

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagiELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: Dra Babińskiego w Paryżu, R. C. Dra Bałabana, Doc. Dra Bednarskiego, Prof. Macheka, Doc. Dra Szuliszewskiego we Lwowie, Prof. Browicza, Prof. Bujwida, Prof. Cybulskiego, Prof. Kostanckiego, Doc. Dra K. W. Majewskiego, Prof. Natansona, Prof. Pieniążka, Prof. Piltza w Krakowie, Dra Kramsztyka w Warszawie, Dra Noiszewskiego w Dynaburgu, Dra Rumszewicza w Kijowie, Dra Sędziaka Jana w Warszawie, Dra Strzeżemskiego w Wilnie, Dra J. Tałki w Lublinie.

Wrzesień

- 2 - ROCZNIK SIÓDMY - 3 -

1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do patologii jaglicy.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Oddawna wiadomo, że jaglica zarówno ostra jak przewlekła występuje niekiedy w postaci mieszanej, z t. zw. blennorrhoea¹⁾, t. j. z zapaleniem, wywołanem przez łonowce (gonokoki), których jadowitość została osłabioną.

Rhein²⁾ podał kilka spostrzeżeń, gdzie pod zwykłym wyglądem jaglicy ukrywała się gruźlica spojówki, a Chodin³⁾ opisał wypadek wilka pierwotnie rozpoznany jako jaglica. Goldzieher⁴⁾ podaje kilka spostrzeżeń, w których jaglica powstawała na tle kiły.

Arnold Lawson⁵⁾, robiąc przegląd wszystkich, wykrytych dotąd drobnoustrojów, przyszedł ostatecznie do przekonania, że jaglica jest zakażeniem mieszanem; również i Gromakowski⁶⁾ jest zdania, że najróżnorodniejsze drobnoustroje prowadzić mogą jaglicę i że w przeważnej ilości wypadków jaglicy ma miejsce zakażenie mieszane.

Zresztą zakażenie mieszane tu na porządku dziennym; nawet tak wybitna indywidualność, jak prątek gruźlicy, nie wystarcza sam dla pojęcia gruźlicy, ale wymaga, a przynajmniej godzi się z obecnością jeszcze kilku innych chorobowych, a może i nie chorobowych *) drobnoustrojów. Jeżeli jednak jaglica powstaje przez zakażenie mieszane, to przypuścić należy, że w tych wszystkich zakażeniach mieszanych, sprowadzających jaglicę, przynajmniej jeden z czynników każdego z tych zakażeń powinien być stały.

Takim stałym czynnikiem zakażenia jaglicy mógłby być nawet jakiś saprofitny grzybek, sam przez się niezdolny wywołać zmian chorobowych w spojówce i potrzebujący dla owładnięcia żywym utkaniem spojówki zagnieżdżenia się uprzednio w jej składnikach obumarłych zabitych przez silniejszego współnika **). Taki pogląd na etyologię jaglicy tłumaczyłby nam powstawanie różnorodnych jej postaci od najłżejszych (folliculosis) do najcięższych.

Wiadomo, że nieraz już znajdowano *leptothrix*, *streptothrix*, *actinomyces* w przewodnikach łzowych; zarówno ze względu na bliskie sąsiedztwo spojówki z przewodnikami łzowymi, jak i z tego względu, że mogą być zajęte jaglicą tak samo przewodniki łzowe, jak i spojówka ⁸⁾, byłoby rzeczą wprost niezrozumiałą, gdybyśmy nigdy nie spotykali *leptotrix* i w worku spojówki. Jeżeli więc nie znajdujemy *leptothrix* na spojówce oka *), to może dlatego, że postać, w jakiej występuje tutaj ten grzybek, jest zupełnie odmienną. Grzybek bowiem stale znajduwany przy jaglicy występuje w postaci zooglea. Czy mamy

*) Chorobowy-patologiczny.

***) Jest wielce prawdopodobne, że tym współnikiem saprofitnego grzybka przy jaglicy może być i nieustrojowy czynnik byle tylko porażający elementa komórkowe spojówki. Tem się tłumaczy, że atropina i ipekakuana mogą sprowadzić ziarniste zapalenie spojówki. Michel Jahresber., 1905, str. 573.

***) Na XI'tym Zjeździe lekarzy i przyrodników w Petersburgu w r. 1901 doniosłem o dwóch wypadkach *conjunctivitis leptothrica*. Dziennik Zjazdu str. 429.

jednak prawo grzybek stale znajduwany przy jaglicy i opisany przeze mnie jako *microsporon trachomatosum* ⁹⁾ zaliczyć do rodzaju *leptothrix*?

Przedewszystkiem należy pamiętać, że sama nazwa *leptothrix* do niczego jeszcze nie obowiązuje, nazwą tą oznaczone zostały grzybki rosnące w postaci długich nici, przytem jest rzeczą wielce wątpliwą, czy zachodzi chociażby bardzo odległe pokrewieństwo pomiędzy rozlicznymi grzybkami, objętymi nazwą *leptothrix*.

Czy jednak nie zachodzi pokrewieństwo pomiędzy *leptothrix buccalis* i *microsporon trachomatosum*, takie np., jakie widzimy w grzybkach kefirowych, gdzie raz *leptothrix* występuje w postaci analogicznej do *leptothrix buccalis*, drugi raz zaś w postaci analogicznej do *microsporon trachomatosum*. Pod wysocki ¹⁰⁾ mówiąc o *leptothrix* w postaci zooglea w grzybku kefirowym podnosi różnicę pomiędzy płytkami *leptothrix*, znajdującymi się w stanie rozproszenia w gradotwarogu a tymi, które tworzą grzybek kefirowy. W grudce twarogu prątki *leptothrix* nie mają żadnej wspólnej organizacyi; w grzybku kefirowym organizują się w zooglea, a nawet według wszelkiego prawdopodobieństwa tworzą wyższą jeszcze organizację życia kolonialnego; na budowę bowiem grzybka kefirowego składają się dwa drobnoustroje: *Leptotrix* i *saccharomyces cerevisiae* ¹¹⁾.

Najlepszy znawca *leptothrix buccalis* W. Miller (Die Microorganismem der Mundhöhle) wprowadził taki ich podział:

- 1) *leptothrix innominata* — cienkie nici, nie barwiące się jodyną na sino;
- 2) *bacillus maximus buccalis* — grube, członkowane nici;
- 3) *leptothrix maxima buccalis* różniąca się od *bacillus maximus buccalis* tylko tem, że się barwi jodyny na sino;
- 4) *jodococcus vaginatus* — zooglea barwiająca się jodyną na sino.

Nici *leptothrix* od nici istotnych pleśniowców tem się tylko odróżniają, że nici *leptothrix* nigdy się nie rozgałęziają; rozgałęzienia bowiem *leptothrix* są tylko wrzekome i powstają przez przyleganie do siebie dwóch nici (Flügge). *Leptothrix* różni się

od pleśniowców i tem, że nie wydaje zarodników; ale i pleśniowców zarodniki powstają tylko w powietrzu, przeciwnie pod wodą rosną i pleśniowce tylko jako nici jałowe (Flügge).

Uważany zwykle, jako znamieny dla *leptothrix* odczyn na jodynę jest bardzo niestały i nieraz daje się zauważyć, że jeden koniec nici *leptothrix* zostaje mocno zabarwiony na sino, a drugi koniec tej samej nici nie barwi się wcale. Chciano wykazać (Klebs r. 1887), że nierówność w zabarwieniu na sino od jodyny nici *leptothrix* zależnem jest od przyjęcia lub nieprzyjęcia pokarmów, zawierających krochmal. Iljin utrzymuje, że zabarwienie, wielkość i postać nici *leptothrix* nie daje prawa do uważania ich za różne rodzaje.

Tak pomiędzy *jodococcus vaginatus* i długimi niciami *leptothrix* znajdowano cały szereg postaci przejściowych; przytem spotykać się dają nawet takie nici *leptothrix*, których jeden koniec przechodzi w łańcuch złożony z kokków.

Powszechnie przyjęte jest zdanie, że dotąd nikomu nie udało się otrzymać hodowli *leptothrix*. Fakt ten jest bardzo dziwny, ponieważ grzybek ten jest pospolity i można go znaleźć w jamie ust. a na migdałach występuje *pharyngo-mycosis leptothrica* ¹²⁾.

Nie należy też zapominać o hodowli *leptothrix* grzybka kefirowego w mleku krowiem.

Trudność utrzymania czystej hodowli *leptothrix* tłumaczy się tem, że raz występuje on jako prątek, drugi raz jako grzybek wielopostaciowy.

Chociaż Dr Ole Bull ¹³⁾, mówiąc o swoistym zarazku jaglicy, utrzymuje, że »Allerdings kann Dr Noiševski (Noiszewski?) *Microsporon trachomatosum* nicht länger mehr als ein solcher angesehen werden«, a v. Krüdenner ¹⁴⁾ nie zawsze znajdował przy rozrywaniu jagieł (follikułów), opisane przezemnie nici *microsporon trachomatosum*; to jednak Peters ¹⁵⁾ na XII zjeździe międzynarodowym lekarskim w Moskwie doniósł znowu, że długoletnie badania przekonały go, że przy jaglicy stale spostrzegać się dają cienkie nici, otaczające mieszki

i komórki zwyrodniałe przybłonki spojówki, chociaż przyznaje się, że nie może zrozumieć ich znaczenia.

Co do mnie, sędzę, że każda jagła (follikuł) jest ustrojem, złożonym z nici *leptothrix*, pianków (hyphae) i zarodników połączonych ze sobą galaretowatą otoczką. Główną składową częścią jagieł jest wojskok, złożony z nici — miernie licznych nici, przebiegających również i pomiędzy pojedynczemi jagłami.

Zachowanie też włókien względem ługu potasowego i sam ich wygląd wskazuje, że są to grzybki.

Drugim składnikiem, który stale występuje w każdym wypadku jaglicy są kule, które wielu autorów opisało jako kule szkliste (hyalinowe). Wygląd tych kul, ich barwa i wielkość przemawiają, że są to wrzodziki grzybka. Niektórzy wprawdzie utrzymują, jakoby „für das Trachom diese Kugeln absolut nicht specifisch sind“, a to dlatego, że się znajdują przy wszelkich przewlekłych zapaleniach spojówki; jednak, jeżeli sobie przypomnimy, że *microsporon trachomatosum* jest tylko jednym ze składników jaglicy, zrozumiemy, dlaczego obecność samego tylko *microsporon trachomatosum* i jego zarodników nie wystarcza dla sprowadzenia ciężkiej postaci jaglicy.

L i t e r a t u r a .

- 1) Ed. Meyer. Handb. d. Augenheilkunde. Berlin 1883.
- 2) Rhein. Arch. f. Ophthalmol. XXXIV, 3, str. 67.
- 3) Chodin. Dniewnik IIIgo sjezda rus. Wraczej. Petersburg 1889. str. 150.
- 4) Goldzieher. Ueber eine durch Syphilis bedingte Form der Conjunctivitis granulosa. Centralbl. f. pr. Augh. 1888.
- 5) Arnold Lawson. An historical reviev of the bacteriological history of trachoma with personal observations of 15 cases. The Royal Landau ophthalmic Hospital Reports vol. XIV part. III. 1897.
- 6) Gromakowski, Arch. f. Aughk. XLI. 12. Centralbl. f. pr. Aughk. 1901. str. 58.
- 7) Cirincione. Centr. f. pr. Augh. 1890. str. 502. >Trachom der Thränenanälchen bisher nur von der Vinle... ist beschrieben jetzt genaue

mikroskopische Beschreibung von vier Fällen setzt die Existenz dieser Erkrankung ausser Zweifel«.

- 8) Noiszewski. Gaz. lek. 1890. Nr 50. Centralbl. f. W. Augh. 1891, zeszyt Marcowy.
- 9) Sorokin. Roztitielnyje parazity, t. II, str. 515, r. 1883.
- 10) Sorokin, l. e. str. 505.
- 11) Sędziak.
- 14) Betas, Centralbl. f. pr. Augh. 1897. November-Heft.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. Tom CXXXIV. r. 1905. Nr 7. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

O myopii urazowej. (Étude sur les myopies traumatiques).
Dr H. Frenkel.

Jest to dość obszerna monografia tego przez autorów dorywczo tylko omawianego przedmiotu. Na podstawie własnych spostrzeżeń, oraz opierając się na danych z literatury (razem 43 przypadków), dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Myopia traumatyczna, jako niezbyt rzadkie następstwo uszkodzeń oka przy pracy zasługuje na dokładne poznanie.

2) Zależnie od siły urazu i od wytrzymałości tkanek oka zachodzi cała skala zaburzeń ocznych, prowadzących do wzmożenia stopnia łamliwości. Autor rozróżnia cztery postacie myopii urazowej:

a) Myopia spowodowana skurczem akomodacji;

b) Myopia w następstwie naderwania, a temsamem zwolnienia więzadełka Zinna;

c) Myopia z powodu zwichnięcia lub nadwichnięcia soczewki;

d) Myopia wskutek wydłużenia przedmiotylnej osi gałki ocznej;

3) Skurcz akomodacji, występujący niekiedy po urazie najłatwiej rozpoznać i od innych postaci urazowej myopii odróżnić przez zapuszczenie atropiny. Zapomocą atropiny też daje się zazwyczaj skurcz ten trwale usunąć. Tej postaci towarzyszy często zwiększenie źrenicy.

4) Myopia, wywołana przerwaniem włókienek więzadełka Zinna nie ustępuje po zapuszczeniu atropiny. Źrenica bywa w tych

przypadkach zwykle rozszerzoną i to częstokroć nieregularnie. Rokowanie jest mniej pomyślne, niż przy skurczu akomodacyi, ale zdarzają się przypadki wyleczenia.

5) Myopia, z powodu zwichnięcia lub nadwichnięcia soczewki, bywa często powikłaną innemi także uszkodzeniami, jak krwotok, oderwanie siatkówki, pęknięcie naczyniówki itd. Rokowanie jest tu wątpliwe. Zachodzi niebezpieczeństwo jaskry następowej.

6) Myopia urazowa może, jak wykazał Sulzer, pochodzić także od wydłużenia przedniotylniej osi gałki. Zmiana refrakcyi rozwija się w tych razach powoli, przez dłuższy okres czasu po urazie. Tylony odcinek gałki wypukła się z powodu przewlekłej *sclerochorioiditis* wywołanej urazem. Przebieg nie różni się od przebiegu pierwotnej krótkowzroczności postępowej.

7) Stopień myopii urazowej zależy od wielu czynników, między innymi od szerokości akomodacyi, jaka istniała przed urazem, a zatem także od wieku chorego.

8) Rokowanie zależy w pierwszym rzędzie od rodzaju myopii urazowej: najpomyślniejsze jest przy skurczu akomodacyi, a najbardziej niepewnem przy zwichnięciu soczewki.

Początki uprzedzenia do okularów. (Les origines du préjugé, contre les lunettes). M. Sulzer.

Okuliści nieraz mają do walczenia z uprzedzeniem do okularów, jakie panuje wśród publiczności, wiele osób obawia się zawczasie szkieł używać, albo popsuć sobie wzrok okularami, albo obawiają się szkieł za silnych, są wreszcie osoby, zwłaszcza kobiety, które się wstydzą szkieł używać. Sulzer szuka w historii okularów początków tego uprzedzenia, którego do dzisiaj nie udało się jeszcze okulistom w zupełności wykorzenić. Przychodzi on do wniosku, że przyczyny były różne, ale jedną z najważniejszych było stanowisko lekarzy w XVII i XVIII wieku, a nawet jeszcze w pierwszej połowie XIX stulecia, którzy chorych swoich niejednokrotnie wprost przestrzegali przed używaniem szkieł, przypisując okularom winę wprowadzania najrozmaitszych chorób ocznych. Gdy codzienne doświadczenie wykazało wreszcie pożytek, jaki ludzie dotknięci wadami refrakcyi ze szkieł odnoszą, ograniczyli ówczesni lekarze swe zastrzeżenia do okularów za silnych i wogóle niewłaściwie dobranych. A że nie miano wówczas jasnego wyobrażenia o istocie wad refrakcyi, a dobór i sprzedaż okularów pozostawały wyłącznie w ręku optyków i mechaników, więc powodów było dosyć, żeby się nieufność do noszenia szkieł w szerszych warstwach rozpowszechniła. Przyczyniło się wreszcie do powstania tej ogólnej niechęci ku okularom także ośmieszanie ludzi szkieł używających. Na rycinach

i obrazach z owych czasów nie widzimy prawie nigdy osób w okularach, chyba na karykaturach lub na obrazach, przedstawiających alchemików, czarownice etc.. Sulzer przytacza liczne ustępy z pracy rzekomo naukowej Dra Siehela, okulisty prawie już nowoczesnego, bo z połowy XIX stulecia. W pracy tej Siehel zupełnie głośno twierdzi, że noszenie szkieł wypukłych w młodocianym wieku sprowadza poważne niebezpieczeństwo dla wzroku. Równie surowo potępia także szkła wklęsłe i radzi krótkowidzom, żeby ich albo wcale nie używali, albo wyjątkowo tylko zakładali szkła, o ile możliwości najslabsze. Takie i tym podobne głosy ludzi fachowych musiały osłabić zaufanie laików do szkieł, jakie okuliści po epokowych pracach Donders'a i Stellwaga zaczęli coraz częściej przepisywać. Instynktowną obawę przed zbyt silnymi okalarami tłumaczy autor także trudność, z jaką zdobywa sobie ogólne uznanie zasada pełnej korekcyi myopii.

Ophthalmia nodosa. (Sur l'ophthalmia *nodosa*). Dr E. Valude.

Do autora zgłosił się 36letni mężczyzna z powodu zapalenia lewego oka. Podał on, że przed trzema miesiącami, przechadzając się po lesie, znalazł gniazdo gąsienic na gałązce jodły i niszcząc je, zaproszył sobie przytem lewe oko pyłem, zawartym w tem gnieździe.

Oko poczerwieniało, zapuchło i przez długi czas nie znosiło światła. Po tem objawy zapalne ustąpiły, ale pozostało upośledzenie wzroku.

Autor stwierdził lekkie nastrzyknięcie rzęskowe dołem wewnątrz, a na rogówce w dolnej części grupę punkcikowatych szarych wyniosłości. Zapomocą silnej lupy można było w tej części rogówki dostrzedz nadto nieznaczne zaćmienie postaci pasemek i liłijek. Spojówka żadnych zmian nie okazywała, źrenica rozszerzyła się prawidłowo, odsłoniwszy jednak na przedniej torebce kilka złogów tęczówkowego barwika. Dno oka bez zmian. Badanie mikroskopowe zeszkrobanych z rogówki guziczków wykazało obecność wśród komórek przybłonka włosów gąsienicy, tkwiących głęboko w tkance.

Obraz ten, tak chorobowy jak i anatomiczny, odpowiada najzupełniej zmianie, którą Saemisch nazwał *ophthalmia nodosa*. Podobne przypadki opisali: Pagenstecher, Becker, Lawford, Kruger i Elsching. Gąsienicą, której włoski zmianę tę wywołują, bywa najczęściej według Rafaela Blancharda *Cnethocampa pityocampa*.

O rzekomem wyleczeniu zaćmy bez operacji. (Sur la prétendue guérison de la cataracte sans opération). Dr Cazalis z Béziers.

Autor skarży się na postępowanie niektórych lekarzy, mieniących się okulistami amerykańskimi, którzy wmawiają w publiczność, że zaćmy można się pozbyć bez operacji. Przytacza dwa przypadki z własnej praktyki, odnoszące się do osób starszych, ze zaćmą w wysokim stopniu przejrzałą, gdzie kora w znacznej części była już wessaną, a małe jąderko zasłaniało źrenicę w stanie zwężonym. Po rozszerzeniu źrenicy jąderko zajmowało jej część dolną, górną zaś częścią oko przez odpowiednie szkła odzyskiwało dobrą bystrość wzroku. Osoby te dostawszy się w ręce owych okulistów amerykańskich otrzymały od nich rozczyn atropiny do regularnego zapuszczania i rozgłosiły w całym Béziers, gdzie praktykuje Cazalis, i jego okolicy, że operacja zaćmy jest rzeczą zupełnie zbyteczną, wymyśloną przez okulistów, dla własnej korzyści. Opowiadania te wszędzie znajdowały wiarę. Po upływie dłuższego czasu autor miał sposobność w obu tych przypadkach operować zaćmę, gdy chorzy przekonali się, że krople poprawiają wzrok tylko chwilowo. Operacje wypadły pomyślnie. Autor piętnuje działalność wspomnianych lekarzy, bo wychodzi ona w pierwszym rzędzie na niekorzyść chorych. Przy sposobności wspomina autor także o głosach ze strony poważnej (Badal, Chevallereau, Wecker i innych) o możliwości wyleczenia zaćmy bez operacji*), mianowicie zapomocą wkraplania względnie wstrzykiwania jodku potasu. O wartości tego rodzaju leczenia wyraża się Cazalis z powątpiewaniem i radzi nie wspominać chorym o tej możliwości, ze względu na ich dobro prędszej, dopóki liczne badania kliniczne nie wykażą na pewne, że leczenie kroplami może wyjaśnić zaćmioną soczewkę względnie powstrzymać postępy zaćmy, lub conajmniej zapobiedz jej powstaniu.

La Clinique ophthalmologique. Rok 1905. Nr 1—16. (Ref. Doc Dr K. W. Majewski.)

Operacja kosmetyczna na oku; przecięcie czterech mięśni prostych z następowem zabarwieniem rogówki. (Réparation esthétique oculo-palpebrale; ténotomie des quatre muscles droits, puis tatouage de la cornée). Nr 1. A. Trousseau.

*) Porównaj Post. okul. 1905, Str. 151.

Pewna 18letnia dziewczyna zgłosiła się do autora z prośbą o wyjęcie lewej gałki ocznej, przedstawiającej znaczny stopień zaniku po sprawie ropnej, przebytej w dzieciństwie. Trousseau odradził jej jednak poddawać się enukleacyi, miał bowiem nadzieję zapomocą całego szeregu zabiegów operacyjnych uzyskać dobry wynik kosmetyczny z zachowaniem gałki ocznej. Idąc za przykładem Weckera, który w przypadkach *enophthalmus* zaleca przecięcie czterech mięśni prostych, dokonał takiejże samej operacyi na oku swej pacjentki, przez co już gałka zyskała pozornie na wielkości, wysunąwszy się z głębi oczodołu ku przodowi. Ponieważ jednak szpara powiekowa była jeszcze obniżona, przeto powiększył ją przez starannie wykonaną kantoplastykę, przez co wygląd gałki ocznej bardziej się poprawił.

Teraz przyszła kolej na rogówkę, która była zamieniona na białą rażącą bliznę. Tatuacja, dokonana w czterech posiedzeniach, nadała oku wejrzenie wcale korzystne. Nakoniec trzeba było zaradzić oszpeceniu górnej powieki z powodu zupełnego braku rzęs. I tu tatuacja skórnej krawędzi brzegu powiekowego wystarczyła do przywrócenia powiece pozornie prawidłowego wyglądu. W ten sposób zdołał autor ku zupełnemu zadowoleniu chorej usunąć oszpecenie, które przeszkadzało jej w zdobyciu zajęcia i utrudniało zamążpójście.

Nowe sole srebrne, nie sprawiające bólu i ich wyższość nad azotanem srebra, zbyt żrącym. (Nouveaux sels d'argent indolores, leur supériorité sur le trop caustique nitrate d'argent).
Nr II. A. Darier.

Nie po raz pierwszy występuje Darier przeciw używaniu azotanu srebra, w leczeniu śluzoropotoku noworodków. Już w poprzednich pracach wykazywał, że środek ten, nadmiernie żrący, jest niebezpiecznym w ręku mniej wprawnych lekarzy, a tem bardziej w ręku laików. Jako bezporównania skuteczniejszy, a bólu nie sprawiający środek zachwalał dotąd autor bardzo rozpowszechniony już dziś zresztą protargol. Obecnie poleca jeszcze nowszy preparat organiczny srebra, mianowicie *argyrol*, który zawiera 30% metalicznego srebra, podczas gdy go protargol tylko 8% zawiera. Nawet we wielkich ilościach stosowany *argyrol* nie powoduje bólu, ani nie sprowadza powikłań, jakie nieraz są następstwem niezręcznego zastosowania lapisu. Może być wpuszczany do worka spojówkowego bez ochraniań rogówki przez osoby z otoczenia dziecka kilkakrotnie w ciągu dnia i w ciągu nocy, zawsze po poprzednim wypłukaniu wydzieliny ropnej. Używany bywa w roztworze 20–25%. Środek ten okazuje się równie skutecznym *prophylacticum*, jak protargol i po-

winien zdaniem D a r i e r a wyrugować z użycia metodę C r e d é g o. Nawet ciężkie przypadki śluzoropotoku przebiegają przy użyciu *argyrolu* korzystniej i bez powikłań. Główną zaletą tego środka przy jego skuteczności jest to, że nie sprawia choremu żadnego bólu ani pieczenia. Jako ujemną stronę podnosi autor stopniowe osłabianie się działania, spowodowane tem, że oko dość szybko się do środka tego przyzwyczaja, dlatego trzeba przechodzić do silniejszych rozczynów i stosować je coraz częściej. W razie, gdy przy stosowaniu *argyrolu* stan oka wyjątkowo przestanie się poprawiać, przechodzi autor do 3% rozczynu ichtarganu.

Nr 2.

Wstrzykiwania rtęciowe w zmianach parasyfilitycznych. (Les injections mercurielles et les affections dites parasyphilitiques). Dr A b a d i e.

Autor staje w obronie wstrzykiwań rtęciowych tak mięszszych, jak zwłaszcza wśródżylnych, które mają jeszcze dosyć przeciwników. Stosuje on je w przypadkach ocznych nietylko takich, gdzie tło kiłowe cierpienia nie ulega wątpliwości, lub przynajmniej jest mocno podejrzone, ale nawet w takich, gdzie zgoła nie ma żadnych podstaw do przyjęcia kiły, w których jednak chodzi o energiczne przyspieszenie wessania nacieków lub innych wytworów patologicznych. Wstrzykuje on dwujodek rtęci w ilości 2 centygramów zazwyczaj co drugi dzień, w cięższych przypadkach codziennie w okolicy pośladeków, jeżeli zaś robi wstrzykiwania wśródżylne poszczególne dawka wynosi 1 centygram. W przypadkach wyjątkowo uporczywych robił autor codziennie zastrzykiwania mięszszowe przez przeciąg kilku miesięcy. Tosamo leczenie zaleca on także przy wiaździe rdzenia, przy porażeniu postępowem, a zatem w cierpieniach t. zw. parasyfilitycznych, jakkolwiek nie należy do tych, co chcą choroby te w każdym przypadku sprowadzać do przebytej kiły. Korzystnych wyników można się oczywiście spodziewać tylko we wczesnych okresach choroby, gdy zmiany anatomiczne, czyto w rdzeniu, czy w oponie miękkiej mózgu nie są jeszcze zbyt daleko posunięte.

Zastosowania diploskopu. Tablica optometryczna dodana do diploskopu Rémy. (Applications du diploscope. Echelle, optométrie ajoutée au diploscope de Rémy). J o c q s et B o u r d e a u x.

Zarówno J o c q s, jak i jego asystent B o u r d e a u x polecają gorąco praktykom do użytku diploskop, podany przez Dra Rémy

z Dijon. Przyrząd ten składa się z metalowego pręta poziomego na odpowiedniej podstawie, na jednym końcu tego pręta znajduje się oparcie dla brody osoby badanej, na drugim zaś płytką z kilku dużymi literami, w środku umieszczony jest tubus krótki, a szeroki zamknięty płytką z dwoma otworami, oddalonymi od siebie o 6 cm. Obydwa oczy osoby badanej patrzą z osobna przez te dwa otwory i widzą z powodu fizyologicznej diplopii cztery otwory, a przez każdy z tych czterech otworów cztery litery, tabliczki umieszczonej na końcu pręta. Litery są tak dobrane, że oko prawe widzi dwie samogłoski, a oko lewe dwie spółgłoski. W razie zaburzeń równowagi mięśniowej, w razie zeza, lub upośledzenia widzenia obuocznego, ukazują się te litery badanemu w nierównych odstępach i w zmienionym porządku. Z następstwa liter można z łatwością wyciągać wnioski, co do rodzaju i stopnia zaburzenia, Bourdeaux poleca używać diploskopu także w celach sądowo-lekarskich do wykrywania symulacji jednostronnej ślepoty. Ażeby oznaczyć także bystrość wzroku oka, które symulant za ślepe podaje, dodał autor do diploskopu całą tablicę optometryczną, nawiniętą na palec poziomy, który obracamy, ustawia naprzeciw otworu diploskopu szeregi coraz to mniejszych liter.

Nr 3.

Lezzenie mechaniczne zezu zapomocą diploskopu Rémy. (La mecanothérapie du strabisme par le diploscope de Rémy). Dr Bourdeaux.

Autor jest zdania, że w leczeniu zeza każdy zabieg operacyjny należy uważać za *ultimum refugium*, że należy zawsze poprzedzić wyczerpać wszystkie środki konserwatywnego leczenia. Że należy wyrównać zachodzące wady refrakcyi zwłaszcza anizometrię, dalej w razie niedowidzenia oka zezującego starać się zapomocą odpowiednich ćwiczeń zmniejszyć amblyopię, codo tego niema dwóch zdań. Autor jednak główny nacisk kładzie na ćwiczenia ortoptyczne, mające na celu przywrócić utracone widzenie obuoczne. Do tego celu znakomicie, zdaniem jego, nadaje się diploskop, zapomocą którego przy cierpliwości ze strony chorego można doprowadzić do widzenia liter w rzeczywistem następstwie i prawidłowych odstępach. Dobrem uzupełnieniem diploskopu są ćwiczenia stereoskopowe.

Spostrzeżenia kliniczne. Krwotok do ciała szklistego i zmiany naczyniówkowe przy wysokiej myopii, leczone zapomocą wstrzykiwań podspojówkowych jodu z jodkiem potasu. (Hémorragie profuse du corps vitré chez un adolescent. Myopie forte avec lésions choroïdiennes. Injections sous conjonctivales iodo-iodurées. Résultats). Dr Spéville.

W jednym przypadku silnego krwotoku wśródgałkowego, u młodego mężczyzny zastosował autor wstrzykiwania podspojówkowe, następującego rozczynu:

<i>Jodi puri</i>	0,01
<i>Kalii jodati</i>	1,00
<i>Aqu. destill.</i>	30-00.

Wstrzykiwania te w ilości 5 kropeł wywołują krótkotrwały, ale bardzo silny ból. Po kilku iniekcjach, krwotok, który poprzednio nie był leczony i przez szereg tygodni zostawał bez zmiany, uległ zupełnemu wessaniu. Tensam rozczyń jodu i jodku potasu polecony w r. 1898 przez Sourdille'a, wstrzykiwał autor także w szeregu przypadków zmian zapalnych w naczyniówce na tle wysokiej myopii. We wszystkich nastąpiła znaczna poprawa, tak podmiotowa, jak przedmiotowa, z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie zmiany były już dawniejszej daty i z góry już można było przypuszczać, że się nie dadzą usunąć. Z powodu znacznych bólów, jakie zastrzykiwania te powodują, zastąpił później Spéville rozczyń Sourdille'a rozczyńem jodanu sodowego (1⁰/₀₀), poleconym w r. 1903 przez Schilego. Jodan sodowy bolesności nie sprawia, ale działanie jego jest słabsze tak, że trzy zastrzyknięcia jodanu odpowiadają mniej więcej jednej iniekcji jodu w jodku potasu.

Nr 4.

O skuteczności zastrzykiwań podspojówkowych 3⁰/₀ rozczyńu chlorku sodowego w zakaźnych sprawach chorobowych oka. (De l'efficacité de injections sous-conjonctivales de sérum NaCl 3⁰/₀ dans les infections oculaires). Dr Moissonnier z Tour.

W przypadkach zakażenia oka po operacji zaćmy dość powszechnie są stosowane zastrzykiwania podspojówkowe sinku rtęciowego w różnych rozczyinach. Bourgeois zalecał nawet rozczyń 1⁰/₀₀. Wstrzykiwania te sprawiają choremu ból nadzwyczajny, a skuteczność ich jest, zdaniem autora, co najmniej wątpliwą. W dwóch przypadkach zakażenia po operacji zaćmy użył autor zamiast sinku rtęciowego, 3⁰/₀ rozczyńu soli kuchennej i w obu przypadkach zdołał uratować i gałkę oczną i nawet wzrok zadowalniający. Jednorazowe wstrzyknięcie sinku rtęciowego 1⁰/₀₀ stan zakażonego oka natychmiast pogorszyło, a powrót do rozczyńu soli zaznaczył się ponowną poprawą.

W każdym razie trzeba dodać, że równocześnie używane były

i inne sposoby lecznicze, mianowicie ciepłe okłady atropina i ogólne wcierania rtęciowe.

Obustronne mięszkowe zapalenie rogówki na tle kılı nabytej. (Keratite parenchymateuse double dans la syphilis acquise). Dr Anargyros z Aten.

O ile kılı, odziedziczona często, staje się przyczyną mięszkowego zapalenia rogówki, o tyle w kile nabytej, zdarza się to rzadko.

Autor znalazł w literaturze zaledwie 46 opisanych przypadków, zazwyczaj ograniczała się sprawa do jednego oka, wyjątkowo tylko zajęte były obydwaj. Z tego względu zasługuje na uwagę spostrzeżenie autora, odnoszące się do 35letniego fabrykanta mebli, który przed sześciu laty zaraził się kılı i nie był wcale swoiście leczony. Zgłosił się do autora z powodu zamglenia wzroku na oku prawem, gdzie badanie wykazało zaćmienie rogówki w głębszych warstwach pasemkowate, częścią obłoczkowe, oraz nieliczne głębokie naczynia. Wkrótce wystąpił taki sam obraz na oku drugim. Sprawa jednak, pod wpływem jodu podawanego we wielkich ilościach i zastrzyknięć rtęciowych, oraz zwykłego leczenia miejscowego, zaczęła szybko ustępować i po kilku tygodniach rogówki wyjaśniły się zupełnie.

Nr 5.

Przybłoniak woreczka łzowego; Wyleczenie promieniami Roentgena. (Epithelioma du sac lacrymal; guérison par les rayons Roentgen). Dr Guibert i Guériteau.

Por. Postęp Ok. 1905, str. 179.

Kiłowe owrzodzenie rogówki. (Ulcération syphilitique de la cornée). Dr Trantas z Konstantynopola.

28letnia kobieta, w 7 miesiącu po zakażeniu się kılı w czasie leczenia podskórnymi zastrzyknięciami rtęciowymi, dostała zapalenia tęczówki na lewym oku, przyczem przy brzegu źrenicy górą powstał znamieny guzek kiłowy. Autor zalecił wcierania rtęciowe, atropinę, gorące okłady, pijawki i ciemnicę. Po czterech dniach tego leczenia wystąpiło jednak pogorszenie w postaci wrzodu rogówki, dość głębokiego w miejscu, odpowiadającym guzkowi na tęczówce. Wrzód o brzegach i dnie szaro naciekłych doszedł do 4 mm średnicy.

Autor z rozmysłu nie zakładał opatrunku, ani nie zastosował żadnych środków przeciw wrzodowi, a prowadził dalej tylko lecze-

nie miejscowe i ogólne, rozpoczęte z powodu *iridocyclitis*. W ciągu czterech dni wrzód się oczyścił i wkrótce gładko się zabliznił.

Wobec tego, że samo tylko leczenie swoiste powstrzymało szerzenie się wrzodu i wystarczyło do jego wygojenia, autor nie wątpi, że owrządzenie to było tak samo, jak zapalenie tęczówki, zmianą kiłową.

Nr 6.

Zaburzenia wzroku wskutek nadmiernego znużenia oczu. (Troubles de la vue par excès de fatigue. Surmenage oculaire). Dr Fernandez.

Nettleship zwrócił uwagę, że przy zaburzeniach siatkówkowych i naczyńiówkowych przy wysokiej myopii zbyt małe znaczenie przypisuje się przeciążaniu oczu wyężdżającą pracą, a krwotoki, zapalenia, a zwłaszcza oderwanie siatkówki przypisuje się najczęściej, uznając istniejącą skłonność, czyto silnemu wstrząśnieniu, czy uderzeniu, kaszlowi, wymiotom etc. Autor opisuje trzy przypadki ciężkich zaburzeń wzrokowych, polegających na silnem zwięźeniu pola widzenia, oraz osłabieniu bystrości naosiowej przy niezmiennem dnie oka.

We wszystkich tych trzech przypadkach zaburzenia wzrokowe wystąpiły pod wpływem i w bezpośredniem następstwie bardzo wyężdżającej i bez przerwy kilkanaście godzin trwającej pracy biurowej. W jednym z przypadków przyłączyła się później *neuritis optica specifica* i chory, mimo leczenia swoistego wzrok zupełnie utracił. W innych dwu wypadkach zmiany wyłącznie czynnościowe ustąpiły pod wpływem samego wypoczynku.

Obustronne zapalenie tęczówki w przypadku zakażenia rzeżączkowego. (Iritis double dans un cas d'infection blennorrhagique). Dr Baylac z Roszeli.

Do autora zgłosił się 20letni służący, z powodu silnego zapalenia tęczówki na lewem oku. Na miesiąc przedtem nabawił się rzeżączki, którą z początku zaniedbał. Już w dwa tygodnie po wystąpieniu pierwszych objawów w cewce moczowej pojawiły się bolesność i obrzęk w kilku stawach, a wnet potem przyłączyło się także i zapalenie oka.

Przebieg *iritis* był burzliwy, ale krótkotrwały. Zapalenie przy zwykłem leczeniu wkrótce ustąpiło, źrenica pozostała wolną od zrostów i oko odzyskało pełną bystrość wzroku. Choroba stawów i cewki moczowej trwała jeszcze długo, mimo starannego leczenia, podczas którego chory został jeszcze raz nawiedzony zapaleniem tęczówki,

tym razem na obu oczach. Przebieg był jednak równie pomyślny, jak przy pierwszym zapaleniu. Autor zwraca uwagę, że w rodzinie chorego były przypadki ciężkiego gośćca stawowego, można zatem było u niego przypuścić pewną skłonność do uogólnienia się zakażenia rzeżączkowego na stawy, a temsamem, jak to często się zdarza i zajęcia tęczówek.

Nr 7.

Łzawienie okresowe w przebiegu porażenia nerwu twarzowego wywołane odruchowo z przetyku. (Un cas de l'armoiement intermittent dans la paralysie faciale par reflexe oesophago-lacrymal). Dr Mic as z Tuluzy.

U pewnego młodego człowieka przyszło skutkiem przewiewu do porażenia nerwu twarzowego. Chory pomimo faradyzacji nie mógł przez szereg miesięcy zamknąć oka po stronie porażonej. Niezwykłym jednak objawem w przypadku tym było łzawienie, występujące podczas żucia, a zwłaszcza podczas połykania i to tak silne, że chory podczas obiadu musiał wciąż chustkę trzymać przy oku. W miarę, jak stan nerwu twarzowego zaczął się wreszcie stopniowo poprawiać, zmniejszyło się także i to łzawienie, ale doku- czało ono jeszcze choremu i wtedy, gdy powieki mogły się już dokładnie prawie domykać. Przy badaniu zauważył autor, że punkcik łzowy dolny niezupełnie się zanurza w jeziorku łzowym. Rozszerzył więc punkcik ten nieco nożykiem Webera, co wystarczyło do zupełnego prawie usunięcia dolegliwego łzawienia.

Równoczesne występowanie łzawienia z połykaniem pokarmów, czy to stałych, czy nawet płynnych można, zdaniem autora, pojmować tylko, jako objaw odruchowy analogiczny do odruchowego wydzielania się śliny przy połykaniu, opisanego przez Rogera.

Nr 9.

O leczeniu tarczy zastoinowej zapomocą trepanacji. (De la trépanation dans le traitement de la stase papillaire). Dr Dubarry i Dr Guillot.

Powszechnie zgodzono się już na to, że w przypadkach tarczy zastoinowej, wywołanej wzmoczeniem ucisku w przestworze mózgodzeniowym, należy przedewszystkiem przeprowadzić energiczne leczenie rtęciowe, a dopiero, gdy ono zawodzi, wybrać jeden z polecanych w takich razach zabiegów operacyjnych. Operacje, o jakich można tu myśleć, są następujące: 1) nakłucie lędźwiowe, 2) trepanacja czaszki, bez otwierania opony twardej; trepanacja ta może być jednostronną, lub też obustronną; 3) trepanacja z otwar-

ciem opony twardej, 4) nakłucie włosowate komory bocznej mózgu. 5) Założenie drenu do komory bocznej. — W przypadkach, gdzie z objawów przypuszczać można *meningitis serosa* zdawałoby się, że w pierwszym rzędzie wskazane są nakłucia łądzwiowe. Autorowie jednak kilkakrotnie się przekonali, że jest to sposób niewystarczający i nawet w takich razach oświadczają się raczej za trepanację. We wszystkich przypadkach, gdzie zachodzi obawa nowotworu wśródczaszkowego, próbować należy, zdaniem ich, trepanacyi, skoro tylko dość długie i dość energiczne leczenie swoiste nie odnosi skutku. Niewątpliwie trepanacja czaszki jest zabiegiem poważnym i nawet przy najściślejszej aseptyce kryje w sobie różne niebezpieczeństwa. W pierwszym rzędzie pamiętać należy o możliwości *prolapsus cerebri*.

Z tego powodu niektórzy autorowie wstrzymują się od nacięcia opony twardej, ograniczając zabieg do samej tylko trepanacyi.

Gdy jednak ucisk wśródczaszkowy jest bardzo wzmożony, wtedy, nie otwierając opony twardej, trudno spodziewać się dostatecznego wyniku. W każdym razie, z rokowaniem co do następstw i skutków operacyi trzeba być bardzo ostrożnym, jak to wynika z danych spostrzeżeń, które autorowie w pracy swej przytaczają.

Pierwsze odnosi się do 21letniej dziewczyny, która zgłosiła się do autorów po poradę dopiero po kilku latach trwania cierpienia. Na obraz choroby składały się wszystkie objawy wzmożonego ucisku wśródczaszkowego: szalone bóle głowy, wymioty naczeczko, zwolnienie tętna, obustronna tarcz zastoinowa z bardzo znacznym osłabieniem wzroku, do tego przyłączały się zaburzenia ruchowe i jednostronna utrata słuchu. Chora dostała szereg zastrzyknięć podskórnych sinku rtęciowego. Stan jednak z dnia na dzień stawał się groźniejszym i wkrótce straciła wzrok na obu oczach zupełnie. — Autorowie wykonali wtedy trepanację nieco poza rowkiem Rolanda po stronie prawej i nacięli także oponę twardą.

Bezpośrednio po operacyi bóle głowy i wymioty ustały, chora odzyskała słuch na uchu prawem, a wzrok zaczął się nanowo pojawiać, potem występowały jeszcze przemijające pogorszenia, ostatecznie jednak chora odzyskała na oku prawem $\frac{1}{20}$ prawidłowej bystrości wzroku, na lewem tylko ruchy ręki, pole widzenia prawego oka rozszerzyło się jednak z czasem tyle, że operowana mogła wreszcie wrócić do zajęć domowych.

W drugim przypadku wykonali autorowie podobną trepanację z otwarciem opony twardej, u kobiety cierpiącej od roku na bóle głowy, częste wymioty etc. Okazywała ona na obu oczach znacznego stopnia tarcz zastoinową i obniżenie wzroku na prawem oku do poczucia światła, na lewem zaś do $\frac{1}{3}$. Zastrzykiwania sinku

rzęciowego, zastosowane przed operacją, sprowadziły tylko chwilową poprawę. I u tej chorej przyszło do znacznego upośledzenia słuchu po obu stronach i do osłabienia kończyn po stronie prawej. Przed samą operacją chora niewidziała już żadnym okiem światła. Operacja przywróciła jej słuch prawidłowy, uwolniła od bólów i wymiotów, ale nie zdołała przywrócić wzroku. W kilka dni po operacji przyszło do wypadnięcia kory mózgowej przez otwór w oponie twardej i mimo wszelkiej ostrożności do zakażenia ran, wywiązało się ropne zapalenie opon mózgowych, które skończyło się wkrótce zejściem śmiertelnym. Sekcja wykazała, na podstawie mózgu, guzek uszypułowany, którego budowa histologiczna niezupełnie typowa zbliżała się najbardziej do utkania mięsaka.

Nr 10.

Zmiany krzywizny rogówkowej pod wpływem zastrzyknięć podspojówkowych; ich wpływ na nieźborność. (Modification des courbures de la cornée sous l'influence des injections sousconjonctivales; leur action sur l'astigmatisme). Dr Deschamps z Grenobli.

Por. Post Okul. Nr 8. str. 301.

Tenonitis suppurativa metastatica. — *Kilka uwag o przerzutach ocznych.* (Ténonite suppurée metastatique. — Métastases oculaires). Dr Jocqs.

Le-Roux ogłosił niedawno przypadek surowiczego zapalenia torebki Tenona na tle przerzutowem; tem łatwiej przyjąć można przerzut, jako przyczynę ropnego zapalenia tej torebki, jeśli stan ogólny dopuszcza taką możliwość. Autor miał sposobność spostrzeżać podobny przypadek u 73letniego starca, który od dłuższego czasu cierpiał z powodu przerostu gruczołu krokowego na utrudnienie oddawania moczu. Gdy zgłosił się z powodu zaczerwienienia lewego oka, badanie wykazało na tem oku zmiany dawne po przebytem zapaleniu jagodówki (zarośnięcie źrenicy, zaledwie słabe poczucie światła). Ze zmian świeżych zauważył autor tylko ślad *hypopyon* i ograniczone zaczerwienienie spojówki gałki. — Po kilku dniach został wezwany już do domu chorego, który z powodu zupełnego zatrzymania moczu ciężko zaniemógł. Lewe oko przedstawiało obecnie bardzo znaczny obrzęk powiek i poduszkowaty wał spojówki, okalający rogówkę. Gałka oczna lekko była wysadzoną, ale prawidłowo ruchoma. W krótkim czasie przyszło do samoistnego przebiccia i wypływu obfitej wydzieliny ropnej z torebki *Tenona* przez otwór, który powstał powyżej rogówki. Skutkiem tego stan oka

znacznie się poprawił, obrzęk ustąpił, ale chory zmarł wśród objawów ciężkiej mocznicy.

Zdaniem autora, już *iridocyclitis torpida (insidiosa)*, której chory nie mógł sobie wcale przypomnieć, musiała być następstwem zatrucia uremicznego, bo chory od wielu lat dostawał częstego zatrzymania moczu. Obecnie powstanie ropnej *tenonitis* wprowadza autor również w związek z uremią i działaniem wpływów toksycznych. Przy sposobności zwraca autor uwagę na fakt, że zapalenia jagodówki występują często u kobiet w okresie przekwitania i przypisuje je również wpływom toksycznym, ponieważ ustrój kobiety, która przestaje miesiączkować, traci jedną z dróg, na której pozbywał się dotąd szkodliwych składników.

Nr 11.

Keratotomia poprzeczna skombinowana. (La k ratolomie transversale combin e). Dr Chevallereau.

Już od dłuższego czasu Chevallereau przy wykonywaniu ewisceracji gałki ocznej, zamiast wycinać całą rogówkę, przecinał ją tylko poprzecznie i zauważył następnie, że rogówka tak przecięta, chociaż nie była ropyście naciekła, kuczyla się i malała do tego stopnia, że zaledwie ślad po niej pozostawał. Korzystając z tego doświadczenia użył tego samego cięcia w przypadkach, gdzie chodzi o pomniejszenie przedniego odcinka gałki ocznej dla umożliwienia założenia protezy, a więc w przypadkach (*leucoma corneae totale, staphyloma corneae, buphthalmus* etc). Przecięcie rogówki poprzeczne wzdłuż średnicy poziomej łączy on z wyrwaniem całej tęczówki zapomocą szczypczyków, o ile oczywiście tęczówka nie wchodzi w skład ściany garbiaka; następnie zaś rozcina torebkę i zapomocą łyżeczki wydobywa soczewkę. Po takiej operacji, którą się wykonywa w narkozie, rogówka w ciągu 4—6 tygodni, tak znacznie się pomniejsza, że gałka oczna stanowi bardzo dobry podkład dla protezy. Dodatnią stroną tej operacji stanowi większa łatwość zabliznienia się rany poziomej linijnej w porównaniu z raną po całkowitem odcięciu rogówki, ujemną zaś stroną to, że chory musi kilka tygodni czekać na pozwolenie noszenia oka sztucznego.

Ropne wśródgałkowe zapalenie na tle przerzutowem. (Sur l'infection purulente intraoculaire d'origine endog ne ou m tastatique). Dr Terson (junior).

Autor opisuje przypadek ropienia wśródgałkowego, które wystąpiło u 33letniego mężczyzny wśród objawów zaburzenia zdrowia

ogólnego, jak dreszcze, bóle głowy, gorączka i osłabienie. Na dwa tygodnie przedtem doznał on silnego uderzenia kopytem końskim w lewą stronę brzucha. Po tym urazie miał tylko przez krótki czas ból w okolicy uderzenia i wkrótce powrócił do pracy. Dopiero po dziesięciu dniach wystąpiły objawy, przypominające początek duru, a w kilka dni później pojawiła się ropa w ciele szklistem lewego oka. Ropa zniszczyła całe wnętrze gałki ocznej i wydobyła się na zewnątrz przez dwie przetoki twaródkowe powyżej rogówki. Chory dzwignął się ze swego zakażenia ogólnego, które przyprawiło go tylko o stratę wzroku oka lewego. Badanie bakteriologiczne wydzieliny ropnej, wypływającej z przetok, wykazało obecność gronkowców i paciorkowców. Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym ciężki uraz, jakkolwiek nie spowodował przedarcia powłok, spowodował jednak u osobnika usposobionego wystąpienie septikopyemii, której jednym z objawów było zropienie gałki ocznej. Autor przytacza obszernie prace z literatury, odnoszące się do ropnych zapaleń oka na tle przerzutowem.

Nr 12.

Kilka przypadków pełzającego wrzodu rogówki, leczonych surowicą Roemera. (Quelques cas d'ulcère à hypopyon traités par la sérothérapie. Dr Oliveres z Tortozy w Hiszpanii.)

Badania Uhthoffa i Axenfelda wykazały, że drobno-ustrojem, wywołującym wrzód pełzający rogówki najczęściej bywa pneumokok Frenkla. To spowodowało Roemera do zastosowania surowicy antipneumokokowej, uzyskanej z uodpornionych koni, kóz lub owiec w celu leczenia takich wrzodów rogówki, względnie zapobiegania ich powstaniu w przypadkach zranień rogówki. Liczni autorowie, za przykładem Roemera, który podaje około 50% wyleczeń stosowali jego surowicę z bardzo zmiennymi wynikami. Wszyscy prawie widzieli pomyślny przebieg w przypadkach lżejszych i wczesnie leczonych. Zachodzi jednak wątpliwość, czy wyniki te należy przypisać surowicy, boć wiadomo, że lżejsze przypadki wrzodu rogówkowego goją się nieraz przy użyciu miejscowem środków przeciwnilnych, których zastosować pomimo leczenia surowicą z pewnością nie zaniechano. Autor przytacza trzy własne spostrzeżenia wrzodów pełzających rogówki; w których po kilka razy ponawiane wstrzyknięcia podskórne surowicy Roemera w ilości 10 a nawet 20 cm³ nie wywarły zgoła żadnego wpływu na przebieg choroby ocznej, a zwrot pomyślny spowodowały dopiero podspojówkowe wstrzykiwania sinku rtęciowego w roztworze 1:2000.

Cięcie torebkowe tylne przy zaćmie wtórorzędnej. De la section capsulaire postérieure dans la cataracte secondaire). Dr Domec.

W przypadku zarośnięcia źrenicy po operacji zaćmy użył autor, obmyślanego przez siebie, małego, ostro zakończzonego nożyka, którym przebił rogówkę i tęczęwkę poniżej błony źrenicznej, a następnie obniżając trzonek instrumentu, rozciął tę błonę od tyłu ku przodowi, w kierunku pionowym. Operacja ta, sądząc z opisu nie różni się zasadniczo od zwyczajnej kapsulotomii, wykonanej zapomocą nożyka Knappa. Tak w opisanym przypadku, jak w pięciu innych uzyskał autor, przy użyciu swego nożyka dobre wyniki.

O nowym sposobie wypróżnienia gałki ocznej. (Note sur un procédé d'évidement du globe). Dr Bruno Bourdeaux.

W przypadku ropnego zapalenia wnętrza gałki prawdopodobnie na tle urazu, użył autor odmiennego trochę sposobu wypaproszenia, a raczej wypróżnienia gałki. Oddzieliwszy spojówkę dookoła brzegu rogówkowego, odciął całą rogówkę częścią nożem, częścią nożyczkami, a po usunięciu szczypczykami stężałego *hypopyon*, zrobił nożykiem cztery otwory w tęczęwce w pobliżu wieńca rzęskowego. Przez otwory te za lekkim uciskiem wypłynęło zropiałe ciało szkliste. Nie usuwając z oka ani soczewki, ani jagodówki, zamknął ranę przez związanie trzech poprzednio założonych szwów spojówkowych. Przebieg pooperacyjny był pomyślny, a gałka oczna wytworzyła dobry kikut dla protezy.

[Należy powątpiewać, czy taki sposób operacyjny wystarczyłby w przypadku, gdzie i naczyniówka jest ropną sprawą zajęta. Przyp. ref.]. —

Nr 13.

Bardzo prosta operacja przeciw jaskrze. (Opération très simple pour le glaucome). Dr Haberkamp z Bochum.

Porównaj: Postępowanie Okul. Nr 5.

Prosty sposób operowania pewnych postaci gradówki. (Méthode simple de choix, pour l'opération de certaines formes de chalazion). Dr Antonelli.

Przeważna część operatorów usuwa, jak wiadomo, gradówki przez nacięcie i wyłżeczkowanie od strony spojówki. Tylko w niektórych przypadkach, gdzie gradówka umiejscowiona jest tuż pod skórą, dajemy pierwszeństwo niekiedy cięciu skórnemu równoległemu do brzegu powieki. Już w roku 1888 Ray i Agnew wskazali

jeszcze trzecią drogę, którą można się dostać do gradówki; polecili oni mianowicie cięcie międzyrąbkowe. Na tę samą myśl wpadł także Antonelli, który później dopiero znalazł w literaturze prace Ray'a i Agnew'a. Wyrzekając się zatem pierwszeństwa pomysłu poleca jednak autor ten zapomniany już dziś sposób operowania, ale tylko w przypadkach gradówek, położonych w pobliżu wolnego brzegu powieki. Zwłaszcza u dolnej powieki ma być ten sposób operowania wygodny, chwyta się bowiem powiekę między duży i wskazujący palec ręki lewej i robi krótkie cięcie międzykrawędziowe, którem z łatwością dotrzeć można do samej gradówki. Przez ranę tę wyciska się treść gradówki i wprowadza ostrą łyżeczkę celem wyskrobania jej ścian. Szwów żadnych zakładać nie potrzeba.

Nr 14.

Leczenie raka powierzchniowego zapomocą radium.
(Traitement de l'épithélioma superficiel par le radium). Dr Darier.

Do szeregu przypadków dawniej ogłoszonych dodaje autor trzy nowe spostrzeżenia, przemawiające na korzyść stosowania radium przeciw powierzchniowym rakom powiek i okolicy oka. W pierwszym przypadku chodzi o nowotwór rakowy u 52letniej kobiety trzykrotnie już na różne sposoby usunięty, raz zapomocą nalewki jodowej, drugi raz zapomocą doszczętnej napozór operacyi, trzeci raz zapomocą okładów z chloranu potasowego. Gdy chora z nowym nawrotem zgłosiła się do autora, ten zdołał jeszcze raz doprowadzić rozległe owrzodzenia rakowe do zabliznienia zapomocą przypałań, bądź to galwanokauterem, bądź to kwasem chromowym i przez posypywanie proszkiem błękitu metylenowego.

W rok później chora zgłosiła się jednak z nową, czwartą już recydywą. Tym razem nowotwór przybrał charakter złośliwy, wytworzył duży guz z trzech płatów złożony, zajmujący okolice woreczka łzowego. Bez wielkiej ufności w powodzenie poddał Darier nowotwór działaniu siarkanu radium; stosując 5 mg tej soli, przez przeciąg półtorej godziny w odstępach ośmiudniowych. Już po pierwszym naświetleniu guz zaczął się zmniejszać i rozpadać, a po kilku dalszych znikł zupełnie, pozostawiając gładką skórę, pokrytą wprawdzie bliznami, ale pochodzącymi z dawno wykonanej operacyi plastycznej. Autor nie przesądza, czy wyleczenie będzie trwałe, ale podnosi niezaprzeczoną wyższość radium nad innymi środkami i sposobami leczenia raka skór nego, ponieważ niszczy się przez to i usuwa samą tylko tkankę nowotworową ze zachowaniem części zdrowych, a przytem działa radium także uśmierzająco na bóle i na-

leżycie zastosowane, nie przedstawia tych niebezpieczeństw, co promienie Roentgena.

Autor przytacza jeszcze pobieżnie dwa inne, równie pomyślnie zapomocą radium wyleczone przypadki raka powiek.

Ponieważ przez umieszczenie preparatu radium w rurce szklanej utrata promieniowania może dojść do 90% całkowitej emancyi, przeto za radą pana Curie używa Darier obecnie połączenia nierozpuszczalnego (siarkanu radium), umieszczonego na płytce miedzianej i pokrytego warstewką pokostu, który niezmiernie tylko mało chłonie promieni Becquerel'a. Pokost, aby przyłgnał do metalu musi być ogrzany do ciepłoty 500° C. Ponieważ radium traci, jak wiadomo, w tej temperaturze całą swą siłę radioaktywną, którą odzyskuje nanowo dopiero po upływie mniej więcej dni 30, przeto tak sporządzone puszki radioaktywne mogą być oddane do użytku lekarskiego najprędzej po upływie miesiąca.

Wcierania kollargolu w ropnem zapaleniu gałki ocznej. (Le collargol en frictions dans la panophtalmie). Dr Baudoin.

W roku 1903 Trouseau ogłosił trzy przypadki ropne, *irido-chorioiditis* wyleczone zapomocą wcierań kollargolu. Autor miał sposobność obecnie przekonać się o skuteczności tego leczenia w dwóch przypadkach rozpoczynającej się *panophtalmitis*. W jednym przypadku chodziło o zakażenie rany po irydektomii, wywołane ropieniem woreczka łzowego, w drugim o rozpoczynającą się sprawę ropną w ciele szklistem, w następstwie skaleczenia oka gwoździem podczas upadku. W obu przypadkach autor przypomniawszy sobie korzystne wyniki, ogłoszone przez Trouseau, ograniczył leczenie miejscowe do przemywań, zapomocą 5% hermosenyli i polecił wcierać w skórę przedramienia poprzednio dobrze mydłem wymytą 20% maść kollargolową przez przeciąg 8 minut i wcieranie to raz dziennie powtarzać. U obu chorych od pierwszego wtarcia kollargolu nastąpił tak wyraźny zwrot pomyślny w sprawie chorobowej, która, jak wiadomo, najczęściej niepowstrzymanie prowadzi do zniszczenia gałki ocznej, że autor nie waha się na tych dwu spostrzeżeniach budować nadzieję, że zapomocą wcierań kollargolu zdołamy uratować oko w niejednym rozpaczliwym przypadku ropienia pooperacyjnego, albo urazowego.

Wstrzykiwania wśródzylne w połączeniu z wstrzykiwaniami podspojówkowemi. (Les injections intra-veineuses et sous-conjonctivales combinées). Dr Guibert.

O ile wstrzykiwania podspojówkowe różnych środków leczniczych, a w szczególności rozczynów soli i połączeń rtęciowych zyskały sobie w krótkim czasie prawo obywatelstwa w terapii okulistycznej, o tyle wstrzykiwania wśródzylne preparatów rtęci w celu leczenia bądź to syfilitycznych, bądź innych chorób ocznych, wymagających energicznego działania resorbcyjnego, nie zjednały sobie dotąd większej liczby zwolenników, być może, z powodu obawy pewnych niebezpieczeństw lub znaczniejszych trudności technicznych w wykonaniu tego zabiegu. Autor w pracy powyższej gorąco przemawia za wśródzylnymi wstrzykiwaniami sinku rtęciowego, które nie przedstawiają bynajmniej większych trudności technicznych, jak wstrzykiwania podspojówkowe, a działają ogólnie i miejscowo o wiele szybciej i pewniej, niż wszelkie inne sposoby podawania rtęci. Jako dowód szybkiego działania leczniczego środków wśródzylne do ustroju wprowadzanych, przytacza autor niemiłe zresztą zdarzenie z własnej praktyki, przyznając się do roztargnienia, z powodu którego zamiast sinku rtęci wstrzyknął pewnemu choremu 2 ctgr chlorku pilokarpiny. Po siedmiu minutach wystąpiły poty i ślinotok. Na szczęście gorszych następstw nie było. Wśródzylne wstrzykiwanie sinku rtęciowego łączy autor zwykle z podspojówkowemi zastrzyknięciami tego preparatu i przytacza cały szereg przypadków: (*keratitis parenchymatosa, chorioiditis macularis, scotoma centrale, iritis serosa, tabes incipiens, chorioiditis myopica, opacitates corporis vitrei, iridochorioiditis rheumatica*). We wszystkich tych przypadkach widocznym był korzystny wpływ wyżej wymienionego leczenia skombinowanego. Jak z wyliczenia wynika, stosował autor w przypadkach żadnego związku z kiłą nie mających, n. p. w zapaleniu tęczówki na tle gośceca stawowego. Korzystne wyniki w takich razach przypisuje autor resorbcyjnemu i bakteryobójczemu działaniu merkuryusza, którego nazywa królem antyseptyków.

Ścisk powiek, wywołany prawdopodobnie przez ząbkowanie fizyologiczne. (Blépharospasme paraissant occasionné par une poussée dentaire physiologique). Dr C o o p m a n.

Autor został powołany do dziecka 3letniego z powodu uporczywego ścisku powiek. Po rozwarciu powiek zapomocą blefarostatu przekonał się on o zupełnie prawidłowym stanie spojówki i rogówki na obu oczach, nigdzie ani pryszczyka, ani erozyi, ani ciała obcego nie mógł się dopatrzeć. Najdokładniejsze badanie ogólne nie mogło na razie wykazać nic, coby na drodze zwrotnej mogło tak silny skurecz powiek wywołać. Wszelkie próby leczenia (ciepłe okłady z rumianku, zakraplanie kokainy, smarowanie powiek kollodyonem jodowym, podawanie bromu na wewnątrz, ucisk nerwu twarzowego

i gałęzi nerwu trójdzielnego) nie odnosiły żadnego skutku. Stolce po środku przeczyszczającym nie zawierały ani *ascaris* ani *oxyuris*. Dziecko miało 20 zębów mlecznych zdrowych. Po kilku dniach bezowocnych prób leczenia, gdy ścisk powiek utrzymywał się od rana do wieczora w jednakowej sile, zauważył autor obrzmienie dziąsła w szczęce dolnej poza drugim zębem trzonowym prawym. Dziecko zaczęło się skarżyć na bole w tej okolicy. Przypuszczając, że wyrzyna się nowy ząb trzonowy, naciął autor dziąsło bisturem, poczem istotnie pojawiła się korona zęba. Równocześnie wystąpiły przerwy w skurczu powiek. Przerwy te stawały się coraz dłuższe i w ciągu jednego dnia *blepharospasmus* ustąpił bez śladu. Związek, zachodzący w tym przypadku, między ząbkowaniem a ściskiem powiek nie da się chyba zaprzeczyć, a znajduje wytłumaczenie w działaniu zwrotnem za pośrednictwem często spotykanych anastomoz, łączących podoczodołowe gałązki *nervi maxillaris superioris*, odnogi nerwu trójdzielnego, z włókiemkami powiekowymi tegoż gałęzi skroniowo-twarzowych.

Nr 15 i 16.

Atmoterapia oczna. (Atmothérapie oculaire). Dr C. Golesecano z Paryża.

Autor podaje opis przyrządu, który ma służyć do gorących tuszów parowych stosowanych na otwarte oko. Przyrząd ten składa się z kociołka, ogrzewanego zapomocą lampki spirytusowej, z którego para wytwarzana doprowadza się rurką kauczukową do koszyka, którego obwód można przyłożyć szczelnie do obwodu oczodołu, lub też trzymać w odległości kilku ctm od oka, którą to odległość reguluje się zapomocą pręcika, zakończonego gałką, opartą o wewnętrzny kącik oka. Do przewodu kauczukowego, łączącego koszyk z kociołkiem doprowadzona jest druga rurka kauczukowa od zwyczajnego pulweryzatora, który chory sam bierze do ręki, i wtłaczając nim powietrze, rozrzedza i odpowiednio ochładza gorącą parę, nadając jej równocześnie pęd dostateczny. Zapomocą tego przyrządu uzyskuje się łatwo temperaturę tuszu parowego, wahającą się między 40 a 50° C. Ciepłotę taką rogówka i spojówka znoszą bardzo dobrze, już bardziej wrażliwą jest skóra powiek, którą ochraniać należy, czy to zapomocą wilgotnego okładu, czy też przez powleczenie wazeliną. Dodatnią stroną tego urządzenia jest to, że chory może sobie tusze sam, bez niczyjej pomocy, stosować. Wychodząc z zapatrywania, że w bardzo wielu cierpieniach ocznych niekorzystny wpływ na ich przebieg wywierają różne stany chorobowe jamy nosa, dodaje autor, we wielu przypadkach do ocznej,

atmoterapię nosową, wprowadzając zapomocą tegoż samego przyrządu strumień ciepłej pary wodnej, zazwyczaj z małą przymieszką mentolu i gwajakolu przez nozdrza do jamy nosa. Chorzy z łatwością przyzwyczajają się do tego niemiłego w początkach zabiegu, a działanie gorącej pary na schorzałą błonę śluzową nosa ma być tak zbawienne, że stan niektórych cierpień ocznych, pozostających w związku z chorobą nosa, poprawia się przy samym tylko stosowaniu tuszów nosowych. Oczywiście skutek jest pewniejszy i szybszy przy połączeniu obydwu sposobów leczniczych. Autor przekonał się o skuteczności opisanej metody leczenia w 50 przypadkach różnych spraw zapalnych rogówki, tęczęwki i twardówki.

O wyższości pod względem kosmetycznym leczenia raka powiek zapomocą radium i technika jego zastosowania.
(Sur la supériorité au point de vue esthétique du traitement du cancer des paupières par le radium et technique de cette methode).
Dr Kirchner.

Z powodu małych dolegliwości podmiotowych, chorzy dotknięci rakiem powiek, zgłaszają się często późno, gdy nowotwór zajął już część jednej lub obu powiek i przeszedł już nawet na spojówkę. W takim razie operacja plastyczna, jakkolwiek co do nawrotów daje stosunkowo najpewniejsze wyniki, przedsawia jednak tę niedogodność, że blizny, jakie powstają po przeszczepieniu płatów skórnych, wziętych czyto z czoła, czy z policzka, są zdala widoczne, bardzo szpecące i o wiele znaczniejsze, niż niepozorne nieraz owrzodzenie, z powodu którego zabieg operacyjny podjęto. Od czasu odkrycia leczniczych własności promieni Becquerel'a zaczęto coraz częściej używać połączeń radium do niszczenia nacieków nowotworowych, a powierzchowne owrzodzenia rakowe, na miejscu tak dostępnem jak powieki, nadają się do tego szczególnie. Autor do rzędu ogłoszonych już w literaturze spostrzeżeń dodaje nowy przypadek własny, w którym u starszej kobiety owrzodzenie rakowe, zajmujące część zewnętrzną górnej i dolnej powieki, w głąb aż do chrząstki, po kilkunastu naświetleniach zapomocą jednego miligramu bromku radium uległo zupełnie gładkiemu zabliznieniu, przyczem zewnętrzny kącik oka przybrał całkiem naturalne wejście. a powieki odzyskały prawidłową ruchomość. Na spojówce, która była także częściowo zajęta, promienie radium usunęły zmiany bez pozostawienia jakiegokolwiek widocznej blizny, z wyjątkiem jednego punktu w kąciku zewnętrznym, gdzie z powodów technicznych działanie promieni było zbyt silne. Autor stosuje bromek radium, zamknięty w małej puszcze cynowej, wylanej wewnątrz oło-

wiem. Dołek wyźłobiony w ołowiu, wypełnia szczypta radioaktywnej soli, przykryta cienką płytką miki. Naświetlenia poszczególne trwają 15—20 minut. Przy przyłożeniu puszkki do nowotworu, od strony skóry, grubość powieki, wraz z naciekiem rakowym, chroni dostatecznie gałkę oczną od działania promieni radium. Przy naświetlaniu spojówki, do której puszkka swem okienkiem z miki jest zwrócona, ołów, wypełniający puszkę, stanowi wystarczającą dla oka ochronę.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLIII. T. I. czerwiec 1905. (Ref. Dr Liebermann).

O gojeniu zardzewiałej gałki ocznej. (Zur Heilung des verrosteten Augapfels). Dr Ehrenfried Cramer. Cottbus.

W roku 1902 udało się autorowi przez wyjęcie odłamka żelaza ze soczewki, uratować na pewien czas oko, które okazywało wybitne zmiany z powodu osadzenia się rdzy w jego tkaninach. Zelezica gałki ustąpiła. Gdy jednakże przed niedawnym czasem badał powtórnie tego samego chorego, okazało się, iż mimo prawidłowego zewnętrznego wyglądu, oko to było prawie całkiem niewidomem, a wzziernikiem stwierdzić można odczepienie siatkówki na znacznej przestrzeni.

Autor wyciąga z tego wniosek, iż pomimo usunięcia ciała obcego z oka, wystarczył przecież czas $\frac{3}{4}$ roku, przez jaki żelazo w oku pozostawało, by chemicznie zniszczyć siatkówkę i wywołać następowe jej odczepienie.

O podmiotowem widzeniu barw w polu widzenia, jako zjawisku patologicznem i fizyologicznem. (Ueber das subjective Sehen farbiger Flecke im Gesichtsfeld, als pathologische und physiologische Farbenerscheinung). Dr R. Hilbert.

Tak w stanie fizyologicznym jak i też w stanie patologicznym, mogą przed okiem zjawiać się powidoki barwne, zajmujące całe pole widzenia lub też tylko jego część. Różnica polega na tem, iż powidoki patologiczne mają zazwyczaj kształt plam nieregularnych i dłużej się utrzymują niż powidoki fizyologiczne, które przedstawiają się zazwyczaj w postaci mniej lub więcej geometrycznych figur i są przemijające.

Kilka spostrzeżeń o zaburzeniach we widzeniu barw w centralnej części siatkówki w przebiegu neuritis retro-

bulbaris. (Einige Beobachtungen über die Farbensinnstörung im Netzhautzentrum bei retrobulbärer Neuritis). Prof. W. Nagel. — Berlin.

Na badanych przez siebie przypadkach wykazuje autor, że zanik poczucia dla barwy zielonej niekoniecznie zawsze musi się kojarzyć ze zanikiem poczucia dla barwy czerwonej. Dostrzeganie barwy pierwszego rodzaju mogło już zudelnie zaniknąć, kiedy drugie jeszcze nietkniętem zostało.

Ważny pod względem sądowym przypadek dziedzicznego zapalenia nerwu wzrokowego. (Ein forensisch interessanter Fall von hereditärer Neuritis optica Leber). Doc. Dr Wiktor Hanke). — Wiedeń.

U robotnika fabrycznego, który zajęty był od dłuższego czasu czyszczeniem kotłów i który niejednokrotnie czyścił kotły niedostatecznie wychłodzone, powstało zapalenie nerwu wzrokowego obustronnie, pociągając za sobą znaczne upośledzenie wzroku.

O ile u tego chorego cierpienie można zestawić w przyczynowym związku ze szkodliwymi wpływami, wynikającymi z częstej, a naglej zmiany temperatury, jaka istnieje przy wychodzeniu z rozgrzanego kotła na chłodne, jesienne powietrze, o tyle nie można go było wytłómaczyć temi szkodliwościami u brata tego pacyenta, który również zapadł na *neuritis retrobulbaris*.

Wobec tego ostatniego faktu autor przypuszcza, iż u obu chorych istniała wrodzona skłonność do zapalenia nerwu wzrokowego.

Histologia patologiczna conjunctivitis Parinaud. (Die pathologische Histologie der Parinaudschen Conjunctivitis). Dr F. H. Verhoeff i Dr G. S. Derby Boston.

Choroba ta daje zewnętrzne zmiany, zupełnie do zmian przy zapaleniu jaglicowem podobne, a różniące się od tych ostatnich tylko znacznymi, grzebieniastymi wybujałościami, w górnem lub dolnem sklepieniu, jakie przy jaglicy nie często widzimy. Zmiany mikroskopowe są natomiast w obu tych cierpieniach różne. Przy conj. Parinaud przeważa jednomiernie rozlany naciek w tkance podspojówkowej, przy równoczesnem istnieniu rozsianych ognisk nekrotycznych. W głębiej położonych tkaninach widać proces chronicznego zapalenia, który prowadzi do produkeyi i organizacyi nowo-wytworzonej tkanki łącznej.

T. II. lipiec 1905.

Doszczetny sposób operacyi trichiasis i entropium obu

powiek. (Eine radicale Operation zur Heilung der Trichiasis und des Entropiums beider Lider). Dr Panos, Dr Chronis. — Erlanga. —

Wszystkie z dotychczasowych sposobów wspomnianego cierpienia mają tę ujemną stronę, że albo pozostawiają stałe, dosyć znaczne zeszpecenie twarzy, lub też nie chronią przed nawrotem choroby.

Operacya podana przez autora, mająca nie mieć wszystkich wyżej wspomnianych niedogodności, składa się z kilku części.

Część I. kantoplastyka.

Część II. Cięcie równoległe do brzegu powiekowego, a odległe od niego o 2—3 mm i idące od kącika wewnętrznego aż do miejsca kantoplastyki. Odpreparowanie skóry ku górze i odsłonięcie tem samym mięśnia powiekowego.

Część III. usunięcie mięśni powiekowych.

Część IV. usunięcie powierzchownych warstw zgrubiałej chrząstki powiekowej.

Część V. szwy. Przeprowadza się je przez brzeg powieki i przez fascia orbito-tarsalis, poczem przez górny brzeg rany. Równocześnie zakłada się szwy dla kantoplastyki.

Część VI. łączenie szwów.

Część VII. Cięcie intermarginalne, dzielące brzeg powiekowy na dwie wargi: przednią grubszą, noszącą rzęsy i tylną cieńszą. Zadaniem tego ostatniego zabiegu jest zniesienie działania bliznowatej spojówki, która, kurcząc się, mogłaby brzeg powiekowy napowrót do środka zawinąć.

O prognozie i leczeniu gruźlicy spojówek. (Zur Prognose und Therapie der Konjunctivaltuberculose). Dr Gilbert — asystent kliniki okulistyckiej w Bonn.

Choroba ta może być na spojówkach jako pierwotne miejsce zakażenia; mała ranka w spojówce wystarcza bowiem do zagnieżdżenia się w niej prątków gruźliczych. W innych przypadkach powstało cierpienie skutkiem rozszerzenia się wilka (lupus) policzka na tkanki oczodołu. Trzeci rodzaj zakażenia jest przez antoinfekcyę z odległych ognisk chorobowych.

Gruźlica spojówek występuje w czworakiej formie: I. wrzód gruźliczy, II. jako małe do folikułów podobne guzki, III. narośla grzebieniaste, IV. lupus conjunctivae. Co do leczenia, to w przypadkach I., II. i IIIgo rodzaju wystarcza spalenie części chorych; przy grupie czwartej zabieg ten niewystarcza, koniecznem jest bowiem nadto wstrzykiwanie tuberkuliny R (T. R.).

Nowy rodzaj operacji w przypadkach tętniącego trzeszczu gałki ocznej. (Ein neues Verfahren bei der Behandlung des pulsierenden Exophthalmus). H. Sattler. — Lipsk.

U młodej kobiety rozwinął się z biegiem czasu, skutkiem dawniej doznanego urazu w skroń lewą, tętniak pozagałkowy.

Usunął go autor w sposób następujący: pod odsłoniętą tętnicę dogłową podłożył ligaturę, by w danym razie, przy nadmiernym krwotoku mózż ją zacisnąć. Następnie z cięcia równoległego do łuku brwiowego odsłonił cały tętniak i założywszy podwójną ligaturę, wyłuszczył go.

Przypadek obustronnego odczepienia siatkówki przy wzmożonem parciu śródocznem, w przebiegu retinitis albuminurica gravidarum. (Ein Fall von doppelseitiger Netzhautablösung mit Drucksteigerung bei Retinitis albuminurica gravidarum). Dr Scherenberg. — Kolonia.

Autor miał sposobność badać histologicznie gałki oczne pacjentki, która zmarła skutkiem wyżej wspomnianego cierpienia. Obie siatkówki, jak to już za życia chorej można było stwierdzić, były odczepione.

Zdaniem antora należy, w przypadkach tych, w których u ciężarnych, chorych na nerki, zjawi się retinitis albuminurica, przerwać natychmiast ciążę; gdyż nawet przypadki, w których obrzęki są nieznaczne, lub wcale ich niema, mogą nagle zamienić się w przypadki groźne, a nawet zakończyć się śmiercią.

Przypadek jednostronnej neuritis retrobulbaris skutkiem empyema recidivans antri Highmori. (Ein Fall einseitiger Neuritis retrobulbaris bei recidivierendem Empyem der Oberkieferhöhle). Dr Albin Pihl.

Autor opisuje przypadek kilkakrotnego nawrotu wspomnianego cierpienia na oku lewem, u osobnika cierpiącego na ropotok lewej jamy Highmora. Doszczętne, operacyjne wyleczenie tej choroby położyło kres nawrotom zapalenia nerwu wzrokowego.

Die Ophth. Klinik, 1905, Nr. 15. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Czy Müllerowska tymczasowa proteza nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa? (Ist die Mueller'sche Interims-Prothese ungefährlich). Dr Ulbrich z Pragi.

Firma Mueller i synowie we Wiesbaden zaczęła wyrabiać szklane protezy, które mają być wkładane do oczodołów bezpośrednio po wyluszczeniu gałki i mają zapobiegać zbyt niemu skurczeniu się worka spojówkowego, co utrudnia potem dorobienie odpowiednio wielkiej protezy ostatecznej. W niemieckiej klinice okulistycznej w Pradze założono w jednym przypadku u 65letniego chorego po wyjęciu oka z powodu mięsaka naczyniówki taką protezę tymczasową. Chory nazajutrz po operacji dostał dreszczów i gorączki i pojawił się zapalny obrzęk lewego stawu skokowego. Mimo energicznego ratunku gorączka się wzmagająca, tętno słabło, i chory umarł. W jamie ocznej pod protezą zgromadziła się w ostatnich godzinach życia chorego obfita wydzielina ropiasta. Sekcja zwłok wykazała, jako przyczynę zejścia śmiertelnego, ogólną ropnicę. Badanie bakteryologiczne ropy ze stawu skokowego i wydzieliny spojówkowej wykazało zupełnie jednako względem barwików i pożywek zachowujące się paciorkowce. Autor nie wątpi, że przyczyną ropienia w jamie oczodołowej była obecność protezy, jako drażniącego ciała obcego i ono było punktem wyjścia tak przerzutowego ropnia w stawie skokowym, jak i ogólnej pyaemii. Dodać należy, jako okoliczność, która sprzyjała dostaniu się paciorkowców do krwi obiegu, że po wyluszczeniu gałki nie założono szwu spojówkowego, którego Prof. Czermak zresztą nie zakłada nigdy.

Wien. Klin. Rundschau. 1905 r. Nr 26. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

Przyczynek do kazuistyki jednostronnego drżenia gałki ocznej. (Beitrag zur Kazuistik des einseitigen Nystagmus). Dr Frachtmann z Jarosławia.

Ze względu na wielką rzadkość przypadków jednostronnego drżenia gałki ogłasza autor spostrzeżenie, odnoszące się do rekruta, którego badał, jako lekarz pułkowy. Wywiady nie wykazywały nic szczególnego, w szczególności zaś żadnego obciążenia dziedzicznego. Wzrok prawego oka $\frac{6}{60}$, lewego $\frac{5}{6}$. Ani zewnątrz, ani wznikiem nie można wykazać zmian, któreby usprawiedliwiały upośledzenie bystrości na oku prawem. Gdy oba oczy są otwarte, występuje po kilku minutach drżenie gałki prawej, po zasłonięciu prawego oka, lewe patrzy spokojnie. Po zasłonięciu lewego oka poczyną oko prawe wykonywać natychmiast bardzo szybkie drgania poziome (około 150 na minutę). Pozornych ruchów przedmiotów chory nie uważa. Autor przytacza różne teoryje jednostronnego *Nystagmus*. Najbardziej przekonują go teoryja A. Graefego, wedle

której, z powodu jednostronnego niedowidzenia korowego, ośrodek wzrokowy otrzymuje słabsze podrażnienie czuciowe i przenosi je, jako słabą pobudkę na ośrodek okoruchowy. Odpowiedzią na tę pobudkę jest jednostronny *Nystagmus*.

Doświadczenia elektroterapeutyczne w chorobach nerwu wzrokowego. (Über elektrotherapeutische Versuche bei Opticuserkrankungen). Doc. Dr Mann we Wrocławiu. Ztschrift. f. diätetische u. phys. Therapie. Nov. 1904.

Wiadomo, że i środki lecznicze ulegają pewnym dążeniom mody. Wielec zalecane wszechpotężne środki i metody lecznicze popadają w zapomnienie, by ustąpić miejsca innym, a po wielu może latach znowu powrócić do znaczenia.

Autor stara się wykazać, że niesłusznem było zarzucenie cennego nieraz środka, jakim jest elektryczność, zwłaszcza w cierpieniach nerwu wzrokowego i wykazać, że jak to Apostoli, Doumer, Bergonier, Leduc i inni uczynili, przy cierpieniach obwodowych nerwów (zapaleniach i nerwicach), prądy o silnem napięciu i długotrwałe zadziwiająco bywają skuteczne.

W przeciwstawieniu do dawnej zasady, by tylko prąd o 1—3 Ma. zastosować, używał autor, idąc za wskazaniem autorów francuskich 30—50, a nawet 100 Ma., nie wyłączając motorycznych i czuciowych nerwów głowy, używając do tego bardzo szerokich elektrod i to przez całą nieraz godzinę. Przekonawszy się, że prądy tak silne nie szkodzą, a często bardzo bywają skuteczne, zastosował podobnie silne i dla nerwu wzrokowego.

Ważnym czynnikiem w leczeniu elektrycznem nerwów jest doświadczenie fizyologiczne, iż że nerw elektryzowany, czy prądem stałym czy przerywanym ulega zmianom, nazwanym zjawiskiem elektrotonicznym. Chodzi więc o to, aby zmienioną pobudliwość nerwu przy powtarzaniem stosowaniu prądu niejako ustalić, a tem samem poprawę jego czynności utrwalić.

Nerw wzrokowy najwięcej wrażliwym jest na bodziec elektryczny, bo już 0.1 Ma pobudza w nerwie wzrokowym wrażenie światła.

Müller wykazał, że prąd galwaniczny wywołuje przy zmianie kierunku pobudzenie barw dopełniających się i to tak, że gdy prąd wstępujący najprzód jasność wywołuje, która przy zmianie siły prądu przybiera odcień niebieskawy wzgl. czerwony, to prąd zstępujący przeciwnie, najprzód ciemność w polu widzenia wywołuje, które ustępuje wrażeniu żółtej, względnie zielonej barwy. Müller

tłumaczy zjawisko to zapomocą teoryi jonów. Prąd galwaniczny, biegnący odwrotnie, sprowadza jony z odwrotnem elektr. naładowaniem do miejsca przyrządu wzrokowego, mającego być galwanizowanym, przebiegając nerw motoryczny albo też mięsień, prąd taki wywoła przy anodzie i katodzie odwrotne stosunki.

To uprawnia nas do przypuszczenia, że, jeżeli prąd galwaniczny, wpływając na siatkówkę, wywołuje wrażenia wzrokowe, kierunkom prądu odpowiadać będą wrażenia barw dopełniających.

Istota pobudki elektrycznej polega na zmianach elektrochemicznych. Tak w nerwie, jak w każdym mokrym przewodniku prąd powstaje przez to, że molekuly, znajdujące się w dissocjacji, rozpadają się na jony, a te w odwrotnym kierunku bieżą do biegunów, t. j. dodatnio naładowane do katody, ujemnie do anody. Prąd elektryczny, przebiegający więc nerw, połączony jest ze zmianą jego składu elektrochemiczno-molekularnego. Ale prawdopodobnem jest, iż i po ustaniu prądu elektrycznego, zmiana elektrotoniczna jeszcze czas jakiś się utrzymuje. Skoro więc częściej pobudka taka elektryczna się powtarza, zmiana molekularna winna się utrwalić, a czynnościowa zdolność nerwu stale podnieść.

Już doświadczenia Erhardta, Tarducciego, Schwarza i innych wykazały, że prąd elektryczny podnosi bystrość wzrokową prawidłowych ócz, pod względem rozszerzenia pola widzenia i poczucia barw, i to nietylko bezpośrednio po elektryzowaniu, ale i w kilka dni po ponownem elektryzowaniu.

Autor starał się doświadczać wykazać wpływ ten na nerw chory. Wpływ ten wykazać można raz, badając czynności oka, a powtóre przez elektryczną pobudkę. Badania swe przeprowadził autor na 12 przypadkach, wspólnie z asystentem kliniki okulistycznej wrocławskiej, Drem Paulem. Dotyczyły one zaniku na podstawie arteriosklerozy, po zapaleniu nerwu przy hemianopsyi (jeden) *neuritis retrobulb.*, 2 amblyopii, wskutek zatrucia 3 i zaniku tabetycznego 4 przypadki.

Prąd galwaniczny był zastosowanym już to w kierunku podłużnym, już to poprzecznym. Przy pierwszym kierunku stosowano prąd wstępujący, t. j. anodę przytwierdzano do oka. Przy poprzecznem stosowaniu zakładano katodę po stronie oka, na które chciano wpływ wywierać. Wprawdzie po stronie anody zauważono również poprawę, nie była ona jednak tak wybitną, jak po drugiej stronie, a nawet nieraz stwierdzano obniżenie bystrości wzrokowej. Co do siły prądu to stosowano 10 Ma, gdyż przy zwykle używanych słabszych prądach o 2—3 a nawet jeszcze i 5 Ma żadnego nie zauważano skutku. Elektryzowanie trwało 15 min. do godziny. Na 12 przypadków leczonych w powyższy sposób, dziesięć dało wynik

dodatni i to nietylko co do wzroku naosiowego, ale także i pola widzenia.

W jednym przypadku atrofi tabetycznej miała bystrość wzrokowa z $\frac{1}{40}$ na $\frac{5}{15}$ podnieść się. Także i poczucie barw, zwłaszcza przy względnych skotomatach dla barwy zielonej, doznawało znacznej poprawy.

Autor stwierdził nadto, że i wrażliwość nerwu wzrokowego rośnie pod wpływem należytego galwanizowania, a stwierdził to w sposób bardzo pomysłowy zapomocą kondensatora. W.

O wypadku urazowej hysterii, przebiegającym przy porażeniu mięśni zewnętrznych (Ueber einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie Westphal). Deutsche medizinische Wochenschrift. Nr 22. 1 Juni 1905.

Autor opisuje następujący wypadek, przy którym po doznanym urazie w głowę wystąpiły objawy porażenia mięśni zewnętrznych na tle histerycznym.

Górnika S. dnia 23 kwietnia 1902 r. podczas roboty ugodził w głowę ciężki z góry spadający kamień i spowodował około 8 cm długą ranę miażdżoną. Po zagojeniu rany chory uskarżał się ciągle na zawroty i bole głowy. Z tej przyczyny w r. 1903 przyjęty został do kliniki wewnętrznej i wtedy już wystąpiło po raz pierwszy lekkie ograniczenie ruchów lewego oka na wewnątrz, a w dalszym przebiegu dwuwidzenie. B. r. chorego odesłano do kliniki chorób umysłowych. Po przyjęciu badanie ruchomości ocz wykazuje, że ruchy gałek są we wszystkich kierunkach upośledzone, występują powolnie i z wielkiem wysileniem. Przy nieco późniejszym badaniu stan ten tak znacznie się pogorszył, że chory nie był w stanie wykonać oczyma żadnych ruchów. Opadnięcia powiek górnych nie ma — okrężny mięsień działa prawidłowo. Badanie dna oka wykazuje prawidłowe stosunki, bystrość wzrokowa, jakoteż pole widzenia nie jest upośledzone. Podobnie i badanie w zakresie nerwów czuciowych i ruchowych zmian nie wykazuje. Chodzi z trudem, oparty na lasce drobnymi krokami, rozstawiając nogi. Przy dłuższym chodzeniu całe ciało wpada w ruchy drgające.

Przy dalszem spostrzeganiu okazało się jednak, że ta nieruchomość gałek stale nie występuje. Jeżeli się z chorym przez dłuższy czas rozmawiało, nie wspominając o jego chorobie, wtedy gałki czasami zupełnie swobodnie we wszystkich kierunkach się poruszały. Tak samo przy zasłonięciu jednego oka chory na żądanie

wolnem okiem obracał we wszystkich kierunkach, a nawet oko pod ręką zasłaniającą wtóruje tym ruchom. Przy odsłonięciu zaś oka gałki powracały powolnie i przerywanymi ruchami do pierwotnego położenia, stając się zupełnie nieruchome.

Nastrój psychiczny chorego był prócz tego przygnębiony i zrozpaczony. Ciągłe uskarżał się na bóle i zawroty głowy i dwuwidzenie. Tętno przyspieszone 120 uderzeń na minutę i częste poty. Wszelkie zabiegi lecznicze, galwanizacya głowy i usiłowana hypnoza były bezskuteczne.

Uwzględniając nastrój psychiczny chorego, znamiona podmiotowe, jak bóle i zawroty głowy i znamiona przedmiotowe, jak przyspieszoną czynność serca, silne pocenie się i skurcze mięśni, cały obraz choroby uznać należy jako urazową nerwicę. Zainteresowanie w tym wypadku budzą tylko zaburzenia w mięśniach ocznych, które przy niedokładnej obserwacyi i pobieżnem badaniu złudnie przedstawiałyby porażenie obustronne mięśni zewnętrznych. Anamneza, przewlekły przebieg choroby i właśnie to, że *levator palpebrae superioris*, *sphincter iridis* i mięsień okrężny wolne były od porażenia, nie przemawiają wcale przeciw ogniskowemu porażeniu mięśni ocznych, gdyż właśnie powyższy przebieg wcale nie jest tak rzadkim przy później występujących, ogniskowych porażeniach po urazach w głowę.

Tu wedle zdania autora przed błędem, co tak dla rokowania jak i dla leczenia nie jest bynajmniej rzeczą obojętną, chronić może tylko wykazanie objawów hysterycznych i w innych mięśniach i co najważniejsze, że po odwróceniu uwagi chorego od jego stanu choroby najczęściej wszelkie znamiona chorobowe znikają.

Dr Beigel.

III. ROZMAITOŚCI.

Dzisiejszy stan okulistyki w Japonii.

Nowożytną okulistykę wprowadzili do Japonii nieżyjący już dzisiaj lekarze Ume, Takuso Suda, Tatsuya Inouye. Dziś posiada już Japonia trzy uniwersyteckie katedry okulistyki: w Tokio (Prof. Komoto), w Kioto (Prof. Asayama) i Fukuoka (Prof. Onischi). Nadto istnieje czwarta katedra okulistyki w wyższej szkole medycznej w Osace (Prof. Imai), a prócz tego wykładaną jest okulistyka w dziewięciu zawodowych szkołach lekarskich. W Japonii wychodzi tylko jedno specjalne pismo okulistyczne pod ty-

tułem: »Nippon Gaukwa Gakkwai Zasshi«, jako organ japońskiego towarzystwa oftalmologicznego, wydawane przez Prof. Onischi we Fukuoka. Zarówno w stolicy, jak i na prowincyi, wykonywa praktykę okulistyczną cały szereg uzdolnionych i fachowo wykształconych zawodowców. Przeważna część okulistów japońskich uzupełnia swe wykształcenie specjalistyczne w uniwersytetach europejskich lub amerykańskich, głównie jednak rozwój swój zawdzięcza okulistyka japońska wpływowi szkoły niemieckiej (według Opht. Klinik). *K. W. Majewski.*

Medal Graefowski za najwybitniejszą działalność na polu okulistycznym przyznana została w Heidelbergu prof. Heringowi w Lipsku. *W.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Habilitowali się: w Marburgu Dr Bartels, w Palermo Dr Desogur, w Sienie Dr S. Calderaro.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Berlinie zmarł emer. Prof. Karol Schweigger, dnia 14. Sierpnia.

Prof. Dr Jan Hjort zmarł w Krystyanii w 70 r. życia.
