

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELI.

ZK WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: Dra HABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. Dra HAŁŁABANA, Doc. Dra BĘDŃSKIĘGO. Prof. MACHEKA, Doc. Dra SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, Prof. BROWICZA, Prof. BUJWIDA, Prof. CYBULSKIEGO Prof. KOSTANECKIEGO, Doc. Dra K. W. MAJEWSKIEGO, Prof. NATANSONA, Prof. PIENIĄŻKA, I Prof. PILTZA W KRAKOWIE, Dra KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, Dra NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, Dra RUMSZEWICZA W KIJOWIE, Dra SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, Dra STRZEMINSKIEGO W WILNIE, Dra J. TALKI W LUBLINIE.

Sierpień

— ROCZNIK SIÓDMY —

1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału ocznego Prof. Dra Macheka w szpitalu powszechnym we Lwowie.

Ropne zapalenie całej gałki ocznej, (panophthalmitis), ropień w mózgu i śmiertelne zapalenie opon mózgowych.

Podał

DR WIKTOR REIS.

Dokończenie.

Skoro uwzględnimy objawy kliniczne powyższego przypadku i wyniki badania anatomiczno-patologicznego możemy sobie przebieg całej sprawy chorobowej w następujący sposób przedstawić:

Po urazie powodującym ropne zapalenie całej gałki oka lewego nastąpiło prawdopodobnie drogą naczyń chłonnych ograniczone ropienie w płacie czołowym lewym. Wiadomem jest, że często — zależnie od umiejscowienia — rozległe nawet ropnie mózgowie długi czas przebiegają skrycie nie wywołując żadnych objawów ogniskowych (Strümpell). Tak się rzecz

miała i w naszym przypadku. Chory uskarżał się na bóle oka, do których na kilka dni przed śmiercią przyłączył się głuchy ból głowy.

Ogniskiem pierwotnego, zagrażającego życiu zakażenia, był ropień w mózgu; niezależnie zaś od niego posuwała się sprawa zapalna już w końcowym okresie z małym nasileniem drogą pochewek nerwu ocznego ku oponie mózgowej.

Opony mózgowe były więc w tym przypadku z dwóch stron zaatakowane; jednak dopiero przebicie ropnia do komory bocznej lewej spowodowało gwałtowne objawy zapalne opon i zejście śmiertelne w nadzwyczaj krótkim przeciągu czasu.

Jak poprzednio już wspomniałem, przypadki podobne zdarzają się bardzo rzadko. Chcąc jednak wykorzystać znaczenie opisanego przypadku i wyciągnąć wnioski dla postępowania leczniczego, nie możemy zadowolić się samem stwierdzeniem odosobnionego faktu, lecz musimy zbadać go bliżej na tle stosowanej przez nas ogólnie terapii zachowawczej w panophthalmitis.

Na 15.000 chorych leczonych na stałym oddziale szpitala powszechnego we Lwowie w latach 1893—1904 było ściśle jako panophthalmitis rozpoznanych i zachowawczo leczonych przypadków 46.

Z tych 35 u mężczyzn a 11 u kobiet; 1 przypadek obecnie przez nas opisany ze zejściem śmiertelnem. Przypadku bowiem panophthalmitis przy równoczesnej zgorzeli powiek i zapaleniu płuc krupowem, w rubrykę śmiertelnych przypadków w przebiegu czystej panoftalmii wciągnąć nie możemy. Jak nie mniej przypadku ropienicy oczodołu ogłoszonego w r. r. 1899 przez Szulisławskiego¹¹⁾. Tu bowiem gałka oczna była prawie nienaruszona, nerwy oczne na przekroju poprzecznym makroskopowo zmian nie przedstawiały, a ropień mózgowy miał być przerzutowym.

Wprawdzie inni autorowie (Stoeker¹²⁾, Pflüger, Baner¹³⁾, Haab) przytaczają statystykę wyłuszczeń lub wypaproszeń gałki ocznej z bezwzględnie dodatnimi wynikami, lecz statystyka tylko w takim wypadku rozstrzygnąć może na korzyść jednej lub

drugiej zasady, gdy się ją przeprowadza »jednolicie z uwzględnieniem najrozmaitszych okoliczności, a mianowicie: wieku chorego, rodzaju cierpienia, dla którego zrobiono wypaproszenie lub wyłuszczenie, w jakim czasie po wystąpieniu choroby, jak operowano, jak zaopatrzono chorego po rękoczynie dokonanym, czy była gorączka w ogóle, względnie czy przed czy po operacji, czy była jaka ogólna choroba, czy istniało gdzieś w ustroju jakieś ognisko ropne itd.« (Wicherkiewicz).

Na te wszystkie pytania niewystarczające znajdujemy odpowiedzi w ogłaszanych statystykach. Być może, że szczęśliwe wyniki operacyjne zależały od korzystnych warunków sprawy chorobowej, która bez zabiegu operacyjnego również przebiegałaby bez powikłań. Jest to ten sam sposób rozumowania, jakim posługują się zwolennicy wyłuszczeń gałki, przypisując zejście śmiertelne jeszcze przed operacją istniejącemu zakażeniu.

Daleko mniej czynników ubocznych wpływa na przebieg choroby i wyniki statystyczne przy postępowaniu zachowawczem. Na bardziej określonych więc podstawach opierać się może zgodny sąd poważnych autorów, potwierdzający rzadkość śmiertelnych powikłań w przypadkach zachowawczo leczonych.

W naszym przypadku dokonane wyłuszczenie gałki nie uratowałoby również życia chorego, — najwyżej postawiłoby przed nami znowu zagadnienie, czy też wyłuszczenie nie było przyczyną zejścia śmiertelnego.

Jako przykład posłużyć może dość zawiły przypadek, ogłoszony przez Videky'a (Zeitschr. f. Augenh. Bd. XI. 1904). W przebiegu iridocyclitis purulenta i abscessus retrobulbaris dokonał V. wyłuszczenia gałki. Dziesiątego dnia wśród gwałtownych objawów nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała ropień w mózgu i świeże zapalenie opon mózgowych, które jednakże wobec prawidłowych pochewek nerwu uważać należy tylko za następstwo ropnia. Ten ostatni powstał po urazie w następstwie istniejącego już w ustroju zakażenia: *bronchitis putrida*. Zapalenie ropne jagodówki było ostatnim wyrazem zakażenia, o czym świadczyły prawie nienaruszone osłony zewnętrzne oka, rogó-

wka i twardówka. Wyłuszczenie gałki nie miało więc żadnego wpływu na przebieg choroby.

Taksamo wyłuszczenie gałki w przypadku przez nas spostrzeganym nie zapobiegłoby śmiertelnemu zakończeniu sprawy chorobowej, gdyż istnienie ropnia mózgowego prędzej czy później groziłoby śmiercią choremu.

Sprawa zapalna posuwająca się drogą pochewek nerwu ocznego była tylko wtórnym, pobocznym etapem; zapalenie opon mózgowych, które wystąpiło ostatniego dnia przed śmiercią miało nierównie pewniejsze źródło w ropniu mózgowym.

W krótkości chciałbym jeszcze wspomnieć o badaniach anatomiczno-patologicznych i bakteryologicznych wyłuszczonych gałek ocznych. Obszerną pracę o zmianach patologicznych w panophtalmitis ogłosił w r. 1890 Schöbl z Pragi¹⁴⁾. Badał on 27 wyłuszczonych gałek ocznych na przekrojach podłużnych po poprzednim nastrzykaniu naczyń. Główną uwagę zwracał Schöbl na zachowanie się zewnętrznych osłon oka i doszedł do wniosku, że obraz kliniczny panophtalmitis bynajmniej nie jest identyczny z chorioiditis purulenta, lecz że rozmaitym postaciom klinicznym odpowiadają również rozmaite podłoża anatomiczne. Procesy końcowe toczące się w gałce ocznej określa S. jako przerostowe, polegające na wytworzeniu się naczyń i tkanki łącznej oraz jako stwardnienie mięsiste (*carnificatio Virchowi*). Miejsce pierwotnych mas ropnych i wypocin, zapelniających wewnątrz całej gałki ocznej zajmuje stopniowo tkanka ziarninowa, z której potem wytwarza się młoda tkanka łączna. Ta ulega w końcu kurczeniu się bliznowemu lub też innym przemianom wstecznym.

Zmiany znalezione w twardówce określa Schöbl jako zgrubienie i nacieczenie drobnokomórkowe; bardziej szczegółowego histologicznego badania brak.

Dopiero Pollack¹⁵⁾ w r. 1903 zwrócił uwagę na niezwykle zachowanie się twardówki w panophtalmitis, które stale odnalaźł w badanych przez siebie 15 gałkach ocznych, rozmaicie utrwalanych i z różnych czasów pochodzących. Już przy zwykłym barwieniu hematoksyliną i eozyną stwierdził P. bardzo

silne niebieskie zabarwienie wewnętrznych warstw twardówki. Zabarwienie nie pochodziło od jąder lub innych komórkowych tworów, było rozlane, o jednolitem wejrzeniu.

Przy barwieniu odczynnikiem śluzowym — tioniną — zabarwienie to niebieskie występowało jeszcze wybitniej wbrew przyjętej zasadzie, że tionina barwi śluz czerwono; co jednak Pollack tłumaczy właściwościami metachromatycznymi barwika i odmiennem jego zachowaniem w roztynach wodnych i alkoholowych. Autor przypuszcza, że ma tu do czynienia z bliżej nieokreśloną istotą śluzową, i że odczyn ten jest znamienym dla panophtalmitis. Wspomina również, że w badanych przypadkach twardówka nie wykazywała żadnych zmian zapalnych, które mogłyby łatwiej wytłumaczyć powstanie tego odczynu. Spodziewałyby się więc należało, że w przypadku przez nas badanym, w którym twardówka wykazywała wybitny stan zapalenia ze zmianami śródmiąższowemi, odczyn ten niezawodnie wystąpić powinien. Tymczasem mimo panophtalmitis, całkowitego zropienia błon wewnętrznych oka i zastosowania wskazanych metod zabarwienia tego nie otrzymaliśmy.

Badaniami bakteryologicznymi w panophtalmitis zajmowali się: Delbanco¹⁶⁾, Hirota¹⁷⁾, Silberschmidt¹⁸⁾ i Flattau¹⁹⁾. Swoistego bodźca chorobotwórczego dla panoftalmii nie znaleziono. Najczęstsze są paciorkowce i gronkowce, następnie także pneumokoki. Istnienie tych ostatnich łatwo wytłumaczyć przy równoczesnem istnieniu ropotoku woreczka łzowego; znajdują się one bowiem w wydzielinie worka łzowego i są często przyczyną wrzodu pełzającego rogówki. Silberschmidt przytacza zaś przypadek panophtalmitis wywołany prątkiem siennym (*Bacillus subtilis*, *Heubacillus*), którego dotychczas uważano za nieszkodliwego. Widocznem jest jednak, że dostawszy się do ciała szklistego może wywołać ropne zapalenie całej gałki.

W naszym przypadku badania bakteryologicznego zapomocą kultur nie sporządzono, — mimo to jednak można na kilku preparatach drobnowidomych z przedniego odcinka gałki, barwionych metodą Grama rozpoznać kolonie gronkowców. —

Wielmożnemu Panu Profesorowi Drowi Machekowi dziękuję bardzo za łaskawe pozwolenie ogłoszenia niniejszej pracy.

Literatura.

1. Walter: Soll man im Stadium der Panophtalmie enukleiren? Inaug.-Diss. Erlangen. 1903.
 2. Brandenburg: Über die Herausnahme d. Auges bei Panophtalmie. Deut. med. Woch. 1893.
 3. Pflüger: Enucleation u. Exenteration. — Corresp. Bl. f. Schweiz. Ärzte 1896.
 4. Bericht über d. Ophtal. Section d. intern. med. Congr. — Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1900.
 5. Lapersonne: Exentération ignée dans la panophtalmie. — Arch. d' Ophtal. 1900.
 6. Wicherkiewicz: Wypaproszenie gałki ocznej, jego wskazania i sposób wykonania. — Przegl. lek. 1901.
 7. Enslin u. Kuwahera: Eitrige Meningitis als Folge von Enucleatio bulbi. — Arch. g. Augenh. 52. 1905.
 8. Öller: Fall von Panophtalmie mit Tetanus u. tödtlichem Ausgang. — Arch. f. Augenh. 50. 1904.
 9. Webster: Ein durch Meningitis tödtlich verlaufender Fall von Panophtalmie. — Arch. f. Augenh. 21. 1890.
 10. Praun: Verletzungen d. Auges. 1899.
 11. Szulisławski: Über die Entstehung von Gehirn-Abscessen nach Orbitalphlegmone. — Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1899.
 12. Stocker: Beitr. z. Casuistik d. Enncl. Bulbi panopht. Augen. — Correspbl. f. Schweiz. Ärzte. 1896.
 13. Bauer: 53 Fälle von Enucl. bei Panophtalmitis. — Corrb. f. Schweiz. Ärzte. 1901.
 14. Schöbl: Beiträge z. pathol. Anatomie d. Panophtalmitis. — Arch. f. Augenh. 21. 1890.
 15. Pollack: Über das Verhalten der Sclera bei Panophtalmitis. — Zeitschrift f. Augenh. IX. 1903.
 16. Delbanco: Anatom. Befund bei Panophtalmie. — Refer. in Münch. med. Woch. 1900.
 17. Hirota: Bakteriol. Untersuchung bei Panophtalmie. — Zeitsch. f. Augenh. VII. 1902.
 18. Silberschmidt: Bakteriologisches über zwei Fälle von Panophtalmie. — Corrb. f. Schweiz. Ärzte. 1903.
 19. Flattau: Beitrag zur Ätiologie d. Panophtalmie. — Zeitsch. f. Augenh. IX. 1903.
-

Trądzik różowaty i kilka słów w sprawie równorodnych przejawów chorobowych skórnych na spojówce i rogówce

podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Histologiczne pokrewieństwo skóry ze spojówką i powierzchną warstwą rogówki sprawia, że patologiczne procesy pierwszej przechodzą na drugie, albo też równocześnie w tej samej lub podobnej występują postaci, gdy równą wywołane przyczyną. Oczywiście nie wchodzi tu w grę liczne sprawy, które ze skóry twarzy wprost na skórę powiekową przenieść się mogą, a wspomnę tutaj tylko o tych procesach, które równocześnie i na skórze i na spojówce lub rogówce w równej lub pokrewnej pojawiają się postaci.

Aż nazbyt okuliście znanem jest wystąpienie wyprysku skóry (*eczema*) równocześnie z podobnymi wykwitami spojówki i rogówki (*Keratitits et conjunctivitis eczematosa*).

Znaczenie podstawy skrofulicznej a zatem ogólnej dyskrazji jako przyczyny wyprysków stara się, jak wiadomo, Bach osłabić, wykazując, że wszelkie zapalenia wypryskowe ocz wywołane bywają przez ropotwórcze drobnoustroje, mianowicie zaś przez *staphylococcus pyogenes aureus*. — (Zur Aetiology der eczematosen Augenerkrankungen. Graefes Arch. f. Ophth. 42. 2. p. 159.) Czy tu mikroorganizmy wykazywane zresztą poprzednio już wielokrotnie, mianowicie przez Burcharda, Giforda i innych, są rzeczywiście sprawcami jedynymi, czy one raczej nie wnikają później z worka spojówkowego w patologiczne wytwory, tego tak bezwzględnie jeszcze rozstrzygnąć nie można.

Mniej natomiast znanemi są inne postacie chorób skórnych, udzielających się także spojówce i rogówce. I tak Mohr (Ueber den Zusammenhang von Augenerkrankungen mit Hautleiden. — Wiener kl. Rundschau Nr 35. 1898) uważał w pewnym przypadku *pityriasis rubra pilaris* u 29letniej kobiety,

jako wyraz równoznacznego zajęcia oka, wrzód rogówkowy a na spojówce powiekowej przy wolnym brzegu powiek.

Według Thiliez'a (*Manifestations oculaires de l'urticaire. Journ. de science med. de Lille. Rev. gen. d'Ophthalm. p. 379 r. 1898*) pokrzywka objawia się na spojówce w postaci nabrzmienia chemotycznego.

Terson wspomina o spostrzeżeniu Dr. Chaillous, który w przypadku *erythema papulosum* widział guzki także na spojówce gałki. (*Lésions oculaires au cours de l'erythème polymorphe. Rev. gen. d'ophthal. p. 167. 1902*).

Steffens spostrzegał znowu przy *erythema exsud. multiforme* u 22letniej dziewczyny, w obrębie szpary powiekowej nacieczenie wodniste spojówki gałki, wśród którego to nabrzmienia widniały pęcherzyki już to z zawartością przezroczystą wodną, już to więcej szarawe w rodzaju przyszczyków. (*Kl. Monatsbl. f. Augenhk. XL. 2. p. 50*).

Że pęcherzyca (*pemphigus*) na spojówce gałki i powiek a także i na rogówce uważaną bywa jako współobjaw pęcherzycy ogólnej skóry, nie tylko powszechnie dziś znaną jest rzeczą, ale i sami dość często, zwłaszcza w początkach naszych zajęć zawodowych, mieliśmy sposobność na przykładach to potwierdzić.

Mniej typowo, a raczej powiedzmy mniej jasno rzecz przedstawia się w innych sprawach chorobowych skórnych a mianowicie, co się tyczy trądziku.

Trądzik zwykły *acne vulgaris* ma, jak wiadomo, swe analogon w jęczmyku powiek, jednak nie udziela się spojówce, a tem mniej rogówce, z drugiej jednak strony niektórzy autorzy upatrują w gradówce (chalazium) pokrewną trądzikowi różowatemu (*acne rosacea*) postać, a jeżeli istnieje pewna różnica, to różnica ta wskazaną jest przez anatomiczną budowę podkładki.

To też widzimy, że gradówka bywa większą od trądzika, występuje pojedynczo zazwyczaj, a skóra nad nią jest przesuwalną, gdyż gradówka w chrząstce się rozprzestrzenia, powstając z gruczołu Meiboma. Inaczej trądzik, który jest mniej-

szym, zawiera często ropę, występuje liczniej i mając swe siedlisko w skórze, nie jest przesuwalnym. Zresztą sam trądzik różowaty różnie występuje, bo już trądzik nosa różni się pod wielu względami od równocześnie występującej erupcji tejże sprawy na innych częściach skóry.

O ile mi wiadomo, pojawienia się typowego trądziku różowatego i na spojówce i na rogówce, przy takiejże sprawie skóry twarzy dotychczas nie znano, a przynajmniej, o ile dostępną mi literaturę pobieżnie przejrzałem, nie opisano, co mnie upoważnia do zajęcia Szan. Czytelnika odnośnym przypadkiem.

Maryanna N. 43 l., żona rolnika z Kr. Polskiego przybyła do kliniki 30 maja b. r. podając, że na prawe oko od roku, na lewe zaś od miesiąca mało co widzi. Rodziła 4 razy, nie roniła, syfilityczną nie była, ale źle jest odżywiona, a miesiączkowanie w ostatnim roku doznaje zaburzeń.

Na twarzy zwłaszcza na policzkach, na nosie i na czole widzimy liczne osobno stojące guziki, po największej części wielkości ziarna prosa, ale i większe, częścią żółtawo lub też czerwono przebijające, nie przesuwalne. Tu i owdzie otaczają guziki rozszerzone naczynia, a niektóre z guzików rozpadły się, ustępując miejsca małemu wrzodzikowi.

Wybitniejsze atoli są objawy oczne.

Powieki prócz lekkiego zaczerwienienia i tu i owdzie pojawiającego się guzika, nie przedstawiają żadnych ważniejszych zmian. Natomiast są ostatnie bardzo znaczne na spojówce a przede wszystkim na rogówce.

Pro. Cała dolna część rogówki zmętniona i wydęta. Środkowa część rogówki zmętniona, zrosnięta z tęczówką dość szeroko od wewnątrz i od zewnątrz. Widać też głębokie jakoteż powierzchowne naczynia na rogówkę zachodzące.

Lo. Na samym środku rogówki guzik poniżej najwyższego okrągłego nacieku około 2 mm. szeroki, obok tego znajdują się 2 mniejsze zewnątrz dołem, a czwarty wewnątrz gorą okrągły, żółto szary, ponad powierzchnię mało lub wcale nie wystający; podczas kiedy poniżej wewnątrz widać piąty najmniejszy, wystający ponad powierzchnię. Do tego

guzika dochodzi od tyłu naczynie dość grube ale blade, które łączy się z naczyniami powierzchwnymi.

Wpr. = palce 2·5 m. Wlo. = palce l. $\frac{3}{4}$ m. Tpr. norm. lo. — $\frac{1}{2}$.

Rozpoznano: *Keratitits eczematosa, pannus superf. et posterior, ulcus corneae centrale oc. sin. Leukoma adhaerens pannus scroph. oc. dextri.*

Dla dokładniejszego rozpoznania choroby skórnej posłano chorą na klinikę prof. Reisa, z kąd ją odesłano z rozpoznaniem „*Acne rosacea*“.

Leczenie: Ung. flav. et xerof. 30%, ciepłe okłady. Wieczorem: Dionina, czasami atropina. Na skórę: Ung. thigenoli.

5 czerwca. Na spojówce gałki przy rogówce znajdują się wyniosłości czerwone, znikające pod działaniem suprareniny. Po wycięciu spojówki nad nimi pokazuje się, że kilka guzików znajduje się na samej twardówce.

Po wyskrobaniu spojówkową ranę spojono dwoma szwami.

26 czerwca. U lewego oka guziki rogówkowe spłaszczyły się i przybladły. Natomiast wytworzyły się, po obu stronach 3—5, na spojówce gałki. U prawego oka powstał górą guzik podobny.

28 czerwca, zapisano: Światłowstręt zginął, bolu niema. Spojówki już blade. Powierzchnia rogówki gładka. Powierzchnowe naczynia przechodzą przez plamy, które u prawego oka zasłaniają środek rogówki.

U lewego oka górna część rogówki prawie czysta, po stronie nosa przy rogówce znajdują się jeszcze trzy pęcherzyki; w dolnej części rogówki pięć żółtych plamek, poza którymi kryje się naczynie od strony ucha powierzchownie przebiegające. Żrenica u lewego oka w górnej części zupełnie widoczna. Wyprysk na twarzy prawie zginął.

Wpr. = palce na 2 m. Snellena nie czyta.

Wlo. = palce na 5 m. Snellen 1·25 na 20 cm.

Wobec usunięcia sprawy chorobowej tak ócz, jakoteż i skóry twarzy, chorą puszczono do domu, przepisując jej dalsze jeszcze stosowanie tej samej maści.

Cały obraz równocześnie i na twarzy i na oczach występujący nie dopuszcza zdaniem mojem żadnej wątpliwości, iż tutaj mamy do czynienia z trądzikiem różowatym.

Możnaby różniczkowe robiąc rozpoznanie pomyśleć o pryszczycy (*keratitis et conj. phlyctaenulosa*), ale pryszczyki szybko względnie znikają, albo rozpadają się, umiejscowione bywają więcej na brzegu rogówki lub na spojówce przy rogówce. Zawartość ich bywa przeźroczystą albo ropną, naczynia dochodzą, jeżeli w ogóle, tylko powierzchownie. Tutaj widzimy guziki żółtawo-czerwone, względnie mało objawiające skłonności do rozpadu, rozrzucone po całej rogówce, a naczynia otaczające guziki są tak powierzchowne jako i tylne.

Dalej możnaby jeszcze pomieszać tę postać z postacią zapalenia rogówki syfilityczną, opisaną przezemnie w P. O. a nazwaną *keratitis nodosa syphilitica* (O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci. Post. Okul. 1900 N. 1 następne). Ale najprzód wiek chorej przemawia przeciw tej postaci, objawiającej się wedle mego dotychczasowego doświadczenia tylko u młodych dzieci, dziedzicznie obciążonych, a nadto guziki w tej postaci nie mają wcale skłonności do rozpadu, naczynia zaś występujące są miotełkowate, czego o tych, które u naszej chorej spostrzegaliśmy powiedzieć nie można.

Zwykła *keratitis nodosa* powstała przez włoski gąsienicy jakoteż na tle gruźlicy nie wchodzi tutaj w grę choćby tylko z tego względu, iż anamneza i przebieg choroby przemawiają przeciw temu. Zresztą zawartość trądzika wziętą była w pracowni naszej klinicznej do badania bakteriologicznego, które wypadło ujemnie a i pod względem histologicznym żadnych znamienych składników nie znaleziono.

Niechaj mi wolno będzie wspomnieć jeszcze o nieznaney, jak się zdaje analogii pomiędzy brodawkami skóry a mała co do istoty swej zbadaną chorobą oczną, doskonale wprawdzie określona klinicznie, ale niewłaściwie przez Saemischa nazwaną Frühjahrskatarrh — nieżyt wiosenny, — więcej zaś powszechnie nazywaną „*phlyktaena pallida*“.

Słuszne zdaniem mojem robi porównanie pomiędzy tymi wytworami Knies (Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Koerpers und seiner Organe. 1893, Wiesbaden, Bergman p. 268). Mikroskopijnie znajdujemy jak zauważa Knies wszędzie, gdzie patologiczny ten wytwór nam się przedstawia, prawidłowy nabłonek w trójnasób i więcej powiększony i zgrubiały. Nieraz zapuszcza on krótkie zaokrąglone wypustki w tkanę spojówkową. Nabłonek ten powiększony, nieco kolczasty, w ogóle ma wygląd zwykłego nabłonka. Tylko na powierzchni komórki nabłonkowe przechodzą przemianę śluzową, czem się tłumaczy pojawiający się na załamkach przejściowych śluz. To samo dotyczy także nabłonka spojówkowego na rąbku, gdzie powiększenie warstwy dochodzi do większych jeszcze rozmiarów. Przypadkowo spostrzegam Knies równocześnie z wystąpieniem „pryszczyka wiosennego” także liczne brodawki na czole, co mu dało powód do przypuszczenia analogii obu wytworów wobec czego nazwa *verrucae aut verrucositates conjunctivae* byłaby najwłaściwszą.

Gdyby wyraz *trachoma* nie był przyswojonym innemu ścisłemu pojęciu o pewnej patologicznej postaci, możnaby go zastosować właśnie do postaci chorobowej, zwanej *phlyctaena pallida*. Szorstkość ta tak jest właściwą tej właśnie sprawie, że spotykałem się z przypadkami, które przez biegłych nawet okulistów zagranicznych były zapoznane i leczone jako trachoma. Z jakim skutkiem zbyteczna podnosić.

Czy spostrzeżenie Kniesia dopuszczające bardzo ponętny sposób tłumaczenia objawów klinicznych nieżyty wiosennego lubo nie tłumaczące bynajmniej etiologii tej choroby ocznej było i przez innych robione, nie jest mi wiadomem; co do mnie, mimo dość licznych przypadków przez siebie spostrzeżanych pryszczyka wiosennego nie miałem sposobności spotkać się równocześnie z brodawkami, czy to na skórze powiek czy też twarzy, a w obec tego spostrzeżenie Kniesia pozostaje jak się zdaje odosobnionem, — czy więc tłumaczenie jego mimo ponętności swej może być uważanem za racjonalne? Wszak

niemieckie przysłowie mówi »eine Schwalbe macht keinen Sommer«. Może, gdy więcej na ten związek będziemy uważali, posypią się liczniejsze spostrzeżenia, a zresztą sprawa analogiczna brodawkom może ogranicza się właśnie tylko do spojówki i rogówki. Na zakończenie jeszcze mała uwaga.

Klasyfikacya rozmaitych postaci chorób skóry i ich stosunek do oka pozostawia jeszcze pod niejednym względem wiele do życzenia; a jednak, jak to już powyżej w pobieżnych uwagach zaznaczyliśmy na związek ten i stosunek ponownie zwracano uwagę. To też zadziwia nas to, że w tak obszernej pracy, jaką jest monografia Saemischa: »Die Krankheiten der Conjunctiva«, w najnowszym zbiorowym dziele Graefe-Saemischa: »Handbuch der gesammten Augenheilkunde«, przynajmniej co do spojówki tak mały związek ten został uwzględnionym.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Gthrbl. f. pr. Aghk. 1905. Z. 6. (Ref. Dr L. Gruder.).

Angioma naczyńiówki. (Ueber das Angiom der Aderhaut.). Dr Fehr w Berlinie.

Angioma najczęściej umiejscowionem jest na powiekach lub w oczodole, najrzadziej na samej gałce t. j. na spojówce, tęczęwce i w naczyńiówce.

Podobnie jak przy innych organach ciała, tak i przy oku angioma zdaje się być wrodzonym. Zatem przemawia upośledzenie wzroku w wczesnej młodości na temże oku, umiejscowienie nowotworu na bardzo małych gałkach i częsta kombinacya z *naevus vasculosus* na twarzy. Pierwsze objawy zazwyczaj są: upośledzenie wzroku, po dłuższym czasie przyłącza się odczepienie siatkówki, *cataracta complicata*, *iridocyclitis* lub *glaucoma secundarium* i nareszcie następuje enukleacya. Prawie we wszystkich, dotąd badanych przypadkach chodziło o *Angioma cavernosum*.

Rolnik 65-letni skarży się na upośledzenie wzroku lewego

oka $V = 15/C$, pole widzenia ścieśnione od góry do 30° , wielkie skotoma centralne; zewnętrznie gałka normalna. Wziernikiem: nerw oczny prawidłowy, centrum dna oka zajęte przez płaski, białawo-szary nowotwór, którego pozioma średnica $= 4-5$ PD, pionowa 3 PD.; wysokość była w różnych miejscach różną od $0,6-1,2$ mm. Powierzchnia nowotworu była nierówną i nowotwór prawdopodobnie składał się z białoszarych guzów. Od dołu i od góry ciemny rąbek barwikowy. W dolnej części widać wyraźne odzecie siatkówki. Rozpoznano: Tumor chorioideae benignus.

W dalszych latach bystrość wzroku i pole widzenia znacznie się pogorszyły. Wziernikiem stwierdzono zwiększenie się oderwania siatkówki i silne krwotoki na siatkówce i w ciałku szklistem. $V =$ palce na $1/2$ m. Obraz nowotworu był znacznie niewyraźnym i silnie pokryty barwikowym złogiem. Nareszcie $V = 0$, z powodu silnych bólów (glauco-secundar.) wyjęto lewe oko. — Prawe było prawidłowe.

Makroskopijnie wyglądały normalnie rogówka, tęczówka i przednia komora; soczewka zmętniała (cataracta complicata), siatkówka lejkowato odzecie i rozdzielona na kilka części, będących w połączeniu z naczyniówką, na której w przedniej części widać znaczne złogi. W skroniowej tylnej części naczyniówki widać płaski nowotwór. W przecięciu przedstawia się ten jako wrzecionowate zgrubienie naczyniówki o czerwonej barwie. $3/4$ tego nowotworu leży w górnej połowie gałki, $1/4$ w dolnej i zaczyna się blisko nerwu ocznego. Drobnovidowe badanie stwierdza typowe i czyste *angioma cavernosum*. Nerw oczny silnie wyłobiony i zwyrodniały.

Rozpoznanie anatomiczne było: 1) Angioma cavernosum chorioideae i utworzenie skorupy kościstej na powierzchni. 2) Chorioiditis chronica z świeżymi ogniskami. 3) Ablatio retinae totalis i silne zwyrodnienie teje, krwotoki i świeże ogniska zapalne. 4) Skleritis i episkleritis. 5) Kociołkowate wyłobienie nerwu ocznego.

Praktyczne znaczenie posiada tutaj obraz wziernikowy. Potrzeba zaś rozróżniać między tbc. chorioideae (Solitär-Tuberkel) a angioma chorioideae. Od pierwszego różni się angioma przez powolne wzrastanie nowotworu, brak objawów zapalnych i drobnych tuberkułów (Miliartbc.) w okolicy nowotworu. Trudno jest odróżnić angioma od sarcoma chorioideae z powodu podobieństwa powierzchni nierównej, opatrzonej również złogiem barwikowym. Pomódz może tutaj nieco zabarwienie tej powierzchni. Przy mięsaku powierzchnia jest niebieskawą lub szarą, przy angioma białą lub niebiesko-białawą.

Prognoza, wedle dotychczasowych wyników, jest stanowczo złą.

1905. Z. 7.

Wstrzymanie ropienia gałki, wychodzącego z blizn, powstałych przez cięcie. (Die Hemmung der von Schnitt-Narben ausgehenden Vereiterung des Augapfels.). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Z blizn operacyjnych są t. zw. blizny cystoidalne najbardziej skłonne do ropienia. Najskuteczniejszą okazała się w takich razach galwanokaustyka t. j. spalenie septycznych części i usunięcie tychże, o ile takie gniazda septyczne dadzą się z gałki odosobnić. •

1) Pacjentka 42 l., z zaćmą obustronną. W odstępach 11 miesięcznych wyjęto zaćmę obustronnie bez jakiegokolwiek śladu wrosnięcia tęczówki lub cystoidalnej blizny. Po 4 latach na lewym oku lekkie wydęcie blizny operacyjnej i ślepa przetoka przedniej komory. Na galwanokaustykę pacjentka nie zezwoliła. Wkrótce stan oka znacznie się pogorszył. W ranie ropa, rogówka mętna, ropa w źrenicy i w średniej komorze. V = poczucie światła.

Po znieczuleniu kokainą przepalono zarówno ranę jakoteż przytykającą, ropnie nacieczoną rogówkę, nożem grotowym przecięto rogówkę i szczypczykami do tęczówki wyjęto błonę ropną z źrenicy i ropę z krwią zmieszaną z przedniej komory. Jodoform, opaska.

Na drugi dzień stan oka był nader pomyślny; przednia komora wolna od ropy. W ciągu dalszych dwóch tygodni stan oka znacznie się polepszał, tak że bystrość wzroku wynosiła $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$, podobnie jaką była dawniej po operacji zaćmy. W ciałku szklistem lekkie męty.

2) Pacjent 61 l., z silną myopią z zaćmą prawego oka był operowany z prawidłowym przebiegiem gojenia V = $\frac{5}{7}$ rana cięcia była prawidłowo zablizniona. Po 4 miesiącach infekcja blizny. Silne ropienie tej blizny; w średniej komorze i w źrenicy ropa. Przypalenie rany zropiałej, cięcie nożem grotowym w obwodzie rogówki i wyjęcie ropy z komory i źrenicy zapomocą szczypczyków. Jodoform, atropina i opaska. Na drugi dzień stan oka był pomyślny.

W cztery tygodnie później oko wyglądało prawie jak po operacji zaćmy a bystrość wzroku = $\frac{5}{25}$.

Dtsche med Wschrft. 25 maja 1905, Nr 9. (Ref. Dr Witaliński).

O cyklodialyzie, nowej antiglaukomatycznej operacji. (Die Cyklodialyse, eine neue Glaukomoperation.). Dr Heine.

Fuchs w swej pracy ogłoszonej w 1904 r. podaje, że u 5⁰/₀ operowanych na zwykłą, starczą zaćmę znalazł mniej lub więcej rozległe, płaskie lub wydęte odczepienie naczyniówki. Zazwyczaj zmiana ta występowała w drugim lub trzecim dniu po operacji, a w kilka dni sama ustępowała.

Takież odczepienie znachodził Fuchs i przy irydektomiach wykonanych przeciw jaskrze; tłumaczy on sobie te zmiany naderwaniem *ligamentum pectinatum* przy wprowadzaniu noża; płyn z przedniej komory może się wtedy dostać do przestworu ponad naczyniówką.

Axenfeld aż 10⁰/₀ odczepień naczyniówki spostrzegał przy sklerotomii i punkcyi przedniej komory.

Aby się przekonać, czy wytworzenie sztucznej komunikacyi z przedniej komory do przestworu nad naczyniówką leżącego, wywoła obniżenia napięcia śródgałkowego wykonano szereg prób na oczach ociemniałych, wydoskonaliwszy samą technikę na oczach zwierząt.

8—9 mm na zewnątrz od limbus podnosi się spojówkę delikatnemi szczypeczykami i nacina nożyczkami. Języczek odgina się ku rogówce, a przez jego szczyt i odpowiadający kąt przeprowadza się nitkę katgutową. W miejscu zamierzonego cięcia wyskubuje się tkankę episkleralną bardzo dokładnie; gałkę się ustala chwytając resztę tejże tkanki w innem miejscu. 4—5 mm od limbus nacina się powoli prostym grotem włókna twardówki. Przy wprowadzaniu noża rozszerza się cięcie na boki na 1—2 mm. Cięcie biegnie prosto lub nieco skośnie.

Następnie wchodzi się sztylecikiem tuż pod samą twardówkę. Na sztyleciku jest 5 podziałek 1 mm., gdy wsunie się go po 4-tą przedziałkę, można wyczuć pewien dość znaczny opór powodowany przez *ligamentum pectinatum*. Przebija się je z wolna, a koniec sztylecika ukazuje się w przedniej komorze. Przesuwając na boki rozszerza się tę cyklodializę od 2—3 mm ku górze i dołowi. Wydobywając wolno sztylecik nic z cieczy przedniej komory nie odpłynie; gdy chcemy ją wypuścić, to wystarczy pocisnąć lekko sztylecik ku dołowi. Po wyjęciu narzędzia zawiązuje się szew poprzecznie przeprowadzony. Gdy nic z cieczy nie odpłynęło, to napięcie się nie zmienia; dopiero po 2—3 dniach się obniża, w przeciwnym razie zaraz występuje.

Wyniki otrzymane, wcale pomyślne, zachęcają do dalszych prób i spostrzeżeń.

Księga pamiątkowa wydana z powodu 25cioletniego jubileuszu prof. Juliusza Hirschberga w Berlinie przez jego uczniów i przyjaciół. (Lipsk, 1905, stronie 352). (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

(Dokończenie.)

Ze szpitala powszechnego z Eger. (Aus dem allgemeinen Krankenhaus in Eger). Dr Ch. Weigant.

W pracy tej opisuje autor cztery ciekawe spostrzeżenia ze swej praktyki szpitalnej.

1. *Niezwykła postać łuszczyki na rogówce.* U pewnej 42-letniej kobiety wytworzyła się najpierw na oku prawem, później także na lewym, błona naczyniowa, pokrywająca spojówkę gałki dokoła rogówki, rąbek i całą obwodową część rogówki, pozostawiając tylko środek niezaćmiony. Błona ta przypominała w wysokim stopniu łuszczykę jaglicową, ale badanie spojówki powiek i załameków oprócz lekkiego przekrwienia nie wykazywało zgoła żadnych innych zmian chorobowych. Na brzegu błony naczyniowej, w obrębie rogówki, widać było drobne, powierzchowne, punkcikowate nacieki po większej części owrzodziałe. Gdy leczenie zapomocą różnych miejscowo stosowanych środków nie odnosiło żadnego skutku, a i *peritomia ignea* nie dała żadnego wyniku, przystąpił autor do operacyjnego usunięcia błon. Podczas operacyi, wykonanej najprzód na oku prawem, gorszem, w uspieniu chloroformowem, pokazało się, że błona ta dała się bez wielkiego trudu zdjąć w całości nietylko z rąbka spojówkowego, i z pasa szerokiego, otaczającego rogówkę, ale także i z rogówki samej, przyczem odsłonił się miąższ jej całkiem prawie przeźroczysty.

Przy operowaniu odniósł autor wrażenie, że ma do czynienia z bądź co bądź wyjątkową postacią skrzydlika postępującego (*pterygium progressivum*), który zamiast tylko od zewnątrz wkraczać na rogówkę, obejmuje ją wieńcem wkoło. W krótki czas potem operacya dokonana na drugim oku, wykazała zupełnie analogiczny stosunek. Przebieg pooperacyjny był na obu oczach całkiem pomyślny, błona nie odtworzyła się na nowo, na rogówkach, w miejscach odsłoniętych na obwodzie pozostały tylko nieznaczne plamki, a dolegliwości podmiotowe zupełnie ustąpiły.

2) *Uszkodzenie rogówki bezwodnikiem siarkawym.* We wrześniu 1903 roku zgłosił się do autora robotnik z browaru w godzinę po uszkodzeniu oka płynnym bezwodnikiem siarkawym, używanym w przyrządach ochładzających. Przy nieostrożnem otwarciu zbiornika, pozostałość skroplonego gazu wydobyła się z siłą i uderzyła w rogówkę lewego oka. Zewnętrznie powieki i otoczenia oka

zmian nie okazywało, spojówka gałki wkoło rogówki silnie przekrwiona i obrzmiała tworzy wał dookoła rąbka rogówkowego. Rogówka sama na powierzchni dziwnie sucha okazuje w całości wysyczone dymno-szare zmętnienie i jest zupełnie znieczuloną. Wśród ogólnego zmętnienia widać dwa, ściśle ograniczone, wielkości główki od szpilki głębiej sięgające zaćmienia. Chory skarży się tylko na uczucie palenia. Leczenie: atropina, maść sozodolowa i opaska. Nazajutrz obrzęk spojówki gałki ustąpił, rogówka znacznie się wyjaśniła, odzyskała czucie i wilgotność. Tylko przybrzeżne części rogówki okazywały jeszcze zamglenie i miały wejrzenie suche, przypominające kserozę (zeskórnienie). Po kilku dalszych dniach leczenia minęły i te objawy, tylko dwa wyżej wspomniane ściślejsze nacieki pozostawiły po sobie nieznaczne plamki.

Autor odnosi wszystkie te zmiany do zamrożenia oka szybko ulatniającym się skroplonym bezwodnikiem siarkawym, który obniża przytem ciepłotę do -8° C. Dwa drobne nacieki, to miejsca, gdzie padły dwie krople płynnego kwasu. Zaćmienie dookoła zaś, to następstwo nagłego zamrożenia w połączeniu z chemicznym działaniem gazu. Aby się w tem przypuszczeniu utwierdzić, wykonał autor doświadczenie na zwierzęciu, polewając rogówkę królika skroplonym bezwodnikiem siarkawym. Obraz kliniczny, jaki powstał na oku królika, nie różnił się prawie niczem od obrazu, jaki przedstawiało oko chorego robotnika. Ze spostrzeżenia tego wysnuć należy praktyczną wskazówkę, jak starannie i troskliwie trzeba ochraniać rogówkę, gdy się na twarzy, a zwłaszcza w okolicy oka używa do znieczulenia skóry takich środków, jak chlorek etylu, anestyl etc.

3) Dwa przypadki postrzału w oko.

W pierwszym przypadku u 15letniej córki obywatela wiejskiego nieszczęśliwym wypadkiem kula rewolwerowa przebiła skórę na czole po stronie lewej, prześliznęła się następnie między skórą a kością czołową, okrążyła następnie kostny, górny brzeg oczodołu prawego i miała jeszcze dość siły, ażeby przebić twardówkę prawego oka i utkwieć w ciele szklistem. Pocisk wydobyto wraz z gałką oczną.

Drugi przypadek dotyczy chłopca 12letniego, który z towarzyszymi bawił się gilzą naboju karabinowego, którą wypełnili odrobiną prochu strzelniczego, kamyczkami i papierem. Wśród zabawy nastąpił wybuch i cały ten nabój wraz z gilzą ugodził chłopca w oko prawe. W głębokiem uśpieniu wydobył autor z pośród obrzmiiałych powiek całą gilzę 58 mm długą, która poszarpała gałkę oczną na strzępy i końcem swym utkwiała we *fissura orbitalis in-*

ferior. Po kilkudniowej gorączce stan ogólny operowanego poprawił się, i ciężka rana wygoiła się bez ropienia.

Przypadek twardziny skóry powiek. (Ein Fall von Sclerodermie der Lider). Dr W. Mühsam.

Twardzina skóry zajmuje oddawna żywo zarówno dermatologów, jak i neuropatologów. Okuliści dotychczas mało zwracali uwagi na to cierpienie, ponieważ na skórze powiek występuje ono niezmiernie rzadko. Choroba ta polega na zmianie skóry, która w pierwszym okresie okazuje obrzęk, w drugim znamienne stwardnienie, a w trzecim przechodzi w zanik. Badanie anatomiczne wykazuje przerost łącznotkankowy skóry i tkanki podskórnej, oraz zmiany w naczyniach, dotyczące wszystkich trzech warstw, składających ich ściany. Choroba przebiega zwykle bez bólów i gorączki. W liczbie pięciuset przypadków, objętych statystyką Lewina i Hellera zaledwie w trzech twardzina zajmowała skórę powiek, równocześnie jednak zajęte były i inne okolice ciała. Autor miał sposobność w poliklinice Prof. Hirschberga w Berlinie przez dłuższy czas spostrzegać u 32letniej kobiety twardzinę skóry lewej powieki górnej, okazującej zbitość chrząstki, zaczerwienienie i znaczne zgrubienie. Oprócz tego symetrycznie po obu stronach twarzy skóra w okolicy łuku jarzmowego była na ograniczonej przestrzeni dotknięta twardziną. Zresztą nigdzie na ciele nie znaleziono ognisk tego cierpienia. Rozliczne środki, jakich w przypadku tym użyto (jod, rtęć, przetwory salicylowe, przetwory z nadnercza, tyreoidyna etc.) nie wywierały żadnego wpływu na opisane zmiany. Łagodne leczenie rtęciowe zdołało tylko powstrzymać postępy choroby.

Przypadek torbiela skórzakowego oczodołu z licznymi komórkami tucznymi. (Ein Fall von Dermoidzyste der Orbita mit zahlreichen Mastzellen). Dr Max Peschel z Frankfurtu n. M.

Autor wyłuszczył torbiel skórzakowy z górnej części oczodołu prawego. Oko prawe od urodzenia już okazywało mierny stopień opadnięcia powieki górnej, dopiero jednak w wieku pokwitania stan zaczął się pogarszać i powstał wybitny trzeszcz gałki. Operacyi dokonano w uśpieniu chloroformowem i wydobyto torbiel zapomocą skór nego cięcia równoległego do naturalnej zmarszczki powieki górnej, aby potem blizna nie była widoczną, Przy wydobywaniu torbiela treść jego kaszasta wydobyła się na zewnątrz, mimo tego jednak wydobyto guz w całości po oddzieleniu kilku ścisłych zrostów od ścian oczodołów. Cały torbiel podługowatej postaci mierzyl w najdłuższym przekroju $3\frac{1}{2}$ cm, grubość jego ścian bardzo zmienna od 0.3 do 7 mm. Badania anatomiczne ściany wykazało

w niej cztery oddzielne warstwy: wewnętrzna cienka warstwa przybłonkowa wraz z pokładem brodawek podobnych, jakie znachodzimy w skórze, zaopatrzona tylko w drobne i włosowate naczynia. Następna warstwa składa się z gęstych splotów grubszych naczyń i odcina się ostro od warstwy zewnętrznej najgrubszej, składającej się z tkanki łącznej i posiadającej budowę gąbczastą z powodu licznych przestworów limfatycznych, przedstawiającej wielkie podobieństwo do *lymphangioma cavernosum*. Jako osobną jeszcze warstwę uważa autor naloty tłuszczowe, pokrywające tu i ówdzie ściany torbiela i odcinające się wyraźnie od tłuszczu oczodołowego. Jako szczególne znamię budowy histologicznej ścian tego torbiela uważa autor obecność wielkiej ilości komórek tłuszcznych, których tysiące rozrzucone były nie jednostajnie, lecz w gromadkach i szeregach wśród tkanki łącznej drugiej i trzeciej warstwy. Znajdował je także jednak, choć w mniejszej ilości w wewnętrznej warstwie tłuszczowej. Ażeby dać wyobrażenie o ilości tych komórek, wspomina autor, że we wielu skrawkach 15 μ . grubości znachodził do 80 komórek tłuszcznych na przestrzeni $\frac{1}{50}$ mm². Widocznie ten tak bujny rozrost komórek tłuszcznych, które okazują różne okresy swego rozwoju, zależy od zapalnego podrażnienia, jakiemu uległy ściany torbiela w ostatnich czasach przed wyluszczeniem. — Autor bardzo szczegółowo przedstawia morfologię, barwliwość i inne znamiona komórek tłuszcznych i dochodzi do wniosku, że są one wytworem przemiany wstecznej, jak to już zresztą wykazali: Browicz i Raudnitz i za czem przemawia także i ta okoliczność, że nie spostrzega się u nich nigdy rozmnażania się przez podział.

Rokowanie uszkodzenia oka wrazem tępym ze szczególnem uwzględnieniem uderzenia rogiem krowy. (Zur Vordersage der Augenverletzungen durch stumpfe Gewalt mit besonderer Berücksichtigung des Kuhhornstosses). Dr Otmar Purtscher z Klagenfurtu.

Zapatrywania praktyków na rokowanie w przypadkach tępych urazów oka w szczególności pęknięcia twardówki nie są dotąd dosyć ustalone. Po większej części oceniają je autorowie dosyć pesymistycznie. Purtscher od szeregu lat zwracał baczną uwagę na późniejsze losy oczu po urazem pęknięciu twardówki i obecnie zestawia te spostrzeżenia w kilku tablicach. Pierwsza tablica obejmuje czternaście przypadków urazu rogiem krowy w oko, leczonych ambulatoryjnie, druga dwanaście dalszych pęknięć twardówki, również rogiem krowy spowodowanych, a leczonych na oddziale ocznym celowieckiego szpitalu. Trzecia tablica i czwarta obejmuje przypadki pęknięcia twardówki, leczone ambulatoryjnie lub w szpi-

tału, a spowodowane innymi rodzajami tępych urazów. Przypadków tych zestawiał autor 36. Wreszcie ostatnia tablica dodatkowa zawiera 12 spostrzeżeń, lżejszych uszkodzeń oka rogiem krowy, gdzie do pęknięcia twardówki nie przyszło.

Z dwudziestu sześciu wypadków pęknięcia twardówki wywołanego uderzeniem rogu, w dziesięciu przypadkach pozostała chorym wystarczająca bystrość wzroku, w trzech lub czterech dalszych przypadkach, które się przed czasem usunęły z pod obserwacji, można się było jeszcze odzyskania jakiej takiej bystrości wzroku spodziewać. W innych przypadkach wzrok był niepowrotnie stracony. W drugiej grupie pęknięć twardówki, obejmującej 36 przypadków, odzyskanie wystarczającej bystrości wzroku stwierdzono 12 razy, a w jedenastu dalszych przypadkach nie dość długo spostrzeganych, można było mieć jeszcze nadzieję, że wzrok powróci. W pozostałych przypadkach trzeba się było wyrzec nadziei przywrócenia wzroku. Ani w pierwszej, ani w drugiej grupie przypadków nie przyszło ani razu do zapalenia sympatycznego drugiego oka.

Na podstawie licznych szczegółów swej statystyki wnioskuje autor, że rokowanie po pęknięciu gałki ocznej w następstwie tępego urazu zależy od wielu okoliczności: Bardzo silne uszkodzenia oka połączone ze znaczną utratą ciała szklistego i silnym krwotokiem, kończą się zwykle zanikiem gałki, którą należy w tych razach wyłuszczyć dla zabezpieczenia oka drugiego. Przypadki, gdzie utrata ciała szklistego była nieznaczna, i gdzie pęknięcie twardówki przyszło do skutku wraz z przedarciem spojówki, dają po większej części rokowanie względnie pomyślne i nie wymagają pośpiesznej enukleacji. W przypadkach pęknięcia twardówki podspojówkowego niebezpieczeństwo zapalenia współczulnego, jest znacznie mniejsze, a i rokowanie, co do wzroku, pomyślniejsze. Autor zgadza się z Mitwalskim, że soczewkę, która pod wpływem urazu przez ranę w twardówce dostała się pod spojówkę, można bez obawy i należy nawet usunąć, nie czekając, aż rana w twardówce się zablizni. Typowe pęknięcia wzdłuż przewodu Schlemma pozwalają na ogół na lepsze rokowanie, niż pęknięcia dalej ku tyłowi sięgające.

Powstanie garbiaka twardówkowego, jakkolwiek bezwzględnie rokowania nie pogarsza, jest jednak ze względu na niebezpieczeństwo jaskry następowej powikłaniem poważnym. We wszystkich przypadkach pęknięcia gałki ocznej jest obowiązkiem lekarza szukać za możliwymi źródłami zakażenia drogą obiegu krwi, a w szczególności uwzględnić cierpienia jamy nosa, które przez samo bliskie sąsiedztwo mogą się stać powodem zakażenia rany ocznej i pośre-

dnio stworzyć w ten sposób niebezpieczeństwo zapalenia współczulnego.

Jednostronna mostkowata szpara wrodzona łączówki i obustronna szpara naczyńiówki. (Einseitiges Brückenkolobom der Iris und doppelseitiges Aderhautkolobom). Dr Schwartz z Lipska.

Dziesięcioletnią córeczkę stolarza przyprowadzono autorowi z powodu wrodzonego osłabienia wzroku lewego oka. Oko to miało postać i wielkość prawidłową, łąćzówka okazywała w dolnej części wrodzoną szparę, szerszą, jak zwykle, przy brzegu źrenicznym, a zwiężającą się ku dołowi. Przy oświetleniu ogniskowem można było jeszcze dostrzedz w dole na samym obwodzie drugą małą szparkę, podobną do irydodyalیزی, 1 mm szeroką, a $\frac{1}{2}$ mm wysoką, oddzieloną od głównej szpary wąskim mostkiem prawidłowej łąćzówki. Zapomocą wziernika można było z tej dolnej szparki wydobyć także wyraźny odbłask czerwony. W literaturze, zdaniem autora, był dotąd jeden podobny przypadek przez Hilberta opisany. W przypadku Schwartza okazywałv oprócz tego obydwia oczy typowe *coloboma chorioideae congenitum*.

O znaczeniu rozpoznawczem nabytej ślepoty, dla barwy fiołkowej. (Über die diagnostische Verwertung der erworbenen Violettblindheit). Dr R. Simon z Berlina.

Wiadomo, że nabyta ślepotą dla barwy czerwonej i zielonej jest znamienną dla schorzeń nerwu wzrokowego, natomiast takż ślepotą dla barwy żółtej i niebieskiej nazwana przez Helmholtza *Violettblindheit*, a przez Kriesa *trytanopią*, odpowiada zazwyczaj zmianom chorobowym w siatkówce. Autor poświęca kilka uwag tej ostatniej postaci ślepoty barwnej, spostrzegał ją bowiem w kilku przypadkach zmian zapalnych siatkówki i to już w okresie cierpienia, w którym jeszcze wziernikiem na dnie oka nic nieprawidłowego dostrzedz nie było można. Chorzy dotknięci omawianym rodzajem ślepoty barwnej rozpoznają kolor czerwony i zielony zupełnie dobrze, natomiast kolor niebieski wydaje im się zielonym, albo zielonawym, kolor zaś żółty białawym lub czerwawym. Trzeba się jednak wystrzegać pomyłki, gdyż zdarzają się przypadki, takiegosamego zбочenia w poczuciu barw z powodu wysycenia środków łamiących oka pewnymi barwikami. Taką właśnie trytanopię absorbcyjną miał autor sposobność spostrzegać w jednym przypadku żółtaczki, spowodowanej marskością wątroby. Zazwyczaj jednak stwierdzenie istnienia trytanopii upoważnia nas do rozpoznania zmian anatomicznych w siatkówce, chociażby ich nawet wziernikiem do-

strzedz nie było można. Pamiętać jednak należy, że nawet przy rozległych zmianach w siatkówce (n. p. przy oderwaniu siatkówki zniesienie wrażliwości na barwę żółtą i niebieską ogranicza się zazwyczaj do szczupłej przestrzeni w środku pola widzenia, stąd też wynik badania jest pewniejszy, jeżeli się posługujemy znakami barwnymi małych rozmiarów.

W jednym przypadku, gdzie rozpoznanie wahało się długo między zanikiem nerwu wzrokowego, a jaskrą zwykłą, przy której przychodzi także do zmian zanikowych w pierwiastkach wrażliwych siatkówki, stwierdzenie trytanopii przechyliło szalę na stronę jaskry, a skuteczność względna ezeryny potwierdziła później to rozpoznanie.

O częstości i wyleczalności zapalenia współczulnego.
(Über Häufigkeit und Heilbarkeit der sympathischen Augenentzündung). Dr K. Steindorff z Berlina.

Pomimo, że literatura zapalenia współczulnego doszła już dzisiaj do ogromnych rozmiarów, to jednak dane, co do częstości tej choroby, są nader skąpe. Mooren ocenia częstość zapalenia współczulnego na 0.13% wszystkich przypadków chorób ocznych, Herman Cohn podaje 0.135%, a Becker 0.15% częstości. Steindorff w pracy powyższej przejrzał 65 tomów żurnali kliniki Prof. Hirschberga, obejmujących okres czasu od roku 1869 po koniec roku 1904 i zawierających 12.500 historii chorych, leczonych w klinice stałej. W tej liczbie znalazł 42 przypadków zapalenia współczulnego, co czyni 0.33%. Przyczyną zapalenia sympatycznego w 30 przypadkach było skaleczenie oka drugiego, połączone z przebicciem ściany gałki ocznej, w pozostałych przypadkach zachodziły inne przyczyny: Dwa razy przebiccie wrzodu rogówkowego wskutek śluzoropotoku spojówki, raz wskutek nowotworu wśródgałkowego, trzy razy bolesny zanik gałki, dwa razy wystąpiło zapalenie sympatyczne po operacyi zaćmy drugiego oka itd. — Zestawiając wszystkie te przypadki wedle poszczególnych lat, dochodzi autor do wniosku, że wczesne wyłuszczenie oka skaleczonego, lub wogóle mogącego wywołać zapalenie sympatyczne na oku drugim, rzeczywiście najskuteczniej zapaleniu temu zapobiega, częstość bowiem wypadków zapalenia sympatycznego w klinice ocznej Hirschberga, pomimo statecznego wzrostu liczby przypadków urazowych, stale maleje w miarę, jak coraz częściej i coraz wcześniej wykonywa się enukleację zapobiegawczą. Również zauważył autor, że i przebieg zapalenia sympatycznego stał się w ostatnich latach łagodniejszym, i że częściej udaje się opanować niszczącą sprawę zapalną i jednemu oku jaki taki wzrok uratować. Co do częstości,

to przed 35 laty, wedle zestawień autora, występowało zapalenie współczulne, po przebijających skaleczeniach oka, prawie trzy razy częściej niż obecnie. Zapatrywania, jakoby przebieg zapalenia współczulnego był tem groźniejszy, im wcześniej ono wybucha, statystyka Steindorffa wcale nie potwierdza, bo właśnie w kilku przypadkach, gdzie zapalenie drugiego oka wystąpiło już przed upływem sześciu miesięcy, uzyskano jednak zupełne wyleczenie. Ogółem okres czasu, jaki upływał między skaleczeniem jednego oka, a wystąpieniem pierwszych objawów zapalnych, na drugim wahał się między trzema tygodniami, a trzydziestu trzema laty. Co do uleczalności zapalenia współczulnego, to statystyka Steindorffa obejmuje 22 przypadków nieszczęśliwych, a 20 wyleczonych. Rokowanie zależy, zdaniem autora, w pierwszym rzędzie od tego, czy dość wcześnie wyłuszczone gałkę sympatyzującą, co stanowczo wpływa na złagodzenie przebiegu, powtórę od postaci zapalenia sympatycznego, przy czem za najniebezpieczniejsze należy uważać zapalenie plastyczne, a wreszcie wielką wagę przypisuje autor wstrzeźliwości, jaką okazywano zawsze w Hirschberga klinice w operowaniu oczu sympatycznym zapaleniem dotkniętych. Najpomyślniejsze wyniki uzyskano w tych przypadkach, gdzie ani razu nie podjęto na chorem oku żadnego zabiegu operacyjnego, które zazwyczaj mają ten skutek, że przygasającą lub wygasłą nawet sprawę zapalną rozniecają nanowo. Z dwudziestu chorych, którym wzrok zdołano uratować, wynosiła bystrość wzroku u jednego tylko $\frac{1}{10}$, u trzynastu wahała się między $\frac{1}{8}$ a $\frac{3}{4}$, pięciu odzyskało pełną bystrość wzroku, a jeden nawet $\frac{5}{4}$. W liczbie 22 nieszczęśliwych przypadków byli przeważnie chorzy, którzy się do kliniki już w rozpaczliwym stanie zgłosili. W jednym przypadku zaszła smutna konieczność, po wyjęciu oka skaleczonego, z powodu bólów nie do zniesienia, wyjąć także i drugie oko zupełnie ośleple. — Nakoniec zaznacza autor, że prawie wszystkie te przypadki nieszczęśliwe są dawniejszej daty, i że, w ostatnich 15 latach, żaden z chorych, co się z widzącym okiem zgłosili, nie stracił wzroku zupełnie.

Badanie anatomiczne Retinitis proliferans. (Anatomische Untersuchungen über Retinitis proliferans). Dr J. Cirincione z Genui.

Autor miał sposobność w jednym przypadku typowej *Retinitis proliferans* przeprowadzić szczegółowe badanie histologiczne gałki ocznej, wyjętej w 26 godzin po śmierci chorego. Wnioski, do jakich go badania te doprowadziły, streszcza sam w następujących punktach:

1) Szczególne wejrzenie dna oka przy *Retinitis Manz'a*, za-

leży niewątpliwie od nowowytworzonej włóknistej tkanki, która zajmuje wewnętrzną warstwę siatkówki w postaci smug, błon i wyrostków, wrastających często także w głąb ciała szklistego.

2) Najwybitniej rozwija się ta tkanka w tarczy nerwu wzrokowego i dookoła rozgałęzień tętnicy i żył siatkówkowych.

3) Nowowytworzona tkanka jest podsiatkówką i zajmuje warstwę włókien nerwowych i komórek zwojowych, a przykryta jest przez wewnętrzną błonkę graniczną.

4) Naczynia siatkówkowe okazują wysoki stopień stwardnienia i niejednokrotnie światło ich bywa zamknięte.

5) W nowowytworzonej tkance znajdują się liczne drobne naczynia.

6) Siatkówka okazuje znaczny przerost włókien podstawowych, bujanie neurilemmy, a zanik elementów wrażliwych. Stan ten określają dziś nazwą *gliosis retinae*.

7) Naczyniówka okazuje tylko zanikowe zmiany następowe.

8) W ciele szklistem w równikowej części siatkówki i w przednim całym odcinku gałki ocznej nie bywa zmian żadnych.

9) Krwotoki wśródoczne i jaskra stanowią powikłanie tego cierpienia, ale nie należą do jego obrazu.

10) Choroba ta nie ma związku ani z miażdżycą tętnic, ani z żadną ogólną szką ustroju.

11) Przyczyną *Retinitis* Manz'a jest wedle wszelkiego prawdopodobieństwa obecność istot drażniących (natury chemicznej lub toksycznej) w ciele szklistem, działających przeważnie na zewnętrzną błonę (*tunica adventitia*) naczyń siatkówkowych.

12) Cierpienie, w mowie będące, ze względu na swe znamiona anatomiczne, zasługuje na nazwę *Retinitis proliferans*.

O uszkodzeniu oczu dziecka podczas porodu. (Über Augenverletzungen des Kindes bei der Geburt). Dr B. Wolff z Berlina.

Literatura uszkodzeń oczu noworodka podczas porodu wzbogaciła się w ostatnich czasach szeregiem wybitnych prac, które wyszły jednak z pod pióra samych tylko okulistów.

Obecnie zabiera głos w tej ważnej sprawie położnik, poświęcając jej wyczerpujące uwagi, oparte częścią na własnym doświadczeniu, częścią na materiale kazuistycznym zebrany w literaturze i zestawionym starannie w szeregu przeglądowych tablic. W przedmiocie tym nasuwa się sporo pytań, na które do tej pory nie było jeszcze odpowiedzi stanowczej. W pierwszym rzędzie chodzi o poznanie częstości takich przypadków wogóle, a w szczególności częstości ich wobec różnych sposobów rozwiązania. Następnie należy

się zastanowić, jakie czynniki sprzyjają powstaniu tego rodzaju uszkodzeń, gdy poród odbywa się siłami natury, a jakie, gdy podjęto jakiegokolwiek zabiegi położnicze. Z tem łączy się pytanie, w jaki sposób i o ile można uszkodzeniom oka noworodka zapobiedz, a wreszcie pozostaje do rozstrzygnięcia sprawa odpowiedzialności lekarza, w razie, gdy przy porodzie, który przeprowadził, przyszło do takiego uszkodzenia. Praca Wolffa nie może jeszcze rozstrzygnąć tych wszystkich pytań, ale stanowi początek badań, które w tym kierunku należy jeszcze przeprowadzić.

Dla ułatwienia przeglądu poszczególnych przypadków dzieli autor uszkodzenia porodowe oczu noworodka na dwie grupy: Do pierwszej zalicza delikatne zmiany w oczach, jak nieznaczne obrzmienie i przekrwienie spojówek, zmiany dna oka, n. p. drobne krwotoki siatkówkowe, a wreszcie zmiany mikroskopowe, jakie u niektórych nieżywo urodzonych lub wnet po urodzeniu zmarłych dzieci kilkakrotnie wykazano. Do drugiej grupy zalicza znaczniejsze urazy, dotyczące samej gałki ocznej i jej przydatków, lub ścian oczodołu.

Liczni autorowie, okuliści, wykazali w ostatnich czasach, że zmiany na dnie oka, a zwłaszcza drobne krwotoki siatkówkowe, wywołane u noworodków sprawą porodową, zdarzają się o wiele częściej, niż dawniej sądzono i to zarówno przy porodach samodzielnych, jak i przy kleszczowych. Powstanie tych krwotoków tłumaczy Königstein nagłą zmianą warunków krążenia po pierwszym wdechu noworodka, Schleich silnem wzmożeniem parcia wśródnaczyniowego w głowie dziecka przeciskającej się, zwłaszcza przez zwężone drogi porodowe, Naumow wyszukuje szczególne warunki, wśród których podczas porodu przychodzi do silnego zastoj w żyłę ocznej (*vena ophthalmica*). Autor sam zwraca przede wszystkim uwagę na zmiany pośmiertne w przypadkach śmierci z uduszenia, opisane przez Hofmanna, który jako jeden z najbardziej znamiennych objawów podnosi niezliczone drobne wynaczynienia na rozmaitych błonach surowicznych (opłucnej, na osierdziu, na otrzewnej), w grasicy, mięszu wątrobowym, na błonie śluzowej dróg oddechowych, na głośni, a także i w siatkówce (Leroux, Tammasia).

Ponieważ płód bardzo często przez krótszą lub dłuższą chwilę pozostaje w stanie zamartwicy, przeto nie dziw, że wynaczynienia takie w jego ciele muszą powstawać, a w siatkówce oka mogą być wzziernikiem za życia z łatwością dostrzeżone.

Inne drobne zmiany na oczach noworodka, jak lekki obrzęk powiek, lub przekrwienie spojówek tłumaczą się dostatecznie, łatwo zrozumiałym bezpośrednim uciskiem.

Druga grupa znacznych urazów gałki ocznej i jej otoczenia

objęta jest tabelarycznym zestawieniem 12 przypadków, jakie autor zdołał zebrać w dostępnej mu literaturze, wliczając w to cztery własne spostrzeżenia z liczby 581 porodów przy wąskiej miednicy, w berlińskiej poliklinice Charité. Praun dzieli urazy porodowe oczu noworodka na: 1) Złamania kości oczodołu; 2) uszkodzenia miękkich części, otaczających gałkę w szczególności powiek; 3) wysadzenie gałki z oczodołu i wyrwanie jej całkowite; 4) porażenia mięśni ocznych; 5) skaleczenia ścian gałki ocznej. Zestawienie Wolffa obejmuje każdym z tych działów po kilkanaście, a nawet po kilkadziesiąt przypadków. Rozbierając szczegółowo częstość tych ciężkich uszkodzeń, w związku z rodzajem porodów, wykazuje autor, że zdarzają się one przede wszystkim przy porodach nieprawidłowych, a zwłaszcza kleszczowych i w tym ostatnim przypadku, nie tyle wąskość dróg porodowych, ile sam bezpośredni ucisk, wywarty przez kleszcze, powoduje zazwyczaj uszkodzenie oka. Szczególnie kleszcze wysokie, zakładane na główkę w wymiarze czołowo-potylicowym, zagrażają najbardziej oczom płodu. Z drugiej strony ze statystyki autora wynika, że dzieci rodzące się w położeniu czażskowym, wogóle z główką przodującą, częściej doznają uszkodzeń oka, niż dzieci, przychodzące na świat w położeniu pośladkowym, lub w innych położeniach, gdzie dobrowolnie, lub po dokonanych obrocie główka rodzi się na końcu.

W dalszym ciągu zastanawia się autor nad sposobami, jakimi zapobiegać należy tym nieszczęśliwym powikłaniom i podaje pod adresem kolegów położników cały szereg prawideł ostrożności, nawołując równocześnie do wstrzemięźliwości w zakładaniu kleszczy, i do ograniczenia tego, bądź co bądź, nie obojętnego zabiegu, tylko do wskazań koniecznych.

Wobec okoliczności, że nawet bardzo ciężkie uszkodzenia oka widziano po porodach, zresztą prawidłowych, a z drugiej strony wobec tego, że uszkodzeń takich nie udało się uniknąć, nawet przy umiejętnem i jak najrzęczniejszem zakładaniu kleszczy, należy odpowiedzialność lekarza w razie nieszczęśliwego wypadku oceniać bardzo ostrożnie. W przypadkach sądowo-lekarskich powinno się zdaniem autora, wobec niedostatecznej jeszcze znajomości patogeny omawianych uszkodzeń, ograniczać na razie dochodzenie do rozstrzygnięcia pytania, czy w danym przypadku użycie kleszczy porodowych było dostatecznie usprawiedliwione.

Historya okularów. Dr Langie.

Autor w artykule tym podaje krótki zarys naszych wiadomości historycznych o wynalezieniu i rozpowszechnieniu szkieł, służących do wyrównywania wad refrakcyi. Osoba wynalazcy okularów nie jest dotąd napewne znana. Jedni przypisują wynalazek ten Włochowi, nazwiskiem Salvino D'Armato, powołując się na napis na jego grobowcu († 1317), inni pizańskiemu mnichowi Alessandro Della Spina († 1313). To pewna, że z końcem XIII wieku okulary były już znane, gdy poprzednio nigdzie o nich wzmianki nie znajdujemy, chociaż jest rzeczą dziwną, że starożytni Egipcyanie i Chińczycy, którzy z dawien dawna zajmowali się matematyką i astronomią, nie zauważyli korzystnego działania niektórych szkieł na wzrok osłabiony. Wśród zabytków dawnej kultury tych ludów nie znajdujemy nic, coby choć w przybliżeniu przypominało nasze dzisiejsze okulary. W każdym razie u Greków i Rzymian spotykamy się już ze znajomością działania optycznego, soczewek wypukłych, kul szklanych wodą wypełnionych, a Pliniuszowi zawdzięczamy wiadomość, powszechnie dziś znaną, o szmaragdzie Neroną. Tak więc dopiero w średnich wiekach pojawiają się okulary postacią do dzisiejszych zbliżone, jakkolwiek bardzo rzadko używane, głównie, jak się zdaje, przez czarowników i alchemików. Oczywiście, że wobec niedostatecznej znajomości praw optyki i zupełnej nieznajomości wad refrakcyi, szkła te były w dawnych czasach dobierane na chybi trafi. Rozpowszechnienie użycia szkieł korekcyjnych postępywało w parze z rozwojem pojęć o wadach optycznych, jakim podlega oko. Autor podaje zatem krótki pogląd historyczny na rozwój pojęć z zakresu optyki fizyologicznej, której właściwym twórcą jest, jak wiadomo, Helmholtz. Pierwszym zaś, który ustalił pojęcia wad refrakcyi oraz presbyopii i wyjaśnił ich istotę, był Donders. On też poznał istotę niezborności i polecił szkła walcowate dla jej wyrównania. Dzięki epokowym pracom Donders'a zaczęto wyrównywać wady refrakcyi i akomodacyi pomocą szkieł w sposób odpowiedni i okulary weszły z tego powodu w powszechne użycie.

Rev. gén. d'ophth. Nr 5. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

Obrzęk złośliwy powieki bez krosty czarnej. Obecność prątka wąglika. Wyleczenie. (Oedème malin sans pustule. La présence de la bactériidie charbonneuse. Guérison.). E. Moreau z Lyonu.

Do Prof. Rolleta zgłosił się 50-letni białoskórnik z obrzękiem powieki dolnej lewego oka, który miał powstać wśród pracy

przed trzema dniami. Badanie wykazało miękki ciastowaty obrzęk obu powiek lewego oka, przeważnie jednak dolnej, barwy sinawej niebolesny, skóra po nad nim niezacerwieniona, ani zgrubiła, nigdzie ranki, ani krosty, ani owrzodzenia. Gałka oczna prawidłowa; gruczoły niezajęte, ciepłota ciała podniesiona, tętno przyspieszone. Chory został przyjęty do kliniki, gdzie obraz cierpienia z dnia na dzień stawał się coraz groźniejszy. Już nazajutrz obrzęk powieki dolnej wzmógł się bardzo znacznie, a na skórze wystąpiły liczne drobne mętną cieczą wypełnione pęcherzyki. W krótko obrzmiała cała lewa połowa twarzy, a obrzęk przez nasadę nosa zaczął przechodzić na oko prawe. Gorączka doszła do 40° przy utrzymanej przytomności tętno do 114 uderzeń. Badanie krwi wydobytej przez nakłucie obrzęku i powieki wykazało obecność wielkiej ilości prątków wąglika. Krew wzięta równocześnie z palca okazała się jednak jałową.

Leczenie polegało na okładach sublimatowych, a później została wykonana *peritomia ignea*, oraz liczne głębokie nakłucia za pomocą igły galwanokautera. Wreszcie zastrzykiwano podskórnio w otoczeniu części obrzmiałych nalewkę jodową. W dalszym przebiegu wystąpiły jeszcze powikłania jako to: wymioty, nudności, utrudnienie w połykaniu, obrzęk na piersi w okolicy mostka, objawy te jednak szybko minęły, gorączka opadła, obrzęk ograniczył się znowu do powieki dolnej, której skóra uległa na ograniczonej przestrzeni zupełnemu obumarciu i odpadła, a rana w ten sposób powstała, pokryła się wkrótce zdrową ziarniną i wytworzyła bliznę, która jak dotąd nie powoduje jeszcze odwinięcia powieki. Gałka oczna wyszła cało z niebezpieczeństwa.

Autor podnosi rzadkość spostrzeżenia tego ponieważ, brakło w tym przypadku tak znamiennej dla wąglika krosty, która jak wiadomo wskazuje bramę wejścia prątków chorobotwórczych. Niektórzy autorowie powątpiewają w słuszność rozpoznania tych przypadków obrzęków złośliwego powieki, w których czarnej krosty nie spostrzegamy. W przypadku autora wszelka wątpliwość jest wykluczona, ponieważ badanie bakteriologiczne kilkakrotnie powtarzane stale wykazywało obecność prątków wąglika, morskie świnki szczepione padły, a w ich narządach wykazano również typowy *anthrax*, wreszcie uzyskano czyste hodowle tego mikrobu. W ogólnym krwiobiegach prątków wąglika nie znaleziono, i temu, że się tam nie dostały przypisuje autor wyleczenie choroby, która by się w przeciwnym razie niechybnie śmiercią skończyła.

Optotypy w barwach uzupełniających. (Optotypes en couleurs complémentaires.). M. Polack.

Autor zaleca optotypy barwne, których litery składają się z pasków równoległych 6 mm szerokich, naprzemian czerwonych i zielonych, ułożonych w kierunku różnych południków oka niezbornego. Z odległości 5 metrów oko miarowe widzi te paski składające litery w barwach rzeczywistych t. j. jasno czerwone i ciemnozielone. Oczom niemiarowym z powodu chromatycznej dyspersyi przedstawiają się barwy pasków odmiennie: Oko nadmiarowe widzi paski zielone jako białe, a paski jasno-czerwone jako ciemno-czerwone. Oko niedmiarowe widzi paski czerwone, jako blado-różowe, a zielone jako ciemno-szare; po wyrównaniu wady refrakcyi zapomocą szkieł ukazują się badanemu litery optotypów w takich barwach, w jakich je widzi emmetrop.

Autor uważa ten sposób badania refrakcyi za dokładniejszy od wielu innych i nie wspomina wcale, żeby tak często spotykane nieprawidłowości w poczuciu barw mogły zamącić dokładność wyników, lub brak zmysłu spostrzegawczego badanej osoby utrudnić badanie.

W końcowej uwadze zwraca się autor do artystów malarzy, krytykując t. zw. impressjonistyczny sposób malowania, polegający na zestawianiu wąskich smużek barw poszczególnych, zamiast ich mieszania na palecie. Zdaniem autora, malarze nie liczą się wtedy z wrażeniem, jakie ich obrazy robią na ludziach dotkniętych wadami refrakcyi. Zdaniem ref., artysta nie ma powodu oglądać się na krytykę swych dzieł malarskich ze strony krótkowidzów, dalekowidzów i astygmatyków, przynajmniej o ile oni zapomocą odpowiednich szkieł nie sprowadzili wzroku swego do prawidłowej miary — tak samo, jak nie potrzebuje zważać, jaki sąd o jego obrazach wyda daltonista.

1905. Nr 6.

Używanie lup obuocznych w okulistyce. (L'emploi des loupes binoculaires en ophthalmologie). Dr E. Berger z Paryża.

Autor wyraża zdanie, że lupy obuoczne zasługują na większe rozpowszechnienie w okulistyce, przekonał się bowiem, że lupa obuoczna jego pomysłu, jaką podał przed kilku laty, oddaje dobre usługi w różnych zawodach drobiazgowych, jak zegarmistrzostwo, złotnictwo, rytownictwo itd. Ponieważ we wielkiej francuskiej encyklopedyi okulistycznej (T. IV) Morax pobeżnie tylko wymienia lupę Westien'a i lupę Zehender'a, jakby to były dwa odrębne przyrządy, a nie jeden i ten sam przyrząd przez obu wymienionych autorów wypracowany, a potem wspomina o lupie Bergera, jako naśladownictwie lupy Jacksona, przeto autor uważa za konieczne, wyjaśnić zasadnicze różnice, jakie pomiędzy wszy-

stkimi tymi przyrządami zachodzą, a w szczególności wykazać, że jego lupa nie jest bynajmniej kopią lupy Jacksonowskiej. Ta ostatnia jest tylko uproszczeniem binokularnej lupy o zbieżnych osiach, podanej w 1678 r. przez Cherubina. Lupę Jacksona należy trzymać w odległości 30—35 cm od własnych oczu, a w odległości 6 cm od przedmiotu. Z tego powodu oglądamy przedmiot z odległości 37—42 cm. Lupa Bergera była pierwotnie przeznaczoną dla zegarmistrzów i złotników, którzy dotychczas używali i jeszcze często używają lupy jednoocznej na jedno oko zakładanej, pracując z bliska tem tylko jednym okiem. Autor lupę swą, która zdobyła już sobie uznanie niektórych okulistów (Cirincione, Beauvois, Chibret) zbudował w ten sposób, że może być użyta przy patrzeniu obuocznem do oglądania przedmiotów w odległości małej 12 cm. Przez skośne nachylenie obu wypukłych soczewek, których płaszczyzny tworzą kąt 15° , rozbieżne promienie, odbite od oglądanego przedmiotu, przechodząc przez obie soczewki, działaniem ich pryzmatycznym zostają zamienione na równoległe, lub prawie równoległe i jako takie dostają się do obu źrenic obserwatora. Dzięki temu, pomimo małej odległości przedmiotu, możemy go oglądać w powiększeniu bez wysiłku lub z nieznacznem tylko wysiłkiem konwergencji. Chibret poświadcza, że w jednym z warsztatów precyzyjnych w Clermont-Ferrand, gdzie dawniej z konieczności używano lup jednoocznych, albo lup obuocznych nie dość wydokonalonych, przy których praca niezmiernie nużyła, zaczęto obecnie posługiwać się wyłącznie lupą Bergera, bez której już żaden robotnik obejść się nie może. Godzi się zatem zwrócić uwagę okulistów na dogodny przyrząd, który umożliwi pracę obuoczną we wielu zawodach, w których pracownicy dotąd przez stałe używanie jednego tylko oka, skazani byli na upośledzenie, lub nawet utratę widzenia binokularnego.

Więstnik Oftalmologii. t. XXI r. 1904. Z. 1, 2 i 3.

Zdolność do pracy wzrokowej i oznaczanie zmniejszenia zdolności do pracy wzrokowej przy uszkodzeniach oka.
Dr Natanson.

Uszkodzenia oka przy pracy stanowią zwykle 5—6% odsetek wszystkich wogóle uszkodzeń ciała, w niektórych jednak bardziej szkodliwych dla oczu gałęziach pracy przemysłowej 8% a nawet 10%.

Według statystyki ministerjum finansów w Rosyi w ciągu r. 1901 było 24744 nieszczęśliwych przypadków, a w tem uszko-

dzenia wzroku stanowiły $6\cdot38\%$, a więc tyleż co w Niemczech w r. 1897.

Uszkodzenia wzroku podzielone na mechaniczne 75% i oparzenia 25% .

N., całą zdolność wzrokową dzieli na zdolność wzrokową 1), naośną, 2) obwodową i 3) obuoczną. Zdolność widzenia naośnego uważa N. za najważniejszą, zdolność widzenia obuocznego za najmniej ważną; odczuwanie barw i ogniskowanie (akomodacja) i zaburzenia czynności mięśni ocznych mają podług N. jeszcze mniejsze znaczenie. Przy oznaczaniu zdolności wzrokowej naośnej należy odróżniać sprawność wzrokową, przyjętą jako prawidłową w nauce od sprawności roboczej zmiennej i zależnej od rodzaju zajęcia: robocza sprawność wzrokowa jest zwykle niższą od sprawności prawidłowej. Służba wojskowa wymaga sprawności roboczej równej połowie sprawności prawidłowej, a w Rosyi uważanej jako wystarczająca, nawet uważała część sprawności prawidłowej.

Najprzód N. podaje podług Magnus'a, spis zajęć, wymagających $0\cdot75$ obuocznej sprawności prawidłowej, potem spis zajęć, wymagających $0\cdot5$ prawidłowej sprawności; następnie podaje spis zajęć, które podług Lilet'a wymagają $\frac{2}{3}$ prawidłowej sprawności obuocznej, później spis zajęć, wymagających $\frac{2}{3}$ prawidłowej sprawności na jednym oku i $\frac{1}{3}$ sprawności prawidłowej na drugim i w końcu spis zajęć, wymagających mniej $\frac{2}{3}$ prawidłowej sprawności wzrokowej na jednym oku i $\frac{1}{3}$ sprawności wzrokowej na drugim oku; zwraca przytem uwagę na pewną dowolność i brak uzasadnienia w układach tych spisów.

Najniższa sprawność wzrokowa robocza dotąd nie jest ściśle oznaczona. N., przytacza spostrzeżenie Groenouw'a, że górnicy ze sprawnością wzrokową roboczą równą $\frac{1}{20}$, a nawet $\frac{1}{40}$ sprawności prawidłowej mogą zarabiać tyleż, co i mający zupełnie prawidłową sprawność wzrokową.

Według Zehender'a zupełnie nie wystarczającą sprawnością wzrokową jest $\frac{1}{100}$ sprawności prawidłowej wzroku, według Grenouw'a $\frac{2}{100}$, a znawca Magnus przyjmuje dwa stopnie niewystarczającej sprawności wzrokowej $0\cdot5$ i $0\cdot15$.

Przechodząc następnie do znaczenia sprawności roboczej widzenia obwodowego, przyjmuje N. ograniczenie granic wrażliwości w siatkówce obu oczu do 5° naokoło osi wzrokowej, jako zupełną niezdolność wzrokową do pracy.

Zmniejszenie granic wrażliwości siatkówki w obu oczach do 30° uważa N. za bardzo znaczne upośledzenie zdolności wzrokowej do pracy, tak samo, jak i stronoślep (hemianopsia), ale nawet nie próbuje oznaczyć stopień tego upośledzenia.

W końcu przechodzi N. do rozważania znaczenia widzenia obuocznego dla pracującego, ponieważ od zdolności widzenia obuocznego zależą wyobrażenia głębokości, wypukłości i perspektywy, więc jednoocny i zezowaci wyobrażeń tych nie posiadają.

Zdolność wytwarzania tych wyobrażeń posiada niejednakową wartość robotną dla wszystkich; o wiele bowiem ważniejsze jest dla rzeźbiarza, dekoratora i mechanika, niż dla kowala, ślusarza i cieśli, a jeszcze mniejsze dla kopacza i rolnika.

Omawiając zasady o znaczeniu stanu sprawności wzrokowej roboczej odrzuca N. wszelkie wzory matematyczne, uważając jedynie doświadczenie życiowe, jako rozstrzygające.

Czy mogą być właściwe wzory matematyczne tam, gdzie utratę jednego oka oznaczono to, jako utratę 50^o sprawności roboczej (Mooren), to jako 40% (Jutzow) 2%, 18%, a nawet 15% (Magnus, Groenouw, Amman). Autor nie wypowiada swego zdania, co do słuszności tych ocen, zwraca jednak uwagę, że w Rosyi utratę jednego oka eksperci obliczają zwykle jako utratę 50% zdolności wzrokowej roboczej, ponieważ poszkodowany, zmuszony jest dzielić się otrzymanem wynagrodzeniem ze swym obrońcą i zaznacza wynikającą stąd szkodę dla jednostek i społeczeństwa.

Dr Noiszewski.

III. Z TOWARZYSTW.

Paryska Akademia nauk.

Posiedzenie dnia 20 marca 1905.

O zmianach jasności i o zaćmieniach zupełnych obrazków siatkówkowych wytworzonych przez bardzo słabo świecące przedmioty, o stałym natężeniu światła.

M. A. Chauveau zdaje sprawę Akademii z doświadczeń Lullina nad zmienną wrażliwością siatkówki na słabe podniety świetlne. Lullin umieścił w ciemnicy cztery słabo fosforyzujące płytki, postaci kwadratowej (bok dł. 25 mm) w odległościach dziesięciocentymetrowych. Patrząc na jedną z tych płytek z odległości jednego metra, zauważymy po chwili, że zaczyna się ona coraz bardziej zaćmiewać, aż wreszcie gaśnie zupełnie. Jest to jednak tylko złudzenie, gdyż, skoro przeniesiemy wzrok na drugi świecący kwadracik, pierwszy pokazuje się nam natychmiast w pier-

wotnej sile blasku. Tymczasem drugi kwadracik po pewnej chwili znowu nam z oczu niknie i, aby go ujrzeć ponownie, musimy z kolei wzrok przenieść na kwadracik trzeci itd. Oczywiście, że to samo doświadczenie można powtórzyć także z jedną płytką fosforyzującą, która nam zniknie po chwili wpatrywania się, a ukaże się znowu, gdy kierunek spojrzenia nieco w bok zwrócimy. Lullin objaśnia te zjawiska różnicą wrażliwości różnych części siatkówki. Wiadomo, że środkowa część siatkówki jest stosunkowo mało wrażliwą na promienie najbardziej łamliwe, a takie promienie (błękitne i fioletowe) wysyła właśnie płytka fosforyzująca. Chauveau uznaje wartość naukową doświadczenia Lullin'a, ale odmawia słuszności sposobowi wyjaśnienia spostrzeżonych zjawisk. Aby doświadczenie się udało, nie jest konieczne potrzebna płytka fosforyzująca. Zupełnie wystarczy kawałek białego papieru na ciemnym tle oświetlony bardzo słabym, rozprószonym światłem dziennym.

Wzmianka o zjawisku chwilowego znikania słabo świecących przedmiotów, gdy się w nie dłużej wpatrujemy, znajduje się już w Optyce fizyologicznej Helmholtza. Niema tam tylko mowy o tem, że wrażenie blasku natychmiast powraca, skoro wzrok przeniesiemy na miejsce sąsiednie i to w jakimkolwiek kierunku. Tę część zjawiska zauważył, a przynajmniej ogłosił po raz pierwszy Lullin. Zmiana wrażliwości siatkówki na słabe podniety świetlne, o stałym natężeniu, nie zależy od rodzaju i barwy promieni, lecz jest następstwem znużenia wrażliwych elementów siatkówki. Pozostaje tylko rzeczą niewyjaśnioną, dlaczego to właśnie przy najslabszych podnietych znużenie to na jaw wychodzi, gdy przy silniejszych wcale się nie objawia.

Posiedzenie z dnia 10 kwietnia 1905.

Lullin uzupełnia swe spostrzeżenia wyżej przedstawione, podając, że można uzyskać także zjawisko wprost przeciwne, urządzając doświadczenie w następujący sposób. Jeśli w ciemnicy, na dużym ekranie fosforyzującym umieścimy cztery kawałki kwadratowe czarnego papieru w odległościach 5—10 cm i nieruchomo wpatrujemy się przez chwilę w jeden z nich z odległości 1 m, wtedy po chwili zniknie on taksamo, jak w dawniejszych doświadczeniach znikająca fosforyzująca płytka, a jego miejsce zajmie jednostajnie świecące tło. Gdy przeniesiemy wzrok na drugi czarny kwadracik, wtedy natychmiast pierwszy nanowo się nam ukaże. Lullin przekonał się także zgodnie z twierdzeniem Chauveau, że obydwie te doświadczenia udają się także przy świetle dziennym lub gazowym, nigdy jednak nie wypadają tak dobrze, jak przy użyciu płyty fosforyzującej. (Według Ann. d'ocul.). —

K. W. Majewski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Komisya wybrana do przyznania nagrody, wyznaczonej w wysokości 2000 koron przez król.-węgierskie ministerstwo dla spraw wewnętrznych za napisanie najlepszego dzieła lub rozprawy z dziedziny patologii i terapii trachomu, przyznała połowę nagrody prof. Kuhn to wi za jego terapię, uznając ją za względnie najlepszą z nadesłanych prac, gdy żadnej z prac poświęconej patologii nie przyznała dostatecznych warunków do otrzymania drugiej połowy nagrody. —

W.

Wpływ wstrzykiwań podspojówkowych na stopień niezborności rogówkowej.

Deschamps wykazał, że często wykonywane podspojówkowe zastrzykiwania czyto rozczyńców soli, czy innych płynów drażniących, powodują takie stwardnienie tkanki przytwardówkowej, że przychodzi wreszcie do zupełnego zrośnięcia twardówki ze spojówką. To zbliźnowacenie tkanki, otaczającej rogówkę nie może nie mieć wpływu na krzywiznę rogówki. W pewnym przypadku, gdzie z powodu współczulnych objawów na oku dotąd miarowem wykonano cały szereg zastrzyknięć podspojówkowych dookoła rogówki powstała hypermetropia = 2D skutkiem przypłaszczenia rogówki, w drugim przypadku, gdzie wykonano tylko dwa zastrzyknięcia powyżej i poniżej rogówki pojawił się *As inversus* = 2D, spowodowany zmniejszeniem krzywizny rogówkowej w przekroju pionowym. Korzystając z tych spostrzeżeń sądzi Deschamps, że w przypadkach niezborności regularnej, nie przekraczającej 2D możnaby próbować wstrzykiwań podspojówkowych odpowiedniego rozczyńcy soli, a to po obu końcach średnicy rogówki, w której wypukłość jej jest największa (Soc franç. d'ophtalm., mai 1905).

K. W. Majewski.

V. ZAPISKI LECZNICZE.

Styptycyna przeciw zapaleniu naczyńki, połączonemu z wynaczynieniem i przeciw krwotokom do ciała szklatego ma być wedle prof. Peschla z Frankfurtu bardzo skuteczną. Wszelkie z wynaczynieniem połączone objawy, jak błyski, obniżenie wzroku itd. ustępują mniej więcej szybko.

Podaje się po 4 tableciki Mercka a 0,05 gr dziennie.

Stovaina w rozczyinach wodnych $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$ i 1% w ilościach

0-12 podskórnice, ma być wedle prof. Szczegolewa w Odessie znakomitym środkiem znieczulającym. Znieczulenie występuje natychmiast, ograniczone ściśle do miejsca zastrzyknięcia. Znieczulenie trwa 20 minut.

(Fortschritte der Medicin 1905. Nr 18.)

Surowica przeciwwąglikowa. Prof. Wilm s wypróbował w kilku przypadkach, powodowany poleceniem prof. S o b e r n h e i m a surowicę, którą wstrzykuje do żył po 20 gr. Zwłaszcza jeden przypadek wąglika skroni, a drugi w bardzo groźnym zachorzeniu wąglikowym powiek, po uderzeniu rogiem przez krowę, skończyły się w krótkim czasie pod wpływem takiego leczenia bardzo korzystnie.

(Münchener med. Wschrft. Nr 23. 1905.)

Jothion (dijodhydroxypropan) preparat jodowy wyrabiany przez fabrykę Friedr. Bayer et Co stanowi żółtawy oleisty płyn rozpuszczający się we wodzie w stosunku 1 do 85—80, w glicerynie 1:20, w oliwie 1 na l. $\frac{1}{2}$, gdy w alkoholu, eterze, chloroformie, waselinie, lanolinie, w każdym stosunku jest rozpuszczalnym. Zawartość jodu wynosi 71.74, a w przyszłości preparat ten ma nawet aż do 80% zawierać jodu.

Po wtarcu jothionu w skórę już po 40—60 minut pojawia się jod w ślinie i moczu, a odczyn jodowy zrazu słaby, po godzinie staje się bardzo wybitnym, a względnie do ilości wtartej można jeszcze po 3—4 dniach jod wykazać. Wobec tego zdaje się, iż wcieranie jotionu zastąpi inne sposoby podawania jodu tak często chorym sprawiające dużo przykrości. (Therapeut. Monatshefte 1905. April.)

W.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Habilitowali się: Dr Harms w Tubindze, Dr Palermo w Messinie i Dr Kamil Hirsch w Pradze.

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. Karol Wernicke, psychiatra i neurolog, który odkrył oddziaływanie hemianopijne źrenic i ośrodek dla skojarzonych ruchów gałki, w Halli.

Dr Brettauer zmarł w Tryeście.