

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BENDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULI-SŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUHLINIE.

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

BIURO REDAKCYI znajduje się: ul. Wolska 1. 11. — Administracya i ekspedycya: Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Zgoda 1. 4; 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.

PRZEDPŁATĘ przyjmują: Urzędy pocztowe i Księgarnie: Gebethnera i Wolfa w Warszawie, Gubrynowicza i Schmidta we Lwowie, Idzikowskiego w Kijowiu, Krzyżanowskiego w Krakowie, Leitgebera i Sp. w Poznaniu i Zawadzkiego w Wilnie.

Styczeń

ROCZNIK SZÓSTY

1904.



KRAKÓW.

OSZCZONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem J. Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1904.

T R E Ś C.

Str.

I. Prace oryginalne.

Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki paciorkowcem ropnym podczas operacji wyjęcia zaćmy. F. Rymowicz	1
---	---

II. Streszczenia.

O leczeniu operacyjnem całkowitego podwinięcia powieki górnej. I. Koliński	18
O mechanicznem leczeniu jaglicy. Likiernik	19
Zmiany stanu łamliwości ocz przy cukrzycy. L. Alexander	21
Przypadek zaniku nerwu wzrokowego przy cukrzycy obok uwag o oddziaływaniu źrenic przy przeświecaniu twardówki. Støewer	22
Powtarzające się krwotoki do ciała szklстого wskutek peri- phlebitis. H. Salamonsohn	23
Dwa przypadki przerzutowego zapalenia ocz. Liebrecht	23
Powikłany przypadek porażenia mięśni obuocznych, porażenia zbieżne, jednostronny niedowład twarzowy, mikropsya, ma- kropsya, połączone z dyschromatopsyą. Sidler-Huguenin	25
Przyczynek do kazuistyki torbieli urazowych spojówki gałko- wej i do rokowania i leczenia zakaźnych zranień oka. O. Lange	26
Przypadek zaniku gałki przy mięsaku naczyńiówki. K. Harms	27
Dwa przypadki wągra mózgowego z tarczą zastoinową. E. Ja- coby	28
O związku, zachodzącym pomiędzy jaskrą a odzepiciem siat- kówki. Hillemanns	29
O wysadzeniu gałki ocznej. E. Bernstein	30
O sposobach leczenia wrzodu pełzającego rogówki, ze szcze- gólnem uwzględnieniem sposobów stosowanych w klinice okulistycznej w Bonn. J. Herman	31
O rzeźączkowem i nierzeźączkowem zapaleniu spojówek u no- worodków. M. Haupt	33
Tabes incipiens i syphilis cerebrosppinalis. A. Schittenhelm	34
Dziedziczne matołectwo połączone ze ślepotą i rozpoznanie tej choroby. A. Muhlberger	36
Promienie X w lecznictwie okulistycznym. A. Darier	37
Wskazania lecznicze do wstrzykiwań wśródżylnych sінku rtęci. Ch. Abadie	38
Kuprocitrol i sposób jego użycia przy jaglicy. Wyniki otrzy- mane. Arlt	38
Promienie X w lecznictwie okulistycznym. Bettremieux	38
Przypadek nowotworu oczodołowego z jednostronnem wysa- dzeniem gałki ocznej i rzekomymi objawami Basedow'a. Truc	39

Ciąg dalszy na 3ciej stronie okładki.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK VI. — 1904.

KRAKÓW.

OZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1904.

BIBLIOTHECA
VNIV. IAGELL.

CRACOVIENSIS.

100.100.
II

Okuliści polscy ¹⁾ według obliczenia z r. 1904.

- *Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wałowa, l. 7.
 Dr Bannet Arnold. Kraków, Plac WW. Świętych, l. 11.
 *Dr Bednarski Adam, docent. okulist. Uniw. lwowskiego. Lwów, Akademicka, l. 5.
 Dr T. Berezowski, asyst. c. k. kliniki okul., Kraków.
 Dr Bernhardt Józef. Wilno.
 *Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).
 Dr Bieniecki. Kalisz.
 Dr Borowski. Wilno.
 *Dr Brudzewski Karol. Kraków, Floryańska, l. 38.
 *Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna, d. Reform. kolegium.
 Dr Burzyński Alfred, II asystent kliniki okulistycznej we Lwowie.
 Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa, Długa, l. 18.
 *Dr Cichański Al. Przemyśl.
 Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpatorya (Rosya).
 *Dr Cywiński Maryan. Mohylew Białoruski.
 Dr Cywiński Zenon. Wilno.
 *Dr Dąbrowski. Grodno.
 *Dr Daszewski. Kielce.
 *Dr Dawidson. Warszawa.
 *Dr Dembowski. Razdzielnaja.
 Dr Demidowicz Bronisław Maryan, lekarz wojskowy. Włodzimierz nad Kłazmą.
 Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Złota, l. 14.
 Dr Działowski Alfred. Toruń.
 Dr Ebersson Maur. Tarnów.
 *Dr Elkner Maryan Aleks. Kamieniec podolski.
 *Dr Ettinger Jakób. Warszawa.
 Dr Feinstein Leon. Warszawa, Karłowicka, l. 3.
 Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiślna, l. 42.
 Dr Fukała Winc. Wiedeń.
 Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż, Bl. Hausmann, l. 103.
 *Dr Garliński Władysław M. Łódź.
 *Dr Geisler Piotr. Jarosław.
 Dr Gepner Bolesław (ojciec), nac. lek. oftalm. Instytutu. Warszawa, Krakowskie Przedm., l. 65.
 Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa, — Aleje Jerozolimskie, l. 25.
 *Dr Gidlewski. Lwów.
 *Dr Giedroń Juraga Witold. Aleksandropol.
 Dr Gilus Wincenty, lek. oft. lecznicy im. Wołudskich w Moskwie.
 *Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.
 Dr Górecki A. (syn). Paryż.
 Dr Górecki Ksawery (ojciec). Paryż, Blv. Murat, l. 137.
 Dr Górecki Ludwik. Paryż. Rue de Trevisé, l. 21.
 Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft. w Charkowie.
 Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyński-śród.

¹⁾ Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapisanego w administracji P. O.

*Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.
 *Dr Halicki Stan. w Bobrujsku.
 *Dr Hertyk. Maryampol.
 *Dr Hłasko Cezary, naczelny lekarz zakładu oftalmicznego. Wilno.
 Dr Hoene Jan. Kijów.
 Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
 Dr Hulenicki Władysław. Sioło Uspeńskie, Sławianoserbsk, Ekater. gub.
 *Dr Hulewicz. Bytom.
 *Dr Huszczo Józef. Białystok.
 *Dr Idzikowski Józef. Łódź.
 Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pensylwania (Ameryka).
 Dr Januskiewicz Michał. Warszawa, Ciepła, l. 4.
 Dr Jarnatowski (senior). Poznań.
 Dr Jarnatowski (junior). Poznań.
 Dr Jaworski August, I asystent kliniki okulistycznej we Lwowie.
 *Dr Kaczkowski. Warszawa, Chłodna, l. 22.
 *Dr Kaczkowski St., ordynator klin. uniwers. Warszawa, ul. Chmielna, 38.
 *Dr Kamocki Walenty. Warszawa, Widok, l. 7.
 Dr Kapuściński Bol. Poznań.
 Dr Kępiński Michał. Warszawa, Senatorska, l. 32.
 Dr Kicki Tytus. Lwów, ul. Kopernika, l. 3.
 *Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, l. 86.
 Dr Kozłowski Michał Kazimierz, naczelny lekarz oftalm. szpitala Popowych. Kijów.
 Dr Krajski Wacław Adolf. M. Ataki (pow. Sorokskiego). Besarabia.
 Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa, Nowosenatorska, l. 6.
 *Dr Krzymuski. Tomsk.
 Dr Kreutz Stanisławów.
 *Dr Kuropatwiński A., lek. ziemski. S. Kargatolskie.
 *Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
 *Dr Langie Adam. Kraków, Sławkowska, l. 20.
 *Dr Lenkiewicz-Ipohorski Bobrujsk.
 Dr Lewandowski Czesław Mikołaj, wolno-prakt. Odessa.
 *Dr Lewicki Stefan. Odessa.
 Dr Liebermann. Kraków.

Dr Likiernik Maurycy. Łódź, Zwada, l. 12.
 Dr Łasiński Ignacy. Radca zdrowia. Wrocław.
 *Dr Łuniewski Stefan, b. II asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
 *Dr Maciesza Aleksander. Płock.
 *Dr Machek Emanuel, Prof. okulist. Uniw. Fr. I we Lwowie, Akademicka, l. 11.
 *Dr Majewski Kazimierz W., docent okulistyki Uniwers. Jagiell. Kraków, ul. Szczepańska, l. 11.
 Dr Majkowski. Drzewica.
 Dr Marcisiewicz Feliks. Kraków, ul. Wiślna, l. 10.
 *Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
 *Dr Markiewicz D. Przemyślany.
 Dr Markowski Stefan. Łódź, ul. Andrzeja, l. 5.
 Dr Matuszewicz, pryw. asys. prof. Wicherkiewicza.
 *Dr Michalski. Łódź.
 Dr Muttermilch Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, l. 5.
 *Dr Niegolewski Felicyan. Poznań.
 *Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk (Dynaбург).
 Dr Nowicki. Disna.
 *Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
 Dr Płachecki Jan. Końskie.
 Dr Popławska Stan. Warszawa.
 *Dr Przybylski Jan. Odessa.
 *Dr Radzwicki. Smoleńsk.
 Dr Rakowicz. Drezno.
 Dr Ratuld L. Paryż, Boulevard Barbès, l. 57.
 *Dr Reis Wiktor. Lwów, Jagiellońska, l. 17.
 *Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
 Dr Rosenzweig Leon. Lwów, ulica Trzeciego Maja, l. 7.
 *Dr Rothbert. Warszawa. Nowy Świat, l. 7.
 *Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
 *Dr Rymowicz Feliks, Doc. okulistyki. Warszawa.
 *Dr Rymsza Wacław. Hurykowa, pow. Klecki.
 Dr Sawicz Witold., ordyn. szpit. wojsk. w Moskwie.
 Dr Stasiński Jan. Poznań.
 *Dr Strzeмиński Ign. Wilno, Trocka.
 Dr Świda Ignacy. Mińsk.

- *Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
- *Dr Szulistański Adam, docent okulistyki Uniw. lwowskiego. Lwów, ul. Jagiellońska, l. 8.
- *Dr Szymański. Niżnyj Nowgorod.
- *Dr Talko Józef (ojciec). Lublin, — Krakowskie Przedmieście, l. 50.
- *Dr Talko Włodz. (syn). Sosnowiec.
- Dr Tomaszewski. Smigiel.
- Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci Miłosierdzia.
- *Dr Uziembło. Saratów.
- *Dr Weisberg. Łódź.
- *Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań, St. Marcin, l. 6.
- *Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca zdrowia; Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, ul. Wolska, l. 11.

- Dr Winawer Adolf. Warszawa, Elektoralna, l. 4.
- *Dr Witaliński Wincenty, I asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
- Dr Wolfring Emil, b. prof. okulist. Uniw. warszawskiego. Warszawa, Marszałkowska, l. 87.
- Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.
- Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i okulista portu w Petersburgu.
- *Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
- *Dr Zajdenmann Mojżesz. Lublin.
- Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa, Marszałkowska, l. 140.
- Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska, l. 21.
- Dr Zazuliński. Winnica.



POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁAŁAANA, DOC. DRA BENDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

— ROCZNIK SZÓSTY —

1904.

I. PRACE ORYGINALNE.

Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki paciorkowcem ropnym podczas operacji wyjęcia zaćmy.

(Badanie doświadczalne.)

Podał

DR FELIKS RYMOWICZ,

Docent okulistyki Uniwersytetu Kazańskiego.

(Z pracowni katedry ogólnej patologii w Kazaniu.)

I.

Narząd wzroku, co do przebiegu operacyjnych, zarówno jak i wypadkowych jego zranień, przedstawia właściwości bardzo różne od tych, jakie spostrzegamy przy tegoż rodzaju obrażeniach innych części ludzkiego ustroju. Względ ten stosuje się szczególnie do zakażonych ran oka: z jednej strony spotykamy tu bardzo ciekawe, naturalne, broniące od zakażenia przystosowania, z drugiej zaś strony niektóre właściwości narządu warunkują jego stanowisko całkiem odrębne, ze względu na przejawy w nim zjawisk biologicznych, stanowiących podścielisko mechanizmu walki żywego ustroju z zakażeniem, jak

również uniemożliwiają zastosowanie do oka, w całej rozciągłości, ogólnie przyjętych w chirurgii zapobiegawczych i leczniczych sposobów walki z zakażeniem (anty- i aseptyka).

Działaniem naturalnych, ochronnych od zakażenia przystosowań oka (mechaniczny wpływ łez i ruchu powiek na zawartość drobnoustrojów w worku spojówkowym, w części, być może, bakteryobójczość łez) musimy sobie tłumaczyć to, na pierwszy rzut oka, dziwne zjawisko, że nawet w dobie przedantyseptycznej, kiedy, jak wiemy, każdej, najdrobniejszej ranie groziło poważne niebezpieczeństwo zakażenia, po tak skomplikowanej operacji, jak wydobycie zaćmy, powikłanie zakażeniem rzadko spostrzegało się częściej, niż w 10—15% wypadków. A w dobie obecnej, gdy postępowanie aseptyczne znalazło zastosowanie powszechne również i w ocznej chirurgii, odsetek powikłań zakażeniem tejże operacji zaćmy rzadko przenosi liczbę dwóch, pomimo, że stanowisko okulisty-operatora ma tę stronę niekorzystną, że ani anty-, ani aseptyczne postępowanie nie może, w całej swej rozciągłości, być do oka stosowanem.

My możemy osiągnąć li tylko aseptykę narzędzi i rąk operatora, ale pole operacyjne w oku nie może być doprowadzone do stanu jałowości, ponieważ tu nie mogą znaleźć zastosowania te energiczne sposoby postępowania, za pomocą których osiąga się aseptyczność pola operacyjnego w chirurgii ogólnej. Fakt ten nabiera ogromnego znaczenia, jeżeli uwzględnimy, że nawet zupełnie zdrowa spojówka oka ludzkiego zawiera zwykle wielką ilość najróżnorodniejszych drobnoustrojów, a w ich liczbie nieraz drobnoustroje chorobotwórcze, mogące być przyczyną powikłań zakażeniem operacyjnych ran oka, jak pneumokok, paciorkowiec ropny, biały lub żłocisty gronkowiec etc. [Bach¹⁾, Axenfeld²⁾, Gasparri³⁾, Rymowicz⁴⁾ etc.].

Tem się też głównie tłumaczy to zjawisko, że pomimo możliwie dokładnej aseptyki narzędzi, rąk i pola operacyjnego, pomimo, że pole operacyjne w oku dostępnem jest bezpośrednio, bardzo dokładnemu zbadaniu, że przedoperacyjna przepaska jest bardzo pewnym probierzem stanu pola operacyjnego, — każdy okulista-operator przechodzi, od czasu do czasu,

ciężkie chwile walki z pooperacyjnem zakażeniem rany oka, zwłaszcza po operacyi zaćmy.

Walka ta jest tem przykrzejszą, że tylko w wypadkach bardzo pomyślnych, kiedy zakażenie, zaczynające się, w ogromnej większości wypadków, z brzegów rany rogówkowej, zostało rozpoznane w czas, nim się ono rozszerzyło na głębsze części oka, — może ją uwieńczyć upragnione zwycięstwo; w znacznej atoli większości wypadków zniewoleni jesteśmy, pomimo wszystkich wysiłków, asystować przy stopniowem rozszerzaniu się sprawy chorobowej, na głębiej leżące części oka, do zupełnego zropienia gałki ocznej, z następczym jej zanikiem, włącznie.

Pochodzi to stąd, że pomimo całego arsenału środków farmaceutycznych i zabiegów operacyjnych, jakimi rozporządza chirurgia oczna dla walki z powikłaniami zakażennymi ran oka, większość tych środków i zabiegów nie stoi na wysokości swego zadania, czem się też niewątpliwie tłumaczy ich mnogość; inne zaś bardziej skuteczne i radykalne zabiegi, jako połączone z niezbędnym ubytkiem zakażonej tkanki, przez to samo, anatomicznymi właściwościami samego narządu są znacznie ograniczone w swem zastosowaniu. Podspojówkowe wstrzykiwania roztworów antyseptycznych i chlorku sodu, obfite przemywania podług K a l t'a, najróżnorodniejsze środki antyseptyczne w tej lub innej postaci, do wprowadzenia ich do komórki przedniej włącznie [H a a b⁵⁾, O s t w a l t⁶⁾], paracenteza galwanokaustyczna [G l a u n i n g⁷⁾] etc. w pojedynczych zaledwie przypadkach odniosły skutek pożądany i tylko najenergiczniejsze zabiegi, jak n. p. szeroka galwanokauteryzacja zajętej części rogówki lub usunięcie gniazda zakażenia nożem, przedstawiają w ręku okulisty-chirurga bardziej pewne środki w walce z tak niebezpieczną sprawą chorobową. Przykładem pomyślnego zastosowania tych energicznych środków ratunkowych może być, opisany przez K u h n t'a⁸⁾, ciekawy przypadek zwalczenia pooperacyjnego zakażenia oka pneumokokiem.

Jednakże, jak to zaznaczyliśmy już wyżej, podobne radykalne zabiegi znacznie są ograniczone w swem zastosowaniu miejscowemi właściwościami narządu, gdyż rzecz oczywista, że

zajęta zakażeniem rogówka na nieznacznej zaledwie przestrzeni może być usunięta za pomocą noża lub zniszczona żarem.

II.

Olbrzymie postępy, w ciągu ostatnich 10—15 lat, bakteriologicznych sposobów badania w oftalmologii nie tylko przyczyniły się do odkrycia etyologii całego szeregu cierpień zewnętrznych części oka, t. j. błony spojówkowej i rogówki, ale wpłynęły także na terapię ich chorób infekcyjnych przez zastosowanie racjonalnego, przyczynowego sposobu leczenia — leczenia surowicą. To ostatnie dotychczas w oftalmologii ograniczone jest do stosowania surowicy antytoksycznej przeciw błonicy spojówki oka, i worek spojówkowy przedstawia warunki nadzwyczaj dogodne dla spostrzegania leczniczego działania surowicy.

Jednakże już spostrzeganie nad seroterapią błonicy spojówkowej daje pewne wskazówki na możliwość stosowania surowicy także przeciwko chorobom rogówki: w całym szeregu wypadków autorzy mogli stwierdzić dobroczynny wpływ surowicy antydyfterytycznej na powikłania rogówkowe błonicy spojówki. Antytoksyna dyfterytyczna, przy biernem uodpornieniu, przenika zatem także rogówkę i zabezpiecza ją od szkodliwego działania toksyny [Morax⁹), Elmassian¹⁰), Coppez¹¹)], lub też paraliżuje toksyny powstające w samej rogówce, ponieważ nie ulega wrażliwości, że powikłania rogówkowe przy błonicy spojówki nie tylko pochodzą z wtórnego zakażenia rogówki, poprzednio zmienionej toksyną, lecz mogą być także wywołane bezpośrednią infekcją tkanki rogówkowej prątkiem Löffler'a (Uthof, Axenfeld [l. c.]).

Tego rodzaju spostrzeżenia kliniczne wskazują, że chociaż oko, a w szczególności rogówka, z punktu widzenia warunków przemiany materii i swojej budowy, zajmuje całkiem odrębne stanowisko w ogólnej ekonomii ustroju, tem nie mniej zjawiska odporności biernej, przynajmniej przeciwko jadom bakteriowym, rozszerzają się także i na nią.

Kliniczne te spostrzeżenia potwierdzają się także bada-

niami doświadczalnemi, w których niewątpliwie dowiedzionem zostało, że, przy uodpornianiu biernem, w rogówkę nie tylko przenikają antytoksyny, lecz także te istoty, od których zależy lecznicze działanie surowic bakteryobójczych (*substance sensibilisatrice*, filocytaza, fixateur, amboceptor autorów). Już w badaniach Löffler'a¹²⁾ nad posocznicą myszy, znajdujemy bardzo ciekawe wskazówki, że zapobiegawcze szczepienie królikowi w ucho zabezpiecza także rogówkę od następczego zakażenia; chociaż, co do czasu, odporność rogówki następuje później niż odporność innych części ustroju; tak w doświadczeniach Löffler'a okazało się, że po zaszczepieniu w ucho odporność rogówki następuje dopiero po 3 tygodniach, podczas kiedy drugie ucho już po tygodniu okazało się odpornem. U tegoż Löffler'a znajdujemy bardzo cenne spostrzeżenie (także nad posocznicą myszy), że zakażenie oka może być źródłem odporności całego ustroju.

Szczególnie atoli wiele nadzwyczaj cennych wskazówek, w zajmującej nas obecnie sprawie, znajdujemy w pięknej pracy Römer'a¹³⁾, gdzie między innymi przytoczone są doświadczenia nad wpływem leczenia surowicą (antydyfterytyczną, antypneumokokową i surowicą przeciwko róży świńskiej) na przebieg odpowiednich infekcyi rogówki. Doświadczenia Römer'a pokazały, że surowice nie tylko rozszerzają swe działanie na rogówkę, zabezpieczając ją i lecząc jej zakażenia, ale chronią nawet zwierzęta od ogólnego śmiertelnego zakażenia, pochodzącego z rogówki*). Tamże znajdujemy opis 4 przypadków wrzodu pełzającego u człowieka, leczonych surowicą przeciwpneumokokową.

Ponieważ zakażenie oka po operacyi wyjęcia zaćmy normalnie, jeżeli wolno tak się wyrazić, zaczyna się od brzegów rany rogówkowej, t. j., innemi słowy, początkowo przedstawia się jako zakażona rana rogówkowa, — całkiem naturalnem

*) Komórka przednia, na którą nieraz rozszerza się infekcyja z rogówki, z punktu widzenia mechanizmu naturalnej walki z infekcyą, a także wpływu na nią leczenia surowicą, zajmuje stanowisko odrębne, o którym mowa będzie niżej przy odpowiednich doświadczeniach.

i na dobie wydaje się pytanie, czy też nie uda się walczyć z tem, tyle niebezpiecznem powikłaniem w chirurgii ocznej drogą racjonalną, przyczynową, t. j. za pomocą leczenia surowicą, tem bardziej, że, jakieśmy już wyżej mówili, zwykle używane przeciwko tym powikłaniom zabiegi, — nie zawsze mogą być zastosowane i zaledwie w pojedynczych wypadkach sprowadzają upragniony skutek.

W dostępnej nam literaturze znaleźliśmy tylko jeden przypadek zastosowania surowicy, w celu zapobiegawczym, przy operacji zaćmy. Boucheron¹⁴⁾, na posiedzeniu towarzystwa biologicznego w Paryżu, referował przypadek, w którym zmuszony był operować zaćmę u osobnika chorego na cukrzycę, który miał równocześnie *lymphangoitis*, pochodzenia paciorkowcowego, na dolnej kończynie. Boucheron wstrzyknął zapobiegawczo 20,0 surowicy przeciw paciorkowcowej; operacja i przebieg pooperacyjny przeszły zupełnie gładko.

Wypadek ten, oczywiście, jest bardzo mało przekonującym o korzyści wpływu zastosowanej surowicy, ponieważ istnienie u chorego sprawy paciorkowcowej na nodze wcale nie przesądza konieczności zakażenia paciorkowcem rany rogówkowej; tem nie mniej zapobiegawcze zastosowanie surowicy w danym wypadku było najzupełniej wskazanem i chirurg wykazał godną pochwały ostrożność.

III.

Wobec wielkiego teoretycznego i praktycznego znaczenia leczniczego stosowania surowicy przeciwko infekcyjnym powikłaniom operacji zaćmy, a także wobec tego, że sprawa ta nie była jeszcze, o ile wiemy, przedmiotem badań doświadczalnych, — przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń dla zbadania warunków i możliwości stosowania surowicy w tym celu.

Ponieważ główną cechą charakterystyczną surowic leczniczych jest ich bezwzględna swoistość, t. j., że są one czynne tylko przeciwko określonej postaci drobnoustrojów lub komórek (surowice cytolityczne), — początkowo wypadało nam zapoznać się z etyologią zajmujących nas zakażeń. Pomimo, że

w ostatnich czasach etyologia zakaźnych chorób rogówki została dość dokładnie opracowaną i znanym jest już nam cały szereg chorobotwórczych dla niej drobnoustrojów (pneumokok, różne postacie gronkowców, paciorkowiec, *diplob. Morax-Axenfeld*, *bacterium coli commune*, *aspergillus fumigatus*, drożdże itd.), — pochodzenie pooperacyjnych zakażeń rogówki dotychczas jest bardzo mało wysświetlonem. Zależy to, niewątpliwie, głównie od trudności technicznych tego rodzaju badań, po części zapewne także od, całkiem zrozumiałej, niechęci autorów do ogłaszania wypadków niepomyślnych.

Istniejące w literaturze dane w tej sprawie wskazują, że powikłania infekcyjne operacyi ocznych, a w ich liczbie operacyi zaćmy, nie są wywoływane jakimś określonym, swoistym drobnoustrojem, lecz, że one, podobnie jak i niepooperacyjne zakażenia oka, mogą zależeć od bardzo rozmaitych drobnoustrojów. Tak n. p. Galleng'a¹⁵⁾ przy bakteriologicznem badaniu 10 wypadków *panophthalmitis*, w 10 znalazł białego gronkowca, w 9 — złocistego, w 3 — cytrynowego, w 3 — paciorkowca ropnego i w 1 — *bacil. pyogenes* (?); rozmaite gronkowce ropne były znajdowane przez Gayet'a¹⁶⁾, Weeks'a¹⁷⁾, Terson'a¹⁸⁾, Gabrielides'a¹⁹⁾, Schweinitz'a²⁰⁾, Guaitę²¹⁾, Garnier'a²²⁾, Wagenmann'a²³⁾ i in.; w pojedynczych przypadkach zapisane były *bacil. pyocyaneus*, *ozaena bacil.*, *bacterium coli commune*, *bacil. salivarius septicus* itd.; ale najczęstszą przyczyną pooperacyjnych infekcyi oka jest, jak wskazuje szereg odnośnych badań, pneumokok [Gasparri²⁴⁾, Guaita²⁵⁾, Basso²⁶⁾, Bach²⁷⁾, Uthof²⁸⁾, Axenfeld²⁹⁾, Terson, Ewetzky³⁰⁾, Müндler³¹⁾, Bocchi³²⁾, Kuhnt i in.].

Podobna rezmaitość etyologii zakażenia oka ogranicza do pewnego stopnia stosowanie surowicy, mianowicie w celu zapobiegawczym; ponieważ, wobec swoistości działania surowicy, niezbędną jest dokładna znajomość etyologii obawianej infekcyi. Pozatem wobec grożącego niebezpieczeństwa zakażenia roztropność nakazuje wstrzymać się zupełnie od operacyi aż do usunięcia źródła możliwego zakażenia; pod tym względem za-

sługuje na uwagę propozycja Axenfeld'a*), w wypadkach, kiedy zakażenie grozi ze strony worka łzowego, robić, w celu zapobiegawczym, wyłuszczenie worka. Mimo to, w niżej przytoczonych doświadczeniach, uwzględniliśmy także zapobiegawcze działanie surowicy na pooperacyjne zakażenia oka, ponieważ ta strona działania surowicy przedstawia duży interes teoretyczny, a także możliwość praktycznego zastosowania jej w tym celu niezupełnie jest wyłączoną (przypadek Boucheron'a).

IV.

Najciekawiej, niewątpliwie, byłoby użyć do doświadczeń pneumokoka, jako najczęstszą przyczynę zajmujących nas powikłań operacji na oku, lecz niestety ani surowica Pane'a, ani Römer'a nie były nam dostępne i dlatego użyliśmy do naszych doświadczeń paciorkowca ropnego i surowicę przeciw-paciorkowcową.

Paciorkowiec, z którym dokonane zostały nasze doświadczenia, pochodził z wypadku róży twarzy; jadowitość jego, stopniowymi pasażami przez królików, doprowadzoną została do tego, że $\frac{1}{4}$ ctm. sz. hodowli, zastrzyknięta pod skórę, sprawiała w ciągu 22—30 godzin śmierć królika wagi 1200—1600 gr.; jako podłoża używaliśmy mieszaniny bulionu Martin'a z płynem wysiękowym lub nieczynnej surowicy krwi królika, w stosunku — 1 część surowicy lub płynu wysiękowego na 2 części bulionu [Marmorek³³), Bordet³⁴)]; hodowlę przesiewaliśmy codziennie i przechowywaliśmy w termostacie. Wobec tego, że paciorkowiec należy do drobnoustrojów bardzo delikatnych i jadowitość jego może osłabnąć z bardzo błahych przyczyn, siła hodowli, przez określone przestanki czasu, była kontrolowaną; raz trzeba było przerwać na pewien czas doświadczenia, ponieważ hodowla, po przestaniu doby przy t^o pracowni znacznie osłabła i dla wzmocnienia jej trzeba było znowu zrobić kilka pasaży przez królików. Do doświadczeń

*) Die Prophylaxe der septischen Infektion des Auges etc. — Münchener med. Wochenschrift. 1902.

używaliśmy wyłącznie 24godzinnej hodowli, której czystość, przed każdym doświadczeniem, sprawdzała się pod drobnowidem.

Doświadczenia nasze, do których używaliśmy królików, mogą być podzielone na 3 grupy: 1. doświadczenia z nieprzenikającymi ranami rogówki; 2. z infekcją komórki przedniej i 3. z zakaźnymi ranami rogówki po operacji zaćmy; w każdej grupie było badane jak prewencyjne, tak i lecznicze działanie surowicy. Pierwszą grupę doświadczeń uważaliśmy za niezbędne postawić, żeby się przekonać o możliwości leczenia surowicą paciorkowcowego zakażenia rogówki; w drugiej — staraliśmy się wyświetlić pewne właściwości przebiegu infekcji i wpływu na nią leczenia surowicą, w razie przejścia sprawy zapalnej na głębsze części oka. Gdyż, niewątpliwie, ułatwione przejście zakażenia z rogówki do komórki przedniej jest przyczyną różnicy, z punktu widzenia niebezpieczeństwa zakażenia, pomiędzy operacją wyjęcia zaćmy i n. p. irydektomią, o czym nas poucza doświadczenie kliniczne, a także szereg odnośnych prac doświadczalnych [Knapp³⁵), Bach³⁶), Krause³⁷), Andrews³⁸), Andogskij³⁹).

Co do techniki operacji, to przestrzegaliśmy możliwie surową aseptykę. Zwierzęta przymocowywałem w stoliku LaTopie; sierść, otaczających oko, powłok, wystrzygałem, poczem powłoki myłem zielonym mydłem, fizyologicznym roztworem i spirytusem; worek spojówkowy przemywałem roztworem fizyologicznym; oko znieczulałem 4%owym jałowym roztworem kokainy; na głowę zwierzęcia i stolik operacyjny nakładało się kompresy z gazy jałowej, z otworem dla oka; narzędzia gotowało się; gaza, wata, oraz wszystkie przedmioty używane do operacji były poprzednio odjałowione. Powieki rozciągał pomocnik za pomocą, nałożonych na nie, szwów; szwy te nie przebijały całej grubości powiek, ale zabierały tylko zmarszczkę skóry na odległości 2 mm od brzegu rzęskowego; po skończonej operacji szwy te zawiązywało się, ale dość luźno, żeby nie znosić wpływu mrugania na »fizyologiczną toaletę« oka. —

Cięcie (nóż Graefe'go) prowadziło się w samej rogówce; tęczówki, z wyjątkiem niektórych przypadków, nie wycinałem.

Rogówka królika, jak o tem łatwo przekonać się, przedstawia tę niedogodność, że brzegi jej rany po operacji, dokonanej zupełnie prawidłowo, nie przystają do siebie, podczas kiedy w oku ludzkim, nawet po niezupełnie gładkiej operacji wyjęcia zaćmy, następuje zupełna adaptacya brzegów rany. Z powodu tego rozchodzenia się brzegów rany, przy doświadczeniach z zakażeniem, oko królika przedstawia warunki całkiem różne od tych, jakie spostrzegamy u człowieka, dlatego też, w większości doświadczeń, na ranę rogówkową nakładaliśmy szwy (w rodzaju zapobiegawczych szwów Kall'a), w ilości trzech, których dolne pętle, przechodzące przez powierzchowne warstwy rogówki, nakładało się przed cięciem rogówkowym, górne zaś, przebijające spojówkę i tkankę nadtwardówkową — pod koniec operacji*).

Po skończonej operacji szwy powiekowe luźno zawiązywałem; na oko nakładało się suchą, aseptyczną przepaskę, którą z góry i z wewnątrz przymocowało się za pomocą kolodiu; ze strony ucha przepaska zostawała wolną; na przepaskę nakładało się bandaż; na pierwsze 24 godziny po operacji zwierzęta sadzałem do wąskich skrzynek, żeby przeszkodzić próbom zerwania przepaski łapkami. Oko oglądano codziennie, najmniej 2 razy — zrana i wieczór.

Co do sposobu zakażenia rany, to dokonywało się ono rozmaitymi sposobami. W doświadczeniach z nieprzenikającymi ranami rogówki, robiło się w niej kieszonkowate zagłębienia kopią, poprzednio zakażoną hodowlą paciorkowca; w komórkę przednią hodowlę wprowadzaliśmy za pomocą strzykawki. Co zaś do zakażenia rany rogówki po operacji zaćmy, to tu używaliśmy kilku sposobów: w niektórych doświadczeniach, po operacji, do worka spojówkowego wprowadzaliśmy określone ilości hodowli; w innych — cięcie robiliśmy zakażonym nożem. Jednakże doświadczenia pokazały, że przy tych sposobach zakażenia nadzwyczaj rzadko udaje się stworzyć ten obraz kliniczny infekcyi, z jakim się ma do czynienia w rzeczywistości, kiedy zakażenie zaczyna się od brzegów rany rogówkowej i zo-

*) Oko królika znosi takie szwy doskonale, bez wszelkiej reakcyi.

staje wywołane, w większości przypadków, przez pojedyncze drobnoustroje ropne, pozostałe w worku spojówkowym pomimo przedoperacyjnej »toalety«. Wprowadzając do worka spojówkowego, po operacji, hodowlę drobnoustroju ropnego, dajemy mu możność dalszego rozmnażania się na spojówce i tworzymy w ten sposób w worku spojówkowym stałe źródło zakażenia rany rogówkowej; użycie zaś do cięcia rogówki zakażonego noża obecnie, kiedy postępowanie aseptyczne stało się tak dostępnem i rozpowszechnionem, jest prawie zupełnie nieprawdopodobnem. Dlatego w dalszych doświadczeniach zmieniliśmy sposób zakażenia rogówki, żeby otrzymać obraz kliniczny pooperacyjnej infekcyi oka bardziej zbliżony do rzeczywistości. Mianowicie, w jednych doświadczeniach, po skończonej operacji, koło samego brzegu rany rogówki robiliśmy zadrażnienia zakażonym instrumentem, w innych doświadczeniach — jeden ze szwów rogówkowych poprzednio zakażaliśmy, przez pogrążenie w hodowlę paciorkowca. Szczegóły operacji i sposobu zakażenia będą wskazane przy każdym doświadczeniu.

Każde doświadczenie było kontrolowane, t. j. stawiało się drugie na innym króliku, bez stosowania surowicy; w niektórych doświadczeniach świadków było dwóch — trzeciemu zwierzęciu operację robiło się bez zakażenia dla sprawdzenia jakości postępowania.

V.

Przed przystąpieniem do prób stosowania surowicy koniecznem było przedwstępnie przekonać się o możliwości prędkiego rozpoznania etyologii zakażenia rogówki, gdyż oczywiście tylko przy warunku możliwie wczesnej etyologicznej dyagnozy można rachować na powodzenie leczenia surowicą. Okazało się, że etyologiczne rozpoznanie zakażenia rogówki nie przedstawia szczególnej trudności; wystarczy wydobyć (n. p. igłą dla ciał obcych rogówki) cząsteczkę zajętej tkanki rogówkowej, rozetrzeć na szkle przedmiotowem i zabarwić (n. p. sposobem Gramm'a), żeby znaleźć drobnoustrój zakażający, nieraz w ogromnej ilości; oprócz takiego zwykłego bakteryoskopowego

badania, w każdym doświadczeniu zasiewaliśmy cząstkę tkanki rogówkowej do płynnego podłoża (mieszanka bulionu z płynem wysiękowym), gdzie po 10—12 godzinach otrzymywaliśmy obfitą hodowlę paciorkowca; te hodowle nie zawsze okazywały się czystymi, gdyż czasem zanieczyszczały się drobnoustrojami, które wypadkowo dostały się do nich z worka spojówkowego.

Dalej trzeba było określić, chociażby w przybliżeniu, ilość surowicy*) potrzebną dla zwalczania zajmujących nas zakażeń oka. Jak wiemy, lecznicza dawka surowicy przeciwpaciorkowcowej przeciwko zwykłej, laboratoryjnej infekcyi paciorkowcem (podskórnej) jest dość dokładnie określona. Tak n. p. Marmorek, który pracował z nadzwyczaj silną hodowlą paciorkowca ($1/10\cdot000\cdot000$ część ctm. sz. była ilością absolutnie śmiertelną dla królika), znalazł, że ilość surowicy, równająca się $1/7000$ wagi ciała zwierzęcia, zabezpiecza je od 10krotnej śmiertelnej dawki paciorkowca, jeżeli zakażenie miało miejsce 18 godzin po zastrzyknięciu surowicy. Dla zwalczania zaś infekcyi, która już nastąpiła, musiał Marmorek używać znacznie większych ilości surowicy; mianowicie, dla uratowania zwierzęcia od 10krotnej śmiertelnej dawki hodowli paciorkowca, w 3 godziny po zakażeniu trzeba było zużyć 1 ctm. sz. surowicy, a w 5 godzin po zakażeniu 5 cm; po przejściu zaś 6 godzin, jeżeli hodowla była dostatecznie silną, wszelkie próby uratowania zwierzęcia surowicą zostawały bez skutku.

Bordet także wskazuje na nadzwyczaj silne zapobiegawcze działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej. Tak, w jego doświadczeniach, królik, który we wilię otrzymał 10 ctm. sz. surowicy, przenosi 5000krotną dawkę hodowli paciorkowca, zastrzykniętą pod skórę. Bordet zaznacza także, że najłatwiej znoszą zwierzęta podskórne zakażenia paciorkowcem, podczas kiedy n. p. zakażenie wewnątrzoczne okazało się w doświad-

*) W swoich doświadczeniach używaliśmy, prawie wyłącznie, surowicy instytutu Pasteur'a i tylko w kilku z instytutu eksperymentalnej medycyny w Petersburgu. Widocznej różnicy w sile działania tych dwóch surowic nie spostrzeżliśmy.

czeniu Bordet'a znacznie niebezpieczniejszem; Bordet tłumaczy to zjawisko tem, że w komórce przedniej odczyn fagocytarny następuje powoli i zapóźno, tak, że zakażenie ma czas rozpowszechnić się. Tak w doświadczeniach B. zwierzęta ginęły od minimalnych ilości paciorkowca, zastrzykniętych do komórki przedniej, nie zważając na stosowanie surowicy w ilości, zabezpieczającej królika od podskórnego zakażenia $\frac{1}{4}$ ctm. sz. nadzwyczaj jadowitej hodowli. W doświadczeniach Bordet'a nad okiem uwzględnionem zostało tylko zakażenie komórki przedniej, doświadczenia z zakażeniem samej rogówki nie były przez B. robione.

Pod tym względem znajdujemy niektóre wskazówki R ö m e r'a, w jego kilkakrotnie przytaczanej pracy. R ö m e r znalazł mianowicie, że 0,01 surowicy przeciwko róży świń na 1000 wagi zwierzęcia zabezpiecza rogówkę od zakażenia odpowiednim drobnoustrojem; surowicy przeciw pneumokokowej musiał R ö m e r używać w tymże celu w znacznie większych ilościach (2—3—4 ctm. sz.).

Oczywiście, że przy leczeniu doświadczalnej infekcyi ilość surowicy musi zależeć od ilości materiału zakażającego, jego jadowitości, sposobu zakażenia i sposobu stosowania surowicy. Ilość materiału zakażającego, w naszych doświadczeniach, mogła być dokładnie określoną tylko przy zakażeniu komórki przedniej, przy zakażeniu zaś samej rogówki ilość ta nie mogła być określoną; w każdym razie mieliśmy tu do czynienia z ilościami minimalnymi. Co do jadowitości hodowli, to z rozmysłu nie doprowadzaliśmy jej do nadzwyczajnej siły, pragnąc stworzyć warunki infekcyi bardziej zbliżone do rzeczywistości, gdyż zakażenie rany rogówkowej po operacyi wyjęcia zaćmy u człowieka, w większości wypadków, wywołuje się drobnoustrojami niezawodnie znacznie osłabionymi w swej jadowitości pod wpływem przedoperacyjnej »toalety« oka.

Nie zważając na stosunkowo niewysoką jadowitość naszej hodowli i na małe jej ilości, musieliśmy stosować surowicę w ilościach znacznie większych od wskazanych przez autorów przeciwko podskórnemu zakażeniu paciorkowcem. Zależy to od

tęgo, że, z powodu właściwości warunków odżywiania się rogówki, a głównie z powodu braku własnych naczyń krwionośnych, odporniające substancje surowic przenikają w rogówkę znacznie później i w znacznie mniejszych ilościach, niż w inne, bogate w naczynia krwionośne, narządy.

Co do sposobu stosowania surowicy, to wstrzykiwaliśmy ją podskórną, lub pod spojówkę oka; oprócz tego w 3 doświadczeniach stosowaliśmy ją miejscowo — przez wkraplanie do worka spojówkowego.

VI.

Próby leczenia surowicą nieprzenikających ran rogówki.

Początkowo postawiliśmy doświadczenie dla przekonania się o chorobotwórczości naszej hodowli dla rogówki królika.

Królik wagi 1200 gr.; w środku rogówki zakażoną kopia kieszonkowata rana; kopia wprowadzona w tkankę rogówki na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ mm.*)

Po 12 godzinach. Na miejscu rany rozlane zmętnienie.

I.**) Na miejscu rany wyraźny naciek; część obwodowa rogówki zmętniała; tęczęwka znacznie przekrwiona. Hypopyon niema.

Wieczór. Cała środkowa część rogówki nacieczona; hypopyon zajmuje $\frac{1}{4}$ komórki; w źrenicy wysięk.

II. Cała rogówka ropy nacieczona; komórka przednia nie rozróżnia się; nieznaczne — *protrusio bulbi*.

III. *Panophthalmitis*.

IV. *Idem*.

V. Królik padł. Przy sekcji, z krwi serca otrzymana czysta hodowla paciorkowca.

Widzimy zatem, że hodowla nasza okazała się nie tylko chorobotwórczą dla rogówki królika, lecz, że nawet zakażenie nią rogówki spowodowało śmierć zwierzęcia.

*) We wszystkich następnych doświadczeniach z nieprzenikającymi ranami rogówki, kopii używaliśmy zawsze tej samej wielkości i wprowadzaliśmy w tkankę rogówkową na przestrzeni $1\frac{1}{2}$ mm.

***) Rzymskie cyfry we wszystkich następnych doświadczeniach oznaczają doby po operacji.

Dalej przystąpiliśmy do zbadania zapobiegawczego wpływu surowicy na nieprzenikające rany rogówki.

Królik wagi 1320 gr.; pod skórę grzbietu 1,0 gr. surowicy; po 12 godzinach — zakażona rana rogówki.

Po 12 godz. Na miejscu rany mały, o bardzo wyraźnych granicach, naciek; u świadka rozlane zmętnienie rogówki na miejscu zakażenia.

I. U królika leczonego obraz ten sam: nieduży, wyraźnie ograniczony naciek; reszta rogówki zupełnie przezroczysta; oko spokojne; u świadka — na miejscu rany naciek, bez wyraźnych granic przechodzący w zmętniałą rogówkę; tęczęwka przekrwiona.

II. U król. lecz. — wyraźne zmniejszenie się nacieku; u świadka — cała rogówka nacieczona; hypopyon zajmujące około $\frac{1}{3}$ komórki.

W ciągu następnych 2 dni u królika leczonego naciek uległ wessaniu bez śladu; u świadka nastąpiło zupełne zropienie gałki (*panophthalmitis*).

Zatem 1,0 surowicy, zastosowanej na 12 godzin przed zakażeniem, chroni oko królika od bardzo ciężkiej infekcyi. Ciekawą jest różnica w obrazie chorobowym, pierwszego dnia po zakażeniu, między królikiem leczonym i świadkiem: u leczonego objawy miejscowe są znacznie wyraźniejsze, aniżeli u świadka. Zjawisko to jest zupełnie naturalnem, ponieważ, pod wpływem działania surowicy, ze strony »uodpornionych« fagocytów rażno następuje odczyn, sprowadzający wyzdrowienie. —

Dla uniknięcia powtarzań, nie będziemy szczegółowo przytaczali następnych 6 doświadczeń, któreśmy postawili dla określenia dawki surowicy, dostatecznej dla zabezpieczenia rogówki od zakażenia. We wszystkich 6 doświadczeniach surowicę zastrzykiwaliśmy na 12 godzin przed zakażeniem; w 4 z tych doświadczeń surowicę stosowaliśmy podskórnie — w jednym — 0,3 ctm. sz., w dwóch — 0,6 i w jednym — 0,8; w dwóch zastrzykiwaliśmy surowicę pod spojówkę oka — 0,3 i 0,6 ctm. sz. Okazało się, że 0,6 ctm. sz. surowicy, wprowadzonej na 12 godzin przed zakażeniem, zabezpiecza rogówkę od stosowanej przez nas postaci zakażenia.

Przy stosowaniu 0,3 ctm. sz. surowicy, w ciągu pierwszych 2 dni daje się zauważyć pewna różnica w obrazie chorobowym na korzyść leczonego wypadku; lecz w rezultacie oba oczy (t. j. i u świadka) giną od *panophthalmitis*.

Między podskórnem i podspojówkowem stosowaniem surowicy widocznej różnicy stwierdzić nie mogliśmy.

Jeżeli zabezpieczenie rogówki od zakażenia osiąga się pewnie i stosunkowo nieznaczniemi ilościami surowicy, to leczenie zakażenia, które już nastąpiło, wymaga znacznie większych dawek surowicy i osiąga się bynajmniej nie we wszystkich wypadkach. A po przejściu pewnego czasu od zakażenia surowica okazuje się zupełnie bezskuteczną, nawet w olbrzymich dawkach.

Dla zbadania leczniczego działania surowicy przeciwko zakażeniu rogówki postawiliśmy następujące 4 doświadczenia: pierwsze zastrzyknięcie surowicy zostało zrobionem: *a)* bezpośrednio po zakażeniu rogówki, *b)* po 8 godzinach, *c)* i *d)* po 12 godzinach.

a) Królik wagi 1440 gr.; zakażona rana w środku rogówki; bezpośrednio po zakażeniu 0,8 ctm. sz. pod skórę.

I. Na miejscu zakażenia wyraźnie ograniczony, białawy naciek; otaczająca rogówka — pas około 2 mm. szerokości — zmętniała; hypopyon niema. 0,5 surowicy pod skórę.

II. Naciek zwiększył się prawie 2 razy — średnica około 2 mm., hypopyon niema. 0,4 pod spojówkę.

III. Rogówka otaczająca naciek przejaśnia się; naciek trochę mniejszy; hypopyon niema.

IV. Naciek znacznie mniejszy; oko zupełnie spokojne. — W ciągu następnych 3ech dni naciek zupełnie ustąpił i na jego miejscu pozostało punkcikowate zmętnienie rogówki.

b) Królik wagi 1040 gr.; pierwsze zastrzyknięcie — 1,0 pod skórę — zostało zrobione w 8 godzin po zakażeniu rogówki.

I. Na miejscu rany nasycony naciek; hypopyon niema; 0,5 pod skórę.

II. Naciek trochę się zwiększył; rozlane zmętnienie rogówki naokoło nacieku; tęczęwka przekrwiona; na dnie komórki ślady hypopyon. 0,5 pod spojówkę.

III. Naciek bez zmiany; hypopyon zajmuje około $\frac{1}{4}$ komórki; 0,5 pod spojówkę.

IV. *Idem.* 0,5 pod skórę.

V. Naciek i hypopyon znacznie się zmniejszyły; oko spokojniejsze. Bez leczenia.

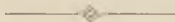
VI. Naciek jeszcze mniejszy; zmętnienie otaczającej rogówki przejaśniło się; hypopyon znikło prawie zupełnie — ledwo widoczne kłaczki na dnie komórki.

W ciągu następnych kilku dni nastąpiła zupełna *restitutio ad integrum* i tylko na miejscu rany — nieznaczne, stałe zmętnienie. —

W obu tych wypadkach *a)* i *b)*, jak widzimy, udało się uratować rogówkę od zakażenia, jednakże za pomocą bardzo dużych dawek surowicy; w pierwszym doświadczeniu zużyliśmy 3 razy, a w drugim 5 razy więcej od określonej przez nas, minimalnej zapobiegawczej dawki.

Stosowanie surowicy w 12 godzin po zakażeniu okazało się zupełnie bezskutecznem. Przebieg zakażenia oka w obu odnośnych doświadczeniach niczem się nie różnił od obrazu chorobowego, spostrzeganego u świadków, nie zważając na zużycie bardzo wielkich ilości surowicy; w jednym z tych doświadczeń, w ciągu 7 dni zużyliśmy 5,1 ctm. sz. surowicy, w drugim w ciągu 9 dni, 7,2 ctm. sz.; w tem ostatniem doświadczeniu, oprócz podskórnego i podspojówkowego stosowania surowicy, wkraplaliśmy ją do worka spojówkowego (codziennie 2 razy 8 kropel w ciągu 5 minut).

Dok. nast.



II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Czasopismo Lekarskie. T. V. 1903, Nr 9. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

O leczeniu operacyjnem całkowitego podwinięcia powieki górnej. Dr Józef Koliński.

Autor operuje jaglicowe podwinięcie powieki górnej zmodyfikowanym przez siebie sposobem Watson-Junge'go. Wycina zatem ze skóry górnej powieki pasek równoległy do brzegu rzęskowego, 3—4 mm szeroki, a długością sięgający od jednego kącika powiek do drugiego, jeśli podwinięcie dotyczy całej powieki. Pasek ten oddzielony od podłoża i tylko końcami pozostający w połączeniu ze skórą powieki, przenosi, po wykonaniu cięcia międzyrąbkowego, poniżej paska z rzęsami, które się skutkiem tego oddalają od gałki ocznej o szerokość przeszczepionego płatka i zwracają we właściwym kierunku. Prof. Junge pozostawia płatek bez szwów, Dr Koliński natomiast stale go przyszywa tak do tylnej krawędzi cięcia międzyrąbkowego, jakoteż do końców paska rzęskowego.

Wychodząc ze zasady, że wszelkie operacye plastyczne powinny szukać punktu oparcia na skielecie, dołącza autor do operacyi Watson-Junge'go zabieg na chrząstce, która jest skieletem powieki. Zaraz po pierwszym cięciu skórnem obnaża on chrząstkę aż po jej brzeg górny, a następnie ścina na płask jej powierzchniowe warstwy, poczem przesunięty ku górze płat rzęсовy przyszywa sposobem Hotz'a tak, aby przyrósł do skrojonej powierzchni chrząstki. Równocześnie odnosi z tego zabiegu i tę korzyść, że, ilekroć zachodzi czółenkowate wygięcie chrzątki — a zdarza się to w przeważnej ilości przypadków, — wtedy zcieńczała przez skrojenie blaszka chrzęstna daje się z łatwością wyprostować i za pomocą wyżej wymienionych szwów w tym stanie utrwalić.

Oprócz opisanej operacyi używał Dr Koliński z dobrym skutkiem sposobu blefaroplastyki, podanego przez prof. Macheka (1897).

Wyliczając i krytykując na czele swej pracy liczne dotąd polecane operacye przeciw wrostłowi rzęs, pomija autor milczeniem sposób prof. Wicherkiewicza, wykonywany przez niego i jego uczniów od długiego szeregu lat i dający zupełnie pomyślne wyniki. Sposób ten polega, jak wiadomo, na wykonaniu cięcia międzyrąbkowego, rozdzielającego brzeg powieki górnej na listek skórnomyśny

i listek chrząstkowospojówkowy. Z obnażonej chrząstki wyskrobuje się końcem skalpela w razie potrzeby pozostałe w pobliżu tylnej krawędzi cebulki rzęsowe. Następnie wycina prof. Wicherkiewicz ze skóry powieki górnej pasek równoległy do brzegu, 3—4 mm szeroki, na obu końcach ostro zakończony, oddziela go zupełnie od podłoża, ścina nożyczkami, ułożywszy płatek na palcu wskazującym lewej ręki, starannie resztki tkanki podskórnej, przyczem się płatek polewa letnim, sterylizowanym roztworem soli i wkłada go wreszcie między brzegi rany międzyrąbkowej. gdzie, po założeniu odpowiedniej obuocznej opaski płatek ten, nieuszypułowany i nieprzymocowany żadnymi szwami, z reguły prawidłowo się przygaja. Brzegi rany skórnej na powiece górnej spaja się szwami tylko wyjątkowo, t. j. jeśli z powodu nabiegu wodnistego po wstrzyknięciu kokainy zbyt się rozchodzą.

Jak widać z podanego opisu, operacja prof. Wicherkiewicza różni się od operacji Jaesche-Arlt'a tem, że oprócz skrócenia skóry powieki górnej. wszczepia się wycięty płatek w przestrzeń międzyrąbkową, oraz, że zwyczajnie nie zakłada się żadnych szwów*).

Operację swoją podał prof. Wicherkiewicz w r. 1891, prawie równocześnie z Jakobson'em z Królewca i z Burchardt'em z Berlina, którzy opisali podobną metodę, — ale zbyteczna dodawać, że zupełnie od nich niezależnie.

Zesz. styczn, 1904. (Ref. Wicherkiewicz.).

O mechanicznem leczeniu jaglicy. Dr Likiernik z Łodzi.

Jaglica w niektórych krajach i okolicach występuje, jak wiadomo, w postaciach ciężkich i bardzo powikłanych, a szerokie ogarniając warstwy ludności, niszczy oczy, przez co obniża niezmiernie zdolność do pracy odnośnych osobników na całe szeregi lat. Toteż nic dziwnego, że właśnie ci lekarze, którzy z takimi przewlekłymi postaciami się spotykają, zdobywają się na leczenie często bardzo energiczne, albo oglądają się za czemś skuteczniejszym od zwykłych środków, a zarazem i mniej czasu zabierającym. Do takich specjalistów należy autor, który z prawdziwym zapałem pisze o maso-

*) Fuchs w podręczniku swym o tyle operację Jaesche-Arlt'a mylnie podaje, że kończy opis aktem operacyjnym, którego ani Arlt. ani Jaesche nie robili. Pokrywanie bowiem obnażonej chrząstki płatem skórnym jest późniejszą modyfikacją, wprowadzoną przez przytoczonych przez referenta autorów.

waniu ócz jaglicą dotkniętych za pomocą kulistego końca termometru, zawierającego w rozszerzeniu swem rtęć.

Końcem tym, maczanym w półprocentowym roztworze sinku rtęci, masuje autor załamek dolny po odciągnięciu powieki, wywierając nim ucisk na dolny brzeg kości oczodołowej. Następnie podkłada, zawsze świeżo kulę maczając w płynie rtęciowym, pod górną powiekę, i to od kąta zewnętrznego, i znowu przyciskając o brzeg oczodołowy, tym razem górny, przesuwając kulę do kąca wewnętrznego; w ten sposób wywiera się nacisk na miejsca mniej lub więcej zajęte.

Autor wykonuje lub poleca wykonywać posługaczowi ten rękoczyn kilka razy dziennie, a nawet chorym samym wykonanie porucza.

Postępowanie to chwali jako niebolesne, a usuwające napięcie powiek, wydzielinę gnieżdżącą się w załamkach, przekrwienie spojówki, sztywność chrząstek, nieznaczne stopnie podwinięcia powiek, a także odwinięcia, *pannus* i t. d.

Autor zaznacza, że w »przypadkach najcięższych« używa atropiny i maści żółtej czyli Pagenstecher'a. W przypadkach świeżego nacieczenia rogówki macza do masowania przy jaglicy kulkę, ciepłym roztworem *hydrargyri oxycyanati* ostrożnie masaż wykonując. —

Któż z nas nie wie, że każdy okres cierpienia choroby jaglicowej i każda postać wymaga odmiennego leczenia? Dlatego niepodobna zachwalać ten lub ów sposób jako jedynie zbawienny przeciw jaglicy.

Że masowanie powiek dotkniętych jaglicą ma wielkie znaczenie w terapii okulistycznej, o tem chyba nikt wątpić nie będzie, a i sami o tem pisaliśmy i w P. O. o niem referowaliśmy. Wykonujemy je jednak wyłącznie palcami, pod powiekę, mającą się nagniatą, podsuwając wielki palec jednej ręki, a palcem drugiej ręki nagniatamy na pierwszym części, do tego rękoczynu nadające się, przyczem czucie kontroluje siłę wywieraną.

Używamy oczywiście również roztworów odkażających, przeważnie sublimatu 1 na 1000, albo też po rękoczynie dokonanym masę sublimatową do worka spoj. zakładamy. Skutki zawsze bywają dobre w przypadkach z odpowiedniem wskazaniem, tj., gdzie miewamy rozlane nacieczenie spojówki, tkanki podspojówkowej, chrząstki, lub zastoje żyłne spojówki wskutek miejscowych ograniczonych blizn w miejscach sąsiednich. Naprawa stanu spojówkowego zawsze korzystnie oddziałuje na sprawę następową w rogówce, której nacieki tem szybciej ustępują, a łuszcza naczyniowa (*pannus*) korzystnie zmienia się. Nie

wątpimy, że to mechaniczne leczenie można sobie niekiedy ułatwić odpowiednim przyrządem, czy to porcelanowym, na przeciku umieszczonym wałeczką, czyli kulistym końcem termometru, — ale potrzeby tej nigdy nie uczuwaliśmy.

Kl. Monatsbl. f. Aghk. Z. VIII. Sierpień 1903. (Ref. Dr Piotr Geisler).

Zmiany stanu łamliwości ócz przy cukrzycy (Über Veränderungen des Brechungszustandes der Augen bei Diabetes mellitus.). Dr L. Alexander.

Dr Neuburger opisał niedawno dwa przypadki krótkowzroczności w następstwie cukrzycy. W jednym przypadku krótkowzroczność wkrótce ustąpiła, pomimo, że ogólne cierpienie postępowało. W drugim przypadku z postępem ogólnego cierpienia także krótkowzroczność się powiększała. Do tych przypadków dodaje autor jeszcze jeden z własnej praktyki:

Mężczyzna 57letni zgłosił się przed 2 laty do autora, podając, że od 14 dni gorzej w dal widzi; szkła, których przedtem używał do czytania z bliska, są obecnie zbyt ciężkie i przy tej sposobności wspominał, że od niedawna czuje się niedobrze, ma silne pragnienie i często musi mocz oddawać.

Badanie oczu nie wykazuje nic szczególnego, soczewki bez śladu zmętnienia, na obydwóch oczach Mp — 1 D.

$R =$ obustronnie $\frac{6}{36}$ do $\frac{6}{38}$; $\frac{6}{6}$ Mp 1 D. Nd. 0.4 czyta z $+ 0.5$ D.

Badanie moczu wykazuje 5.7% cukru.

Zapisano mu odpowiednie szkła i dyetę. Po 8 dniach zgłosił się, podając, że obecnie znowu bez szkieł dobrze widzi w dal, a ogólne cierpienia także znikły. Badanie wzornikowe wykazuje emmetropię obuocznie. $R = \frac{6}{6}$, a 0.4 czyta z $+ 1.75$ D, mocz bez cukru.

W pięć dni później zgłosił się znowu, podając, że gorzej widzi.

Wzornik wykazuje hypermetropię od 1 do 2 D obuocznie.

R pr. o. = $\frac{6}{60} + 1.75$ D \odot cyl. $+ 0.5$ D $\frac{6}{5}$. Nd. 0.4 czyta z $+ 4$ D na 30 cm. p. pr.

R l. o = $\frac{6}{60} + 1.75$ D $\frac{6}{5}$.

Mocz bez cukru.

Upośledzenia w widzeniu wkrótce ustąpiły i już się nie powtórzyły.

Że krótkowzroczność w następstwie cukrzycy wystąpić może, jest rzeczą znaną, i zwykle się zdarza, że powstała myopia albo pozostaje, albo się zwiększa wskutek rozwijającego się zmętnienia soczewki, a do rzadkich należą przypadki, w których zmiany w łamliwości w krótkim czasie ustępują. Prawdopodobnie rozchodzi się tutaj o przemijające osłabienie akomodacyi, które dopiero po ustąpieniu cierpienia ogólnego wystąpiło (Nieden 0.4 z + 4 D na 30 cm p. pr.). Upośledzenia w widzeniu powstały w ten sposób, że dotychczasowa ukryta hyperopia stała się jawną.

Przypadek zaniku nerwu wzrokowego przy cukrzycy obok uwag o oddziaływaniu źrenic przy przeświecaniu twardówki (Ein Fall von Sehnervenatrophie bei Diabetes nebst Bemerkungen über Pupillarreaction bei Durchleuchtung der Sklera.). Dr Stoewer.

Górnik 34letni utracił wzrok prawego oka po urazie, a od roku zauważył, że wzrok lewego oka coraz bardziej słabnie.

Badanie wykazało lekko rozbieżne ustawienie prawej gałki, rogówka okazuje górą podługowatą bliznę, głęboką przednią komorę i szerokie tylne zrosty, soczewka zamieniona na błoniastą zaćmę.

Lewe oko zewnętrznie prawidłowe. $V = \frac{4}{25}$. Zewnętrznego pola widzenia brak, oprócz małego środkowego pasemka. Tarcz ostro odgraniczona. Dno oka bez zmian. Dalsze badanie wykazało *diabetes mellitus* mocz w ilości 10 litrów i 7% cukru.

Ponieważ badanie wziernikowe i na barwy wykluczało zapalenie nerwu wzrokowego, które przy cukrzycy nie należy do rzadkości, więc musiano przyjąć, że się ma do czynienia ze zwyczajnym zanikiem nerwu wzrokowego. Wprawdzie możnaby przyjąć jako przyczynę silniejszy krwotok do nerwu wzrokowego, któryby przy cukrzycy był możliwym, ale przeciw temu przemawia przebieg kliniczny, a przede wszystkim powolna utrata wzroku. Czy także na prawem oku znajduje się zanik nerwu, trudno określić, bo zaćma wtórordna nie dozwala zbadać dokładnie dna oka, wobec czego nie można rozstrzygnąć, czy silne upośledzenie wzroku do zaćmy, czy też częściowo do niedostatecznej czynności nerwu wzrokowego odnieść należy. Badanie pola widzenia i na barwy nie przemawia za zapaleniem tego nerwu.

Ponieważ brakowało skroniowej połowy pola widzenia na lewym oku, według przypuszczenia autora w następstwie choroby nerwu wzrokowego, należało również oczekiwać braku połowicznej reakcyi źrenic, co rzeczywiście zostało stwierdzonem, bo oświetlenie skroniowej strony siatkówki wykazywało żywe zwężenie źrenic, podczas gdy oświetlenie nosowej strony albo żadnego, albo bardzo nieznaczne

zwężenie wywoływało. Przy tej sposobności wykazano, że źrenice się zwężyły bez wpuszczania światła przez źrenice, wystarczyło już same przeświecenie przez twardówkę.

Powtarzające się krwotoki do ciała szklanego wskutek periphlebitis (Rezidivierende Glaskörperblutung durch Periphlebitis.). Dr H. Salamonsohn z Berlina.

Mężczyzna 35letni zgłosił się do autora, skarżąc się na osłabienie wzroku lewego oka. Z wywiadów dowiedział się autor, że chory przed 10 laty nagle zaniewidział, a ówczesne badanie wykazało krwotok ciała szklanego. Następnie miał mieć częste krwotoki nosowe, a przed rokiem przebył silną grypę, po której nie może przyjść do siebie.

Badanie wzroku wykazuje bystrość na prawem oku $\frac{5}{3} + 0.5 D$, na lewem oku $\frac{5}{3} + 0.5 D$. Wziernikiem prawe oko prawidłowe, lewe oko okazuje liczne pyłkowate zmętnienia ciała szklanego. Po użyciu *kalii jodati* i środków odwodzących wyjaśnia się c. szkliste, bystrość wzroku się poprawia, a wziernik wykazuje następujące zmiany: Na pierwszej gałęzi *vena temporal. super.*, zwróconej ku płamce żółtej, znajduje się jasnoblyszczący twór, na 2 mm sterzący do ciała szklanego. Następna gałąź żyły skroniowej jest zwróconą ku górze i posiada na górnym końcu na cienkiej czarnej nitce zawieszoną biało połyskującą masę łącznotkankową. Podobna masa znajduje się także po skroniowej stronie na obwodowym zakończeniu żyły skroniowej górnej. W tem miejscu wybiegają od masy łącznotkankowej drobne latorośle naczyńiowe. Na obwodzie, szczególnie po stronie nosa, widać liczne czarne kupki barwikowe, a ku górze szarobiałe ognisko.

W miesiąc po wyleczeniu nabawił się kataru oskrzelowego, połączonego z gorączką, i wkrótce potem ośleplł nagle na lewe oko. Znaleziono wtedy całkowite zmętnienie ciała szklanego, a po stronie skroniowej rozpoznać można masy krwi. Po zastrzykiwaniach rozczyńu soli i użyciu jodu i arsenu wyjaśnia się oko na nowo. Wzrok również powoli się poprawił.

W przypadku tym krwotoki pochodzą od zmian chorobowych żyły skroniowej górnej, a interesującym jest przypadek ten z tego względu, że pierwszy krwotok wystąpił w 25 roku życia, a następny dopiero w 10 lat później, podczas gdy choroba ta występuje po największej części między 12 a 25 rokiem życia. —

Dwa przypadki przerzutowego zapalenia ocz (Zwei Fälle von metastatischer Augenerkrankung.). Dr Liebrecht z Hamburga.

W jednym przypadku rozechodzi się o przerzutową oftalmię

streptokokową z prędkim zropieniem ciała szklistego, w drugim przyszło do tworzenia się licznych abscesów w naczyniówce wskutek embolii stafylokokowej.

1. Przerzutowe zapalenie oka streptokokowe (*Metastatische Streptokokkenophthalmie.*)

Przypadek odnosi się do 39letniego nałogowego pijaka, który wskutek upadku doznał silnego potłuczenia prawej strony klatki piersiowej, a badanie przedsięwzięte po kilku dniach wykazuje poniżej prawej brodawki sutkowej niezwykłą ruchomość i trzeszczenie żeber. Ponieważ obrzmienie w tem miejscu coraz bardziej się zwiększało, nadcięto w wysokości ósmego żebra, a z rany wypłynęła wodnista ropa, w której wykazano prątki. W następnych dniach nabrzmiały gruczoły nadobojczykowe, szyjne, pachowe z wysoką gorączką. Nieco później nabrzmiały różne stawy.

Czternastego dnia po wypadku zachorował na oko z upośledzeniem w widzeniu, zapaleniem tęczówki, nabrzmieniem spojówki powiekowej i gałkowej i silną bolesnością w okolicy ciała rzęskowego.

Rozpoznano wtedy przerzutowe ropne zapalenie oka i wyjęto je.

Badanie mikroskopowe wykazuje na skrawkach nagromadzenie masy ropnej w ciele szklistem, siatkówka oderwana i otoczona ropą. Największa ilość ropy nagromadzona koło ciała rzęskowego i na tylnej powierzchni tęczówki. W środku, wśród nagromadzonych ciałek ropnych, znajduje się gęsty splot nici streptokokowych. Naczyniówka jest zgrubiała i warstwy jej trudno rozróżnić, jednak tak w niej jakoteż w tęczówce streptokoków nie znaleziono. Na tarczy i w nerwie wzrokowym znajdują się ślady pozapalne. Naczynia są wolne od czopów i skrzepów.

Z powyższego wynika, że przyszło do ropnego zapalenia wnętrza oka z powodu przerzutowego osiedlenia i rozmnożenia się streptokoków w przedniej skroniowej części siatkówki, a po zniszczeniu tejże dostały się streptokoki do ciała szklistego, jakoteż poza siatkówkę i naczyniówkę.

2. Przerzutowe małoogniskowe zapalenie naczyniówki stafylokokowe (*Metastatische kleinherdige Staphylokokken-Chorioiditis.*)

Młodego człowieka przywieziono do szpitala z rozpoznaniem *sepsis*. Matka jego podaje, że przed 6 dniami uderzył się w czoło i od tego czasu ma mieć silną gorączkę. Na czole po lewej stronie znajduje się ranka, z której za uciskiem wydobywa się ropa. Rana

dokoła obrzękła, temperatura 40^o, tętno 160. Prawa źrenica szersza od lewej, chory umarł wkrótce.

Sekecy wykazuje w woreczku sercowym eksudat, mięsień sercowy licznymi małymi ropniami pokryty, śledziona powiększona, nerki i wątroba również ropniami zasiane.

Badanie makroskopowe oczu wykazuje w naczyniówkach liczne wielkości główki od szpilki wystające guzki, które pod mikroskopem przedstawiają się jako małe ropnie, złożone z gęsto obok siebie ułożonych komórek ropnych bez tkanki oddzielającej. W środku każdego ropnia znajduje się ognisko prątków tuż pod błoną sprężystą. —

W pierwszym przypadku musiał prawdopodobnie z ogniska streptokokowego koło zębra dostać się czop zakażony do krwi i usadowić się w mniejszych naczyniach siatkówki i tu swój szkodliwy wpływ rozwinąć. Prątki dostały się także do naczyń limfatycznych, ale zostały zatrzymane w gruczołach, które nabrzmiały, i wcale nie dostały się do ogólnego obiegu krwi. — W drugim przypadku znajdujemy liczne ogniska przerzutowe w sercu, w wątrobie, w nerkach i w naczyniówkach, co świadczy, że krew była pośredniczką w zakażeniu.

Powikłany przypadek porażenia mięśni obuocznych, porażenia zbieżne, jednostronny niedowład twarzowy, mikro-psya, makropsya, połączone z dyschromatopsya (Ein komplizierter Fall doppelseitiger Augenmuskellähmungen, Konvergenzlähmungen, einseitiger Facialisparese, Mikropsie, verbunden mit Dyschromatopsie). Doc. Dr Sidler-Huguenin z Zurychu.

Autor miał sposobność badać 58letniego mężczyznę, który nagle zaczął widzieć podwójnie. Stan chorego był następujący: Lewy kącik ust niżej się znajdował od prawego, chory nie mógł gwizdać i dmuchać. oczy mogą się w poziomie w prawo i lewo dobrze poruszać, natomiast podnoszenie i obniżenie niemożliwe, lewe oko zbacza ku środkowi i jest wystające. Ruchy skojarzone w bok są prawidłowe, jednak zbieżne akomodacyjne niemożliwe. Po zakryciu jednego oka, może się drugim ku nosowi patrzeć na przedmiot w odległości 7 — 5 cm. Obydwie źrenice są bardzo wąskie, oddziaływują wprost i współczulnie na światło, jednak bardzo leniwie, przy konwergencji wcale nie reagują. Jednocześnie czyta drobny druk, obuocznie w-zystko zamazane. Wziernikiem nie wykazać nie można. Z podanych podwójnych obrazków można wnioskować, że porażonym jest *obliquus super. dextr. et obliquus infer. dextr. i rectus infer. sin*

W 4 dni później przyłączyły się jeszcze inne objawy: Przy

patrzeniu prawem okiem wydawały się wszystkie przedmioty w odległości 1—3 m. większe i czerwiejsze, aniżeli lewem okiem, przy patrzeniu lewem okiem zdawały się przedmioty mniejsze, więcej żółtawe i bledsze. Objawy te w odległości mniejszej od 1 m nie występowały.

W trzecim tygodniu znikło porażenie *facialis*, a przez przechylenie głowy na lewą stronę, tak, że uchem dotykał ramienia, udało się mu podwójne obrazy połączyć w jeden obraz. Po dwóch miesiącach znajdował się jeszcze rzekomy obraz we wszystkich postawach prostopadle pod prawdziwym. Podnoszenie oczu już było możliwem, jednak obocznej konwergencji brak. Po roku znikły mikropsya i makropsya z widzeniem barwnem i widział tylko pojedynczo, tak w pobliżu, jak i w dal.

Z. IX. Wrzesień. 1903.

Przyczynek do kazuistyki torbieli urazowych spojówki gałkowej i do rokowania i leczenia zakaźnych zranień oka (Zur Kasuistik der traumatischen Cysten der Conjunctiva bulbi und zur Prognose und Therapie infizierter Augenverletzungen.). Dr O. Lange. Z oddziału szpitala w Brunświku.

1. Do kazuistyki urazowych torbieli spojówki gałkowej (*Zur Kasuistik der traumatischen Cysten der Conjunctiva bulbi*).

Ponieważ Cirincione twierdzi, że uraz nie może być czynnikiem usposabiającym w tworzeniu się torbiela spojówkowego, przeto autor opisuje następujący przypadek:

Odźwierny szkolny zranił sobie śrubociągiem prawe oko, a wkrótce po wypadku przedsięwzięte badanie wykazało ranę dartą w górnej nosowej części spojówki gałkowej bez uszkodzenia rogówki i twardówki. Po oczyszczeniu rany i worka spojówkowego ranę zaszyto i założono opaskę. Rana zablizniła się bez żadnych następstw. Po 8 miesiącach zgłosił się chory powtórnie do autora, podając, że od kilku miesięcy uczuwa szczególny ucisk w wewnętrznym kącie oka, jak gdyby miał ciało obce w oku. Przy patrzeniu wprost przed siebie można było zauważyć pod powieką górną w odcinku nosowym płaskie półkuliste wypuklenie, które przy dotyku przedstawiało się jako elastyczny twór, a przy ruchach bocznych gałki zmieniało odpowiednio swoje miejsce. Przy patrzeniu ku górze znikało. Przy patrzeniu ku dołowi i po podniesieniu powieki górnej, widać w miejscu zranienia żółtawo przeświecający elastyczny nowotwór, usadowiony szeroką podstawą na twardówce i mało przesuwalny. Nowotwór wyjęty przedstawia się jako pęcherz wypełniony cieczą bez żadnego ciała gęstszego, bo wszędzie jednakowo żółtawo prze-

świecał, a więc nie był niczem innym, jak tylko surowieczym torbielem, który się usadowił w miejscu poprzedniego zranienia.

2. Rokowanie i leczenie zakaźnych zranień oka (*Zur Prognose und Therapie der perforierenden infizierten Augenverletzungen*).

Chłopca 7letniego przyprowadzono do autora ze zranionem okiem, które przy badaniu wykazało stan następujący: Spojówka i tkanka gałkowa lekko nastryknięta i obrzmiała. W środku dolnej krawędzi rogówkowej znajduje się mała do środka oka prowadząca ranka, z której zwisa włóknistoropny barwikowy strzępek.

Rogówka lekko zmętniona, bez połysku, jakby pokłuta. Ciecz przedniej komory zmętniona, a na dnie tejże, jakoteż na przedniej powierzchni tęczówki znajduje się żółtawy ropnowłóknisty pasek wypociny. Tęczówka zielonawożółto zabarwiona, rysunek zatarty, wąska źrenica włóknistoropnym czopem zamknięta. $V = 0$.

Rozpoznano *uveitis purulenta traumatica*, a ponieważ nie było poczucia światła, musiano przyjąć poczynające ropienie ciała szklistego z zajęciem siatkówki. Po wyczyszczeniu worka spojówkowego odcięto wiszący strzępek, wypalono ranę aż do głębokości 4 mm, założono mokry opatrunek i zarządono wcierania maści rtęciowej według polecenia Schirmer'a po 2 gr. dziennie. Po 5ciu dniach rogówka zaczęła się wyjaśniać, a po 10dniowem leczeniu wzrok się tak dalece poprawił, że widział $\frac{6}{15}$ z $+ 2.75$ D.

Ciało szkliste znacznie się wyjaśniło, okazywało jednak liczne strzępiaste zmętnienia, a zewnętrznie było oko, aż do małej blizny rogówkowej, zupełnie prawidłowe. Po 15 dniach wynosił $V = \frac{6}{8} - \frac{6}{6}$ z $+ 1$ D. Pole widzenia dobre. Schirmer wykazuje na licznych przypadkach z urazowemi obrażeniami oka, że można osiągnąć doskonałe wyniki przy użyciu tylko wieerek rtęciowych, bez użycia jakichkolwiek innych środków.

Przypadek zaniku gałki przy mięsaku naczyńiówki (Ein Fall von Phthisis bulbi bei Aderhautsarcom.). Dr Klemens Harms. Z kliniki okulistycznej w Tybindze.

Przypadki występowania mięsaka na zanikłym oku należą do rzadkości, podczas, gdy zanik oka w następstwie mięsaka wewnątrzocznego częściej się zdarza i do tego rodzaju należy również przypadek poniższy.

Do polikliniki zgłosił się wieśniak, który przed 10 miesiącami wskutek przeziębienia zaczął lewym okiem gorzej widzieć, a ówczesne badanie bystrości wzroku wykazało na prawem oku $\frac{6}{10} : \frac{6}{7.5} + 0.5$ D; Nieden 1 $+ 2.5$ D.

Zewnątrznie i wziernikiem żadnych zmian nie znaleziono.

V l. o. = $\frac{6}{25}$ — $\frac{6}{20}$: $\frac{6}{15}$ + 1 D; Nieden 1 + 3 D, oko niepodrażnione; napięcie nieco podwyższone. Źrenica nieco rozszerzona zaledwie oddziaływa przy oświeceniu wprost, a współczulnie słabo. Przy przeświecaniu i w obrazie odwrotnym otrzymuje się szarawy odbłask, górna połowa tarczy ostro odcięta półkolistym czarnym brzegiem od szarobiałego pęcherzykowatego wzniesienia. Rozpoznano oderwanie siatkówki w następstwie mięsaka naczyńiówki.

Przy przyjęciu do kliniki stan był następujący:

V pr. o. = $\frac{5}{10}$: $\frac{5}{5}$ + 1 D; Jäger 1 + 3 D; oko bez zmian.

V l. o = światło niepewne, projekcyja zła. Źrenica nieco rozszerzona, leniwo oddziaływa na światło, dobrze współczulnie. Wziernikiem środowiska czyste, tylko zewnątrznie czerwony odbłask, zresztą wszędzie siatkówka oderwana i silnie napięta wskutek szarobrunatnej przeświecającej tkanki. Rozpoznano mięsak naczyńiówki. Na wyjęcie oka się nie zgadza.

Po 5 miesiącach wskutek silnych bólów zgłosił się znowu do kliniki z prośbą o wyjęcie oka, które było bolesne przy dotyku i okazywało lekkie nastrożenie spojówkowe i rzęskowe, powieki były lekko zapadnięte, szpara powiekowa mniejsza. Gałka w całości mniejsza, rogówka przyplaszczona, bez połysku, zmętniała, źrenica tak szeroka, że z tęczówki pozostał wąski pasek, komora przednia głęboka, dołem znajdowała się krew (*hyphaema*). Napięcie — 2 do — 3.

Po wyjęciu oka zagojenie odbyło się prawidłowo.

Mikroskop potwierdził w zupełności rozpoznanie kliniczne, to jest mięsak naczyńiówki z następowem oderwaniem siatkówki. — Wkońcu przyszło do zapalenia ciała rzęskowego i tęczówki i do zaniku gałki.

Dwa przypadki wągra mózgowego z tarczą zastoinową (Zwei Fälle von Cysticercus cerebri mit Stauungspapille.). Dr E. Jacoby, asystent kliniki okulistycznej w Wrocławiu.

1. przypadek. Cierpienie rozpoczęło się u silnego, 46letniego mężczyzny przed 10 tygodniami osłabieniem wzroku, silnymi bólami głowy po lewej stronie, bólami w prawej, a nieokreślonem uczuciem w lewej ręce, później przyłączył się chwiejny chód.

Badanie dna oka wykazuje tarcz zastoinową wysokiego stopnia z małymi krwotokami. V = $\frac{6}{10}$. Lewa strona głowy na dotyk wrażliwa, odruchy ścięgniste na dolnych kończynach nieco wzmożone. W ciągu 8tygodniowego spostrzegania wzrok prawego oka stopniowo się pogarszał aż do liczenia palców na 2·5 m, a lewego

oka na $\frac{5}{30}$. Pole widzenia, początkowo prawidłowe, zaczęło się na lewym oku ścieśniać współśrodkowo, a na prawym oku od wewnątrz i od dołu. Ponieważ bóle w lewej stronie głowy stale się utrzymywały i wystąpiło prawostronne porażenie nerwu twarzowego, zrobiono trepanację w okolicy lewej środkowej bruzdy, jednak oprócz ogólnych oznak uciskowych żadnych zmian chorobowych nie znaleziono. Po przemijającym ogólnym porażeniu przyszedł chory nieco do siebie, tarcz zastoinowa nieco ustąpiła, a po 9ciu dniach wśród wysokiej gorączki nastąpił *exitus*.

Sekcyja wykazała włóknistoropne zapalenie opony miękiej na podstawie czaszki. Nerw wzrokowy w miejscu skrzyżowania otoczony grubą galaretowatą tkanką, w której znajdowały się próżnie wielkości pestki wiśni. Mikroskopowo znaleziono w owych próżniach wągra *cysticercus racemosus*.

2. przypadek. U mężczyzny 36letniego znaleziono przy przyjęciu do kliniki zapalenie nerwu wzrokowego z promienistymi krwotokami, siatkówka szaroczerwawo zabarwiona i zmętniała. Chód niepewny, pamięć osłabiona. Z czasem przybyła sztywność w karku, tarcz zastoinowa, a wkońcu *exitus* wśród wysokiej gorączki.

Podczas sekcyi znaleziono bruzdy mózgowe przypłaszczone, oponę mięką zgrubiałą, a w miejscu skrzyżowania się nerwu wzrokowego leżały 3, prawie o 1 cm średnicy, duże okrągłe pęcherze, o delikatnej, przeświecającej ścianie, z treścią jasną, wodnistą, — 2 inne pęcherze znajdowały się przy przejściu do mostka (*pons*). Komory boczne silnie rozszerzone, w lewym rogu tylnym znajdowały się 3 podobne pęcherze. W pęcherzach tych znaleziono również *cysticercus racemosus*.

Październik (Ref. Dr Liebermann).

O związku, zachodzącym pomiędzy jaskrą a odczepieniem siatkówki (Die Beziehungen zwischen Glaukom und Netzhautabhebung). Dr Hillemanns (Duisburg nad Renem).

Zdaniem Leber'a, jaskra i odczepienie siatkówki nawzajem się wykluczają, gdyż wzmożone parcie wśródocznego przeciwdziała odrywaniu siatkówki. Jedyny wyjątek stanowią pod tym względem nowotwory.

Siatkówka odczepia się od swego podłoża tylko wówczas, jeżeli ciało szkliste uległo rozwodnieniu. Jeżeli zaś tak zmienione oko ulegnie *iridocyclitis*, to może równocześnie obok siebie istnieć jaskra i odczepienie siatkówki.

Zdaniem autora, mogą obie wyżej wymienione zmiany w następujących przypadkach równocześnie obok siebie istnieć:

I. Nowotwory i jaskra krwotoczna. W tych wypadkach odzecie-
nienie siatkówki jest cierpieniem następowem.

II. Jaskra; w okresie zwyrodnienia, gdzie już utworzyły się gar-
biaki twardówkowe lub rogówkowe, przydarza się często również
i odzecieenie siatkówki.

III. Jaskra zapalna; znane są wypadki jaskry, w przebiegu
których, mimo, że chory okiem tem jeszcze widział, nastąpiło od-
czecieenie siatkówki. Przypadki tego rodzaju opisali U h t h o f f i N o r -
d e r s o n.

IV. Odzecieenie siatkówki może być cierpieniem pierwotnem,
do którego skutkiem *iridocyclitis* dołączają się objawy jaskry.

V. Odzecieenie siatkówki skutkiem urazu, a jaskra dopiero
później się zjawiała. Przypadki te opisują: R ä h l m a n n n, H o o r,
F u c h s i D r a n s a r t.

O wysadzeniu gałki ocznej (Ueber Exophthalmus.). Dr E.
B e r n s t e i n z D y s s e l d o r f u.

Autor opisuje dwa przypadki wysadzenia gałki ocznej, z in-
nego, niż to się zwykle dzieje, powodu.

U dwunastoletniego dziewczęcia rozpoczęło się cierpienie bó-
lem zębów po stronie lewej. Wkrótce potem obrzękły: lewy poli-
czek, powieki lewego oka i lewa skroni. Wzdłuż *margo infraorbi-*
talis czuć można było wyraźne chęłbotanie. Gałka oczna lewa
znacznie ku przodowi wysadzona. Po nacięciu w temże miejscu,
wydobyła się znaczna ilość ropy, a zgłębnikiem wejść można było
przez ranę aż do jamy Highmor'a. Już na drugi dzień po ope-
racyi wysadzenie gałki ocznej znacznie się zmniejszyło, a gdy za-
palenie jamy Highmor'a ustąpiło, znikło również i wysadzenie
gałki ocznej. Przyczyną *exophthalmus* było więc tylko kollateralne
zapalenie tkanek w oczodole.

Odmiernym znów jest drugi przez autora opisany przypadek.

Robotnik 47 lat liczący zauważył, że od kilku dni lewe oko
coraz bardziej ku przodowi występuje. Skarżył się on nadto na
uporczywe bóle głowy.

Badaniem żadnego guza wykazać nie było można; natomiast
cała gałka oczna była znacznie ku przodowi wysadzona. Uciskiem
mógł ją autor nieco napowrót do oczodołu wtłoczyć, przyczem chory
znacznego doznawał bólu.

Tętnienia gałki nie zauważono.

Na lewej skroni i na czole chorego znajdowały się dwa guzy,
zbitości ciastowatej, niebolesne, które zewnętrznie z okiem w ża-
dnym nie stały związku.

Dno oka, oprócz nieznacznego rozszerzenia żył, wykazywało stosunki prawidłowe.

Niebawem chory stracił zupełnie przytomność. W trzy dni później chorego odwieziono do szpitala, gdzie stwierdzono, iż wysadzenie gałki ocznej wzmoгло się jeszcze, a na dnie oka stwierdzono już wyraźne przepełnienie i pokręcenie żył i zwężenie tętnic, szare zabarwienie tarczy nerwu wzrokowego, a w jej środku wybroczynę.

Na podstawie tego wyniku badania autor wykluczył *exophthalmus pulsatorius* i zakrzep w *sinus cavernosus* i pozostała tylko możliwość istnienia w tym przypadku miękkiego nowotworu, który pozwalał na częściowe włóczenie gałki z powrotem do oczodołu.

Przy operacyi przekonano się, iż to był mięsak. Ponieważ jednak przy operacyi zbyt silny nastąpił krwotok, więc od doszczętnego wyluszczenia guza odstąpiono, zwłaszcza, iż z rany zewnętrznej można było zgłębnikiem wejść wprost do mózgu.

W kilka dni po operacyi chory zmarł, a sekcya wykazała, iż nowotwór wychodził z opony twardej (*fungus durae matris*), który na mózg nigdzie nie przechodząc, zniszczył jednakże kości czaszki i wrósł do oczodołu, wypychając przed sobą gałkę oczną.

O sposobach leczenia wrzodu pełzającego rogówki, ze szczególnem uwzględnieniem sposobów stosowanych w klinice okulistycznej w Bonn (Ueber die Behandlungsmethoden des Ulcus corneae serpens, mit besonderer Berücksichtigung der in der Bonner Universitätsaugenklinik geübten Therapie.). Dr J. Herman, były asystent kliniki.

Autor ostrzega przed szematycznym leczeniem tego cierpienia.

W każdym przypadku trzeba inaczej postępować, raz leczyć łagodniej — maściami, drugi raz znów, zmuszonym jest lekarz do energicznego leczenia, przez wypalenie lub operacyę.

W tych przypadkach, w których sam wrzód był niewielkim a brzegi jego nieznacznie tylko podminowane, stosowano w klinice w Bonn z bardzo pomyślnym wynikiem atropinę i ciepłe okłady; inni stosowali znów w tych razach itrol, dermatol, aristol lub dioninę. Stasiński zastrzykuje pod spojówkę 1.0—1.50 cm³ dosyć zgęszczonego roztworu soli kuchennej, poczem sam wrzód ostrą łyżeczką wyskrobuje, lub też, jeżeli grozi przebicie, wyciera wrzód nalewką jodową i zakrapla atropinę do worka spojówkowego. Zirm polecał zakładanie do worka spojówkowego wazeliny ze sublimatem co 2 godziny.

Wolffberg stosował pastę formalinową.

W klinice w Bonn na chore oko żadnego nie zakładano opatrunku, a to w tym celu, by ropa, zawierająca bardzo jadowite bakterye, miała możliwie swobodny odpływ.

Co do zastrzykiwań podspojówkowych, czyto sublimatu, czy też soli kuchennej, to zdania są pod tym względem podzielone. Jedni bardzo je chwala, inni znów, przeciwnie, żadnych dodatnich wyników po ich zastosowaniu nie widzieli. Z innych sposobów leczenia przytacza autor przypalanie lapisem rąbka (*limbus*) i wyskrobywanie wrzodu (*Fisch*).

W ostatnich czasach podał Rōmer leczenie wrzodu pełzającego surowicą przeciwpneumokokową, zastrzykiwaną podskórną, lub podspojówkowo, lub też wkraplaną do worka spojówkowego. Stosując ten środek, miał on osiągnąć bardzo pomyślne wyniki.

Do większych zabiegów operacyjnych, a mianowicie do przecięcia wedle Saemisch'a, lub do galwanokaustyki uciekano się w klinice w Bonn tylko w przypadkach ciężkich, gdy wrzód był duży i pełzał ku środkowi rogówki, lub też, gdy nagromadziło się duże *hypopyon*. Nakłucie rogówki w jakimkolwiek bądź miejscu, zdaniem autora, żadnego w tem cierpieniu nie ma znaczenia.

Przeciwnicy sposobu Saemisch'a podają, że po przecięciu rogówki powstaje bardzo często *leucoma adhaerens* i *glaucoma consecutivum*. Autor przyznaje, że bardzo często powstają zrosty rogówko-tęczówkowe, lecz następują jaskrę widział on z tego powodu bardzo rzadko, a to dlatego, że zrosty nie są rozległe, bardzo często tylko nitkowate.

Kilkakrotnie zauważono po rozcięciu rogówki zaćmienie w soczewce. Autor tłumaczy to tem, że po rozcięciu rogówki na znacznej szerokości, komora przednia powoli tylko wypełnia się z powrotem, przez co torebka soczewki długo przylega do tylnej ściany rogówki, co powoduje zmętnienie soczewki.

Oprócz typowego cięcia według Saemisch'a stosowali niektórzy autorowie rozmaite odmiany tegoż cięcia.

Williams przecina zawsze rogówkę pionowo z góry ku dołowi, a w klinice Pagenstecher'a prowadzą cięcie równoległe do postępującego brzegu wrzodu, ale nie przez ten ostatni, lecz jeszcze w zdrowej tkance zastrzykując równocześnie podspojówkowo rozczynek soli kuchennej.

Co do cierpienia woreczka łzowego, które częstokroć towarzyszy owrzodzeniu rogówki, to w klinice w Bonn postępowano w ten sposób, że przecinano górny przewód łzowy, uciskiem wydobywano ropę z woreczka łzowego, a worek spojówkowy przemywano rozczynek *hydrarg. oxycyanati* 1 : 1500.

Eversbusch na ostatnim zjeździe przyrodników w Monachium polecił czasowe podwiązanie przewodu łzowego.

Kuhnt, Wagenmann, Axenfeld i inni polecają wyłuszczenie woreczka łzowego.

O rzeźączkowem i nierzeźączkowem zapaleniu spojówek u noworodków (Ueber gonorrhoeische und nicht gonorrhoeische Bindehautentzündungen bei Neugeborenen.). Dr M. Haupt, asystent w Bonn.

Przyczyną zapalenia spojówek u noworodków niezawsze są gonokoki; częstokroć bowiem takie zapalenie ropne wywołują pneumokoki (Parinaud, Axenfeld, Gasparrini, Morax), *bacterium coli* (Bietti), *bacillus* pseudoinflueny i influeny (zur Nedden) i streptokoki (Groenouw).

Na 100 przypadków ropnego zapalenia spojówek wykazał Groenouw w 41 przypadkach, a v. Ammon w 44 przypadkach gonokoki. Obaj wspomniani autorowie dochodzą na podstawie swych bakteryologicznych badań do wniosku, że ani 2% azotan srebra, ani 5% protargol nie wnikają dosyć głęboko, by na pewno zabić wszystkie gonokoki.

Autor niniejszej pracy zestawił 61 przypadków ropnego zapalenia spojówek u noworodków. Wydzielinę spojówkową wszystkich chorych badano drobnowidowo i robiono z niej kultury. Jakkolwiek gonokoki pod względem podłoża, na którym rosną, są bardzo wybredne, to mimo to w dwóch przypadkach udało mu się wyhodować kultury gonokoków na czystym agarze glicerynowym, bez dodania jakiegokolwiek płynu surowiczego.

Przy badaniach tych okazało się równocześnie, że w miarę, jak hodowlę tę przeszczepiano na coraz to inny agar, traciły one coraz więcej na swej jadowitości.

Wynikom, osiągniętym z badań drobnowidowych wyhodowanych kultur, nie przypisuje autor wielkiego znaczenia, gdyż, jak już poprzednio wspomniano, gonokoki trudno bardzo rosną na sztucznem podłożu.

Daleko większy kładzie autor nacisk na badanie drobnowidowe wydzieliny worka spojówkowego.

Na 62 przypadki zapalenia ropnego spojówek wykazał on w 45ciu gonokoki, jako przyczynę choroby. W 17stu wypadkach wspomnianych drobnoustrojów wykazać nie mógł; były to przypadki już dłużej trwającej choroby, tak, że być może, iż gonokoki już wyginęły.

Nadto w liczbie tych 17stu przypadków znajdowały się i dwa przypadki, w których jako bakterję wywołującą chorobę wykazano

prątki influenzy, w jednym przypadku prątki pseudoinfluenzy, w jednym *bacterium coli* i w jednym streptokoki.

We wszystkich przypadkach na tle gonokoków, choroba rozpoczęła się między pierwszym a dwunastym dniem życia. W 2óch przypadkach rozpoczęła się ona daleko później i, zdaniem autora, nie była wynikiem zakażenia w czasie porodu

Znane są w literaturze przypadki, że zapalenie rzeżączkowe spojówek z wydzieliną ropną pojawiło się już bardzo prędko, bo w cztery godziny po porodzie (Strzemiński). Pęcherz płodowy w tym przypadku pękł na kilka zaledwie minut przed porodem. Na tej zasadzie przypuszcza Strzemiński, że zakażenie w tym przypadku nastąpiło przez nieuszkodzone błony płodowe.

Friedenwald widział wpływ ropny z worka spojówkowego już w godzinę po porodzie.

Rokowanie w przypadkach zapalenia ropnego na tle gonokoków jest daleko gorszem, niż w tych przypadkach, w których inne drobnoustroje były powodem schorzenia spojówek, gdyż w tym ostatnim przypadku daleko rzadziej zjawiają się powikłania ze strony rogówki.

Co do leczenia rzeżączki u noworodków, to w klinice w Bonn postępują w ten sposób, że, jak długo wypływa gęsta, łatwo krzepnąca ropa, powieki są silnie obrzmiałe, a spojówka ma powierzchnię silnie ziarnistą, to przemywają tylko często worek spojówkowy lekko odkażającym płynem (*hydrargyrum oxycyanatum* 1 : 1500), w stadium zaś *pyorrhoeicum* stosują *argentum nitricum* w 1½% — 3% owym roztworze. Środek ten stosują przez czas dłuższy, nawet jeżeli wydzieliną zupełnie znikła, aby w ten sposób zapobiedz nawrotom choroby.

Żaden ze stosowanych przetworów srebrowych ani nawet stosowany przez nich w Bonn protargol, nie oddał im takich usług, jak azotan srebrowy.

Münch. med. Wechschrft. Październik 1903. (Ref. Dr Liebermann).

Tabes incipiens i syphilis cerebrospinalis (Tabes incipiens und Syphilis cerebrospinalis.). Dr Alf. Schittenhelm. Z kliniki medycyny wewnętrznej we Wrocławiu.

Przy rozpoznaniu tabes, we wczesnych okresach tej choroby, główny dotychczas kładziono nacisk na brak odruchu kolanowego. Badania Uhthoff'a i Mann'a wykazały jednakże, że wcześniejszym daleko objawem jest zwrotna nieruchomość źrenic, która przez długi czas nawet jedynym objawem chorobowym być może.

Cassierer, Strauss i Nagoette badali drobnowidowo rdzeń chorych, u których istniała li tylko zwrotna nieruchomość źrenic, a zmarłych z jakiegokolwiek innej przygodnej przyczyny. Wykazali oni zawsze zwyrodnienia w rdzeniu odpowiadające wiądowi.

Podobnie rzecz się miała i w przypadku opisanym przez autora niniejszej pracy.

Z wyjątkiem zwrotnej nieruchomości źrenic, żadnych objawów nerwowych wykazać nie można było. Chory zmarł skutkiem *peritonitis perforativa tuberculosa*.

Badanie drobnowidowe rdzenia wykazało zwyrodnienie sznurów Golla koło *septum paramedullare*, począwszy od drugiego kręgu karkowego w dół. W niższych częściach zwyrodniała część zbliża się coraz bardziej ku powierzchni, ku sznurom Burdach'a. W obrębie kręgosłupa piersiowego zwyrodnienie znajduje się na znaczniejszej przestrzeni i jest bardziej rozlane. Sznury Golla są na tej przestrzeni wolne.

Na zasadzie swego wyniku badania przychodzi autor do wniosku, że skoro u chorego zjawi się zwrotna nieruchomość źrenic, to w pierwszym rzędzie myśleć należy o *tabes incipiens*. Tylko jeszcze dwie choroby wchodzą w takim razie w rachubę, t. j. *paralysis progressiva* i *lues cerebrospinalis*. Zwłaszcza ta ostatnia choroba zjawić się może pod postacią zupełnie do *tabes* podobną, jak to Oppenheim, Eisenlohr, Nonne i autor opisali.

Chora tego ostatniego od wielu lat cierpiała na uporeczywe bóle głowy. W październiku 1901 roku, gdy z powodu osłabienia wzroku zgłosiła się do kliniki, rozpoznano, na podstawie porażenia lewego *n. abducens*, nierównomierności źrenic, obustronnego częściowego zaniku nerwu wzrokowego i osłabienia czucia w zakresie *n. ulnaris* i w obrębie drugiego żebra, *tabes incipiens*. W maju 1902 chora nagle wśród drgawek traci przytomność. W klinice stwierdzono leniwe oddziaływanie źrenic na światło, drgawki w zakresie lewego nerwu twarzowego i w prawej kończynie. Następnego dnia zauważono upośledzenie mowy i ruchów, nierówność źrenic przy utrzymanej reakcyi na światło i konwergencyę i osłabienie lewego mięśnia prostego zewnętrznego. Wziernikiem stwierdzono zanik nerwu wzrokowego. Pole widzenia oka lewego było od strony skroniowej zwężone.

Pod wpływem leczenia jodem, a następnie szarą maścią, obraz chorobowy niebawem się zmienił. Początkowo objawy chorobowe ze strony źrenic pogarszały się coraz bardziej. Reakcyja na światło stawała się coraz gorszą. Po niejakiem czasie, w ciągu którego źrenice raz oddziaływały na światło, to znów nie, wszelkie objawy mózgowie,

z jedynym wyjątkiem zaniku nerwu wzrokowego po stronie lewej, ustąpiły.

W chwili, gdy wystąpiły u chorej objawy mózgowie, musiano odstąpić od dawniejszego rozpoznania, *tabes incipiens*. Myślano o *paralysis progressiva*. Dodatni wynik leczenia przeciwkłowego obalił jednak i to rozpoznanie. Była to *lues cerebro-spinalis*.

Jako objaw bardzo dla tej choroby znamienny podnosi autor niestałość i zmienność objawów ze strony źrenic, na co już Nonne w opisie swego przypadku zwrócił uwagę.

Listopad.

Dziedziczne matołectwo połączone ze ślepotą i rozpoznanie tej choroby (Die familiäre amaurotische Idiotie und ihre Diagnose.). Dr Artur Muhlberger z Londynu.

W literaturze znane są zaledwie 72 wypadki tej choroby. —

U chłopca, którego autor badał, choroba przedstawiała się nieco odmiennie, niż to zazwyczaj bywa. W rodzinie żadnych dziedzicznych chorób stwierdzić nie można było. Poród był prawidłowym. Gdy matka dziecię do lekarza przyniosła, liczyło ono rok życia. Gdy lekarz stwierdził, że dziecię nic nie widzi, matka udała się z niem do kliniki okulistycznej, gdzie ściśle przeprowadzono badanie. Przez przeszło dwa lata matka pielęgnowała następnie dziecko w domu. W ciągu tego czasu podupadało ono coraz to bardziej.

Obecnie $2\frac{1}{4}$ roku liczący ten chłopiec jest zaledwie 88 cm długości. Kościec jego jest prawidłowy, mięśnie wiotkie. Narządy wewnętrzne bez zmian. Twarz chorego jest bez wyrazu, oczy w ciągłym ruchu, źrenice średnio rozwarte, na światło nie oddziałują. Dziecko nie jest w stanie ani samo stać, ani nawet siedzieć. Władze duchowe w zupełności upośledzone.

Najznamienniejszym jest obraz dna oka.

Tarcz nerwu wzrokowego oka lewego jest owalna i brudnoszaro zabarwiona, naczynia wąskie. W okolicy żółtej plamki widać przestrzeń, odpowiadającą mniej więcej dwom tarczom nerwu wzrokowego, bladoróżowo zabarwioną, a otoczoną pierścieniem niejednostajnie rozrzuconego czarnego barwika. Reszta dna oka ma, z powodu niejednostajnego rozmieszczenia barwika naczyńiówki, ziarniste wejrzanie.

Tarcz nerwu wzrokowego oka prawego jest okrągła, zresztą obraz ten sam, co w oku lewym.

Siostra tego chorego, obecnie $1\frac{1}{2}$ roku licząca, okazuje podobne jak tenże objawy chorobowe, lecz w nieco mniejszym nasi-

leniu. U niej poczucie światła jest jeszcze utrzymanem; oczy są w ciągłym niepokoju.

Tarcz nerwu wzrokowego oka lewego jest brudnoszarą, okolica plamki żółtej prawidłowa; natomiast dołem wewnątrz widać kilka, promienisto ku żółtej plamce zdążających, czarnych smug. Całe dno oka ma wejrzenie ziarniste. Dno oka prawego analogiczne do lewego.

Oba te przypadki uważa autor za przypadki wrodzonego matolectwa i ślepoty, tylko, że u młodszej siostry choroba tak daleko się jeszcze nie posunęła, jak u brata. Pierwotnem cierpieniem było, zdaniem autora, schorzenie nerwu wzrokowego, a zmiany w naczyniówce są dopiero następownemi. Do wniosku tego dochodzi autor, porównując zmiany w oczach obojga rodzeństwa. U siostry i brata były zmiany w nerwie wzrokowym. Zmiany zaś w naczyniówce istniały tylko u starszego brata, u którego choroba trwa już znacznie dłużej.

Clin. opht. Z. 13. (Ref. A. B.).

Promienie X w lecznictwie okulistycznym (Introduction à l'étude des rayons X en thérapeutique oculaire.). Dr A. Darier.

Finsen zauważył wpływ promieni świetlnych na rozwój pewnych spraw chorobowych, a w szczególności na ospę, i polecał wystawiać chorych na działanie tychże promieni lub też umieszczać ich w pokoju o oknach z czerwonymi szklami, podobnie jak w kamerach fotograficznych. Główną rolę przy tem działaniu mają odgrywać promienie chemiczne. Następnie działanie zabójcze na drobnoustroje promieni chemicznych widma naprowadziło Finsen'a na leczenie wilka i gruźlicy skóry tymiż promieniami za pomocą odpowiednio sporządzonego przyrządu. Promieni zaczęto używać w okulistyce do leczenia jaglicy i gruźlicy spojówki.

Sposób działania promieni nie jest jeszcze znany: działanie elektro- lub fotochemiczne, wywołujące pobudzenie tkanek i zniszczenie komórek nowotworowych niedostatecznie zorganizowanych, zwolnienie osmosy, działanie podobne do działania wywołanego przez tuberkulinę (Neisser), działanie na napięcie naczyniowe (Kaposi) etc. Pod drobnowidem Scholtz stwierdził obrzmienie komórek przybłonkowych z wytworzeniem się wakuoli w pierwoszczu, nacieczenie komórkowe, a głównie lymfocytozę; następnie rozszerzenie naczyń, skutkiem czego przychodzi do wypociny surowiczej i do wessania składników chorobotwórczych.

Wyniki:

1. W licznych przypadkach promienie jakby nie działały na sprawę chorobową.

2. W wielkiej ilości przypadków następuje polepszenie, a szczególnie ustąpienie bólów, które często już po pierwszym posiedzeniu znikają.

3. Zupełne wyleczenie spostrzegano w pewnej ilości przypadków — i to wyleczenie prawie trwałe, w wielu przypadkach od 2 lat datujące się.

Do leczenia promieniami X nadają się najlepiej wilk skóry i przybłoniak (*epithelioma*).

Przy raku głębokim i mięsaku wyniki były mniej wydatne i wolne. Używano nadto promieni X w różnych cierpieniach skórnych, pewnych wyników jednak nie otrzymano. Dla oka działanie promieni X nie jest obojętnem. I tak Mayon spostrzegał wypadanie rzęs i zadrażnienie spojówkowe, potwierdza jednak twierdzenie Fuchs'a i Keidl'a, że promienie X nie mają wpływu na purpurę siatkówki. Wreszcie opisuje autor technikę postępowania.

Wskazania lecznicze do wstrzykiwań wśródzylnych sinku rtęci (Indications thérapeutiques des injections intra-veineuses de cyanure de mercure.). Dr Ch. Abadie.

Autor używa od lat 10ciu wstrzykiwań wśródzylnych sinku rtęci przy zajęciu oczu na tle kiły. Wstrzykiwania nie nadają się do wszystkich przypadków. Zapalenie tęczówki wypocinowe lub zapalenia jagodówki, które występują w kilka lat po wrzodzie pierwotnym, leczą się bardzo dobrze starym sposobem, wcierkami. W objawach jednak kiły późnej, występującej bez odczynu zapalnego, a lokalizujących się najczęściej w tkance nerwowej siatkówki i nerwu wzrokowego, wstrzykiwania wśródzylne mają wyższość nad innymi sposobami podawania rtęci. To samo dotyczy kiły późnej rdzenia i mózgu, a wreszcie kiły nabytej w wieku starczym. Wstrzykiwania poleca robić czas dłuższy, nawet lat parę — z początku robi je codzień, po 20stu przerwa 8—10 dni, później pauzy coraz dłuższe, dwu- i trzymiesięczne.

Autor przytacza kilka odnośnych przypadków.

Kuprocitrol i sposób jego użycia przy jaglicy. Wyniki otrzymane (Le cuprocitrol et son emploi dans la conjonctivite trachomateuse. Résultats obtenus.). Dr Arlt z Gracu.

Promienie X w leczeniu okulistycznym (Rayons X en thérapeutique oculaire.). Dr Bettremieux.

Autor próbował promieni Röntgen'a w 3 przypadkach jaglicy i otrzymał wyniki lepsze, aniżeli przy klasycznym leczeniu. Promienie X, wprowadzone w r. 1902 przez Rust'a w Bostonie,

przez Mayau'a, Stephenson'a i Welsh'a zaś w Londynie do leczenia jaglicy, mają mieć tę wyższość, że nie są bolesne, zdają się leczyć szybciej i lepiej zachowują spojówkę. Spojówkę wystawiamy na działanie promieni przez 2—15 minut. Odległość ampułki od oczu 10—25 ctm. Prąd 16 wolt i 3—4 amperów. Posiedzenia codzienne, a krótsze (2 minuty) autor uważa za korzystniejsze. — Stephenson i Welsh 8—15minutowe posiedzenia powtarzają co 5ty dzień. Szkodliwego działania na otoczenie oka, oko lub palec trzymającego powieki autor nie zauważył. Według Stephenson'a i Welsh'a działanie jest to samo, czy promienie padają wprost na odwrócone powieki, czy też na nieodwrócone. Przy dłuższem działaniu promieni 10—15 minut przychodzi czasem do zadrażnienia skóry, do wytworzenia się baniek, spostrzegano również nacieki rogówkowe, wypadanie rzęs, a także i palce trzymającego powieki mogą ucierpieć, szczególnie przy małej odległości ampułki Crookes'a.

Działanie tłumaczymy sobie miejscowem przekrwieniem; prawdopodobnie skutkiem zwiększonej fagocytozy przychodzi do wessania tkanki chorobowo zmienionej.

Nr 14—18. (Ref. Dr W. Reis.).

Przypadek nowotworu oczodołowego z jednostronnem wysadzeniem gałki ocznej i rzekomymi objawami Basedow'a (Un cas de tumeur de l'orbite avec exophtalmie unilatérale et pseudo-symptômes de Basedow.). Prof. Truc z Montpellier.

Autor przytacza przypadek, w którym rozpoznanie choroby Basedow'a opierało się na następujących danych: przyspieszenie tętna, wole, drżenie rąk, zmiany w czuciu, jednostronne wysadzenie gałki bez objawów Stellwag'a i Graefe'go, szybkie pogorszenie wzroku na oku lewem.

Okło prawe prawidłowe, pozostało zupełnie wolne od sprawy chorobowej.

Po kilku miesiącach można było wyczuć w oczodole lewym guz twardy i nieregularny. Po wyłuszczeniu zawartości oczodołu objawy przedtem spostrzegane ustąpiły. Guz należał do rzędu śród-błoniaków i dał powód do przerzutów, które trzy miesiące potem sprowadziły śmierć chorego wśród objawów mózgowych.

Jednostronne występowanie objawów Basedow'a nie upoważnia zatem do rozpoznania tej choroby; klasyczne rozpoznanie opierać się tylko może na obustronnem wysadzeniu gałek ocznych.

Zgłoszenia obowiązkowe śluzoropotoków u noworodków (L'ophtalmie des nouveau-nés et la déclaration obligatoire.). Dr Poinot z Rouen.

Przypadek ślepoty obustronnej w następstwie odry (Note sur un cas de cécité bilatérale, consécutive à la rougeole.). Dr Rollet z Blois.

Powikłania ze strony oczu w przebiegu odry ograniczają się zwykle do niedowidzenia przemijającego bez zmian lub też z nieznacznymi zmianami na dnie oka.

Przypadki całkowitej ślepoty należą do rzadkości. Autor przytacza podobny przypadek, w którym 13letnia dziewczynka po przebyciu odry zupełnie oślepla.

Na dnie oka znajdowały się zmiany barwikowe, podobne do obrazu anatomicznego, jakie spotykamy przy zwyrodnieniu barwikowem siatkówki.

Powstawanie tych zmian usiłuje autor w ten sposób wytłumaczyć, że toksyny choroby zakaźnej, działając przez czas dłuższy i z większą siłą, mogą powodować stałe zaburzenia odżywcze w komórkach nerwu wzrokowego i siatkówki.

Kilka słów w sprawie leczenia krwotoków siatkówkowych i następowej jaskry (Contribution au traitement des hémorrhagies rétiniennes et du glaucome consécutif.). Dr Poinot z Rouen.

Autor zaleca wstrzykiwania surowicy żelatynowej w przypadkach krwotoków siatkówkowych. Metodę tę do lecznictwa wprowadził Wecker; surowica zaś, używana przez Dr P., zawiera 5% żelatyny i 5% chlorku sodu. Działanie tej surowicy ma polegać na tem, że wskutek zawartości soli wapiennych i właściwej kwasoty powoduje ona szybkie skrzepnięcie wynaczynień. Żelatyna sama pozbawiona tych własności, jest bezskuteczną. Dodatek adrenaliny potęguje działanie tej surowicy.

Nierozstrzygniętem zaś pozostawia autor pytanie, czy należy wykonywać iridektomię zapobiegawczą przeciw jaskrze w przypadkach krwotoków siatkówkowych i podwyższonego ucisku.

Zatrucie chininą (Intoxication quinine). Dr Reina z Madrytu.

Zatrucie, wywołane przypadkowym spożyciem dawki 30 gr. chininy zamiast 30 gr. siarkanu magnezyowego. Z objawów ocznych obok ischemii tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki i zwężenia pola widzenia, pozostała, już po wyleczeniu ogólnych objawów zatrucia, zupełna ślepota barwna (*achromatisme*).

O zapaleniach nerwu ocznego w przebiegu chorób zakaźnych (Des névrites optiques dans les maladies infectieuses.). Dr Sourdille z Nantes.

O przemieszczeniu mięśnia ku przodowi wraz z torebką (Sur l'avancement musculocapsulaire.). Dr Jo c q s.

Uwagi nad przypadkiem zapalenia współczulnego (Remarques à propos d'un cas d'ophtalmie sympathique.). Dr Dêl-bês z Perigueux.

Autor zwraca uwagę na późne pojawienie się zapalenia współczulnego (4¹/₂ lat po wypadku), mimo obecności odprysku żelaza w oku. Po wyjęciu oka pierwotnie zranionego zapalenie współczulne na drugim oku stopniowo ustępowało, a bystrość wzroku przemi-jająco polepszała się za każdorazowem wstrzyknięciem pod spojówkę 10⁰/_o roztworu soli.

Adrenalinum hydrochloricum (Le chlorhydrate d'adrenaline.). Dr Schnaudigel z Frankfurtu n. M.

Leczenie ciężkich postaci chorób ocznych na tle liko-wem (Traitement des accidents syphilitiques oculaires graves.) Dr Darier z Paryża.

Na podstawie wyników leczenia stosowanego w większej ilości przypadków rozpaczliwych, zaleca autor wstrzykiwania wśródźylne wodnego roztworu sinku rtęci lub dwujodku rtęci (0.005—0.01), wzmacniając stopniowo dawkę aż do 0.02—0.04! pod ciągłym dozorem i baczną kontrolą pierwszych objawów zatrucia. Po 12—15 wstrzykiwaniach śródźylnych stosuje się dla zwiększania skutków leczniczych wstrzykiwania podspojówkowe co drugi lub trzeci dzień. Poprawy wzroku należy się spodziewać po 30—40 wstrzykiwaniach wśródźylnych i 12 wstrzykiwaniach podspojówkowych; często jed-nakże poprawa dopiero spostrzegać się daje po miesiącu zupełnego odpoczynku.

Próba wstrzykiwań podspojówkowych jodipiny 25⁰/_o (Essai sur les injections sous-conjonctivales d'jodipine 25⁰/_o.). Dr Neustätter z Mnichowa.

Autor donosi o pomyślnym wyniku leczenia wstrzykiwaniami podspojówkowemi jodipiny w przypadkach zaćmień w ciele szklis-tem i daleko posuniętych zmian chorobowych naczyńki. Poprawa następowała już po kilku wstrzykiwaniach.

Niedogodnym przy tej metodzie jest trudnowessalny roztwór oliwny jodipiny; dlatego też do czasu należy wstrzykiwać ten lek tylko w załamki górny i dolny.

Ultramikroskopowe badanie barwików i znaczenie te-goż dla fizyki i fizjologii (Recherches ultramicroscopiques sur les substances colorées, résultats physico-physiologiques.). Prof. Dr Raehlmann.

*) Streszczone w Post. Ok. R. V. 1903, str. 399.

III. LECZNICTWO.

Nastrzykiwania przeciw jaglicy, już to fizyologicznym rozczynem soli, już domieszkami rozmaitych środków, poleca znowu, idąc za przykładem lekarzy włoskich, Dr Post w Brodniczy (Prusy Zach.). Do irygacyi używa płynów ciepłych, a chcąc swobodnie mieć ręce do odwrócenia powiek i równocześnie nastrzykiwania płynu, kazał sobie sporządzić wygodny pierścień dla palca średniego prawej ręki, obejmujący wąż irygatora, zaopatrzony w cewkę szklaną. Przez odpowiedni ucisk, wywierany palcem wielkim tejże ręki, można dopływ lub powstrzymanie prądu płynu dowolnie regulować.

Chwaląc skuteczność postępowania, zaznacza jednak Dr Post, że dobrze własne oczy zabezpieczyć okularami ochronnymi przed zakażeniem, grożącym wskutek rozpryskiwania płynu. —

Nam się zdaje, że tak ten rękoczyn, jako i wyciskanie jaglic Knappowskiemi szczypcami da się dobrze zastąpić innymi środkami, nienarządzającemi lekarza samego na zakażenie. —

Deutsche M. Wehschrft. Nr 1. 1904.

Jodipinę stosowali z dobrym skutkiem w nowszych czasach Hymmen, Bellencontre i Chiron de Brossay w cierpieniach ocznych, występujących w przebiegu syfilis, nadto przeciw *ulcus hypopyon*, naciekom rogówkowym, zmętnieniom ciała szklistego, zwłaszcza zaś przeciw miąższowemu zmętnieniu rogówkowemu syfilitycznemu i skrofulicznemu, i to tak wewnątrznie jakoteż i podspojówkowo i w postaci zakraplań. —

Wedle sprawozdania Merck'a.

W.

IV. ROZMAITOCI.

Kantarydy a oczy. Hilbert zauważył u dziewczyny, zajętej miążdzeniem pryszczawek, silne zapalenie tęczówki ze zamgleniem rogówki. Zapalenie to ustąpiło pod wpływem zwykłych środków. —

Wschrft f. Ther. u. Hyg. d. Auges. 1903.

W.

Brzegi ściecia przy operacyi zaćmy starszej radzi Dr Bublitz spajać jednym cienkim szwem jedwabnym, założonym w środku rany. Cięcie płątowe robi on ku dołowi i zaraz po cięciu przewleka nitkę przez oba brzegi rany, przebiegającej wzdłuż rąbka. Część nitki leżącą między brzegami rany wyciąga w postaci pętli, którą na bok odkłada i teraz dopiero usuwa zaćmę bez irydektomii. Po

oczyszczeniu źrenicy ściąga szew i związuje nitkę. Nitkę wyjąławia w 1⁰/₁₀ rozczyynie pyoktaniny w alkoholu, a bezpośrednio przed użyciem gotuje.

Założenie szwu zabezpiecza, zdaniem Bublitz'a, oko operowane bez irydektomii od wypadnięcia tęczówki, pozwala ranie wcześniej się skleić i zapobiega wypróżnianiu się przedniej komory. Z tego powodu operowani nie potrzebują przestrzegać niewolniczo bezwzględного spokoju i mogą wcześniej wstać z łóżka. Na trzeci lub czwarty dzień po operacji autor wyjmuje nitkę w znieczuleniu kokainowem.

Dr Bublitz wstrzymuje się jeszcze ze sądem, czy założenie szwu zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia, bo w liczbie 70 operacji połączonych ze zeszcyciem rany, miał dwa przypadki infekcyi.

Deutsche Med. Wschrft 1903. Nr 40.

K. W. M.

Mechaniczne leczenie wrodzonego opadnięcia powieki górnej. —

Dr Abelsdorff z Berlina zastosował u pewnego młodego człowieka, mającego na jednym oku wrodzone opadnięcie górnej powieki, przyrząd złożony ze złotego drucika unoszącego i podtrzymującego powiekę, a utwierdzonego za pomocą odpowiedniej sprężynki do zwyczajnego *pince-nez*, które chory nosi z powodu krótkiego wzroku. Równocześnie oprawa szkieł zasłania dostatecznie tak sprężynkę, jak i drucik. Skutek kosmetyczny zupełnie zadawalniający, jak wskazują załączone ryciny przedstawiające twarz chorego bez przyrządu podtrzymującego i z tymże przyrządem ukrytym za oprawą cwikiera. Wiadomo, że podobne przyrządy podtrzymujące bywały już polecane, a między innymi A. Meyer, będąc dotkniętym płożą w następstwie urazu, sporządził dla siebie takiż przyrządek, i ten mu dobre oddawał usługi. Trudność takiego ortopedycznego usuwania opadnięcia powieki polega na tem, że sposób wygięcia i utwierdzenia drucika musi się ściśle stosować do postaci i anatomicznych stosunków oczodołu i powiek i musi być prawie dla każdego przypadku osobno obmyślanym. Ujemną stroną zaś pomysłu stanowi to, że żaden podtrzymywacz nie jest w stanie cierpienia wyleczyć, a tylko je maskuje.

Deutsche Med Wschrft. 1903. Nr 35.

K. W. M.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Józef Talko, czcigodny nasz współpracownik, obchodził w ściślejszem gronie rodzinnem w Lublinie 40lecie swego doktoratu. Stopień doktora otrzymał 1864 r. w Kijowie po obronie rozprawy: „*de ectopia lentis congenita*“.

Od tej pory pióro jego nie spoczywa, a liczne prace w rozmaitych językach poświęcił ulubionej przez siebie specjalności.

Z młodzieńczym iście zapałem przyjął kol. Talko przed 5 laty współpracownictwo w pierwszym przez nas założonym polskim miesięczniku okulistycznym, i to współpracownictwo nie z nazwy tylko, ale rzeczywiste, o czem świadczą tak liczne i prace oryginalne i streszczenia publikacji obcych i sprawozdania, — a zawsze czuć u jubilata zapał szczerzy i wielkie zainteresowanie się wszystkim, co okulistyki dotyczy, i wszystkimi, którzy około pisma naszego się grupują.

To też redakcya P. O. wyraża przy tej sposobności swemu koledze i przyjacielowi serdeczną podziękę za Jego dotychczasową dla P. O. pracę, oraz życzenie, aby długie jeszcze lata danem Mu było w czerstwym zdrowiu kroczyć w szeregach pionierów nauki.

II.

VI. KORESPONDENCYA.

W notatce Dra J. Talki o zakładzie oftalmicznym w Wilnie podpadła nam uwaga, iż zakład przeznaczony był dla chrześcian i mahometan, i dlatego od siebie zaopatrzyliśmy uwagę tę znakiem zapytania, chcąc szan. autora zachęcić do wyłómaczenia nam, dlaczego z zakładu humanitarnego wykluczono żydów, dopuszczając natomiast doń, prawdopodobnie mniej licznych, mahometan? Otóż kol. Talko, zrozumiawszy nasze intencye, zasięgnął informacji u źródła i przytacza nam następujący ustęp listu Dra Hłaski, dyrektora zakładu wileńskiego.

»W §ie 6. regulaminu lecznicy powiedziano: lecznica urządza się na 40 miejsc li tylko dla chrześcian i mahometan. Marya Przeddziecka widocznie życzyła sobie, żeby z lecznicy korzystała ludność przeważnie wiejska. W tym celu nie zabroniła przyjmować i tatarów litewskich«.