

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELLI.

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

WYCHODZI z końcem każdego miesiąca w objętości 2 do 3 arkuszy.

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska l. 11. — Administracya i ekspedycya: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Wolska l. 9; tamże przyjmuje się ogłoszenia pod następującymi warunkami: cała strona 20 kor., pół str. 12 kor., za wiersz petitowy 1 kor.

CENA ROCZNIKA: W Austrii 12 kor. — W Niemczech 12 mrk. — W Polsce i Rosyi 6 rb. — We Francyi i Belgii 15 franków. — Pojedynczy numer 1-20 kor.

PRZEDPŁATE przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolffa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowie, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitgebnera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń

—*— ROCZNIK PIERWSZY —*—

1899.



KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1899.

T R E Ś Ć.

	Str.
I. Prace oryginalne.	
1. »Kilka słów w sprawie rozmięczenia rogówki (keratomalacy) u noworodków«. Prof. B. Wicherkiewicz	1
2. »Przetoki rogówko-twardówkowe, po operacyi zaćmy powstałe«. Prof. B. Wicherkiewicz	10
II. Spostrzeżenia kliniczne.	
»Ropień powieki górnej, jako przyczyna ropo-posocznicy«. Dr. J. Talko	15
III. Streszczenia.	
»Porównawcze oznaczenie refrakcyi oka za pomocą skiaskopii, przed i po atropinowaniu. Dr. Chorcew«.	21
»O zastosowaniu komórek wodnych w przyp. niezborności i rogówki stożkowatej. Dr. K. W. Majewski«.	22
»Kilka wypadków wykrycia ciał obcych, stałowych lub żelaznych, w oku za pomocą sideroskopu Asmusa z nast. wydobyciem tychże elektromagnesem Hirschberga. Dr. A. Bednarski«.	23
»Beitrag zur Casuistik des einseitigen Nystagmus. Dr. O. Neustätter«.	23
»Congenital ptosis with anormal associated movement of the affected lid. Victor Müller«.	24
»Ophthalmoplegia externa completa mit Paralyse des Augenfacialis. Dr. von Frangstein u. Dr. Kempner«.	24
»Un cas d'ophthalmoplegie externe d'origine nucléaire chez une fillette de vingt-deux mois a la suite de varicelle. A. B. Marfan«.	25
»Selbstörungen durch Bleivergiftungen. Elschmig«.	25
»Über Ulcus rodens corneae. Prof. H. Schmidt-Rimpler«.	26
»Zur Diagnose u. Prognose d. Chorioidalsarcoms. Dr. Lange«.	28
»Hundert Star-Extract. mit offener Wundbehandl. Dr. J. Hjort. »Zur offenen Wundbehandl. bei Augenoperationen. Tenže«.	29
»Protargol w chorobach ocznych. Dr. Disler«.	30
»Doświadczenia własne nad działaniem protargolu. Prof. Wicherkiewicz«.	31
»Die Skrophulose des Auges in ihren Beziehungen zum Geschlecht u. Lebensalter. Dr. E. Guttmann«.	32
IV. Z Towarzystw lekarskich.	
1. »Tow. lek. w Hamburgu«. W.	33
2. »Lekarsko-przyrodnicze Tow. w Jenie«.	35
V. Nowe książki.	
»Dr. Tscherning: Optique physiologique«. Dr. K. W. Majewski.	36
»Prof. R. Greeff: Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Auges«. Bałaban.	39
»Prof. H. Schmidt-Rimpler: Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten«. Bałaban.	41
VI. Lecznictwo.	43
VII. Rozmaitości.	45
VIII. Sprawy osobowe.	48

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Prof. Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK I. — 1899.

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1899.

100, 100.

II

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 okulist. we Lwowie.
Dr Bittner Adolf. Świsłocz (Rosya).
Dr Bieniecki. Kalisz.
Dr Borowski Stanisław, elew klin. ok. w Krakowie.
Dr Borowski. Wilno.
Dr Bortkiewicz, 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, Karmielicka 3.
Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiślna 42.
Dr Fukala. 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 Giedrojć Juraga. Aleksandropol.
Dr Gidlewski. Lwów.
Dr Górecki Ludwik. Paryż, Rue de Trevis 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 Pensylwania (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 Kępiński. 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. okulist. we Lwowie.
Dr Kuszelewski. Lublin.
Dr Lachowicz, ordynator szpitala oft. fund. hr. Przeździeckiego.
Dr Langie Adam. Kraków, Sławkowska 20.

- Dr Likiernik. Łódź, Zwada 12.
 Dr Łasiński, Radca zdrowia, Wrocław.
 Dr Luniewski 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, Wiślana 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, Floryańska 38.
 Dr Stasiński. Poznań.
 Dr Strzemiński Ignacy. Wilno, ul. Trocka.
 Dr Świda. Mińsk.
 Dr Szuliśławski 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, Radca 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 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, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

—~~2~~— ROCZNIK PIERWSZY —~~2~~—

1899.

I. PRACE ORYGINALNE.

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

Przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Rozmiękczenie z rozpadem rogówki wolno ale złowrogo postępujące u noworodków białych, 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 powikłania przychodzi ze strony tęczówki, często zato bładą 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 nietylko życie, ale i oko dziecka. Z drugiej strony nie zwracano na to uwagi, że przy słabszem 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:

Helena 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 «kurczach», 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. nabrzmiąte, 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 wielkiego orzecha laskowego 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 ócz zamyka takowe. Leczenie polegało na stosowaniu maści żółtej, atropiny i zakładaniu opaski, na kąpielach

sublimatowych, podawaniu wina w małych a częstych ilościach. Już w następnych dniach rozpad rogówki zmniejszał się, ściśniał. 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 «kurcze».

Gdy w tym przypadku domyślać się tylko było można, że mamy do czynienia z rozpoczynającym się rozpadem rogówki i to na podstawie kiły wrodzonej wobec znamion u rodzeństwa starszego, a w części i chorej dziewczynki samej, u której leczenie przeciwiłowe dobre i względnie szybkie spowodowało usunięcie zajęcia oka, to w następnym przypadku obraz zajęcia ocz 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 Poznańskiem w czasie swej wojskowości nabył kiłę, 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 wątle o nasadach długich kości zgrubiałych przedstawia obraz typowy charłactwa 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 kiłowej 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 zawiodła. Leczenie polegało na starannem oczyszczaniu ocz 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 przeciwkiłowe, 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 zmieszano z płynem, w którym się podaje, albo by proszek wspano dziecku w usta a następnie wlano do ust nieco słodzonej wody.

Powracając do przypadku powyżej przytoczonego, to pod wpływem już nakreślonego leczenia i środków wzmacniających, a mianowicie silnych rosołków i wina starego dziecko powoli przychodziło do siebie, stan rogówek znakomicie się poprawiał i po upływie może 4—6 tygodni sprawa skończyła się wytworzeniem bielmem 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». Ze jednak i później czasami choroba ta występuje i że dlatego okoliczności nie potrzebują być wyjątkowo niekorzystne, za tem przemawia następujący przezemie 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 w pół otwartemi, widać na czole dwie twarde krosty różowe, a w kąciку lewym ust owrzodzenie wyniosłe z brzegami twardymi. Gruczoły limfatyczne wyczuwalne, nabrzmiałe 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 kąpane i dobrze odżywiane. Gdy atoli i przy późniejszym stosowaniu saletrzanu srebra wrzód rozszerzał się i przyszło do wypadnięcia tęczówki, a zresztą stan ogólny weale się nie zmieniał, przepisano obok miejscowego leczenia, także proszki kalomelowe. Dnia 27. stycznia rogówka cała była zniszczona, a tęczówka bardzo zgrubiała, tworzyła błonę mocno gąbczastą, o powierzchni słoninkowatej przy zupełnie zarosniętej źrenicy.

Słoninkowatość ta powstała ze zlania się kilku kilaków (gumma) na obnażonej tęczówce. 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 opasek 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 wcierki, 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 później zapalenia tęczówki, a nadto powstało zwężenie prawego przewodu nosołzowego wskutek zapalenia syfilitycznego okostny przewodu tegoż.

W Nrze 18 *Dsch. med. Wochenschr.* z r. 1898 przytacza Dr. Peltsohn 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 kiłą 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 kiły przyrodzonej. — Przy dokładniejszym atoli przeglądaniu literatury, byłby się Peltsohn 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⁾ kile 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 niezem się nie różni od rozpadu powstałego przy encephalitis interstitialis u dzieci, a przy choleryze wogóle. 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 kiły. Oczywiście rozpad występuje przede wszystkim w miejscu, gdzie rogówka pozostaje niepokrytą t. j. w środku i dołem, gdy przy wół 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. Zirm²⁾, który miał sposobność spostrzegać u dziecka 6-tygodniowego powstającą keratomalacyę na podstawie lues, stwierdzić oględzinami pośmiertnymi 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 moim 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 Saugling. 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 rzęskowym 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 keratomalacyi 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 przeciwiłowego niejednokrotnie nie tylko przez nas lecz także przez innych osiągnana, i objawy towarzyszące keratomalacyi u noworodków, a wreszcie nieraz zeznania obciążające rodziców.

2. Przetoki rogówko-twardówkowe po operacji zaćmy powstałe.

Podał

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 jakichkolwiek powodów ranka zlepiona 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 maleńki 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. Wcześniej 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 łamliwości, 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 zdarzenie. 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 pooperacyjnem, mogą być złowrogie, a oko «szczęśliwie operowane» nietylko wzrok traci, ale nawet dla drugiego może stać się niebezpiecznem 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 dozоровanie pooperacyjne złemu zapobiedz i prawidłowy rychłozrost ranki sprowadzić.

Niewątpliwie opaska niejednokrotnie przyczynia się wiele 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 pojedynczemi 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 Wolfberga 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 chory 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 cieczy zapobiedz, do czego nam nie mało środki ustalające źrenicę i ubezwładniające działanie ciała rzęskowego 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 zaciemnionym jądrem w obu oczach i prążkowano zaciemnioną 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 tęczówki, 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 dłuży czas miałką, 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 chory nabył w rozpalonych wagonach kolejowych.

Po tygodniu zapisałem, że przednia komórka zawsze jeszcze miałką, źrenica czysta, szpara tęczówkowa 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 chory, 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 przede wszystkim znacznem obniżeniem napięcia (T—2).

Przednia komórka miała bardzo, źrenica wąska, lekkie nastrzyknięcie naokołorogówkowe, 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 promienianie. — 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 bliznę lekko spłaszczoną, a wtenczas na samym środku małejki dostrzegłem pęcherzyk wielkości ziarnka drobnego piasku.

Przez kilka dni natępnych 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 następnych niezwłocznie przejść do operacji, która jedynie mogła sytuację ocalić. Rękoczyn wykonałem w następujący sposób: Po należytem znieczuleniu oka, odłączyłem spojówkę ponad blizną operacyjną bezpośrednio na około 1/6 obwodu rogówkowego. Następnie wpro-

wadziłem nożyk Knapowski przez małeńki 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 przypłaszczona 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, tłumaczących 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, osobiwie przy zastosowaniu środków antyseptycznych, niedostatecznie nam są znane; więcej niebezpiecznymi 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 (osobiwie, skoro pacjent gorączkuje), mających styczność z oczodołem, aby nie mieć sobie nic do wyrzucenia w razie śmierci pacyenta 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 otwarciem ropnia, aż się pokaże wyraźne chęłbotanie, gdy bowiem po użyciu noża ropa się nie wydzieli, a objawią się wkrótce groźne symptomata 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 wycieńzonego 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 nieustanne antyseptyczne kataplazmy na oko i przysypkę xeroformem. Przyjęto go tegoż samego dnia, 5. listopada.

6 listopada. Silny jak przy różnicy 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 majaczył 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 chory majaczył, wymiotów nie było; lecz za to chory 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 przepełnione pęcherzyki, wielkości ziarnka 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 poczynającym się zapaleniem błon mózgowych.

W nocy począł chory 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 otwieraną.

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 wzornikiem; nie było wątpliwości, że utworzył się thrombus i lewej oczodołowej żyły, co też rozpoznano przy łożku 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 łożku chorego.

Okazało się, że powiekowy ropień wywołał phlegmone 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 surowiczy 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 obrzękłą i sama błona przedstawiała się na całej przestrzeni zmętniałą i wzdłuż sinus longitudinalis z wyraźnym odcieniem żółtym (meningitis suppurativa).

Wypadek ten nastęrcza 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 palpacyi 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 beznadziejny stan chorego, i pomnąc na radę w tym stanie prof. Berlina (l. c. str. 548), dobrzem zrobił, że nie wziąłem do ręki noża: autopsia 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. Förstera¹⁾: 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 pyamischen u. septischen Erkrankungen findet man neben einfachen Scarlatinenformem u. erysipeloiden Erythemen auch pustulöse Efflorescenzen«. W tych wykwiatach 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 Cohn'a, Knapp'a, Heubner'a i in. — twierdzi, że był tu bezwątpienia 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 refrakcji oka za pomocą skiaskopii, przed i po atropinowaniu. Dr. Chorzew. (Wojskowo-medycynski Zarząd. Grudniowa książka, 1898).

W literaturze rosyjskiej niemało już artykułów poświęcono skiaskopii (Polakow, Koczorowski, Simmanski, Szymanowski, 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 skiaskopowego 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 refrakcji przed i po atropinowaniu wypadły w mniejszej ilości wypadków (30⁰/₀), w większej zaś (70⁰/₀) otrzymywano tę lub ową różnicę. Najczęściej jednakie rezultaty okazywały się przy myopicznej refrakcji (39⁰/₀), potem przy emmetropicznej (33⁰/₀), najrzadziej przy nadmiarowej (5,6⁰/₀).

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

3) Różnica w większej ilości wypadków (77⁰/₀) nie przewyższa 1,0D, w mniejszej waha się między 1,0 do 2,0D. Wyższą od 1,0D. refrakcja bywa częściej przy hypermetropii (34⁰/₀), potem przy emmetropii, najrzadziej przy myopii (8⁰/₀).

4) Porównawcze oznaczenia As. przed i po atropinowaniu bardzo często (85⁰/₀) nie jednoczą się. Średnia różnica w stopniu As, chociaż 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 zależną 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 stożkowej. Dr. Kazimierz Wincenty Majewski. (Wieherkiewicz. 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. Wieherkiewicza, wykazały:

1) że oko doskonale znosi dłuższy czas (kilka godzin z rzędu) trwające zetknięcie z wyjąłowanym, 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 $\frac{6}{4}$) 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 łunianych.

Streszczenie własne.

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

Za motto swej pracy obiera autor myśl, wypowiedzianą przez Gallem a erts a, że wprowadzenie sideroskopu do praktycznej okulistyki zamienia niepewne rozumowania i przypuszczenia dyagnosy czne na ściśłą, przedmiotową obserwację fizycznego zjawiska. Po krótkim wstępie historycznym podaje dr. B. dokładny opis sideroskopu A s m u s a 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 operacji, wydobyć żelazo za pomocą elektromagnesu Hirschberga. Na zakończenie poleca autor przyrząd A s m u s a do szerszego użytku ze względu na to, że pozwala on stwierdzić na pewne obecność żelaza w oku lekarzowi, nie mającemu wprawy we wzornikowaniu i wogóle nie posiadającemu doświadczenia okulistycznego, a zresztą przydać się może i chirurgowi do wykrycia ciał obcych, żelaznych lub stalowych, 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 drzeniu gałek obustronnem stosunek jest odwrotny: wahania 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 poziome, 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. dextri*. — 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 tenotomii *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 wydatne ruchy wirujące przy zupełnym spokoju oka lewego. Wreszcie ostatni przypadek: u 10 letniego chłopca oko prawe, okazujące *leucoma adhaerens et coloboma iridis artificiale*, wykonywało wahania 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, źrenica lewa większa od prawej, dno oka zresztą prawidłowe przy wysokiej *hpm*.

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 wysokoku lub tytoniu, niemniej stwierdzić po-

przedzającej dyfteryi, zatrucia ołowiowego lub urazu, spostrzegli autorzy rzekomo od 15 roku życia trwające porażenie wszystkich mięśni zewnętrznych obu ocz, a także górnej gałki 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 zewnętrznym 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 *poliocncephalitis superior* w następstwie ospy wietrznej. *W.*

Sehstörungen durch Bleivergiftungen. Elsch nig. (Wiener med. Wochenschrift. 1898. 27, 28, 29).

Prawie w 1^o/₀ 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 *ncuroretinitis* lub jako tarcz zastoinowa. E. przytacza przypadek takiego zatrucia, w którym wszelkie typowe wystąpiły objawy mózgowej narośli, jako to: ból głowy, wymioty, zawrót, napady nieprzytomności lub zapominania, 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 wcześniej przyłącza się do tarczy zastoinowej zboczenie czynnościowe. Najczęściej zachodzi dalej *neuritis retrobulbaris*, tak że możnaby nieraz rozpoznać 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 uracmica*“ powstaje w czasie kolki ołownej. Ponieważ przy tej ślepotcie źrenice refleksyjnie oddziałują, 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 ustąpieniem i wzrok powrócił. Autor sądzi, że przy środkowych zaniewidzeniach rozechodzi się właśnie o kurez naczyń, co by się zgadzało z ujemnym wynikiem badań anatomicznych mózgu przy *encephalopathia saturnina*, przez Westphala osiągniętych.

Oprócz zaburzeń wzrokowych wspomina autor także i o zaburzeniach mięśniowych, lubo tytuł pracy tego nie zapowiada. Są one oczywiście o wiele rzadsze, a pomiędzy nimi widujemy porażenie odwodzącego, okoruchowego 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 Seegelkerna nakłucia lędźwiowego (*Lumbalpunktion*), o ile zaburzenia wzrokowe polegają na nabiegu wodnistym mózgu (*Gehirnoedem*). W.

Über Ulcus rodens corneae. Prof. H. Schmidt-Rimpler. (Arch. f. Augenheilk. von Knapp u. Schweigger XXXVIII. I. 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, kórego 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 l. o., okazującego silne nastrzykanie 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 Descemeta widoczne drobne złogi wypociny włóknikowej,

na dnie komórki małe hypopyon, wreszcie objawy zapalenia tęczówki i tylne przyczepiny. Napięcie oka prawidłowe. Chory liczył palce na odległość 25 cm. Mimo energicznego stosowania 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 dodatnich wyników, bo znalezione i królikom zaszczerpione gronkowce nie zdradziły żadnych swoistych własności.

Sekeya wyjętego oka i badanie drobnovidowe dostarczyły następujących danych: W miejscach już zabliźnionych warstwa przybłonkowa okazywała bardzo znaczne zgrubienie, pod nią zaś kryła się tkanka łączna, silnie unaczyniona. Błona Descemeta była wszędzie zupełnie dobrze utrzymaną z wyjątkiem miejsc, w których wykonano kilkakrotnie nakłucie rogówki celem wypuszczenia hypopyon. W obrębie owrzodzenia, które drażyło w głąb najwyżej na połowę grubości rogówki, pozostałe warstwy rogówki zajęte były drobno komórkowym naciekiem. Dośrodkowy brzeg wrzodu, który już makroskopowo cechował się wyraźnem podminowaniem, okazywał na przekroju rodzaj daleko nad owrzodziąłą powierzchnię wysuniętego okapu, złożonego z przybłonka i błony Bowmana. Pod nim widać, zwłaszcza w dośrodkowym kącie — gęsty naciek drobnokomórkowy. Tęczówka 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 drażenia w głąb i przebijania rogówki, podminowanie dośrodkowego brzegu i szerzenie się w tym kierunku przy równoczesnem zabliźnianiu się obwodowych części, mała skłonność do wytwarzania hypopyon, które jednak może się zdarzyć, jak o tem poucza 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 naczyńiówki, który nie tylko spowodza utratę oka, ale wprost życiu chorego zagraża. Dlatego, zdaniem autora, nie należy czekać z wyjęciem gałki do czasu, aż rosnący nowotwór następową jaskrę 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 naczyńiówki. 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 ścięśnienie 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 ciału 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 ścianę gałki w odnośnem miejscu, rozchylił za pomocą haczyków brzegi rany i przekonał się naocznie, jakoteż przy użyciu zglębnika o obecności nowotworu, nie wiele większego od ziarna grochu, — poczem przystąpił niezwłocznie do wyjęcia oka. Na wypadek ujemnego wyniku badania gotów był spojć ranę kilkoma szwami. — Badanie anatomiczne wykazało: *Melanosarcoma chorioideae*, 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 zwyczajnem odczepieniu siatkówki ucisk 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 ośleplę z powodu całkowitego oderwania siatkówki, gdyż bar-

do 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 zarzucą L. pewną niedokładność zestawieniom statystycznym Fuchsa, Freudenthala i Baudouina i utrzymuje, że po wczesnej enukleacyi należy się spodziewać większej odsetki zupełnych uzdrowień, niż to podają ci autorowie (Fuchs: 6%). 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 wyrzyna krytyki, radzi zatem przyjąć tylko dwa okresy, z których pierwszy trwa tak długo, dopóki jeszcze nowotwór rozwija się śródgałkowo, a drugi rozpoczyna się z chwilą, gdy tenże zaczyna już ściany 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, tamuje ruchy powiek, przez co powstrzymuje odpływ łez i wydzieliny spojówkowej, wreszcie odcina przystęp światła, którego wpływ na źrenicę — zwłaszcza po operacyi zaćmy bez wycięcia tęczęwki — jest korzystny i pożądaný. 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 = palce: 3 m.

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

W 1 przyp. *exacerbatio chorioiditidis exsudativae*, która już przed operacją istniała. V = palce: 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 dotąd) infekcyi przyrannej, a w innym przypadku powstało całkowite oderwanie siatkówki i naczyniówki u osoby pochodzącej z rodziny krwawców i dotkniętej haemophilią. Tu krwotok naczyniówkowy był przyczyną utraty oka. U wszystkich innych operowanych wyniki były dobre. *Dr. K. W. Majewski.*

Protargol w chorobach ocznych. Dr. Disler. (>Wracz<, Nr. 49. 1898).

Autor, lekarz moskiewskiego ocznego szpitala, chciał rozwiązać następujące pytania: jakim rozczyном protargolu odpowiadają używane rozczyiny 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 ostrozakaźnego nieżytu łącznicy (zwykle wywołanego lasecznikiem Weeks'a) działał znakomicie, — najlepiej działał stosowany 20% rozczyin jego, słabiej 5—10%, a 5% może być zapisywany choremu w postaci kropel, skoro ostrozapalne objawy ustąpiły. W ciężkich wypadkach 20% już jest niedostateczny, dr. D. używał 40% (Darier zatrzymał się na 33%). Nie używano do tego pędzelków, lecz wkraplano w szpitalu silny rozczyin kropłomierzem (raz na dzień) i po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minuty zmywano go wodą, poczem polecano przychodzącym chorym wkraplać w mieszkaniu 5% rozczyin 3—4 razy dziennie.

Protargol stosowano i przy *blen. gonorrhoeica neonatorum*, przy jednoczesnem obmywaniu oczu roztworem kali hypermanganianci (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 przyżegań 40⁰/₀ 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).

40⁰/₀ roztwór protargolu sprawia ból taki, jak 4⁰/₀ roztwór azotanu srebra, co łatwo było sprawdzić, ponieważ autor, *experimenti causa*, jedno oko zwykle leczył protargolem, drugie — azotanem srebra. Przyżeganie 4⁰/₀ roztworem azotanu srebra więcej jest bolesne, aniżeli przyżeganie 20⁰/₀ protargolu, ostatnie jest mniej bolesne, aniżeli przyżeganie 2⁰/₀ roztworem azotanu srebra, — zresztą gra tu nie-małą rolę indywidualność chorego.

Przy użyciu protargolu potrzeba używać roztworów dziesięć razy silniejszych aniżeli azotanu srebra — 20⁰/₀ odpowiada sile 2⁰/₀ roztworu lapisu, 40⁰/₀ — 4⁰/₀ roztworu lapisu.

Przy jaglicy, *blepharitis ulcerosa* 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 klinicznie ¹⁾.

Dr. J. T.

Doświadczenia własne nad działaniem protargolu.

Prof. Dr. B. W i e h e r k i e w i e 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 rzeżączce cewki moczowej. W doświadczeniach swych używał autor rozczyńców 5⁰/₀ do 25⁰/₀ i stosował je w różnych zapalnych cierpieniach spojówki, rogówki i woreczka łzowego. Zdziwiająco skutecznym okazał się ten środek w leczeniu rzeżączkowego zapalenia spojówki tak noworodków jako też dorosłych. W cierpieniu tem stosuje autor protargol w sposób następujący: po wypłukaniu worka spojówkowego wodą borową lub rozczynelem soli i po odwinięciu powiek, wyciera spojówkę wałą, napojoną 20⁰/₀ rozczynelem protargolu, poczem zakłada maść borową (3⁰/₀) lub sublimatową (1:10,000). Nadto chory otrzymuje zlecenie zapuszczać co godzinę 3⁰/₀ rozczyńców protargolu. Wśród takiego leczenia stan oka w kilku dniach znakomitej doznaje poprawy, obrzmienie i nacieki 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 10⁰/₀—20⁰/₀ rozczyńce raz lub dwa razy dziennie do przewodu 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 zbawiennym okazał się środek ten w przebiegu ostrych zapaleń spojówki, jakoteż w przewlekłej jaglicy. Przy leczeniu tej ostatniej oddaje autor pierwszeństwo wypróbowanemu przez siebie kseroformowi. Jako niewątpliwą zaletę protargolu, stawiającą go nawet pod pewnym względem wyżej od łapisu, 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 ta jego dodatnia strona, że nawet po najdłuższym stosowaniu nie wywołuje ciemnego zabarwienia spojówki (*argyrosis*). *Dr. K. W. Majewski.*

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

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

phlyctacna solitaria — niezyt pryszczykowy spojówki i pryszczykowe zapalenie rogówki, także — *pannus scrophulosus*.

Na swoim materyale 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 skrofalicznem pokazuje się w każdym wieku i odpowiada także statystycznym danym innych klinik, z którymi autor porównuje statystykę Magnusa, a mianowicie przerabia w tym celu materyał kliniczny Janego, Wicherkiewicza, Schreiberera, Sattlera i Kerschbau-mera. Wynika więc ogólnie, że rodzaj żeński niemal podwójną liczbą uczestniczy 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 niekorzystyś 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 skrofów, będących tylko wyrazem zmniejszonej odporności.

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

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu mówił Hahn o *lues hereditaria tarda*. Wobec ważności przedmiotu, także okulistów wielce 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 hamburgskim zakładzie głuchoniemych i ślepych, celem wypośrodkowania, 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 byłby się choroby przedstawiały, jako na tle kiły powstałe zmiany chorobowe.

Wykazawszy rozmaite zbożenia skóry, przez kiłę 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 drugiem ząbkowaniu występujących, a przez Hutchinsona ściśle określonych, uważa on tylko małe zęby (*mikrodontia*), 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 samem, lub też w ośrodku słuchowym. Trzeci objaw, zapalenie rogówki mięszkowe, 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, naczyńki, 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 mózgowie, 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 postaciach asymetrii najrozmaitszego rodzaju, a zachorzenia zębów objawiają się w znamionach Hutchinsonowskich.

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

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 wybująy i na szerokich przestrzeniach zwyrodniały, z licznymi komórkami kubkowatemi. Niekiedy wdrażenie wysłane nabłonkiem mogłoby uchodzić za prawdziwe gruczoly i jako takie też niezawodnie w dawniejszych opisach uważano zadziergnięcie (*Absehnürung*) tej błony woreczkowej.

Podobne zmiany napotykał H. także przy przewlekłym niezycie woreczka łzowego, a między ropieniem a niezycem 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 Kuhnta, 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

śluzową, powstaje pomnożenie ciałek limfoidalnych, a niejednokrotnie także tworzą się prawdziwe mieszki.

W czterech przypadkach mógł H. stwierdzić gruzlicę worka łzowego, raz prawdziwego polipa. W końcu zaznacza H. zmiany, jakie napotykał przy dłuższem sondowaniu przewodu łzowego. Sondowanie takie niszczy stale 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.

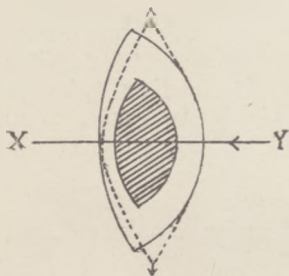
We wstępie zaznajamia autor czytelnika w sposób jasny i niezwykle przystępny z pojęciami dyoptryki i katoptryki, niezbędnymi dla zrozumienia praw optyki fizyologicznej, — poczem następuje zajmujący wykład o tak zwanych fałszywych obrazkach w oku, przez które należy rozumieć obrazki przedmiotów zewnętrznych, 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 wybadał 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-

mienie, 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 własnem oku wywołać.

Przystępując do opisu anomalii i niedokładności systemu optycznego oka, przytacza autor zdanie Helmholtza, który mawiał, że, gdyby mu mechanik 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 chromatyczną i prawie zawsze pewien stopień niezborności; źrenica niemal nigdy nie jest dokładnie okrągłą; soczewka bardzo często, zaniast 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 przekonującym 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 tłumaczeniu Helmholtza, który twierdzi, że mięsień rzęskowy kurcząc się zwalnia napięcie więzadełka Zinna, przez co soczewka na mocy własnej sprężystości wypukła się, zwłaszcza co do przedniej swej powierzchni, — przytacza Tscherning przekonujące dowody, że mięsień rzęskowy napina to więzadełko, przez co równikowa krawędź soczewki — roz-

ciągana — staje się niejako ostrzejszą, a tem samem powierzchnia



soczewki, zwłaszcza przednia, przypłaszcza się na obwodzie, w środku natomiast powierzchnia ta bardziej się wypukła, wypychana przez zbitych 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. Otóż na powyższym rysunku widać wyraźnie, że obwodowe części przedniej powierzchni soczewki są podczas akomodacji bardziej nachylone do osi XY , niż w stanie spoczynku. Szczupłe ramy sprawozdania nie pozwalają mi zastanawiać się nad spostrzeżeniami i doświadczeniami, które przemawiają za istnieniem takiego mechanizmu akomodacji. 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.

Zawiłą teorię widzenia barw omawia autor szczegółowo i obszernie, przyznaje jednak sam, że w tej dziedzinie wiele jest jeszcze pytań zupełnie nierozjaśnionych. Huyghens we 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. Otóż, zdaniem Tscherninga, to, co wówczas można było słusznie powiedzieć o fizyce barw, dziś da się z równą słusnością powtórzyć o ich fizjologii, 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 wykacza jednak poza zakres tego, co w tym przedmiocie 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 zdobycze 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 otrzymany 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.

Chcąc 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 chcąc 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, tormol, 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 zamąca soczewkę, z drugiej zaś jednak strony nie należy zapominać o jego znakomitej właściwości niezmnętniania 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 cięciami

poziomemi. Aby zaś przy tej procedurze nóż po przecięciu rogówki nie usunął się z bardzo twardej soczewki i takowa nie wysliznęła się nie przekrojona do ciałka szklстого, należy wprzód 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 takowego, musiny używać cięcia równikowego. Tak przygotowaną gałkę oczną zatapia się w parafinie lub celoidynie, która może być zastąpioną gotową i wygodniejszą do użycia fotoksyliną. Przy zatapianiu preparatu w celoidynie należy przedewszystkiem preparat dobrze odvodnić przez wrzucenie takowego do absolutnego alkoholu. Celoidynę kraje się na male cząstki, które wrzucą się do mieszaniny, składającej się z dwu części eteru siarczanego i jednej części absolutnego alkoholu. W ten sposób uzyskuje się masę rzadszą, do której się rzuca takowy na dalsze 4 dni, i masę twardszą, do której się rzuca takowy 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. Znanym 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 celoidyny. Jako najlepsze barwiki do zabarwienia bądź jąder, bądź jąder i tkanek razem (Kern- und Doppelfärbung) podaje autor hematoksylinę, hematoksylinę z eozyną, sposób van Giesona, karmin, karmin pikrynowy, karmin alunowy z kwasem pikrynowym. Metodą Weigerta, Pala, 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. Erlichsche 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 znajdziemy bardzo cenne wskazówki, w jaki sposób należy robić trwałe preparaty do demonstracji 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 podręcznik dla początkującego, czy też jako ułatwiający czasem orientowanie się, dziełko to odda bardzo dobrą przysługę każdemu, kto się zajmuje drobnowidowem badaniem oka.

Baltaban.

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-Sacmisch. 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. Choć do doskonałości 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 zбочenia 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 teoryi zapalnej (Phlogistische Theorie). Dokładnie opracowaną i objaśnioną dobrami rycinami jest połowiczna ślepotą (hemianopsia). To samo dotyczy porażeń 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. Trudnemby było zadanie, gdybyśmy chcieli wymieniać, w ramach tej małej krytyki, choćby i nieliczne szczegóły tego, tak obfitego materiału. Z każdego wiersza technie 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 weale 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 historie 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 naczelných miejsc w literaturze okulistycznej, jako takiej.

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

Ballaaban.

VI. LECZNICTWO.

1. Formalina przeciw narośłom rakowatym nie dającym się operować.

Bayer w Pradze leczył nawrot raka prawej pachwiny rozczysem 8% formaliny w następujący sposób: Pokrywszy otoczenie płaszczyzny rakowatej za pomocą *ung. cerussae* napawa silnie wrzód rakowaty ośmioprocentową formaliną, a potem codzien pokrywa gazą maczaną w 4% formalinie dopóty, dopóki nie utworzy się silny strup. Odczepienie tegoż przyspiesza się ciepłemi 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 wrzodziejących formalina zastrzykiwana w narośl nie okaże może również dobrych skutków. (*Deutsche Praxis* 1898 Nr. 16.)

2. Nirwanina jest to (chlorok *dwuecyloglycocol-p-amido-oxybenzoilometylowy*) środek znieczulający, mający rozmaite posiadać własności przed kokainą. Rozpuszcza się w wodzie łatwo, reaguje neutralnie, a 5% rozczyzn do oka zapuszczony już po kilku minutach sprawia znieczulenie zupełne 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 podskórnem lub podspojówkowem, 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% rozczyzn powstrzymuje rozwój bakterji, 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 operacyi. W chir. klinice Prof. Klaußnera w Mnichowie robiono doświadczenia, które wykazały, że 2% rozczyzn jest wystarczającym rozczysem, 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. Podspojówkowe zastrzykiwania rozczynów jodowych zachwała Sourdile z Nantes według doświadczeń zaczerpniętych na klinice Panasa. Używa się do tego rozczyну Rp. *Jodi puri* 0,01-2 *Kalii jod.* 1,0 *Aq. dest.* 30,0. Co drugi lub trzeci dzień zastrzykuje się 4—5 kropeł. 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 mięższowem zapaleniu rogówki osób starszych w kilku przypadkach dodatni występował skutek. (Kl. Therap. Wschrt. 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%, które chorzy daleko lepiej znoszą.

4. Zamiast wcierek poleca S. W e l a n d e r ze Sztokholmu noszenie woreczka 50 cm. długiego a 40 cm. szerokiego, w który się codzień 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 występująco, 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 *Mff. disp. d. t.* VI. S. 1—2 proszków dziennie. — *Elixirium antineuralgicum* Krafft-Ebinga czyli *elixirium analgeticum* 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 *Aconitinum nitricum* Mercka: 0,025 na 25,0. Z tego co godzinę (dziesięć razy) po jednej kropli, codzień o jedną kroplę za każdym razem więcej aż do 6 kropeł czyli 60 przez dzień. Skuteczność tego środka w uporeczywym przypadku stwierdziliśmy także. Wobec trującego działania, jakim się tojad (*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 rzęskowego i ciała szklatego zachwała Dr. Le-grange z Bordeaux (Clin. ophthm. Nr. 16 1898). Nazywa go *oculine*. O ile można aseptycznie wydobywa z ocz wołowych odnośne części, które mięsza następnie ze sterylizowaną gliceryną w stosunku: ciała szkl. i rzęsk. 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 pierwiastek w stosunku 1:3, służy do zastrzykiwań podspojówkowych. Tej organoterapii używał autor rzekomo ze skutkiem przeciw ubytkowi ciała szklatego 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.

IV.

VII. ROZMAITOŚCI.

Działanie alkoholu odkażające doznało nowego określenia. Według Minerviniego alkohol etylowy nieznacznie działa zabójczo na bakterye. Silniej działa w roztworach średnich 50—70%, aniżeli w słabych lub małych. Najmniej działa absolutny alkohol, a nawet środki antyseptyczne, rozpuszczone w alkoholu, tracą swą siłę odkażającą w porównaniu do podobnych rozczyńców 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 splukiwań aseptycznych i antyseptycznych na drobno-ustroje 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 szczepienia, 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. Saemisch'a, wystąpiło u 19 letniego wieśniaka zapalenie rogówki krzewiaste (buschelfoermige keratitis) z wystającym szarem zaćmieniem. Po użyciu żółtej maści w miejscu nacieku powstał strzępek, który zdjęto szczypczykami i poddano badaniu drobnowidowemu. Takowe wykazało,

ku wielkiemu zdziwieniu autora, roztozcz świerzbowy (świerzbowiec żeński), 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 obręczy, jak wiadomo, rozmaicie, lecz nie zawsze jasno bywa tłumaczone. W ostatnim czasie H. Salomonsohn znowu się zajmował tą sprawą. Na podstawie doświadczeń i spostrzeżeń, czynionych przez niego z obwódkami i obręczami kolorowemi, uwydatniającemi się na okolo płomieni we mgle, dochodzi do następującego zapatrywania: Fizjologicznie powstaje w tych warunkach naokoło światła objaw, znany pod nazwą obręczy 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 komórkowe twory powierzchni rogówkowej, a mianowicie o złuszczone komórki nabłonkowe, w wyższym zaś stopniu także w zapalnym stanie oka. Inny objaw barwny występuje u zdrowych ocz tylko przy rozszerzonej źrenicy, odznacza się zaś od tamtego tem, że jest jaśniejszy, a odgraniczony także ciemnym pierścieniem od płomienia, przedstawia barwy widmowe w naturalnym porządku, mianowicie na wewnątrz fioletowe, 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 difrakcją o regularnie promienisto naokoło twardego jądra ułożone szpary kratowane kory. Także obręcze barwne przy jaskrze w tenże sposób dałyby 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 wśródłonek, zmienia te ściany, przez co do jaskry daje niejednokrotnie powód. Dr. Walter w Odesie, przypominając ten objaw, zaznacza, iż po podaniu w odnośnym przypadku *piperacyny* 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. Macheka, 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 operacyi.

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

Do komitetu urządzającego (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, nowe czasopismo, wydawane 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.

III.

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 paźdź. 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 Chicagu.

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 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.

Miejsce wolontaryusza

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

Prof. Dr. Wicherkiewicz.

Sztuczne oczy szklane

tylko I-szej dobroci.

Przy odbiorze 100 sztuk policza się a 0-80 M.
500—1000 > > a 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.