed przybyciem do mnie zapalenia oka prawego. Później atoli dowiedziałem się, że narzeczony panny miał mieć jakieś zapalenie ocz. Wyjechawszy na prowincję do krewnych, z powodu, że cierpienie oczne coraz więcej jej dokuczało, udała się chora do lekarza, który »lapisował« przez kilka dni. Gdy cierpienie mimo to wzmagало się, wróciła chora do Krakowa, a dnia 12 marca przedstawiła mi się po raz pierwszy. Znalazłem prawe oko w następującym stanie: Obie powieki dość silnie podbiegnięte krwią, na dotyk bardzo bolesne, tak, że przewrócenie górnej nie bez oporu ze strony chorej z trudnością skutecznie się dało. Spojówka obu powiek mocno nabrzmiała, przekrwiona, częściowo w dość znacznych rozmiarach pokryta cienką błonką, dającą się dość łatwo usunąć przy ścieraniu spojówki płatkami. Wśród całej spojówki

powiek widać wyniosłości już to owalne, już to więcej stożkowate, mocno czerwone. Zmiany te nie tylko na spojówce powiek, ale także i na załamkach obu powiek uwidatniają się, gdy spojówka gałki miernie okazuje się przekrwioną.

Trudno na razie było oznaczyć, z czym mamy do czynienia, zwłaszcza, że nie zbyt grube błonki kawałkami tylko schodziły, a nadto, że dość obfita wydzielina mogła być wynikiem może zbyt wczesnego lub zbyt energicznego działania azotanu srebra. Z góry atoli wykluczyłem, czego się obawiano, zapalenie ostre jaglicowe, zostawiłem zaś sprawę nierozstrzygniętą, czy mamy do czynienia ze zapaleniem błoniastem, czyli też z ostrem mieszkowem zapaleniem spojówki (*conjunctivitis follic. acuta*).

Po należytem opłukaniu spojówki i zdjęciu błon, zastosowywałem na razie tylko 5% maść kseroformową i zakładałem opaskę ochronną.

Z każdym dniem objawy podmiotowe łagodniały, a i przedmiotowe zmieniały się o tyle, że nabrzmienie i przekrwienie stawało się słabszem, podczas, gdy błony wytwarzały się w trzech dniach następnych jeszcze bardzo wyraźne, a nawet grubsze i przestronniejsze. Dopiero od czwartego dnia poczęły i błony zmniejszać się, a nadto nabrzmienie ciała brodawkowego ustępowało, mieszki zaś stawały się mniej liczne, natomiast w załamkach wyraźniejsze. Zwłaszcza silniejsze nabrzmienie ciała brodawkowego na całej przestrzeni spojówki powiekowej zmieniło swą postać; gdy bowiem w pierwszych dniach nabrzmienie było tak wybitne, że zdawało się, jakobyśmy mieli do czynienia ze zapaleniem egipskiem, teraz z całą pewnością można było ostatecznie wykluczyć, gdyż wyniosłości brodawkowe zamiast powiększać się, raczej z dniem każdym zmniejszały się.

Wobec tego, że w samym środku górnego załamka, gdzie względnie najściślej się tworzyła się błona, powstało wgłębienie nieco nierówne, stawić można było sobie pytanie, czy nie mamy do czynienia z łagodniejszą postacią dyfteryi, a przypuszczenie to było tem więcej uzasadnione, a przynajmniej łatwe do wyłomaczenia, ile, że narzeczony miał mieć jakieś cierpienie gar-

dła, mogące się przenieść przy częstem zbliżaniu się na oko narzeczonej, a dalej i dlatego, że gruczoł przyuszny u tejże był nieco nabrzmiały i bolesny. Atoli badanie bakteryologiczne pod tym względem, podjęte w zakładzie prof. Bujwida, dało wyniki zupełnie ujemne.

Leczenie w dniach następnych polegało na wycieraniu załamek, przedewszystkiem zajętych, protargolem 5%, na zastosowywaniu maści żółtej rtęciowej do spojówki i zakładaniu opaski ochronnej.

Zniewolony wyjechać na dłuższy czas, poleciłem chorej przeprowadzanie dalsze tegoż sposobu leczenia, po powrocie zaś mogłem d. 27 kwietnia przekonać się, że zapalenie, w tak groźnej przedstawiające się postaci, nie pozostawiło prawie żadnego śladu, jedynie ciało brodawkowe było jeszcze nieco nabrzmiałe, a w dolnym załamku pozostały nieznaczne mieszki, wzorowo ułożone. Dolegliwości chora nie miała już żadnych. —

Uzasadnionem jest zdaniem mojem przypuszczenie, że pierwotnie wystąpiło u chorej nasze zapalenie, wyłącznie jako ostre zapalenie mieszkowe, które, zwłaszcza u mniej biegłych w rozpoznawaniu chorób ocznych, często uchodzi za prawdziwą jaglicę. Nowe podrażnienie, czy to wskutek przystępu do oka już chorego nowego jakiego zarazka, czy też w następstwie wpływu niewłaściwych lub niewłaściwie użytych środków, — spowodowało wytworzenie się błon u osoby zresztą zdrowej, a zwłaszcza nie mającej żadnego wyrzutu, któryby wydzielał jad swoisty dla oka.

Powyższy przypadek przypomina nam ważne w praktyce lekarskiej zadanie, by w przypadkach ostrego zapalenia spojówki nie uciekać się zbyt wczesnie do środków ostrych wogóle, a tem mniej żrących, lecz ograniczać się na oczyszczaniu środkami łagodnymi, lekko odkażającymi. Nieprzestrzeganie zasady: *«ne quid nimis»*, zaciera prawdziwy chorobowy obraz i przedłuża chorobę. —

Jan Mitvalsky.

Wspomnienie pośmiertne.

Ubył nam znowu młody pracownik, który na polu okulistyki nie mało już zdziałał, a przy swej energii i bystrości umysłu bardzo jeszcze wiele obiecywał.

Docent Dr Jan Mitvalsky, który jeden z pierwszych zapisał się do szeregu naszych stałych współpracowników, a bardzo życzliwie powitał nasz pierwiosnek polskiego peryodycznego piśmiennictwa okulistycznego, urodził się w Kunwaldzie w Czechach 1861 roku.

Po odbyciu nauk uniwersyteckich w Wiedniu i Pradze, uzyskał na ostatnim uniwersytecie stopień doktora wsoch nauk lekarskich w roku 1885. Przez rok następny uczęszczał na klinikę Stollwaga w Wiedniu, a w roku 1887 został asystentem przy czeskiej klinice uniwersyteckiej, pozostającej pod kierunkiem prof. Schoebla. W trzy lata później habilitował się dla okulistyki. W tymże czasie objął kierownictwo redakcyi tygodnika lekarskiego „Časopis českých lékařů“ i pozostawał na tem stanowisku aż do r. 1893. Od kilku lat należał do współpracowników Hirschberga „Centralblatt f. praktische Augenheilkunde“.

Mitvalsky należał do bardzo zdolnych, niezmiernie bystrych badaczy na polu patologicznej anatomii ocznej, a także na polu klinicznych objawów. Z licznych jego prac, odnoszących się najwięcej właśnie do wymienionych działów okulistyki, zaznaczamy ważniejsze:

O dermoidach epibulbárních. Praga. 1889. Ueber carcinomatoese Augapfelmetastasen. „Arch. f. Augenheilk.“ XXII, p. 121.

Zur Pathol. der circumbulb. Dermoidcysten; tamże XXIII, p. 109.

Sur les ophthalmies septiques. „Revue génér. d'ophtalm.“ 1890.

Ueber die Orbital-Unterkidcysten mit Mikro- resp. Anophthalmus. „Arch. f. Augenheilk.“ XXV., p. 218.

Zur Kenntniss der Spontanheilung des senilen Totalstars etc. „Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde“. 1892.

Ein neuer Fall von Lenticonus posterior mit theilweiser Persistenz der Art. hyaloidea. Tamże. 1892.

O niektórych guzach oczodołowych. „Nowiny Lekarskie“. 1892.

Mikrophakio u. deren klinische Bedeutung. „Klinische Monatsblatt“. 1893.

Erfahrungen ueber Augencysticerken in Bochumen. „Centralblatt f. Augenheilk.“ 1893.

Ein Beitrag zur Kenntniss der Hautthoerner der Augenadnexa. „Arch. f. Dermat. u. Syphilis“. 1894.

Recherches sur les tumeurs osseuses de la region orbitaire.
„Arch. d'ophthalm.“ XIV.

Sur les myxomes de la cornée. Tamże.

Zur Kenntniss der Aderhautgeschw. „Arch. f. Aughk.“ XXVIII.

Zur Kenntniss congenit. Anomalien des Augenhintergrundes.

Tamże.

Contribution à l'etude de la tuberculose de la conjonctive. —

Sprawozdanie Towarzystwa oftalm. francuskiego. 1896.

Contribution à la connaissance de la thrombo-plebite orbitaire.

„Ach. d'ophthalm.“ XVI, p. 22.

Sur une inflammation tarso-conj. chronique avec remarques sur
des états connexes. „Annales d'oculist.“ CXVIII.

Beitrag zur K. der Pathologie der Meibomschen Druesen. —

„Centralblatt f. prakt. Augenheilk.“ 1897.

Dalej pisał M. o zatruciach ołowiowych oka, o erytropi, o amaurosis uraemica, ophthalmoplogia externa i wiele innych. —

Praco swe ogłaszał w rozmaitych językach, nadto pisywał sprawozdania do pism polskich, rosyjskich, niemieckich, francuskich, angielskich, a nawet i włoskich. Przemawia to za niezmierną ruchliwością i znajomością języków, jakimi się M. odznaczał.

Mieliśmy sposobność zetknięcia się ponownie z Nieboszczykiem na kongresach, a poznaliśmy w nim charakter na wskrós prawy, usposobienie żywe i wylane, a wielką przytem łatwość towarzyską, która jednała mu przyjaciół, lubo z drugiej strony znowu energia i chęć przeprowadzania tego, co uznał za dobre, sporo przysparzały mu niechętnych, zwłaszcza, gdy nie było zrozumienia uczciwych jego zamiarów.

Według tego, co nam czcigodny kolega prof. Chodounsky z Pragi donosi, śmierć nastąpiła 7 grudnia w następstwo raka odźwiernika. Laparotomia, wykonana przez prof. Woelflera, nie będąc uwieńczoną niestety pożądanym skutkiem, nie mogła przedłużyć życia młodego a zdolnego uczonego, który był ozdobą czeskiej wszechniicy pragskiej. Choroba ta była powodem, iż Nieboszczyk nie mógł urzeczywistnić zamiaru swego wzięcia rzeczywistego udziału w pracy dla „Postępu okulist.“ Wdzięczni za okazaną nam swego czasu sympatię i chęć dla naszego pisma poświęcamy ku czei Jego ducha rzewne nasze wspomnienie.

Wicherkiewicz.

III. STRESZCZENIA.

Ueber die Veraenderungen des Astigmatismus unter einigen physikalischen und physiologischen Einflüssen. — Dr N. Botwinnik z Petersburga (»Archiv f. Augenheilkunde«, T. XXXIX. Z. IV.). —

W obszernej tej i wyczerpującej pracy, opartej na bardzo licznych a dokładnych spostrzeżeniach, zestawionych w przeglądowe tablice, rozpatruje autor naturalne środki, jakich nieraz bezwiednie chwytają się ludzie dotknięci niezbornością celem częściowego przynajmniej jej wyrównania. Do sposobów takich zalicza on mrużenie oczu, które działa nie tyle przez zwężenie szpary powiekowej, ile przez wywarcie ucisku na gałkę — tego rodzaju, że krzywizna południka pionowego rogówki ulega przyplaszczeniu. Działanie to może w pewnych razach, mianowicie w przypadkach niezborności prostej (*astigmatismus rectus*) oddawać oku niebornemu przysługi i przyczyniać się do poprawienia bystrości wzroku. Na bardzo licznych przykładach wykazuje Dr Botwinnik, że zapomocą zmrużania powiek można zmniejszyć niezborność w granicach od 0,5 do 1,5 D. Inny znów sposób, jakim się chorzy nieraz instynktownie posługują, polega na odciąganiu powiek ku skroni przy zewnętrznym kąciuku. Skutek takiego rękoczynu jest wprost przeciwny, niż skutek mrużenia; sprawia on bowiem przyplaszczenie południka poziomego rogówki, a zwiększa krzywiznę w południku pionowym. Zapomocą tego sposobu są chorzy w stanie w korzystnych warunkach wyrównać niezborność (nb. *astigmatismus inversus*), wynoszącą 2 do 6 D, a nawet więcej, jak to wykazują liczne pomiary, dokonane przez autora. Pomijając niektóre inne jeszcze, mniejszej wagi sposoby i fortele, o których Dr Botwinnik wspomina, podnieść trzeba wpływ akomodacyi, mogącej także nieborności częściowo wyrównać. Wpływ taki można sobie wytłomaczyć, przyjmując niejednostajne kurczenie się mięśnia rzęskowego, powiększające łamliwość soczewki w tym południku, w którym łamliwość rogówki jest niedostateczna. Istnienia takiego wpływu dowodzi okoliczność, że stopień niezborności, zwłaszcza nadmiarowej, wzrasta nieraz po porażeniu akomodacyi atropiną. Pierwszy zwrócił na to uwagę Dobrowolski, nie dostarczył jednak swoim twierdzeniom dostatecznych podstaw doświadczalnych. Dr Botwinnik podjął zatem szereg ścisłych doświadczeń, wykonując pomiary przy pomocy ulepszonych przyrządów i na podstawie dokładnych spostrzeżeń doszedł do wniosku, że niejednostajny wysiłek akomodacyi

w różnych odcinkach mięśnia rzeźkowego może rzeczywiście zmniejszyć stopień nieczorności i jest w stanie wyrównać różnicę łamliwości głównych południków, wynoszącą 0,5 do 2,5 D. Ta szczególna zdolność wyrównawcza akomodacyi stanowi piękny i dosadny przykład znanego w ustroju dążenia do samopomocy przy organicznych zboczeniach i wadach.

Dr K. W. Majewski.

Typische Blennorrhoea neonatorum durch Bacterium coli commune. Docent Dr Amilcare Bietti z Parmy (>Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. Wrzesień. 1899).

Ropne zapalenie spojówki u noworodków nie zawsze jest następstwem zakażenia rzeżączkowego. Axenfeld opisał jeden przypadek, w którym oprócz prątka okrężnicowego (*bacterium coli commune*) nie można było wykazać żadnych innych drobnoustrojów. Groenou w ogłosił 6 podobnych przypadków, ale tu prątek okrężnicowy znachodził się w towarzystwie innych bakteryi. Dr Bietti podaje w niniejszej pracy szczegóły ścisłego badania bakteriologicznego z przypadku typowego śluzoropłoku prawego oka u noworodka, zresztą zupełnie zdrowego, a w szczególności nie okazującego żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Matka dziecka nie miała mieć znaczniejszych upławów. Zapalenie ropne spojówki miało w tym przypadku przebieg niezbyt ciężki, ograniczyło się do jednego oka i ustąpiło w ciągu dwóch tygodni pod wpływem stosowania azotanu srebrowego, nie sprowadziwszy żadnych powikłań. Badanie drobnowidowe świeżej ropy wykazało obecność prątków, odbarwiających się sposobem Grama, mających postać krótkich pałeczek, po większej części dwa razy tak długich jak szerokich. Zbadano szczegółowo kultury, jakie po przeszczerpieniu z agaru wyrosły na bulionie, żelatynie i ziemniaku. — W żelatynie, zaprawionej cukrem gronowym, wytwarzał prątek ten pęcherzyki gazu już po 24 godzinach. Ośmiodniowa kultura bulionowa dawała wyraźny odczyn indolowy. Mleko krzepło piątego dnia po zaszczerpieniu prątka. W wiszącej kropli bakterye te okazywały leniwe i powolne ruchy. Morska świnka po wstrzyknięciu 1mm³ świeżej kultury bulionowej padła po 20 godzinach. Po zaszczerpieniu kultury agarowej do rogówki królika powstał w ciągu 20 godzin ropień. Wszystkie wyżej wzmiankowane kultury były czyste, a preparaty drobnowidowe wykazywały obecność li tylko takich prątków, jakie znaleziono w wydzielinie spojówkowej dziecka. Własności prątka tego przemawiają za tem, że jest to *bacterium coli commune*. Aby się jeszcze bardziej upewnić, że nie był to prątek duru brzuszego (Ebertha), wykonał autor próbę amoniakową Kashidy. Po 18 godzinach wystąpiło zecerwienie pożywki zabarwionej nie-

bieskim lakmusem, — odczyn, którego prątek drogowy nie daje. Wprawdzie próby szczepienia prątkiem okrężnicowym spojówki króliczej dały wynik ujemny, ale z tego powodu nie można jeszcze wątpić o roli etyologicznej, jaką prątek ten odgrywa u ludzi w śluzopłotoku spojówki. Wiele jednak byłoby pożądanie dalsze poszukiwania w tym kierunku. Przypadek Dra Bieltti stanowi zatem ważny przyczynek do etyologii tego ciężkiego zapalenia. Żałować tylko wypada, że autor zaniedbał zbadać bakteryologicznie wydzielinę pochwową u małej owego noworodka.

Dr K. W. Majewski.

O wpływie płciowych organów kobiety na choroby oczu. Dr Bieliłowski (»Więstnik Oftalmol.«, Z. IV i V, 1899).

Literatura oftalmologiczna posiada dużo spostrzeżeń, iż nie tylko wadliwie funkcjonujące płciowe narządy u kobiet (*amenorrhoea*, *dysmennorrhoea*, *suppressio mensium* i t. d.) lecz nawet i najprawidłowszy przebieg ciąży, porodu, miesiączki wywołują objawy chorobowe ze strony oczu, lub istniejące pogarszają. To też choroby rogówki (*ker. interst.*), tęczówki (*iritis serosa*), ostra neuroretinitis, neuritis optica retrobulbaris i t. d., wikkające różne płciowe choroby kobiet, należy leczyć ze ścisłym uwzględnieniem tych ostatnich, gdyż inaczej dobrego skutku nie otrzymamy rychło. W czasie ciąży oprócz zapalenia białkomocznego siatkówki trafiają się i przypadki niedowidzenia lub ślepoty, które jednak z chwilą ukończenia ciąży przechodzą bez śladu. Czasami ciąża pogarsza, jak rzekliśmy wyżej, dawniej istniejący stan chorobowy oczu n. p. różne zapalenia brzegu powiekowego, lub bez powodu wywołuje ciężkie wrzodzące zapalenia rogówki.

Autor osobliwie spostrzegł właśnie taki przypadek obustronnej ciężkiej keratitis-hypopyon (ropa zajęła całą komórkę) w 9 miesiącu ciąży u 22 letniej dobrze zbudowanej chłopki, u której dzięki jedynie przyspieszeniu porodu nie przyszło do zupełnej ślepoty obydwu ócz. — Zatem wskazaniem do użycia podobnie radykalnego środka jak sztuczny poród mogą być ze strony oczu nie tylko groźne cierpienia siatkówki i nerwu wzrokowego, lecz — jak widzimy — i cierpienia rogówki.

Dr. Włodz. T.

La névrite optique aigue par uricemie. Prof. Angelucci (»Rev. Génér. d'ophthalm.«, Nr 7, 1899).

Zdaniem autora dość często ostre zapalenie nerwu wzrokowego może być wywołanem zatruciem miejscowem moczanami, a dla tego zapalenia moczanowego przyjmuje tak postać wśródgalkową czyli papillarną jako też i zapalenie pozagalkowe. U wszystkich takich chorych widywał osad moczanowy w urynie, wszys-

cierpieli na reumatyzm stawowy albo kamienie nerkowe lub pęcherzowe. Dowód, że postacie te cierpienia ocznego, pod względem objawów nie różniące się od innych, polegają na przyczynzonej etyologii, upatruje autor w następujących okolicznościach: 1. Choroba ta objawiała się u osób w najwyższym stopniu »uricemiques«. 2. Sprawa zapalna postępowała mimo zwykłego leczenia, polegającego na podawaniu jodu i środków napotnych, a ustępowała dopiero po użyciu lith. salicylici, który to środek zmienił stosunek ilości moczanów. 3. W kilku przypadkach pogorszenie objawów moczanowych przypadało na pogorszenie stanu zapalnego oka. 4. U wszystkich chorych zaburzenie oczne powstało nagle, co więcej odpowiada pochodzeniu toksycznemu cierpienia, aniżeli innej przyczynie zapalnej, a także i wzrok podnosił się pod wpływem odpowiedniego leczenia czasami mimo pogorszenia objawów wzierników. 5. W końcu upatruje autor poparcie swego zapalrywania w tem, że na 16 przypadków odnośnych w 7 zachodził brak środkowy w polu widzenia.

Pomiśszanie pojęć co do istoty gośceca było przyczyną, iż jeszcze przed 10 laty zapalenia nerwów wzrokowych na tle niewątpliwie moczanowem klinicyści podporządkowywali pod rubrykę zachorzeń reumatycznych.

Autor nie przypuszcza, ażeby, jak to czyni n. p. Wecker, dla zapalenia reumatycznego, zaziębnienie mogło wywołać zapalenie okostny przewodu nerwu optycznego, ale jest przekonany, że tak postać pozagalkowa jako też wśródgalkowa zapalenia nerwu wzrokowego jest wynikiem złogów (*précipitation*) moczanowych do tkanki samej nerwu wzrokowego. W.

Exstirpation eines grossen retrobulbären Tumors nach der Kroenlein'schen Operationsmethode mit Erhaltung der Sehkraft und mit guter Stellung und guter Beweglichkeit des Auges. Prof. Dr L. Weiss z Heidelbergi («Muenchener Medicinische Wochenschrift» Nr 39, 1899).

Jest rzeczą niewątpliwie bardzo trudną wydobyć większy guz pozagalkowy z oczodołu bez równoczesnego usunięcia galki. Jeśli mamy powody przypuszczać, że nowotwór jest złośliwy, a oko jest oślepie lub widzi bardzo mało, wtedy nie będziemy się wahać utworować sobie drogę do guza przez usunięcie galki. Inaczej jednak ma się rzecz, gdy oko, jakkolwiek przez nowotwór znacznie z oczodołu wysadzone, zachowało mimo tego względnie dobrą bystrość wzroku. Aby w takich przypadkach widzącego oka nie poświęcać, użył Braun sposobu Kroenleina, polegającego na tymczasowem wypłówanii kości jarzmowej. Sposób ten, jak zapewniają operato-

wie, którzy się nim już posługiwali, nie jest zbyt trudnym w wykonaniu, a ułatwia w wysokim stopniu przystęp do części, najgłębiej nawet w oczodole ukrytych.

Autor wyżej wymienionej pracy, prof. Weiss, użył też sposobu Kroenleina u 32letniego woźnicy, który, rzekomo skutkiem uderzenia kopytem końskim w okolice lewego oka, przedstawiał trzeszcz tegoż oka znacznego stopnia. Pomiar, wykonany za pomocą trzeszczomierza, wykazały, że oko lewe wystawało o 9 mm więcej, niż prawe. Bystrość wzroku wynosiła $\frac{6}{20}$. Badanie wziernikiem wykazywało obrzęk tarczy nerwu wzrokowego. Pole widzenia, z wyjątkiem powiększenia planki Mariotte'a — zresztą prawidłowe. Podejrzewając obecność nowotworu pozagałkowego, wykonał autor operację Kroenleina, przy czem wydobyl z poza gałki guz, ważący 6.510 mg, wyrastający wśród stożka mięśniowego pomiędzy nerwem wzrokowym a mięśniem prostym zewnętrznym. Badanie anatomiczne wyjętego guza wykazało utkanie naczyńniaka jamistego (*angioma cavernosum*). Przebieg pooperacyjny był jak najpomyślniejszy. Wzrok uległ poprawie ($\frac{6}{12}$), wygląd tarczy nerwu wzrokowego stał się prawidłowy, oko wróciło w głąb oczodołu i odzyskało prawidłową ruchomość. Już w dwa miesiące po operacji mógł chory powrócić do swego zajęcia. —

Zdaniem prof. Weissa operacja Kroenleina zasługuje na szersze, niż dotychczas, zastosowanie i jest wskazaną jako zabieg przedwstępny przy wszystkich operacjach, dotyczących głębszych części oczodołu, gdzie mamy nadzieję gałkę oczną w całości zachować. Na końcu radzi autor w wyjątkowych razach wykonywać tę operację w celu rozstrzygnięcia wątpliwego rozpoznania.

Dr K. W. Majewski.

Scorbutische Erkrankung der Augen. Dr Seggel z Monachium (*Klinische Monatsbl. f. Augenheilk.* Sierpień. 1899).

O ocznych powikłaniach, zdarzających się w przebiegu gnileca (szkorbutu), wspominają Eversbusch i Schmidt-Rimpler, a spostrzeżenia w tym względzie ogłosił również Fiałkowski i Denig. Spostrzeżenie, które podaje Dr Seggel, zasługuje z tego powodu na uwagę, że przy bardzo stosunkowo łagodnym przebiegu gnileca wystąpiło groźne i uporeczywe cierpienie oczne. — W styczniu b. r. przyjęty został do szpitala w Neuburgu powien chory z powodu lekkiego zapalenia błony śluzowej jamy ust na tle gnileca. Równocześnie zauważono wynacznienie pod spojówką gałki oka prawego. — Ponieważ chory uskarżał się na pogorszenie wzroku, przeto przeniesiono go na oddział oczny, gdzie pozostawał przez dłuższy przeciąg czasu w leczeniu. Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że zajęcie jamy ust w krótkim czasie ustąpiło, a stan ogólny

chorego nie pozostawiał już potem nic do życzenia, natomiast objawy i zaburzenia ze strony oczu, jakkolwiek zmienne co do nasilenia i usadowienia, utrzymywały się przez cały szereg miesięcy. Pomijając wynaczynienia podspojówkowe, występujące to na jednym, to na drugim oku i ulegające stopniowemu i powolnemu wessaniu, aby po pewnym czasie znowu się pojawić, — bez porównania donioślejsze znaczenie przypisać należy zmianom na dnie oczu. — Dr Seggel znalazł obustronnie mierny obrzęk tarczy i zatarcie jej granic, prócz tego światło naczyń tętnicznych było w niektórych miejscach rozszerzone w ten sposób, że tętnice nie okazywały swego zwykłego podwójnego zarysu i zatracaly swój prawidłowy połysk, otrzymywały zatem w tych miejscach wejście naczyń żylnych. Poza tem uderzał kręty przebieg niektórych tętnic jakoteż żył siatkówkowych. Bystrość wzroku i pole widzenia okazywały pewne upośledzenie odpowiednio obrzękowi tarczy, ścisłych jednak danych autor udzielić nie może, ponieważ podania chorego wydawały mu się niezbyt wiarygodne. Obraz dna oka zmieniał się często; szczególnie obrzmienie tarczy było obustronnie bardzo zmienne co do stopnia, wreszcie po kilku miesiącach ustąpiło zupełnie. Powstanie tego obrzęku tłumaczy Dr Seggel wylaniem się krwi do pochewek nerwów wzrokowych, owo zaś pozorne rozszerzenie światła naczyń tętnicznych krwotokami do ścian naczyńniowych. Leczenie polegało jedynie na zachowaniu spokoju i na posiłnem, a nie podniecającem odżywieniu.

Dr K. W. Majewski.

Zwei seltene Fälle von Tetanie. Dr Henryk Freund, lekarz pułkowy w Josefstadt (»Wiener Medicinische Wochenschrift« Nr 39, 1899).

Powstawanie zaćmy warstwowej przypisuje się powszechnie przebytej krzywicy, a w szczególności drgawkom, które zazwyczaj zdarzają się w jej przebiegu (zwłaszcza przy *craniotabes*). Pierwszy Meinert, a po nim Wellendorfer, O. Becker, Saemisch, a wreszcie Albert Peters zaczęli zwracać uwagę na związek, zachodzący między tym rodzajem zaćmy a tężyczką (*tetania*). — Dr Freund podaje w powyższej pracy dwa spostrzeżenia, które przemawiają za istnieniem takiego związku.

Pierwszy przypadek odnosił się do 23letniego żołnierza, który po doznaniem przeziębienia zaczął dostawać kurczów w palcach lewej ręki, po których następowały płasawicze drgawki lewej ręki, lewej nogi, a wreszcie całej lewej połowy ciała. Wszystkie trzy główne objawy tężyczki były wybitnie zaznaczone: 1. Objaw Trousseau, polegający na możności wywołania wyżej opisanych kurczów przez ucisk na okolicę splotu barkowego, nerwu udowego lub nerwu

kulszowego. 2. Objaw Chwostka: lekki ucisk, wywarły na pień nerwu twarzowego, wywoływał silny tężec wszystkich mięśni odpowiedzialnej połowy twarzy. 3. Objaw Erba: wzmożona pobudliwość nerwowa na prąd elektryczny. — Chory ten zauważył po pewnym czasie trwania choroby mierne upośledzenie wzroku. Badanie oczu wykazało w obu soczewkach liczne drobne punkcikowate zaćmienia, położone w warstwie przyjądrowej tylnej i przedniej kory. U prawego oka zaćmienia te były ułożone w postać gwiazdki, u lewego oka — rozrzucone nieregularnie. Czy zaćma ta okaże się postępującą, to dopiero dalsze spostrzeganie wyjaśni. —

Drugi przypadek, dotyczący żołnierza, lat 24, który we dwa miesiące po przebyciu ostrego nieżyłu żołądka, połączonego z uporczywym zaparciem stolca, zaczął od czasu do czasu popadać w drgawki ogólne, rozpoczynające się od kurezów miejscowych w palcach lewej ręki. Obraz tężyczki był o tyle niezupełny, że objaw Chwostka zaledwie był zaznaczony. Natomiast obydwie inne główne objawy były wyraźne. Chory podczas napadu tracił zupełnie przytomność, a zachowanie się żrenie skłoniło autora do przypuszczenia, że przypadek ten stanowił postać przejściową między tężyczką a padaczką. Po upływie pewnego czasu, wśród którego napady często się powtarzały, stwierdzono również poczynającą się obustronną zaćmę warstwową w postaci zaćmienia pierścieniowatego w tylnej i przedniej korze. —

Powstawanie zaćmy pod wpływem często powtarzających się drgawek Łomaczy Peters¹⁾ skurczem naczyń w ciele rzęskowem i skurczem akomodacyi. Wynikające stąd upośledzenie odżywienia soczewki sprawia szybkie kurezenie się jądra, co sprowadza za sobą wytwarzanie się *ex vacuo* szpar w warstwie przyjądrowej, a następnie stopniowe zaćmiewanie się kory. Dr Freund w pierwszym ze swych przypadków zdołał stwierdzić podczas napadu kloniczne skurcze akomodacyi.

Dr K. W. Majewski.

O dwóch przypadkach wagra w oku. Dr Krajski (»Więstnik Oftalmologii«). Zeszyt IV i V 1899).

Herrnheiser, mówiąc o Czechach, powiada, iż w niejednym oku, które uległo tam zanikowi zupełnemu, dałoby się z pewnością odnaleźć wagra. Słowa te dadzą się całkowicie zastosować i do Rosyi, w której okulistów jeszcze mniej, a ciemnoty o całe niebo więcej. Że w Niemczech według statystyki wagr spotyka się mniej więcej 1 na 1000 chorych (A. v. Graefe), a w Rosyi 1 na 100.000 (Ziemiński), nie dowodzi to weale, aby istotnie wagr był rzad-

¹⁾ Por. »Postępowanie Okulistyczne«, listopad 1899, str. 479.

szym gościem w Rosyi. Dopóki bowiem liczba okulistów się nie powiększy, liczba znachorów nie zmniejszy, a promień światła nie przedostanie do pustych głów wieśniaczych, Rosya mieć będzie mniej zapisanych chorych na wągra w oku, aniżeli każde inne państwo. Autor przytacza dwa spostrzeganie przez siebie przypadki wągra, z których jeden podspojówkowy rozwinął się wraz z 20 »gulkami«, kształtu białej fasoli, na całym ciecie, drugi — podsiatkówkowy. Na operację chore się nie zgodziły.

Kazuistyka wągrows w oku zwiększyłaby się w Rosyi znacznie, gdybyśmy mogli, jak to powiedziano wyżej, zbadać drobnowidowo wszystkie ślepe oczy, w stanie zaniku będące. *Włodz. Talko.*

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcja okulistyczna VII. zjazdu lekarzy rosyjskich w Kazaniu ¹⁾).

Drugie posiedzenie z dnia 30 kwietnia st. st. 1899 r.

Z odczytem występuje Dr F. Rymowicz (wojskowy lekarz w Kazaniu) pod tyt.: »W sprawie etyologii ostrego zaraźliwego zapalenia spojówki, które grasowało w Kazaniu«. Autor spostrzegł 16 przypadków choroby, której zwykle towarzyszyło silne obrzmienie załamka przejściowego; choroba ciągnęła się, średnio biorąc, dni dziewięć. Zapalenie leczył R. 1—2% rozczyntem lapisu. Przy bakteriologicznych poszukiwaniach w wydzielinie spojówkowej znajdował R. zawsze prątek, identyczny z opisywanym przez Kocha i Weeksa. Prątek ten odnajduje się w wielkiej liczbie albo w ropanych kulkach, albo jest swobodnie rozrzucony w wydzielinie. Tworząc czasami krótkie, bo z 3—4 prątków złożone, sznureczki; barwi się łatwo. Hodowlę prątków otrzymał prelegent po upływie 48—72 godzin na agarze, zmieszanym z osoczem krwi ludzkiej; kolonie prątków przedstawiają się pod postacią zaledwie widzialnych gołym okiem przezroczystych kropelek.

Prątek Koch-Weeksa wywołuje jedynie, jak to stwierdzono na ludzkich oczach, postać ostrego zapalenia spojówki z obrzmieniem załamka przejściowego. Doświadczenia ze szczepieniem prątków na oczach u zwierząt nie udają się wcale.

¹⁾ Ciąg dalszy sprawozdania, zamieszczonego we wrześnieowym zeszyte »Postępu Okulistycznego«.

Dr W. Rudin podkreśla praktyczną, doniosłą wartość odczytu, gdyż wczesne bakteryologiczne stwierdzenie obecności prątko Koch-Weeksa w wydzielinie spojówkowej chorego oka pozwoli zaprowadzić skuteczne środki ochronne (izolację), n. p. wśród uczniów albo szeregowców.

Następuje dalszy ciąg ożywionych rozpraw na temat jaglicy. Wyszczególniamy kilka głosów:

Dr Jegorow zwraca uwagę na różnorodność głosów w jednej i tej samej sprawie, mianowicie, kiedy była mowa o wpływie na jaglicę wielkości szpary powiekowej, albo górzystych miejscowości. Pochodzi to, zdaniem jego, stąd, iż mowcy zbyt jednostronnie rozważają tę sprawę. Czyż można bowiem, mówiąc o wpływie szpary powiekowej na jaglicę, zapominać o wielkości samej gałki ocznej, o ilości tłuszczowo-komórkowej tkanki w pozagałkowej części oczodołu. Wszak przy wąskiej szparze powiekowej — zdarzyć się może, iż powieki mniej będą uciskać gałkę, niż przy szerszej. Mówiąc o miejscowościach górzystych, jedni z mowców mają Kaukaz lub Ural na uwadze, drudzy zaledwie jakieś faliste wzgórze. A jednak są i takie górzyste miejscowości, które dla wielu względów należałoby raczej uważać za równiny.

Dr Jegorow uważałby więc za rzecz bardzo pożądaną i pożyteczną, gdyby sekcya wypracowała program z możliwie dokładnym i jasnym określeniem punktów, wedle których ma się gromadzić materiał o jaglicy.

Dr Ginzburg twierdzi, iż jaglica powstawać może i na dolnym załamku przejściowym i że różni się ona od zapalenia folikularnego tylko większymi rozmiarami ziaren oraz stanem spojówki i tkanki podspojówkowej, które przy jaglicy przedstawiają się, jako krwią nacieczone i obrzękłe. Uznawać za jaglicę przypadki te tylko, w których ziarna rozsiały się na górnej conj. larsi — to krańcowość¹⁾.

Dr Naumow, jako wojskowy lekarz, mający do czynienia z tylu chorymi na jaglicę i folikularne zapalenia, w najrozmaitszych okresach trwania choroby, nie umie wskazać, gdzie zapalenie folikularne się kończy, a rozpoczyna jaglica.

Dr Uziembło radzi w szkołach i ochronkach uważać każde zapalenie folikularne za jaglicę.

Dr Jegorow proponuje ułożyć odpowiednią kartkę dla rejestrowania chorych na jaglicę, gdyż inaczej otrzymywać będziemy liczby nie nie mówiące.

¹⁾ Najzupełniej podzielamy to zdanie.

Prof. Adaniuk wypowiada własny pogląd, z którym zgodziła się większość członków sekcji, iż z jaglicą mamy do czynienia wówczas, kiedy w okolicy górnej chrząstki powiekowej rozwina się ziarna.

W końcu ustanowiono umieszczać na kartce do zapisywania chorych na jaglicę 2 następujące punkty: 1. ziarna na conj. tarsi (typowa postać jaglicy) i 2. ziarna na przejściowych załamkach (wątpliwa postać jaglicy). Ostatecznym układem kartki tej zajmie się wybrana z pięciu członków komisya.

Trzecie posiedzenie z dnia 2 maja st. st.

Dr. W. Rudin mówi o wpływie parowej łaźni na krwioobieg w siatkówce człowieka. Wśród lekarzy rosyjskich rozpowszechniła się opinia, iż łaźnia wywołuje przekrwienie siatkówki. Czy tak jest istotnie, prelegent postanowił zbadać. Dlatego też rozpoczął R. czynić spostrzeżenia na kilku młodych i zdrowych mężczyznach (do lat 25), którzy na górnej półce w łaźni (ciepłota wahała się od 40 do 77 stop. wedł. Cels.), przesiadywali po $\frac{1}{2}$ godziny, a nadto chłostali się winikiem od 15 do 30 minut. O szerokości naczyń na dnie oka decydował R. bezpośrednio, biorąc pod uwagę albo liczbę drobnych naczyń, idących w stronę żółtej plamki, albo obecność jasnej środkowej prążki w centralnych żyłach, albo pośrednio, za pomocą użycia fotoptometru Förster'a. Na zasadzie swych spostrzeżeń Dr. Rudin przychodzi do wniosku, iż choroby siatkówki nie mogą być przeciwwskazaniem do używania łaźni, gdyż w łaźni tworzy się w niej raczej małokrwiistość naczyniowa, a nie przekrwienie, powtórę powiększony proces utleniania skutkiem wyzbycia się dużej ilości wody powinien ułatwiać wessanie wypociu i wysięków przy takich chorobach jak odklejenie siatkówki, jaskra i t. d. po trzecie wysoka temperatura ciała może dobroczynnie oddziaływać na przebieg niektórych zaraźliwych chorób ocznych.

Dr. Ginzburg, następnie Naumow utrzymują, iż łaźnia bardzo niekorzystnie oddziaływa na choroby spojówki i tęczówki.

Dr. Jegorow doświadczałnie stwierdził na oczach u zwierząt, że krwioobieg w siatkówce zależy od innych wpływów, aniżeli krwioobieg w powiekach, spojówce i tęczówce. Prawdopodobnie i u ludzi zachodzi także różnica.

Dr. Uziembło, dziękując za odczyt, zachęca do dalszych spostrzeżeń i pracy w tak mało zbadanej sprawie, jak powyższa.

Czwarte posiedzenie z dnia 3 maja st. st. 1899.

Dr. Ginzburg przedstawia ułożoną przez komisję kartkę do zapisywania chorych na jaglicę; do szematu zwykłego dodano następujące uwagi:

1) Za typową postać jaglicy uważać należy te przypadki, w których ziarna mieszczą się i na Conj. tarsi sup.;

2) za wątpliwą postać jaglicy uważać należy te przypadki, w których tylko górny lub dolny załamek przejściowy mieści sporo dużych ziaren, które siedzą na obrzękłej i nacieczonej spojówce;

3) pojedyncze ziarenka, siedzące na załamekach, zwłaszcza w zewnętrznym lub wewnętrznym kącie, na zdrowej spojówce, uważać należy za niezaraźliwe zapalenie follikularne, które rogestracyi na niniejszej kartce nie podlega. Sekeya jednogłośnie postanawia, po krótkiej naradzie, odłożyć do następnego Zjazdu ostateczną uchwałę, czy przyjąć ją w postaci podanej, czy też uchwalić jakiegokolwiek zmiany.

Piąte (ostatnie) posiedzenie z dnia 4 maja st. st. 1899.

Rozprawy toczą się w sprawie, jak zapobiedz szerzeniu się jaglicy. W Rosyi niesłusznie ogół zajmuje się kłtą więcej, aniżeli jaglicą. Ruchome oddziały okulistyczne to paliatyw, w walce z jaglicą do żadnych zgoła nie prowadzący wyników. Dr. Ginzburg mówi o stałej pomocy okulistycznej; w tym względzie opracował on 8 dezyderatów, które właśnie przedstawia sekeyi dla rozważenia i zatwierdzenia. Brzmiały one: 1) walka z chorobami oczu i ślepotą za pomocą ruchomych oddziałów okulistycznych, których działalność jest tylko wypadkową i czasową, nie może być poczytaną za korzystnie obmyślaną chociażby ze względu, że warunki sprzyjające rozpowszechnianiu się chorób ocznych wśród ludności działają z fatalną stałością; 2) stała pomoc okulistyczna powinna być ześrodkowaną w ziemskich lub miejskich instytucjach, powinna być nierozłącznie związana z ogólnem ziemskim zorganizowaniem pomocy lekarskiej w gubernii; 3) Opieka Cesarzowej Maryi powinna własnym kosztem utrzymywać w ziemskich szpitalach pewną liczbę łóżek dla chorych na oczy; 4) leczenie chorób ocznych w szpitalach powinno odbywać się bezpłatnie; 5) każdy szpital gubernialny powinien posiadać oddział oczny prowadzony przez wytrawnego specjalistę; 6) każdy powiat powinien posiadać choć jednego ziemskiego lekarza, któryby praktycznie był obznajmiony z leczeniem chorób ocznych, i główniejszemi ocznemi operacyami; 7) każdy lekarz »uczestkowy«, chcący obznajmić się z praktyczną okulistyką, powinien otrzymywać od ziemstwa »komandyrówkę« z zachowaniem pensyi; 8) we wszystkich felczerskich szkołach należy wprowadzić praktyczny wykład zewnętrznych chorób oka.

Sekeya jednogłośnie zatwierdza 8 dezyderatów Dra Ginzburga i postanawia prosić Zarząd o włączenie sprawy urzędzenia

stałej pomocy okulistycznej w Rosyi w liczbę spraw, objętych programem, do rozważenia na następnym zjeździe lekarzy. Nadto postanowiono prosić o włączenie w program przyszłych rozpraw na zjeździe: o środkach zapobiegających szerzeniu się jaglicy i leczeniu takowej, jako nie rozważonych jeszcze na obecnym zjeździe lekarzy.

Włodz. Talko.

V. NOWE KSIĄŻKI.

E. Praun: *Die Verletzungen des Auges*. Ein Handbuch für Praktiker. Wiesbaden. 1899.

Niniejsze dzieło wypełnia braki w naszej literaturze, gdyż od czasu zaprowadzenia antyseptyki, względnie aseptyki, nie pojawiła się dotychczas żadna zbiorowa praca, traktująca o skałeczeniu narządu wzrokowego, mimo, że takowa ma niepoślednią wartość dla każdego lekarza praktykującego, który się zajmuje chorobami oka. Dokładne poznanie tego działu naszej wiedzy jest tem bardziej ważnem, że nowoczesne przepisy, dotyczące przypadków skałeczenia oka, wymagają bardzo dokładnej oceny.

Cały materiał tego dzieła, uporządkowany wedle zasad anatomii, jest opracowany bardzo przystępnie i poglądowo. Bardzo znaczna liczba poszczególnych przypadków jest zebrana w części ze znanej i gruntownie wyzyskanej literatury, w części z własnego materiału autora i tworzy w ten sposób bardzo cenne uzupełnienie wywodów teoretycznych. Toż samo dotyczy wykonania i leczenia, które zostały również w należyty sposób uwzględnione. W ten sposób książka ta odpowiada w zupełności swemu celowi i jest ona znakomitym podręcznikiem dla praktyka.

Dr Ballaban.

Dr Anton Elschmig: *Normale Anatomie des Sehnervenintrittes*. Zusammenstellung ophthalmoscopischer und anatomischer Befunde. Mikrophotografie von Drd. Zoth. Graz (Magnus Unterrichtsafeln. XVI. Heft. 1899).

V. Jaeger przedstawił w r. 1861 w swoim dziele: „*Einstellung des dioptrischen Apparates*“, pewną liczbę obrazów wizerunkowych wraz z ilustracjami podłużnych przekrojów tarczy nerwu wzrokowego i to tych samych ocz. Przekroje były sporządzone według ówczesnej techniki histologicznej, przyczem były one robione ręką na źle zatapiających i niedobrze stwardniałych galkach. A mimo tego są takowe dla znajdującego się na rzeczy o wiele większej war-

tości, aniżeli liczne i przepyszne nowoczesne ilustracye, gdyż usprawniają one obraz wziernikowy na podstawie zmian anatomicznych. Droga, którą w ten sposób wskazał v. Jaeger, nie poszedł zaden z nowszych badaczy, dlatego musimy z wielkiem uznaniem przyjąć nowe to wydawnictwo, w którem Elschnig w podobny sposób przedstawia nam prawidłową anatomię miejsca wejścia nerwu wzrokowego do oka.

Na 12 podwójnych tablicach znajduje się równocześnie obraz wziernikowy i anatomiczny, ten ostatni jako światłodruk (*Lichtdruck*) o 25krotnem powiększeniu wedle zdjęć mikrofotograficznych. Znajdźmy tam różnorakie rodzaje wyżłobienia fizyologicznego tarczy wzrokowej, dalej różne rodzaje ograniczenia tejże i to pierścieniem barwikowym łącznotkankowym, stożkiem (*conus*) oka niekrótkowidzącego, a to wszystko oddane wprawdzie tylko w jednobarwnych obrazach wziernikowych, ale niemniej z zupełną ścisłością i prawdziwością. Na 6 dalszych pojedynczych tablicach znajdujemy połówki tarczy wzrokowej tych ocz, które są ilustrowane na tablicach podwójnych i to 75krotnie powiększone, również z mikrofotogramów, przyczem można na nich rozróżnić dokładnie subtelniejsze zmiany histologiczne. W ogólności są mikrofotogramy rzadko piękne, przyczem należy się spodziewać, że i preparaty anatomiczne Elschniga, wedle których Zoth wykonywał te mikrofotogramy, musiały być wzorowo sporządzone i barwione. Zeszyt ten, wykonany bardzo pięknie przez nakładcę, przysporzy z pewnością wielu przyjaciół doskonałym wydawnictwom naukowych tablic Magnusa.

Dr Battaban.

Dr A. Birnbacher: *Die pathologische Histologie des menschlichen Auges*. Erste Lieferung. Fünf Tafeln. Leipzig. Verlag von Veil et Comp. 1899.

Dzieło to, które właśnie teraz wychodzi, ma postać atlasu, przyczem pojedyncze choroby są przedstawione w mikrofotogramach. Takowe są tak pysznie wykonane, iż przy oglądaniu lupą dają wrażenie rzeczywistego mikroskopowego preparatu. Przewaga, jaką to dzieło ma nad innymi podobnymi, polega na tem, iż fotogramy oddają wiernie naturę.

Pierwszy zeszyt, który ma przy sobie, zawiera patologiczną histologię chorób spojówki, a to wszystko rozmieszczone na pięciu tablicach o 31 mikrofotogramach.

Pierwszy obraz przedstawia nieżyt zwykły spojówki, na drugim znajdujemy mocno obrzmiałe i zapelnione ciążkami białymi brodawki spojówki (*Papillen*) przy zapaleniu mieszkowem tejże.

Ośm dalszych obrazów poświęcił autor dokładnemu przedstawieniu różnych postaci jaglicy i t. zw. pannus.

Pomimo, że stojmy stanowczo na stanowisku dualistycznym i mimo, że nie ma najmniejszej wątpliwości co do zasadniczej różnicy tak klinicznej jak i genetycznej między zapaleniem mieszkowem a jaglicą, to jednak mimowoli można się chwilowo zawahać, jeżeli się porówna prawie zupełnie sobie podobne obrazy anatomiczne obu tych chorób.

Następne dwa obrazy na tablicy drugiej i pierwszy obraz trzeciej podają nam dokładne zmiany spojówki i brzegu rogówki przy rzeżączce. Na tejsze tablicy znajdujemy krup, dyfteryę, gruźlicę spojówki, a dwa najpiękniejsze obrazy na tejsze stanowią nr 17 zwyrodnienie szkliste spojówki (preparat Kamockiego) i nr 18 nieżył wiosenny spojówki.

Tablica czwarta mieści łuszczkę (*pterygium*), łuszczkę (*pinguecula*), brodawczaka (*papillom*) spojówki gałkowej, polipa spoj., dermoida spojówki gałkowej i pęcherzycę (*pemphigus*) spoj.

Na piątej tablicy widzimy mięsaka, raka i ziarniniaka spojówki, a dalej obrzęk spojówki przy rzeżączce (*chemosis conj.*), tejsze wydzielinę spojówkową, a wreszcie wydzielinę przy zapaleniu pneumokokowym spojówki i diplobacila *Morax-Axenfelda*.

Wydaniem tego dzieła uczynił autor zadość od dawna odczuwanej potrzebie przy klinicznej nauce posiadania i demonstrowania histologiczno-patologicznych obrazów chorób ocznych systematycznie ułożonych.

Sam autor, znany ze swej skromności, pragnie wydaniem tego dzieła — co w przedmowie zaznacza — osiągnąć jedynie cel powyższy, chociaż nie da się zaprzeczyć, że całe założenie dzieła tego, obok wprawdzie krótkich, ale bardzo wyraźnych opisów najważniejszych chorób ocznych, nadaje dziełu temu charakter podręcznika patologicznej anatomii oka.

Z niecierpliwością oczekujemy zjawienia się następnych zeszytów.
Dr Bałaban.

Prof. dr. E. Machek: *Sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego we Lwowie za czas 1892—1899.* Lwów 199, str. 39.

Przed nami leży sprawozdanie z czynności oddziału okul. we Lwowie, łaskawie nadesłane przez kol. Macheka. Z liczebnego tego sprawozdania za lat 7 przekonuje się czytelnik, że oddział funkcjonuje pięknie i postępowo rozwija się. W 1892 r. było 80 łózek, w 1897 r. powiększono do 84, i te prawie zawsze były zajęte. Autor dzieli leczących się na oddział stały i oddział ruchomy. W pierwszym leczono 8915 chorych (4941 mężczyzn i 3974 kobiet); przy średnim pobytcie w szpitalu od 21 do 28

dni, w drugim — 11892 chorych (6705 m. 5187 k.); razem więc leczono w obu oddziałach 20807 chorych, z których na mężczyzn przypada 55,96⁰/₀, na kobiety 44,04⁰/₀. Zwracają na siebie uwagę niewysokie liczby (średnio corocznie 1699) leczących się ambulatoryjnie, czyli, jak autor nazywa, na oddziale ruchomym, a co się tłumaczy oddaleniem szpitala od miasta.

W r. 1873 średni czas trwania leczenia wynosił 34, w roku 1892 — 32,95, w r. 1897 obniżył się do 21,22 co w porównaniu z r. 1873 daje o 17641 dni leczenia mniej, z czego wprowadza sprawozdawca wniosek, że pomimo znacznego wzrostu liczby chorych stałych, z każdym rokiem znacznie mniej kraj kosztował pojedynczy chory, niż w pierwszym roku (1892) jego prymaryatu.

Następują 2 tablice ruchu chorych w oddziale stałym i ruchomym każdego miesiąca od 1892 do 1898 r. Ruch miesięczny w oddziale stałym znacznie mniejszy w zimie, bywa zwykle wielki od wiosny, od marca do sierpnia; przemawia tu autor za potrzebą utworzenia baruku na świeżem powietrzu dla chorych limfatycznych i cierpiących na jaglicę. Chorych ambulatoryjnie leczących się objęła od listopada 1898 r. klinika okulistyczna uniw. lwowskiego.

Po wyborowej tablicy rocznej i miesięcznej liczby dni leczenia, znajdujemy wykaz chorób ocznych w obu oddziałach, z których największy ⁰/₀ dały powieki (6,21), spojówka (32,33), rogówka (24,12), soczewka (10,04), tęczęwka (8,83), akomod. i refrakcyja (3,95), gałka oczna (2,69), jaskra (2,37), siatkówka i nerw wzrokowy (2,55); najmniejszy procent oczodół (0,29) i twardówka (0,83).

Znacznym ⁰/₀ chorób spojówki i rogówki tłumaczy się wielką liczbą ludzi cierpiących na jaglicę we wschodniej Galicyi. Godnym uwagi fakt większej odsetki chorób refrakcyi i akomodacyi.

Ciekawe są tablice z wykazami statystyki jaskry i chorób narządu łzowego według płci a także dotkniętych jaglicą. Kobiet na jaskrę było 486 (62,76⁰/₀), mężczyzn 282 (37,24⁰/₀); z 353 przypadków jaskry prostej lub zapalnej wykonano irydektomię 106 razy u mężczyzn, a 247 — u kobiet. Choroby dróg łzowych leczono u 193 m. (32,11⁰/₀) i u 508 k. (67,89⁰/₀). Cyfry te same za siebie mówią. Na jaglicę leczono chorych 5938 czyli 28,54⁰/₀ wszystkich leczonych chorych, a więc prawie ¹/₃ szukających pomocy w oddziale okulistycznym; prawdziwie jaglica jest godną uwagi plagą mieszkańców wschodniej Galicyi.

Największy dział w omawianem sprawozdaniu szanowny autor poświęcił operacyom, których w ciągu 7 lat wykonano większych 3494 (n. 1782 m. i n. 1712 k.), z tych na soczewce 1122, na tęczęwce 1358, na rogówce 206, na powiekach 547, na spojówce

40, na mięśniach 44, na twardówce 41, wyłuszczeń gałki ocznej 97 i t. d. Rocznie wykonywuje się do 500 większych operacji, co każde oddział oczny szpitala krajowego zaliczyć do większych zakładów operacyjnych. Operacji zaćm wykonano 1022¹⁾ czyli średnio rocznie 147 — tylko klinika berlińska, zdaniem kolegi M.²⁾, przewyższa dziś tę liczbę, wszystkie inne kliniki operują znacznie niżej 100 katarakt rocznie. Ciekawa rzecz pytam, ile rocznie operuje się zaćm w Warszawskim i wileńskim oftalm. Instytutach? W petersb. ocznej lecznicy w 1895 r. dokonano operacji 283, w 1896 — 288, w 1897 — 249, a w 1898 — 301, — takim materiałem chyba rozporządzają w szpitalach londyńskich!

Na 3494 wypadków operacji wypada 765 na żydów t. j. 22,05%, z których znaczna liczba przypada na jaskrę (183 op. u chrześcian i 170 u żydów). Starozakonni coraz częściej szukają dziś pomocy operacyjnej w kraju, a niedawno jeszcze wielu z nich dało się operować w Wiedniu. Dla zachęty żydów do leczenia się w szpitalu dozwolono żywienie chorych wiktem koszernym.

Z X wykazu widzimy, że operowani chorzy stale zamieszkiwali w 63 powiatach kraju, z 11-stu zachodnich powiatów nie było chorych, poddanych rosyjskich leczyło się 9.

Bardzo jest wymowną następną tablica, wykazująca bystrość wzroku po operacji zaćm niepowikłanych modyfikowanym sposobem Graefe'go, a więc z irydektomią. Operacji takich było 745. Wyniki te autor dzieli na 3 grupy chorych, to znaczy takich: 1) którzy odzyskali V $\frac{5}{6}$ — $\frac{5}{60}$, a takich było 729 wyp., czyli 97,60%; 2) którzy odzyskali bystrość wzroku mniej niż $\frac{5}{60}$, 11 wypadków czyli 1,6%; 3) w trzeciej grupie nastąpiło zakażenie oka, takich było 6 wypadków t. j. 0,8%. Słusznie autor robi uwagę, że u wypisywanych ze szpitala bystrość wzroku zawsze znacznie jeszcze się polepsza. Podaje tu prof. M. kilka praktycznych uwag, a mianowicie: skoro gałka wklęsła, a także przy zaniku górnego załamka powiekowego, w celu zapobieżenia lejkowatego zapadania się rogówki i wchłaniania się krwi do przedniej komórki oka, płat twardówkowo-rogówkowy z płatem spojówki zamienia na

¹⁾ Tak oznaczono na str. 26, na str. 19 podano cyfrę o 100 wyżej.

²⁾ W Poznaniu wykonywałem w ostatnich latach mego tamże pobytu do 150 zaćm rocznie. W Krakowie wykonaliśmy w r. 1896 samych zaćm z płatowem cięciem 190, innych 39, razem 229; w r. 1897 — 209; w następnych dwóch latach liczby operacji płatowych dochodzą: w r. 1898 do 199, w r. 1899 do 208. Kliniki w Halli, Lipsku, zwłaszcza ostatnia, mają także znaczny materiał operacyjny, a operacje zaćm o wiele przekraczają setkę. W.

niekrwawe cięcie rogówki. We Lwowie bardzo rzadko zdarza się wypływ ciała szklistego — zapobiega temu autor tem, że nie ustala oka szczypczykami podczas wyciskania soczewki, a przytem skoro się pokaże w ranie jej wolny brzeg, asystent wbija ostry haczyk w korę soczewkową i manewrując, ułatwia wydobycie zaćmy na zewnątrz.

Ostatnia tablica wykazuje bystrość wzroku po operacyi zaćm niepowikłanych bez irydektomii, a takich zrobiono 173 — pomyślny wynik w 163 przypadkach, średni z nadzieją poprawy w 7 przypadkach, niepomyślny w 3 przypadkach. Porównyując wyniki, uzyskane po operacyach Graefe'go, z operacyami bez irydektomii, okazuje się: 1., że V. $\frac{6}{6}$ do $\frac{6}{18}$ otrzymano po operacyi modyfikowanej w przypadkach 25 (89%), po operacyi bez irydektomii w 41 (67%); 2., że straty po operacyi modyfikowanej wynosiły tylko 0,80%, po operacyi bez irydektomii 1,73%, a więc jeśli ta ostatnia udaje się, to daje lepsze wyniki bystrości wzroku, aniżeli operacya Graefe'go, wskutek czego kol. M. coraz rzadziej wykonywa operacyę zaćmy bez irydektomii.

Dzięki jaglicy często w oddziale mają do czynienia z operacyą wzrostu rzęs. Od r. 1896 stosuje autor dość pomyślnie obmyśloną przez siebie płastykę brzegu z przesunięciem rzęs (*Plastica marginalis et transplantatio ciliorum*), — tym sposobem operowano 101 chorych.

Autor wyliczył w końcu swej broszury spis 22 prac naukowych i sprawozdań oddziału okulistycznego drukiem ogłoszonych od r. 1892. Znajdujemy tu rozprawy Drów: Macheka, Szulistańskiego i Osw. Zion'a.

Kończąc moje streszczenie ze sprawozdania, które przeczytałem z prawdziwą przyjemnością, a które robi zaszczyt lwowskiemu kolegom, że czynnościami swemi dzielą się z kolegami i wogóle z inteligentną, dziś tak pochopną do czytania publicznością, nie mogę zamieścić, że nie godzę się z profesorem Machekiem co do niektórych wyrażen i terminów jego, na przykład ciało szkliste nazywa on c. szklanem, — wyraz: »szklisty«, używany przez ś. p. Szokalskiego, jest w powszechnem użyciu wśród lekarzy Królestwa Polskiego, prof. Wicherkiewicz trzyma się też tej terminologii w »Postępie Okulistycznym«. Prof. Machek powiada: »Soczewka wstawiła się w ranę«, czy nie lepiej powiedzieć: »pokazała się w ranę«? Dalej, czy nie odpowiedniej zamiast: »wydobycie soczewki umniejsza zamach«, powiedzieć: »umniejsza uraz«? i t. p. Zresztą jest to rzecz mniejszej wagi i wartości żmudnej pracy ani odrobinę nie zmniejsza.

Na zakończenie wypowiedziałam pod adresem pracowników lwow-

skiego oddziału okulistycznego moje osobiste życzenie: Oby na przyszłość, rozporządzając tak obfitym materiałem, dzielili się z kolegami owocami swych prac i spostrzeżeń w »Postępie Okulistycznym« — tem archiwum okulistów polskich, z którego obcy mogliby najlepiej sądzić o naszej działalności na polu naukowem! Mniej korzystnem uważam drukowanie takowych w pismach ogólnolekarskich, gdzie łatwiej je przeoczyć.

Dr J. Talko.

VI. LECZNICTWO.

50. Jodypina, nowy przetwórz jodowy, wyrabiany przez Morck'a w Darmstacie, ma przewyższać skutek jodku potasu. Jodypina jest to połączenie jodu z olejem łogowym (ol. sesami) o wysokiej zawartości jodu i trwałem połączeniu chemicznem. Środek ten przechodzi, według Radestoka i Winternitza, niezmienny przez żołądek, a dopiero w jelitach ulega wchłonięciu i jako połączenie jodu z tłuszczem przez dłuższy czas skutek swój wywiera na ustrój. Jodypinę podaje się, jak kalium jodatam wewnątrznie i to w dawkach, dochodzących aż do 40 gr. dziennie, a także zewnątrznie do wcierania po 5 gr. („Therap. Monatshefte“. Nr 10. 1899).

51. Zwyczajną jaskrę zapalną (*glaucoma simplex*) leczył przez galwanizowanie nerwu sympatycznego szyi, rzekomo ze skutkiem, Dr Allard w ten sposób, że katodę zakładał na kark albo krzyżę, skuteczną zaś anodę, 8—10 cm. długą, a 2—3 cm. szeroką, obwiniał w mokrą watę, stosując do rowka przed mięsień sternocleidomastoideus, przymocowując ją kilku zwojami przepaski do szyi. Prąd powoli podnosi do siły możliwie wysokiej, t. j. do stopnia, przy którym nie powstaje zawrót. Galwanizowanie to, powtarzano trzy razy tygodniowo, trwa za każdym razem 15—20 minut. W przypadkach, gdzie wzrok zupełnie był zniknął, bóle przynajmniej ustąpiły, w innych, z obniżonym wzrokiem, tenże podniósł się, a napięcie bezpośrednio po galwanizowaniu obniżało się czasami („La Clinique ophthalmologique“. Nr 20. 1899).

52. Ułatwione leczenie rtęcią zamierza sprowadzić Dr Blaschko przez tak zwany Merkolintschurz. Jest to rodzaj barchanu, zaprawianego metaliczną rtęcią. Przez noszenie stosownie przykrojonego merkolintu na piersiach, występuje skutek rtęci w sposób „łagodny i nie niebezpieczny“.

Przedpasek (*Merkolintschurz*) takich sporządza Dr B. trzy rodzaje. Nr 1 zawiera około 10 gr. rtęci, która wyczerpuje się po cztero-tygodniowem użyciu; przedpaski Nr 2 o 25 i przedpaski Nr 3 o 50 gr. mogą oczywiście daleko dłużej starczyć. Przedpaski te wyrabia chemiczna fabryka P. Boiersdorf et Comp. w Hamburgu — Eimsbuetel.

W.

VII. ROZMARTOŚCI.

Holokaina była przedmiotem badań Dra Albina Dalona, doc. okulistyki w Sztokholmie. Ponieważ kokaina nie działa, jak wiadomo, odkażająco, starał się autor zbadać, czy właśnie holokaina nie odpowiada lepiej warunkom środka znieczulającego dla celów poliklinicznych. Ażeby wykazać antyseptyczne działanie środka tego, użył następującego doświadczenia. Do opruwotek, zawierających po 2 cm. sze. 1% holokainy, 1% kokainy i destylowanej wody, wprowadził pętlę 24godziennej hodowli bulionowej ze staphylokokkus pyogenes aureus. Po upływie rozmaitych okresów czasu przeniósł z tych płynów pętlę na agar rozlany na płytki Petri'ego dla zliczenia kolonii. Doświadczenie wykazało, że

holokaina miała po 1 min.	900,	po 2 g.	550,	po 4 g.	0 kolonii,
kokaina	" " " "	1500,	" " " 550,	" " "	300 "
woda dest.	" " " "	1500,	" " " 900,	" " "	500 "

Z tego wypływałoby, że holokaina ma znakomite własności odkażające.

Zapuszczona w rozezynach $\frac{1}{2}$ i 1% do worka spojówkowego, już po $\frac{1}{2}$ min. wywołuje znieczulenie rogówki i spojówki, trwające 10 do 15 minut i to nawet w oczach zapalonych, wskutek bezpośredniego działania na nerwy końcowe. Środek ten nie działa na rozszerzenie źrenicy, ani na akomodację, nie sprawia anemii spojówkowej i nie wpływa na napięcie gałki.

Niekorzystnie zaś działa przez to, iż jest silną trucizną i niszczy nabłonek spojówkowy.

Spostrzeżeń Mellingera, jakoby kokaina przeszkadzała spojeniu brzegów rany, nie mógł Dalon potwierdzić. Odpowiada to także i naszym doświadczeniom (Mittheil. aus d. Augenklinik des Carolinischen Medico-Chirurgisch. Instituts zu Stockholm. Widmark II. 1899. Jena. Verlag Gustav Fischer). *W.*

Jaglica i choroby oczu na Kaukazie. Jak twierdzi Dr Pantiu-chow w swej „Kaukaskiej patologii“ (1898), opierając się na zdaniu spocyalistów, jaglica bywa spostrzeganą częściej wśród ormian, aniżeli gruzinów, — w gubernii kutniskiej zdarzają się przypadki zanosiona, a Abchazowie, mieszkający między południowymi stokami głównego pasma gór a morzem Czarnem, wcale takowej nie znają. Jaglica z jej następstwami przeważnie bywa u ludów, zamieszkujących pomieszkania w ziemi, razem z domowemi zwierzętami, rzadziej dają się widzieć na płaskowzgórzach Małego Kaukazu, a dość rzadko w dobrze przewietrzanych domach, jak na przykład w gubernii kutarskiej. Na płaskowzgórzach i w górach są miejscowości, gdzie cała ludność cierpi na zapalenia spojówki i jaglicę.

Bystrość wzroku u tuziemców wyższa niż prawidłowa, średnia u ormian 1,34, u osotynów 2,49.

1. Zapalenie nerwu wzrokowego pochodzenia zakaźnego i toksycznego.

2. Ośrodek wzrokowy korowej.

3. Znaczenie porównawcze wyłuszczenia gałki i operacji polecanych, by ją zastąpić.

Ażebym duch każdego narodu uwydatnił się na tym turnieju naukowym, zamierza Komitet zjazdowy postawić obok referatów powyższych nadto inne, przedstawione przez sprawozdawców rozmaitych narodowości. Otóż sekretarz sekcji okulistycznej tegoż kongresu, Dr Parent, odniósł się w tej sprawie pismem z dnia 8 grudnia do niżej podpisanego o pośrednictwo, względnie o referat wskutek czego upraszam szanownych Kolegów z całej Polski na tej drodze, aby zechcieli pod tym względem porozumieć się ze mną listownie. Pragnąłbym, aby do końca stycznia roku 1900 porozumienie umożliwiło nam w myśl wezwania zgłosić temat, odnoszący się do spraw spornych, budzących więcej zajęcia u naszej społeczności lekarskiej na podstawie czy to miejscowych, czy rasowych warunków.

Kraków, dnia 26 grudnia 1899 r.

Bol. Wicherkiewicz.

VIII. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Hippel w Halli n/S. obchodził dnia 3 listopada 25letni jubileusz profesorski. W 33 roku życia został profesorem nadzwyczajnym.

Sędziwy prof. Zehender z końcem bieżącego roku składa redakcyę miesięcznika „Klinische Monatsblätter f. pr. Augenheilkunde“ w ręce prof. Axenfelda w Rosztoku, który od 1 stycznia 1900 r. wyłącznie przyjmować będzie rękopisy i korespondencye, dla pisma tego przeznaczone.

IX. Wykaz polskich oryginalnych prac okulistycznych, ogłoszonych w r. 1899.

1. Dr Br. Ziemiński: *Przypadek operacji wągra podsiatkówkowego.* »Przegląd Lekarski«. Nr 2.
2. Dr A. Szulistański: *O zastosowaniu protargolu w okulistyce.* »Przegląd Lekarski«. Nr 4 i 5.
3. Dr Piltz: *O odruchach źrenic, występujących przy skupieniu uwagi.* »Gazeta Lekarska«. Nr 3.
4. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Kilka słów w sprawie rozmięczenia rogówki u noworodków.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 1.

5. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Przeloki rogówko-twardówkowe, po operacji zaćmy powstałe*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 1.
6. Dr J. Talko: *Ropień powieki górnej jako przyczyna ropo-posoczniczy*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 1.
7. Dr Seidemann: *Operacyjne leczenie silnego krótkowidzstwa*. »Kronika Lekarska«. Nr 3.
8. Dr H. Higier: *W kwestyi chorób rodzinnych nerwa wzrokowego*. »Kronika Lekarska«. Nr 4, 5.
9. Prof. Dr E. Machek: *Wpływ nowszych środków badania na rozwój dzisiejszej okulistyki*. »Przegląd Lekarski«. Nr 10 i 11.
10. Dr I. Strzemiński: *Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej, sąsiedniej części nosa i lewego worka łzowego, z samodzielnym wyleczeniem*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 2.
11. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Przyczynek do zachorzeń dnawego oka*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 2.
12. Dr A. Langie: *Kilka uwag o wartości protargolu w okulistyce*. »Przegląd Lekarski«. Nr 12.
13. Dr J. Talko: *Uszkodzenia oka piorunem*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 3.
14. Dr E. Glauning i Dr I. Ellinger: *Fornicoblepharon*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 3.
15. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Przypadek prawdziwy dyfterji spojówki o lekkim przebiegu i kilka uwag o znaczeniu bakteriologicznego rozpoznania dyfterji*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 3.
16. Dr K. Brudzewski: *Przyczynek do histologii ran rogówkowych, powikłanych opadnięciem ciała szklistego*. »Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego«. Z. 1.
17. Dr Rumszewicz: *Przypadek nieprawidłowej szpary naczyniówki*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 4.
18. Dr T. Baffaban: *O mechanizmie powstawania oderwania tęczówki od wienca rzęskowego przez uraz*. »Postęp Okulist.« Nr 4.
19. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Ruchome oddziały przy instytucji oftalmicznemu w Warszawie*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 4.
20. Doc. Dr Fr. Sroczyński: *Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnia rogówki*. Odbitka z książki jubileuszowej prof. Korczyńskiego.
21. Dr J. Koliński: *O wpływie zażywania tabaki na oczy*. »Czasopismo Lekarskie«. Nr 5.
22. Dr A. Langie: *Nowy przyrząd własnego pomysłu do oznaczania astygmatyzmu regularnego*. »Przegląd Lekarski«. Nr 20.
23. Dr K. Noiszewski: *Rzadki przypadek zaniku nerwów i siatkówek*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 5.
24. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Narośle złośliwe rogówki*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 5 i 6.
25. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Skrzydlik bliźniaczy*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 5.
26. Dr A. Langie: *Przyczynek do etyologii miąższowego zapalenia rogówki*. »Przegląd Lekarski«. Nr 24.
27. Dr O. Zion: *Przyczynek do operacyjnego leczenia wrodzonego przesunięcia soczewki*. »Przegląd Lekarski«. Nr 27.
28. Dr S. Łuniewski: *Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry powieki i okolicy worka łzowego*. »Postęp Okulistyczny«. Nr 6.
29. Dr A. Szulistański: *O powstawaniu ropni mózgowych w przebiegu ropienicy oczodołu*. »Przegląd Lekarski«. Nr 28.

30. Dr B. Wagner: *O wgrze ocznym na podstawie danych statystycznych.* »Kronika Lekarska«. Nr 13.
31. Prof. Dr A. Beck: *O sztucznie wywołanej ślepcie barw.* »Przegląd Lekarski«. Nr 30.
32. Dr J. Talko: *Słowo kilka o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 7.
33. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Nowy sposób operacyjny zmarszczki nakatanej.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 7.
34. Dr K. W. Majewski: *Dwa przypadki mięsaka rogówki.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 7.
35. Dr J. Marczewski: *Kilka uwag o leczeniu brzoju powiekowego.* »Gazeta Lekarska«. Nr 35.
36. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Dalszy przyczynek do działania protargolu w okulistyce.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 8.
37. Dr A. Bednarski: *Przypadek wypadnięcia siatkówki przez przetokę środkową rogówki z zanikiem gałki oka lewego po urazie.* *Wyjęcie gałki, badanie anatomiczne i drobnowidowe.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 8.
38. Dr J. Ettinger: *Przyczynek do leczenia zapalenia rzeźączkowego spojówki.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 8 i 9.
39. Dr I. Piltz: *O nowych zjawiskach źrenicowych.* »Gazeta Lek.« Nr 36.
40. Dr T. Piotrowski: *Protargol jako środek zapobiegawczy ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków.* »Przegląd Lek.« Nr 39 i 40.
41. Dr J. Talko: *Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych. Wadliwy rozwój jamy czołowej i jej ropny otok.* »Postęp Okul.« Nr 9 i 10.
42. Dr J. Strzemiński: *Cierpienia oczne w hysterji.* »Postęp Okul.« Nr 9, 10 i 11.
43. Dr T. Bałaban: *Michał Borysiekiwicz (wspomnienie pośmiertne).* »Postęp Okulistyczny«. Nr 10.
44. Dr A. Bednarski: *Przypadek zaniku okężnego naczyńiówki i siatkówki z miażdżycą naczyńiówki.* »Przegląd Lek.« Nr 47.
45. Dr J. Piltz: *O wpływie wyobraźni na odruch źrenicowy u osiemnialych.* »Gazeta Lekarska«. Nr 47.
46. Dr K. W. Majewski: *Opatrunek Wolffberga po operacjach ocznych.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 11 i 12.
47. Dr J. Talko: *Jeszcze słówko o rozpromienieniu włókien rdzeniowych nerwu wzrokowego w siatkówce.* »Postęp Okulist.« Nr 11.
48. Dr Steinhaus: *Z pamiętników prof. Szokalskiego.* »Krytyka Lek.« Nr 11 i 12.
49. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Jan Miłwałsky (wspomnienie pośmiertne).* »Postęp Okulistyczny«. Nr 12.
50. Prof. Dr B. Wicherkiewicz: *Przypadek zapalenia błoniastego u osoby dorosłej.* »Postęp Okulistyczny«. Nr 12.

X. Wykaz prac okulistycznych, ogłoszonych w języku rosyjskim w I. półroczu 1899 r.

1. Amsterdamski A.: *Kilka uwag o operacji entropion według Rogan'a i Panas'a.* Odb. z »Medicinskaho Obozrenja«. Maj. 1899 r.

2. Andogski M.: *Sprawozdanie z działalności ruchomego oddziału okulistycznego Opieki cesarszowej Maryi Aleksan. nad ociemniałymi w okręgu Uralskim, w czerwcu i lipcu 1898 roku.* Odb. z »Uralskich Wojskowych Wiedomości«. 1899 r.
3. Andogski M.: *O szwie rogówkowym według Kalk'a.* Odb. z »Więstnika Oftalmologii«. Zeszyt III. 1899 r.
4. Apraksin Dr.: *120 operacji zaćmy z praktyki ziemskiej.* »Więst. Oftalm.« Zeszyt I. 1899 r.
5. Biechliczew W. prof.: *Choroby nerwów w spostrzeżeniach poszczególnych.* Część II. Petersburg. 1899 r.
(*Kilka spostrzeżeń z uwagami o mechanizmie rozszerzalności źrenicy, o niedowładzie mięśni ocznych, o unerwieniu powiek.*)
6. Borowski S.: *Ciało obce, leżące pół roku w oczodole.* »Lietopis ruskiej chirurgii«. Zeszyt IV. 1899 r.
7. Bortkiewicz A.: *O leczeniu chirurgicznem jagłicy.* »Wojsnomedic. Żurnał«. Kwiecień. 1899 r.
8. Botwinnik M.: *Notatki i pobieżne sprawozdanie z działalności oddziału okulistycznego Opieki ces. M. A. nad ociemniałymi w powiecie Goreckim gubern. Mohilewskiej od 25 maja do 18 lipca 1898 r.* Mohilew. 1899 r.
9. Braunstejn E.: *Do nauki o przerywanem podrażnieniu świetlnem zdrowej i chorej siatkówki.* Charków. 1899 r.
10. Chodin A.: *Rzadki wypadek nitkowatego wytworu w ciałku szklistem (resztką art. hyaloideae?).* »Więst. Oftalm.« Zeszyt II. 1899 r.
11. Czemołosow Dr.: *O cierpieniach oczu w tyfusie powrotnym.* »Medyckinskija Pribawlienja k Morskomu Sborniku«. Luty. 1899 r.
12. Czuprin I.: *O zwichnięciu soczewki przy ekstrakcy zaćmy.* »Więst. Oftalm.« Zeszyt III. 1899 r.
13. Demidowicz B.: *Skiaskopia i zalety określania przy jej pomocy refrakcyi oczu w praktyce wojskowo-lekarskiej.* »Dyssertacya petersb.« 1899 r.
14. Dołganow W.: *Przyczynek do anatomii patologicznej jaskry (badanie kliniczne i histologiczne).* »Wracz«. Nr. 123, 124. 1899 r.
15. Dołganow W.: *Nowy typ okularów ochronnych dla robotników.* »Wracz«. Nr. 10. 1899 r.
16. Ginzburg J.: *O zaszywaniu ran drążących gałki ocznej.* »Więst. Oftalm.« Zeszyt I. 1899 r.
17. Ginzburg J.: *Wypadek wrodzonego opadnięcia powieki.* »Więst. Oftalm.« Zeszyt II. 1899 r.
18. Ginzburg J.: *W sprawie symptomatologii i rozpoznawania wrzozowego uszkodzenia nerwu wzrokowego.* »Więst. Oftalm.« Zeszyt III. 1899 r.
19. Ignatiew Dr.: *W sprawie wydobycia zaćmy bez irydektomii.* »Wojsn.-med. Żurnał«. Styczeń. 1899 r.
20. Isupow M.: *O zapaleniu nerwu wzrokowego na podstawie danych z literatury.* »Dyssertacya petersb.« 1889 r.
21. Jakowlew R.: *Przyczynek do sprawy o roli leczniczej Pehl'a w cierpieniach ocznych.* »Wracz«. Nr. 10. 1899 r.
22. Jepinatiew G.: *Wskaźnik (indicator) perymetryczny w uproszczeniu.* Z kliniki prof. Bellaminowa. »Wracz«. Nr. 5. 1899 r.
23. Jepinatiew G.: *O ważności mięsienia drgawkowego w oftalmoterapii.* »Dyssertacya petersburska.« 1899 r.

24. Jępinatiew G.: *Pomyślny wynik leczenia łuszczki operacyjną Scott'a.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt II. 1899 r.
25. Jewecki F.: *O półksiężycowych lipodermoidach spojówki.* Odb. z »Medyckiego Obozrenja«. Styczeń. 1899 r.
26. Gahn Dr.: *O etiologii i leczeniu cierpień dróg łzowych.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt I. 1899 r.
27. Kirillow M.: *Sprawozdanie prywatnej lecznicy oftalmicznej za 2 lata.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt II. 1899 r.
28. Kirkorow Dr.: *Wypadek irido-cyclitidis zimniczego pochodzenia.* »Wiest Oftal.« Zeszyt I. 1899 r.
29. Klewezał W.: *Działalność okulistyczna Tamskiej Lecznicy Kasiomskiego Ziemstwa w r. 1897.* Odb. z »Medyckoj Biesiedy«. 1899 r.
30. Kossobudzki Dr.: *Wypadek błoniastego wytworu w ciątku szklistem.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt II. 1899 r.
31. Kozłowski M.: *Sprawozdanie szpitala ocznego Popowych w Kijowie za r. 1897.* Kijów. 1899 r.
32. Łoktiew W.: *Do sprawy o zmianach anatomicznych oka przy kile wrodzonej wśród osesków.* Dysertacya petersb. 1899 r.
33. Łobanow S.: *Do sprawy o wielkości szpary ocznej wśród ludności inorodczej.* Odb. z »Wiest. Oftalm.« Zeszyt II. 1899 r.
34. Łobanow S.: *O roli bakterji niechorobliwych w patologii zakaźnej oka.* Odb. z »Wiest. Oftalm.« Zeszyt II i III. 1899 r.
35. Naumow M.: *Wyniki corocznych oględzin oczu u szeregowców okręgu wojennego Kazańskiego w ciągu lat pięciu (1891—1895).* Kazań. 1899 r.
36. Orszański T. prof.: *Sposób graficzny badania ruchów ocznych u człowieka (oftalmograf).* »Wracz«. Nr. 10. 1899 r.
37. Piaskowski M.: *Cierpienia powieki.* Odczyt miany 2 grudnia roku 1898 w sali Muzeum historycznego w Moskwie. Moskwa. 1899 r.
38. Rejch M.: *O wyrazie oczu.* Petersburg. 1899 r.
39. Rudin W.: *Pyoctaninum ceruleum, jako środek rozpoznawczy i leczniczy w praktyce ocznej.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt III. 1899 r.
40. Sirotkin Dr.: *Sprawozdanie prywatnej lecznicy w osadzie Melkessa gub. samarskiej.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt I. 1899.
41. Szięgirew K.: *O massażu wibracyjnym w oftalmologii.* Badania doświadczalne i kliniczne. Dysertacya moskiewska. 1899 r.
42. Szymański E.: *Porażenie n. odwodzącego wskutek ostrego błonnicowego zapalenia przewodu słuchowego tejże strony.* »Wiest. Oftal.« Zeszyt I. 1899 r.
43. Woskresieński I.: *O działaniu eufatminy na oczy.* Dys. petersb. 1899 r.
44. Woskresieński I.: *O szkodliwości jednoczesnego naznaczania jodu do wewnątrz i ręki do oczu.* »Wojen.-med. Zurnał. Kwiecień. 1899 r.
45. Zejdenman M.: *Badanie histologiczne systemu nerwowego naczyń oka.* Dysertacya petersb. 1899 r.
46. Zielenki P.: *O roli blizny twardówkowej przy operacyach jaskry.* Dys. petersb. 1899 r.
47. Zielenkowski J. *W sprawie ulepszenia naszej maści żółtej.* »Wracz«. Nr. 15. 1899 r.

Spis rzeczy w roczniku I.

- Abscessus corneae** 201.
Acarus folliculorum 255.
Achromatopsya 430.
Airol 81.
Akoinowe przetwory 171.
Akomodacya 37, 72, 342, 490.
Alkohol 45.
Amaurosis 151.
Amotio retinae 303, 336, 338.
Amyloform 220, 494.
Aneson 122.
Angioma 171.
Anophthalmus 428.
Antepositio 299.
Antyseptyka 45.
Arteria hyaloidea 192.
Arteriosclerosis vasorum oculi 491.
Arthritis 46, 58 *).
Arszenik 308.
Aseptyka 45.
Asterol 495.
Astigmatismus 22, 508.
Atrophia nervi opt. 153, 177, 194.
Auerowskie palniki 126.
Bacterium coli commune 509.
Bakterye spojówki 123, 168, 203.
Blennorrhola conj. 108, 249, 322, 509.
Blepharadenitis 255.
Blepharorrhagia 108.
Blepharospasmus 151.
Błonica 99, 125.
Canalis nasolacrimalis 158, 262, 329.
Carcinoma 308.
Cataracta 118, 148, 155, 260, 479, 439, 480, 495.
Chiasma n. opt. 147.
Chinina 264, 289, 389.
Chorioidea patol 71, 137.
 anat. 247, 373.
Choroba Basedowa 82.
Chryzarobina 83.
Cicatrix scleralis 296.
Cocainum 308.
Coloboma chorioideae 137.
Conjunctiva 73, 99, 108, 117, 125, 149, 161, 352, 256, 292, 322, 334, 342, 372, 387, 435, 484, 505, 509.
Cornea 201, 217, 256, 280, 294, 378, 477, 492.
Corpus alienum in orbita 329.
Corpus vitreum (patol.) 306.
Croup 125.
Cuprum sulfuricum 341.
Cyclitis 442.
Cysticercus 514.
Cystis canalis hyaloidei 447.
Cytrofena 220.
Dacryops 483.
Delirium 302.
Demodex folliculorum 255.
Desinfectio intrabulbaris 443.
Diabetes 260.
Dna 46, 58.
Drogi wydzielnicze oka 387.
Dytteryja 99, 125.
Egol 341.
Ekstrakcyja zaćmy 10, 29, 74, 75, 113, 124, 301, 302, 437, 442.
Elektromagnes 23.
Elektryzowanie 220.
Epicanthus (oper) 276, 440.
Epilepsia 197, 199.
Epithelioma 43.
Eserinum 287.
Eucainum 308.
Eufalminum 205, 219.

*) Liczby tłustym drukiem oznaczają stronicę prac oryginalnych.

- Exophthalmometr 245.
 Exophthalmus 159, 169, 261, 338, 479.
- Fibrae medullares 273, 449.
 Fistula corneae cong. 250, 318.
 Fiziologia oka 213.
 Formalina 43.
 Fornicoblepharon 95.
- Galvanocansis 298.
 Gangl. cervic. suprem. (resectio) 330.
 Gangraena palp. et bulbi 345.
 Glandula lacrymalis 329.
 Glaucoma 46, 72, 161, 197, 305, 326, 382, 281, 525.
 Gojenie rau bez opaski 454, 486.
 Cruzlicia 49, 77, 79.
 Gwoździk 113.
- Haemorrhagia 75, 78, 82, 288, 305.
 Hemeralopia 335.
 Hemianopsia 150, 198, 290.
 Heroina 190.
 Heterochromia 84, 495.
 Heteroplastyka 258.
 Histologia oka 37, 520.
 Historia okulistyki 221, 413, 306.
 Holokaina 526.
 Humor aquaeus 386.
 Hydrarg. bijodaturn 170.
 Hydrargyrum cyanatum 332.
 Hydrodiaskop 22.
 Hygiena 85.
 Hysterya 124, 222, 351, 430.
- Jequirity 493.
 Influenza 436.
 Injections subconjunctivales 332.
 Jodipinum 525.
 Jodoformogena 220, 495.
 Jodopyryna 494.
 Jodothyrium 170.
 Jodek arsenu 309.
 Iridektomia 288, 336.
 Iridodialysis 129.
 Iris (patol) 129, 334, 447, 478.
 Iritis malarica 334.
- Kali hypermanganicum 266.
 Kalium jodatum 202.
 Kalomel 388.
 Keratagia traumatica recid. 110, 111.
- Keratitis parenchymatosa diff. 217, 256, 378.
 Keratoconus 444.
 Keratomalacya 1.
 Keratosis conjunctivae 484.
 Komórki wodne 22.
 Konwergencya 490.
 Krwotok 75, 78, 82.
- Largina 122.
 Lipodermoidum conjunctivae 254.
 Luces hereditaria 33, 116.
 Luxatio bulbi 200, 342.
 Lycetol 267.
- Malaria 255, 334.
 Melanosis corneae 477.
 Meningococcus intracellularis 326.
 Merkolint 525.
 Mięsak naczyńiówki 28.
 Mięsienie 204.
 Mikrophthalmus 428.
 Miotica 305, 476.
 Morbus Basedovii 338.
 Mydrina 341, 388.
 Myopia 443, 205, 206.
 Myopia traumatica 265, 293.
 Myxosarcoma n. opt. 116.
- Nadnercze 69, 80, 112.
 Nagniatanie 266.
 Natr. salic. 202.
 Neoplasma 74, 119, 280.
 Nerwice n. trójdzielnego 44.
 Nervi nervorum nervi optici 491.
 N. facialis 152.
 N. oculomotorius 152.
 Nervus opticus 153, 177, 194, 337, 491, 492, 510, 519 (anat.).
 Nervus symphaltheus 336.
 Neuritis retrobulbaris 337.
 Nici celluloidynowe 266.
 Nicticatio 173.
 Niezbornosc 22.
 Nirwanina 43.
 Nystagnus 23.
- Objaw Cheyne Stokesa 172.
 Obrazki Purkinč-Sansona 36.
 Oculinum 45.
 Oczy sztuczne 162.
 Odra 124.
 Oedema conjunctivae 117.
 Opatrunek Wolffberga 454.

- Ophthalmia chrysophanica 328.
 Ophthalmia sympathica 68, 390.
 Ophthalmoplegia externa 24, 25.
 Optyka fizyologiczna 36.
 Orbita 155, 485.
 Ortoform 341.
 Panophthalmitis 124.
 Papier sublimatowy 82.
 Paralysis accomodationis 342.
 Paralysis facialis 24.
 Pęknięcia tęczówki 478.
 Pemphigus 165.
 Periostitis 124.
 Piperidinum bitartaricum 388.
 Płewka jajka w oftalmiatrii 257.
 Plica conjunctivae congenita 372.
 Płacz 286.
 Phlegmone orbitalis 485.
 Pneumococcus 73.
 Prolapsus corporis vitrei 65.
 Prolapsus retinae 318.
 Protargol 30, 31, 80, 313.
 Protezy 162.
 Przeloki rogówko-twardówkowe 10.
 Pterygium 188.
 Ptosis 24, 173, 191, 438.
 Pupilla 374, 66, 389, 390, 431, 432, 434.
 »Pupillenreactionsprüfer« 430.
 Pyoctaninum coeruleum 437.
 Refrakcja 21, 293.
 Resorptio spontanea cataractae 250, 251.
 Retina, (patol.) 71, 118, 190, 193, 257, 303, 337, 517.
 Rima palpebrarum 285.
 Ropień powieki 15.
 Ropo-posocznica 15.
 Royal London Ophthalmic Hospital 390.
 Saccus lacrymalis 329.
 Sarcoma 81, 280.
 Sarcoma chorioideae 28.
 Sarcoma corneae 280.
 Scabies corneae 45.
 Sclera (patol.) 443.
 Sclerotomia 336.
 Scrophulosis 32.
 Sideroskop 23.
 Skiaskopia 21.
 Skorbuc 512.
 Skaleczenia oka 519.
 Sondy protargolowe.
 Spasmus m. ciliaris 304.
 Spermia 168.
 Spiritus saponatus 308.
 Sprawy zawodowe 145.
 Strabismus 299, 385.
 Statystyka 120, 161, 218, 267, 446, 521.
 Suppressio lentis (propter myopiam) 205, 206.
 Sympathectomia 441.
 Syphilis hereditaria 34.
 Szczypczyki do wyciskania ziarna jagł. 490.
 Szkoła dwuogniskowe 336.
 Szkoła optyków 335.
 Tabaka 294.
 Tabes 153.
 Tatuacja 114, 389.
 Tetania 479, 513.
 Tęczowe obręcze 46.
 Toksyny 387, 492.
 Trachoma 122, 160, 174, 258, 267, 309, 383, 493, 516, 518, 526.
 Thrombosis 436.
 Tuberculosis 49, 77, 242, 309.
 Tumores corneae maligni 181, 225.
 Tumores intrabulbares 379.
 Typhus recurrens 254.
 Tytoń 294.
 Udar słoneczny 62.
 Ulcus molle 83.
 Ulcus rosee 26.
 Ulcus serpens 27, 294.
 Uraemia 510.
 Urtica urens 122.
 Uszkodzenia oka piorunem 89.
 Varix 295.
 Vasa retinalia 376.
 Venae vorticosae 480.
 Vulnura bulbi 158.
 Wcierania szaruchy 44.
 Widzenie obuoczne 494.
 Woreczek łzowy, choroby 35.
 Wyciąg z nadnercza 70.
 Xerosis epithelialis 83.
 Zapalenie współczulne 68.

- Zastrzykiwania odkazujące do p.
kom. 302.
Zastrzykiwania podspojówkowe jodu
44.
Zatrucie alkoholem metylowym 106.
Zatrucie jodoformem 119.
Zatrucie ołowiem 25.
Zeskórnienie nabłonkowe 83.
- Żelatyna 82.
Zjazdy 77, 383, 384, 442, 490.
Złudzenia optyczne 386.
Znieczulanie 111.
Zotzy 32.
Zrenica 66 (fizyol.).
Związek chorób oka z cierpieniami
ogólnymi 41, 510, 512, 513.

Spis autorów w roczniku I.

- Adamkiuk 383.
Andogski 437.
Angelucci 510.
Antonelli 328, 340.
Auger 171.
Axenfeld Th. 108, 159, 200.
- Baas K. 151.
Bałłaban T. 129, 413.
Bazin 170.
Bednarski Adam 23, 318.
Benoit 387.
Berger 306, 440.
Bettremieux 265, 336.
Bietti 509.
Bjord 342.
Birnbacher 520.
Bistis 74.
Blobaum 341.
Boguski 126.
Borowski 329.
Borsch 335, 336.
Bortkiewicz 258.
Botwiński 508.
Bourgeois 264, 338.
Brandenburg G. 72.
Brudzewski Karol 65.
Pruncer 436.
Bull 494.
Bullot 265.
Burri R. 70.
- Chauvel 169.
Chevallereau 337.
- Chodin 192.
Chorcew 21.
Collins 118.
Comby 117.
Coover 257.
Coppez 492, 493.
Critchett 119, 444.
Cross 118.
Cywiński M. 148, 161.
Czemoloso 254.
Czerny 308.
- Dagilajski 251, 485.
Darier 293, 332, 337, 341.
Delbanco 165.
Delbès 334.
Denig 295.
Dessaux 217.
Deutschmann 166, 338.
Diez 378.
Disler 30.
Dołganow 326.
Dor (jun.) 491.
Dreisch 342.
Dreyer-Dufer 338.
Dubois de Lavigerie 338.
Dufour 335.
- Einhoven 386.
Ellinger A. 116.
Elschnig 25, 194, 519.
Epinatjew 204.
Ettinger J. 95, 322.
Ewecki 254.

- Fage 302.
 Falla 123.
 Ferri 388.
 v. Fragstein 24, 430.
 Frank F. 441.
 Franke 165.
 Fraenkel 309, 326.
 Freund 513.
 Frézals 202.
 Frost 163.
 Fukala 205.
- Garten** 173.
 Gautrelet 341.
 Gedrojc-Juraga 114.
 Gelpke 290.
 van Geuns 480.
 Gifford 261.
 Ginzburg 157, 518, 191.
 Glauning E. 95.
 Golowin 75.
 Graefe Alfred 174.
 Greeff R. 39, 492.
 Griffith 447.
 Groenouw 249.
 Guende 302.
 Guttman Emil 32.
- Haab 382, 443.
 Hahn 33.
 Hallauer 155, 287.
 Hallot 70.
 Hanke 379.
 Hamburger 432.
 Helmholtz 267.
 Hermann M. W. 111.
 Hertel E. 35.
 Hess 480, 490.
 Hilbert 125, 251.
 Hjort Jan 29.
 Hirschberg 300, 310.
 Hochheim 79.
 Holden 289.
 Holmes 329.
 Hoppe 426.
 Hutchinson 116.
- Jacqueau 305.
 Jakowlew 168.
 Janeway 77.
 Januszewski 333.
 Javal 305.
 Innatjew 113.
 Joers 255.
- Jonnesco 197.
 Junius 73.
 Junkres 494.
- Kahn** 158.
 Kalt 264.
 Kamen 252.
 Karplus 124.
 Kastalskaja 125.
 Kempner 24, 430.
 Klein 294.
 Klewczal 218.
 Klingelhoefter 478.
 Koenig 389.
 Koepfel 161.
 Koliński 294.
 Kopff 336.
 Kossobudzki 190.
 Kostienicz 310.
 Koster 438.
 Krajski 514.
 Kramer 292.
 Krasanowski 266.
 Krawczenko 113.
 Krukenberg 477.
 Kuhnt H. 106, 445.
- Lagrange 264, 304.
 Lancereaux 170.
 Lange O. 28, 72, 483.
 Langie Adam 256.
 Laqueur L. 66, 481.
 Legrand 308.
 Levin H. 193.
 Levinsohn 439.
 Lewandowsky 173.
 Łobanow 168, 203, 285.
 Loevy 440.
 Lor 265.
 Luniewski Stefan 242.
- Machek E.** 521.
 Machesini 122.
 Magawly 120.
 Majer Józef 310.
 Majewski K. W. 22, 280, 454.
 Markus 435.
 Mellinger 125.
 Michel 376.
 Mikulicz 308.
 Miller Victor 24.
 van Millingen 298.
 Miugazzini 374.
 Mitwalsky 502.

- Marfan A. B. 25.
 Mohr 484.
 Moll A. 68.
 Morax 387.
 Mosbacher 122.
 Munden 173.
 Murray 257.

 Naumow 267.
 Negro C. 152.
 Neuschüler 492.
 Neustätter Otto 23.
 Noiszewski 177.
 Nuel 265, 386.

 De Obarrio 336, 430.

 Pagenstecher 266.
 Parent 265, 335.
 Parinaud 213.
 Paulesco 170, 389.
 Péchin 334.
 Peirone C. 75.
 Peters 479.
 Pezzoli 122.
 Pfister 331.
 Pflueger 206, 265.
 Philippe 309.
 Piaszczyński 270.
 Piesbergen 266.
 Piltz 374.
 Pluder 166.
 Praun 519.
 Priestley Smith 385.
 Proebsting 78.

 Radziejewski 69.
 Randolph 123, 260.
 Remak 167.
 Rochon-Duvigneaud 262.
 Rohmer 124, 301.
 Roure 169.
 Rudin 437, 517.
 Rumszewicz K. 137.
 Rymowicz 515.

 Sameh-Bey 436.
 Sassaparel 256.
 Schapring 372, 495.
 Schanz 342.
 Schein 484.
 Schirmer 442.
 Schmidt-Rimpler 26, 41, 155, 160.
 Schoen 443.

 Schreiber 245.
 Schroeder Th. 110.
 Schulz 476.
 Schweiggger 299.
 Seggel 512.
 Siegrist 491.
 Silex 153, 390.
 Sirotkin 122.
 Smirnow 373, 490.
 Snellen H. 162.
 Snow 171.
 Sölder Fr. 147.
 Spanbock 150.
 Spicer 117.
 Sroczyński 201.
 Steinhaus 150.
 Stoewer 199.
 Straub 442.
 Strzemiński Ignacy 49, 351.
 Sydney Stephensohn 341, 388.

 Talko Józef 15, 89, 273, 345,
 393, 449.
 Tarkowski 446.
 Terson 250, 338.
 Thomson 447.
 Timofiejew 112.
 Trantas 335.
 Trousseau 389.
 Trunccek 308.
 Tscherning 36.
 Tunnicliffe 388.

 Uthhoff 123.
 Ury 124, 202.

 Vacher 210.
 Valude 259.
 Vignes 338.

 Wagemann 71.
 Waldhauer 270.
 Walter 384, 486.
 Wecker L. 149, 286, 303, 335, 390.
 Weiss H. 119.
 Weiss L. 511.
 Westphal 374.
 Wicherkiewicz 1, 10, 22, 23,
 31, 58, 99, 111, 145, 181, 188,
 225, 276, 313, 444, 502, 505.
 Willbrand 198.
 Whitehead 172.
 Wodziński 485.
 Wolfberg 454.

Woskressenskij 205, 260.
Würdermann 257.

Zanotti 264.
Zehender W. 269.

Zeidenmann 247.
Zielenskij 296.
Zimmermann 330.
Zirm 288.

Spis rycin, w roczniku I. pomieszczonych.

	Str.
1. Figura szematyczna, wyjaśniająca teorię akomodacji Tscherninga (Nr 1)	38
2. Fornicoblepharon (przed operacją) (Nr 2)	95
3. Fornicoblepharon (po operacji) (Nr 2)	98
4. Szematy pola widzenia przy zaniku nerwów wzrokowych (Nr 5)	179
5. Carcinoma corneae (Nr 5)	183
6. Tumor corneae, pterygium cartilagosum vel dermoidale, xerosis epithelialis (Nr 5)	185
7. Skrzydlik bliźniaczy (Nr 5)	189
8. Melanosarcoma corneae (Nr 6)	226
9. Trzeszczomierz (exofthalmometr) Schreibera (Nr 6)	246
10. Operacja zmarszczki nakątnej sposobem Wicherkiewicza przed zaszyciem (Nr 7)	279
11. Operacja zmarszczki nakątnej sposobem Wicherkiewicza po zaszyciu (Nr 7)	279
12. Przekrój gałki ocznej, przedstawiający siatkówkę wypadniętą przez przetokę rogówkową (Nr 8)	320
13. Głowa chorego ze zgorzelą powiek (Nr 9)	348
14. Strzałkowy przekrój zatoki klinowej, czołowej i jamy Highmora (Nr 10)	396

Głoszenia.

SZEMATY

do „wymierzania percepcyjnego siatkówek i ich rzutów w mózgu“

Dra Kazimierza Nolszewskiego.

Wydanie bardzo staranne firmy Erhard'a w Paryżu.

Nabyć można w Administracyi »Postępu Okulistycznego«.

Cena za 10 egzemplarzy 3 korony.

Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do redakcyi:
Wolska, 11.

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcyą 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Kto by życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośnie objawić na rękopisie.

Redakcyą uprzejmie prosi przysyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcyą.

Głoszenia.

Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

poświęcone farmacyi, naukom z nią związek mającym,
oraz sprawom zawodu.

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

BOLESŁAWA GŁADYCHA.

Kosztuje rocznie z przesyłką rubli 5, złr. 6, marek 10.

Adres redakcyi: **Warszawa, Złota 54.**

KLINIKA OKULISTYCZNA

Uniwersytetu

Marie Curie-Skłodowskiej





BIBLIOTEKA
AKADEMII MEDYCZNEJ
W LUBLINIE

90597