

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA SROCYŃSKIEGO W KRAKOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

—\*— ROCZNIK DRUGI —\*—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przypadek nosaczyny pierwotnej na spojówce powiekowej.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

Ofiarą cierpienia padł p. N., lat 36, weterynarz. Zjawił się on u mnie 14 lipca roku 1899 nad wieczór, spostrzegłszy rankiem tegoż dnia zaczerwienienie lewego oka.

Przy badaniu znalazłem na spojówce powieki lewej dolnej guziczek wielkości małego grochu, leżący mniej więcej pośrodku powierzchni tej błony. Spojówka gałki ocznej, powieki dolnej i obu kątów oka była silnie zaczerwieniona, nieco obrzękła i pokryta wydzieliną lepką, śluzową. Skóra, przylegająca do brzegu powieki dolnej i do kątów oka, również była zaczerwieniona i obrzękła. Innych zaburzeń w obrębie oka lub ogólnych nie spostrzegało się. Gruczoły sąsiednie nie były powiększone. Pomimo objawów przedmiotowych podrażnienia oka, chory nie uczuwał bólu ani światłowstrętu. Niepokoiła go je-



~~KLINIKA OKULISTYCZNA  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej~~

dynie czerwoność gałki. Powziąłem podejrzenie, że cierpienie jest wywołane przez zakażenie pochodzenia zwierzęcego, co było tem bardziej prawdopodobnem, że chory z przyczyny swoich zajęć miał często styczność z koimi.

Wyciąłem natychmiast guziczek i posłałem go dla zbadania do laboratorium Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego. Badanie drobnovidowe, dokonane przez p. Noniewicza, znanego bakteriologa tutejszego, wykazało drobnoustroje, przedstawiające cechy charakterystyczne prątków nosaciznowych. Były cienkie, miały długość równą  $\frac{1}{3}$ — $\frac{2}{3}$  średnicy czerwonego krążka krwi i szerokość około  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{8}$  długości, kształt prosty, lub nieco zgięty, z zaokrąglonymi końcami, i posiadały charakterystyczne poprzeczne kreski jasne. Często dwa prątki łączyły się w długość swymi końcami. Barwiły się wyraźnie tylko sposobem Loeffler'a — roztworem alkalicznym błękitu metylowego. Żadnych koków, ani wogóle innych drobnoustrojów nie znaleziono. Dalszego badania, hodowli i szczepień, nie dokonano, gdyż preparat zaginął w laboratorium.

Wobec badania drobnovidowego przyszedłem do przekonania, że miałem do czynienia ze sprawą nosaciznową spojówki powieki. Wskutek tego rozpoznania, dnia następnego (15 lipca) przypaliłem galwanokauterem miejsce, w którym znajdował się guziczek i w którym widoczną była niewycięta resztką jego. Galwanokauter posuwałem w głąb, póki chory nie uczuł bólu.

Dnia następnego (16 lipca) przekrwienie i wydzielina były mniejsze, obrzęk ustąpił. W ciągu tygodnia strup, wywołany przez przypalenie, i wszystkie objawy chorobowe w zupełności znikły.

Odtąd żaden objaw nosacizny nie wystąpił, co pozwala twierdzić, że zniszczenie ogniska pierwotnego usunęło chorobę. Obecnie w miejscu byłego ogniska nie widzi się nawet blizny.

Kiedy zakażenie mogło nastąpić, chory nie wiedział.

Przykrem jest niewątpliwie, że hodowla i szczepienie prątków nie mogły być przeprowadzone; jednak kształt ich charakterystyczny i sposób barwienia dostatecznie wykazują ich przyrodę nosaciznową.

Lubo nosacizna dość jest częstą u ludzi, odkąd bowiem spostrzegał ją u nich po raz pierwszy Schilling<sup>1)</sup>, Index Catalogue amerykański wymienia przeszło 200 przypadków, jednak w okolicy oka cierpienie to jest bardzo rzadkiem, jeżeli pominiemy przypadki przekrwienia i obrzęku powiek, zależnych od nosacizny twarzy i czoła.

Pierwszy z ogłoszonych przypadków opisany był przez (Graefe'go<sup>2)</sup>). Zaburzenie powstało pierwotnie w tkance oczodołu i w naczyniówce. Mianowicie, w dwa tygodnie po cierpieniu twarzy, uważanem za różę, powstało wysadzenie oka, wynoszące pół cala; oko było nieruchome i ślepe, źrenica rozszerzona, powieki obrzękłe i zaczerwienione, spojówka bez zmiany, w rogówce zaczęło się tworzyć ognisko rozmięczenia. W ciągu całej choroby spostrzegano gorączkę asteniczną. Po wyłuszczeniu oka znaleziono w naczyniówce, w bliskości wejścia nerwu wzrokowego, kilka małych żółtych nacieczeń ropowatych, które określono jako nosaciznowe dopiero później, gdy chory umarł przy objawach ogólnych cierpienia i gdy przy sekcji znaleziono w wielkiej ilości guziczki nosaciznowe w błonie śluzowej nosa, w skórze i mięśniach. Wysadzenie oka było wywołane przez nacieczenie tkanki oczodołu. Przed śmiercią tkanka ta, powieki i lewa połowa nosa i twarzy uległy zgorzeli. Wywiady stwierdziły rozpoznanie choroby.

W przypadku Krajewskiego<sup>3)</sup> u dziecka, które zostawało w zetknięciu ze słomą, używaną przez konia nosaciznowego, powstał znaczny obrzęk twardy powiek obu oczu. Na powiece dolnej prawej utworzyło się owrzodzenie, na górnej lewej guziczek, zostający w związku z gruczołem Meibom'a. Kilka płatów uległo zgorzeli i oddzieliło się, gruczoły podszczękowe i przyuszne były obrzmiałe. Gorączka i bredzenie towarzyszyły cierpieniu.

<sup>1)</sup> Rust's Magaz. f. die gesammte Heilk. 1821. XI. 480.

<sup>2)</sup> V. Graefe's Arch. f. Ophthalm. 1857. III. 2. 248. — Graefe-Saemisch »Handb. der ges. Augenheilk.« 1877. VII. 208.

<sup>3)</sup> Klinika. 1870. VII. 161.

W przypadku nosaczyny podostrej, opisanym przez Scheby-Busch'a<sup>1)</sup>, u mężczyzny lat 31, po zjawieniu się kilku guziczków na twarzy, oczy przedstawiały zaczerwienienie i wydzielinę śluzowo-ropną. W czasie późniejszym utworzyły się na skórze powiek, również jak na skórze skroni, nosa i twarzy, krosty wielkości grochu lub małego orzecha, wznoszące się na podstawie czerwonej, twardej i bolesnej; najmniejsze z nich nie różniły się od krost ospowych. Po nacięciu wydzielaly ropę białą-żółtawą i krew. Spojówka powiek obustronnie była silnie przekrwioną i pokrytą wydzieliną śluzowo-ropną, która sklejała rzęsy. Ropienie trwało pomimo stosowania saletrzanu srebra. Chory zmarł. Sekcja nie mogła być dokonana. Szczepienie ropy kotowi pozostało bez skutku; podobnież badanie krwi nie dało wyjaśnienia. Jednak objawy ogólne i wyłączenie innych cierpień potwierdziły rozpoznanie nosaczyny.

Boyd<sup>2)</sup> w przypadku nosaczyny ostrej, która zakończyła się śmiercią, spostrzegł wysadzenie gałki. Sekcja wykazała ropienie tkanki oczodołu, które było właśnie przyczyną wysadzenia; przy badaniu drobnowidowem znaleziono małe ropnie w twardówce. Cierpienie oczne było przeto przerzutowem.

W przypadku nosaczyny przewlekłej, spostrzeganym przez Neisser'a<sup>3)</sup> u mężczyzny lat 20, utworzył się wrzód w kącie wewnętrznym oka lewego, który rozszerzył się na spojówkę gałkową i wydzielal początkowo śluz, a następnie ropę. Chory był osłabiony i apatyczny. Wkrótce zjawił się ropień w lewej części twarzy, który przecięto i po którym wystąpił bezwład mięśnia twarzowego. Zastosowano tuberkulinę, która wywołała, zdaniem lekarza leczącego, prędkie zagojenie wrzodu kąta ocznego. Jednak po pewnym czasie powstały inne objawy, które skłoniły chorego do wstąpienia do kliniki królewieckiej prof. Lichtheim'a. Badanie bakteryologiczne wykazało nosaciznę. Wydzielina ropnia, która drobnowidowo nie przedstawiała

<sup>1)</sup> Berliner klin. Wochenschrift. 1878. Str. 74.

<sup>2)</sup> Transactions of the patholog. Society. 1883. XXIII. 420. Sprawozdanie w »Nagel's Jahresbericht«. 1884.

<sup>3)</sup> Berliner klin. Wochenschrift. 1892. 321.

prątków nosaciznowych, po szczepieniu świnkom morskim wywołała objawy charakterystyczne nosacizny. Stan chorego polepszał się, utwierdzając autora w nadziei zupełnego wyleczenia.

Gourfein<sup>1)</sup> spostrzegł u dziewczyny lat 12 nosaciznę pierwotną w okolicy worka łzowego i na spojówce, ograniczającą się przez długi czas tem umiejscowieniem bez przedstawiania objawów ogólnych. Cierpienie zaczęło się przetoką worka łzowego prawego, która powstała bez zwężenia kanału łzowego i bez poprzedzającego łzawienia. Wygląd niezwykły przetoki, jej znaczne rozmiary, brzegi czerwone, twarde, podkopane, posiane drobnymi granulacjami, dostrzegalnemi dla oka, dno pokryte ropą szaro-żółtawą, nasuwały przypuszczenie wrzodu gruczliczego. Płuca były prawidłowe i, wogóle, żadnych zmian w ustroju, oprócz wymienionej, nie znaleziono. Gruczoły podszczękowy i przyuszny prawe były obrzmiałe, lecz stan istniał długo przed zjawieniem się przetoki. Badanie drobnowidowe nie wyjaśniło sprawy, dopiero szczepienia świnkom morskim wykazały nosaciznę. Nim skutek tego doświadczenia stał się wiadomym, stosowano na przetokę okłady z roztworu sublimatu (1:2.000) i dokonano operacji Bowman-Stilling'a; pod wpływem leczenia przetoka po dwóch miesiącach prawie zupełnie zagoiła się, ale, w zamian, powstały na spojówce powieki dolnej prawej guziczki podobne do gruzełków i owrzodzenia, których dno było pokryte wydzieliną szaro-żółtawą, przypominającą spostrzeganą w przetoce łzowej. Guziczki wycięto, a wrzody przypalono galwanokauterem. Cierpienie zdawało się ustępować, lecz w miesiąc później spojówka powieki górnej prawej przedstawiała także zaburzenia, jak poprzednio dolna. Przypalenie galwanokauterem pozostało bez skutku, choroba przeszła na spojówkę gałki i dotknęła twardówki. Proponowcy operacji radykalnej, uczyniona rodzicom chorej, została odrzuconą; chorą stracono z oczu. Żadnego innego objawu nosacizny nie znaleziono. Źródła zakażenia nie wyjaśniono.

<sup>1)</sup> Revue médicale de la Suisse romaine. 1897. 737.

Batko<sup>1)</sup> spostrzegał całą rodzinę, dotkniętą nosacizną; mąż i żona przedstawiali obok objawów ogólnych, oczne. — U męża (lat 34) powstały obrzęk i zaczerwienienie powiek oka prawego i ropień w okolicy zewnętrznego kąta oka, który po nacięciu zagoił się. U żony (lat 30) powieka dolna lewa była zaczerwieniona i obrzękła, następnie wytworzyła ropień, który pękł samodzielnie, zamieniając się w owrzodzenie, przebiegające poza kąt zewnętrzny oka, wzdłuż oczodołu, o dnie i brzegach nierównych, pokryte szaro-żółtą wydzieliną, nieco cuchnącą. Owrzodzenie nie ustępowało zwykłym środkom i dopiero po wyskrobaniu i wypaleniu radykalnem w uspieniu chloroformowem zaczęło pokrywać się ziarniną i następnie zupełnie zagoiło się, wywołując odwinięcie bliznowe powieki. Badanie drobnowidowe, hodowle i szczepienie świnkom wykazały nosaciznę. Mąż zaraził się od konia nosaciznowego i zaraził żonę i dwie córki. Podczas ogłaszania spostrzeżenia wszyscy ci chorzy żyli jeszcze, lecz autor nie miał nadziei uchronienia ich od śmierci.

(Dokończenie nastąpi).

## 2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Pewne postacie zapaleń rogówkowych należą — dzięki utartemu zwyczajowi klasyfikowania — do zwykłych prawideł, a opis ich przechodzi z podręcznika do podręcznika. Nikomu nie przyjdzie na myśl, by można od zapatrywań ogólnie przyjętych zbaczać.

A jednak, gdy z liczniejszego korzystając materiału, robimy dokładne spostrzeżenia kliniczne, gdy każdy poszczególny przypa-

---

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski. 1898. 535.

dek, choćby pozornie i najzwyczajniejszy, wzorowy, sumiennej poddamy analizie, nieraz nam się uda odkryć zasobność przyrody, która i w okazach patologicznych bogactwo i różnorodność okazuje wielką.

Odkładając na później szczegółowe zajęcie się tą sprawą, chciałbym dziś tylko zwrócić uwagę czytelnika na pewne zapalenia rogówkowe, które przyjętym zwyczajem jako skrofuliczne uchodzą, gdy je do syfilitycznych odnieść wypada.

Rogówka należy do tych części oka, której zależności od kiły nie uznawano, a nawet wprost zaprzeczano. Czyni to n. p. Vallez<sup>1)</sup>, a nawet jeszcze w roku 1858 wypowiedział Albrecht Graefe w towarzystwie lekarskiem berlińskim zdanie, że rogówka wolną jest od zajęć syfilitycznych.

Kiedy właściwie obraz ściśle kliniczny, najczęściej na tle syfilitycznem zachodzącego zapalenia rogówki, t. j. rozlanego zapalenia miąższowego skreślono i właściwie nadano mu znaczenie etyologiczne, niełatwo dociec.

Jeszcze w r. 1846 Dr Andreae, dyrektor szkoły med. chir. w Magdeburgu, w swoim »Grundriss der gesammten Augenheilkunde«, t. II, p. 232, mówiąc o zapaleniach rogówki, rozróżnia postać ostrą i chroniczną, a ostatnią opisuje w sposób, przypominający nam miąższowe zapalenie rogówki, i dodaje: »Nicht leicht dürfte sich diese chronische Entzündungsform ohne gleichzeitige Dyskrasie entwickeln und auch da, wo sie zunächst durch äussere Verletzung, z. B. den Hornhautstich, hervorgerufen wurde, war wohl immer eine Krankheitsanlage, insbesondere eine rheumatische oder scrophulöse, im Körper vorhanden«.

Tak samo Desmarrès w »Traité théorique et pratique des maladies des yeux« rozróżnia dwie główne postaci, a mianowicie kèratite disseminée i kèratite pointillée.

Opis pierwszej, mianowicie przewlekłej, znowu odpowiada naszemu pojęciu o miąższowem zapaleniu, a autor zaznacza: »les malades, scrophuleux d'ordinaire, sont pâles, chétifs et

---

<sup>1)</sup> Traité théorique et pratique de médecine oculaire, t. I, p. 209.

maigres« i powiada na stronie 269: »le mercure sera employé avec avantage, si on l'administre jusqu'à la salivation«.

Zasługą było niespożyta I. Hutchinsona, iż do trzech postaci zapalenia mięsaszowego rogówki pod względem etyologicznym, t. j. idyopatycznej, skrofulicznej i artrytycznej, dodał czwartą, t. j. przyrodzono-syfilityczną<sup>1)</sup>.

On to w klasyczny sposób nazaczył znamiona niewątpliwe, po których pochodzenie tego zapalenia, klinicznie nie różniącego się wcale albo nieznacznie od zapaleń na innych opartego podstawach etyologicznych, można rozpoznać jako takie, — on też przyczynił się w następstwie do tego, że przez stosowne leczenie prędsze możemy sprowadzić w przewlekłym cierpieniu wyleczenie. Tylko, że Hutchinson popadł, jak to często bywa, w przeciwną ostateczność, albo do niej pobudził, iż zbyt wiele do tych znaków przywiązywano znaczenia, wobec czego objawy innych dyskrazji uchodziły baczności lekarzy, gdy syfilis czyniono odpowiedzialną za postać zapalenia, wywołanego odmiennym cierpieniem ogólnym.

Nieraz przekonałem się, że u osobników wybitnie syfilitycznych, albo takich, które kiedyś syfilis przechodziły, czy też znamiona odziedziczonej kiły posiadały, zapalenie mięsaszowe rozlane rogówki ustępowało bez wszelkiego leczenia przeciw-syfilitycznego. Z drugiej jednak strony przywykliśmy znowu inne postacie zapaleń rogówki odnosić do skrofulicznej podstawy, skoro tylko spostrzegamy je u dzieci, zwłaszcza skrofulicznych, gdy i one, lubo nie tak często, jak właśnie mięsaszowe, są pochodzenia syfilitycznego. Gdy w dokładny obraz kliniczny te patologiczne zmiany rogówki uchwycimy, uda się nam niewątpliwie pewne odrębne wypośrodkować znamiona, odróżniające je, mimo pozornej tożsamości, od zapaleń skrofulicznych, a tylko stosowne leczenie swoiste położy koniec długo trwającemu zapaleniu, leczonemu w nieodpowiedni sposób, bo nieuwzględniający przyczynowej właśnie podstawy.

---

<sup>1)</sup> On the different Forms of Inflammation of the eye, consequent on inherited syphilis. Ophth. Hosp. Report 1857—1859. Vol. I., p. 191 i t. d.



Zapalenia rogówkowe, o których słów kilka skreślić zamierzam, należą pozornie do rodzaju zapaleń pryszczkowych, które, jak wiadomo, występują przeważnie u dzieci, zwłaszcza skłonnych do wyprysku skóry. Skóra dziecięca podatniejsza jest, jak wiadomo, do tych zmian, od skóry osób dorosłych, zwłaszcza po przebyciu ostrych wysypkowych zajęć. Skoro już wiek młodociany sam usposabia do wyprysków, to tem więcej, gdy dzieci te podlegają czy to skrofulozie, czy też kile. I tu i tam nieznaczne obrażenia zewnętrzne prowadzić mogą do zmian, już to zapalnych, już też hyperplastycznych w tkance, mało usposobionej do wyrównania tych zaburzeń.

Tak zapalenia wypryskowe spojówki, jako też rogówki, nie uprawniają nas jeszcze do przypuszczenia, że mamy do czynienia ze zaburzeniem konstytucyjnym, zwanem skrofulozą, dopiero częste występowanie tych ocznych zachorzeń, ich uporczywość obok innych znamion mogą rozpoznanie etyologiczne ułatwić. Nie zawsze jednak zapalenia wypryskowe w takich razach właśnie do tej anomalii konstytucyjnej odnieść nam wypadnie, zwłaszcza, gdy leczenie przeciwskrofuliczne mało wpływu na przebieg choroby wywiera i choroba uporczywszą się przedstawia.

Ale, jak wyżej wspomniałem, starać się winniśmy, skoro raz doświadczenie nas pouczyło, że różna etyologia podobne wytwarza chorobowe obrazy, odrębności dotąd nam nieznanne tych postaci wyśledzić.

Jakie znamiona posiada więc ta postać zapalenia rogówkowego, które podobne do wyprysku syfilitycznym zwać moglibyśmy?

Zanim przystąpię do spełnienia zadania, by, o ile możliwości, te postacie zapaleń rogówkowych wyodrębnić tak pod względem objawów podmiotowych, jako też ścisłych przedmiotowych znamion, a niemniej i uwzględnić stan ogólny, o ile on nam pewne dać może wskazówki etyologiczne, niechaj mi będzie wolno przytoczyć poprzednio kilka wybitniejszych przypadków, które stanowiły przedmiot dochodzeń naukowych, i zabiegów leczniczych.

Przypadek pierwszy: Stefania L., 5letnie dziecko, przyprowadzoną mi została przez matkę d. 24 maja 1898 roku. Dziecko chore już od trzech tygodni i leczone bezskutecznie, mimo usilnych starań biegłego okulisty.

Wywiady wykazały, co następuje: Matka, od sześciu lat zamężną, raz tylko rodziła. Miewa upławy. Rodzice matki umarli na choroby przygodne. Ojciec dziecka ma być zdrow, nie ma rodzeństwa ani rodziców. Stefania ważniejszych chorób nie przechodziła, prócz odry i rachitis lekkiej.

Chora, wątła, ma wargi nieco grube, tubera frontalia wystające, gruczoły limfatyczne karkowe i podszczękowe, zwłaszcza po prawej stronie, nabrzmiałe. Górne zęby sieczne lekkie objawiają znamiona Hutchinson'owskich. Zresztą na całym ciele żadnych innych znamion, przemawiających za cierpieniem konstytucyjnym.

Zajęte jest prawe oko, które łzawi się dość silnie przy znacznym światłowstręcie. Powieki czerwone, spojówka gałki, głównie od strony zewnętrznego kącika, przekrwiona w warstwach powierzchownych i głębszych, przylegających do zajętych części rogówki. Tu widzimy w górno-zewnętrznym kwadrancie, niedaleko brzegu, zmętnienie okrągłe, szaro-żółte, otoczone obwódką zaćmionej rogówki, wystające nieco nad powierzchnię. Druga taka wyniosłość znajduje się w dolno-zewnętrznym kwadrancie, w oddaleniu kilku mm. od brzegu, nieco większa, otoczona pasem naczyń zbieżnych, ze spojówki na rogówkę przesuniętych. Stan tęczęwki przy źrenicy, równomiernie rozszerzonej, nie przedstawiał żadnego zбочenia. Błona śluzowa nosa po prawej stronie przekrwiona, nabrzmiała i mocno zraszana spływającymi łzami.

Uważając zmiany rogówkowe za zwykłe pryszczyki (*keratitis phlyctenulosa*) rogówki, zasypałem kalomel, zastosowałem atropinę, wpuściłem do nosa  $\frac{1}{2}\%$  argent. nitr. i poleciłem robić ciepłe na oko okłady.

Gdy stan oka, mimo osobiście przezemnie stosowanych leków i mimo starannego stosowania się matki dziecka do danych poleceń, nie wykluczając kąpiei, nie zmieniał się, gdy nadto

środki, miejscowo stosowane, jak maść żółta, maść kseroformowa, opaska wysuszająca glicerynowo-tanninowa, okazały się bezsilne, a wiele innych środków, pomiędzy nimi jodek potasu, nie sprowadzało pożądanego skutku, zabrałem się do leczenia rtęcią wewnątrznie. Pochop do tego znalazłem raz stąd, iż uporczywość cierpienia wzbudzała we mnie podejrzenie, że mam może jednak, mimo braku dostatecznego objawów ogólnych, do czynienia z wadą ustrojową ogólną, a przede wszystkim dlatego, że owe rzekome pryszczyki nie okazywały najmniejszej skłonności do wessania, względnie odłączenia się z późniejszą reparacją ubytku. Poleciłem więc dnia 17 czerwca stosowanie maści żółtej rtęciowej (*ung. fl.*) z kokainą, płukanie nosa wodą z tel. Guajaci, a wewnątrznie przepisałem pigułki kalomelowe trzy razy dziennie po 0.01 gr. —

Od tego czasu stan oka zaczął się widocznie poprawiać, zaczerwienienie spojówki zmniejszało się z każdym dniem. — Owe naloty rogówkowe mały dośrodkowo, powierzchnia ich wyrównywała się z powierzchnią rogówki, naczynia rogówkowe, dochodzące do dolnej wyniosłości, stawały się mniej wyraźne, a już w końcu miesiąca mogłem stwierdzić zupełne ustąpienie wszelkich objawów zapalnych. W miarę tego dziecko, poprzednio bardzo niespokojne i grymasne, odzyskało prędko dawną swobodę i wesołość.

Po raz ostatni widziałem chorą 20 lipca z. r., w którym to dniu w miejscu wykwitów zapalnych w rogówce, stwierdziłem nieznaczne plamki przeświecające, z których dolno-zewnętrzna pokryta jeszcze naczyniami.

Dla stwierdzenia dalszego stanu zdrowia dziecka przywołałem je z matką przed kilku dniami do siebie i przekonałem się, że oczy pozornie wyglądają zupełnie zdrowe. Na załamkach przejściowych obu ocz znajduje się szereg mieszków dość znacznych. U prawego oka przy bocznym oświetleniu widać plamkę przeświecającą w górno-zewnętrznym kwadrancie, gładką zupełnie. Dolno-zewnętrzna zaś nieco ściślejsza, w samym środku lekko wystająca, pokryta jest nielicznymi, od spojówki przechodzącymi, drzewkowato przebiegającymi naczyniami. Przy dokła-

dnem nastawieniu jednak światła ogniskowego dostrzedz można nadto i naczynia głębsze, pędzolkowato do miejsca zajętego zmierzające, a ginące w obwodzie rogówki.

Na zapytanie moje, czy dziecko od lipca 1898 r. zapadało na oczko, odpowiada matka, że często występowało zaczerwienienie, które atoli ustępowało po podaniu kilku przepisanych pigułek (kalomelu). Dla zapobieżenia nawrotom daje matka z własnego popędu od owego czasu raz lub dwa razy tygodniowo po kilka pigułek i temu przypisuje, że choroba nie powraca.

(Dokończenie nastąpi).

---

## II. STRESZCZENIA.

*Sposób uczipienia się włókien więzadełka Zinn'a do soczewki i wzajemny stosunek tych włókien* (Mode d'insertion des fibres zonulaires sur le cristallin et rapport de ces fibres entre elles). Terrien. — (Société d'anatomie 24/III. 1899, według ref. »Rev. Générale d'ophthalm.«).

Włókna więzadła Z. przyczepiają się rozmaicie, stosownie do miejsca. Każde włókno, składające się z wielkiej liczby drobnych włókienek pierwotnych, zakrzywia się nieco przed przyczepieniem się do torebki. Tu doszedłszy, rozszczepia się. Włókienka położone więcej ku tyłowi, pierwaj się przyczepiają, podczas, kiedy przednie niżej dopiero to czynią; tak więc nie w jednym punkcie, ale na linii całej znaczy się ich przyczepienie, a połączenie staje się ściślejsze. Włókienka wśródłozne tworzą między sobą anastomozy poprzeczne i są nierówno rozdzielone. Przed równikiem rozdzielają się w postaci pędzelka, a każde włókienko pierwolne przyczepia się do jednego punktu torebki. To zakończenie włókien więzadła odpowiada także ich początkowi. Różnica, jaka zachodzi pod względem przyczepiania się do przedniej i tylnej torebki, jako też na wysokości równika, zależną jest od czynności, względnie przeznaczenia tych włókien. Wobec tego możnaby włókna przednie i tylne nazwać włóknami akomodacyi, a włókna środkowe włóknami zawieszania.

III.

*Zupełny przyrodzony obuoczny brak tęczówek* (Aniridia congenita completa bilateralis). Dr Łobanow (»Wracz«. Nr 27. 1899 r.).

Do 1888 r. ogłoszono — według Dra Felzera — 33 przypadki braku tęczówki. Od tej pory do ostatnich czasów nagromadził się nowy szereg opisów tej stosunkowo rzadkiej nieprawidłowej postaci oka. Dowiadujemy się tedy, że z naszych okulistów spostrzegali i opisali irideremiam kol. Strzemiński i Szymański. Sam autor spostrzegł klasyczny przypadek braku obustronnego tęczówki, powikłany z najczęściej towarzyszącymi zmianami wtórnymi: w przypadku autora oprócz zmętnienia soczewki pod postacią zaćmy biegunowej tylnej, towarzyszyły: brak wyrostków rzęskowych, zanik naczyńki i siatkówki w okolicy plamki żółtej i w końcu drganie gałek w kierunku poziomym. Najczęściej spotykać się dające przy przyrodzonym braku tęczówki częściowe zmętnienia soczewki powstają niechybnie skutkiem niedostatecznego odżywienia soczewki i z biegiem czasu przeistaczają się w całkowite<sup>1)</sup>. Widzimy, iż natura, jak gdyby przez częściowe zmętnienie soczewki chciała wynagrodzić oku brak tęczówki, powodujący znaczne olśnienie. Z szeregu teorii, objaśniających powstanie beztęczówkowości, a które sam autor przytacza, wyszczególnić należy mechaniczną teorię Manz'a, wedle której brak tęczówki, która tworzy się, jak wiadomo, z mesoblastu, zdarza się tylko w tych przypadkach, kiedy soczewka mieści się tuż przy błonie Descemet'a i mechanicznie przeszkadza wrastaniu tęczówki. Ponieważ jednak we wszystkich dotąd opisanych przypadkach stosunkowo rzadko spostrzegamy bezpośrednie przyleganie soczewki do błony Descemet'a, więc autor słusznie sądzi, iż w poszczególnych przypadkach braku tęczówki przyczyny powstawania takowych muszą być rozmaite.

*Wł. Talko.*

*Budowa rogu skórniego* (Zur Structur des Hauthorns. — Cornu cutaneum palpebrae). Dr A. Natanson. (»Archiv f. Dermatologie und Syphilis«. L. T., II. Z.).

Autor miał sposobność spostrzegać u 18letniej dziewczynki róg skóry o długości 4,5 mm., a szerokości 2 mm., który rozwinął się w przeciągu dwu miesięcy.

Po usunięciu go, był ten róg skóry badany anatomicznie, a wynik tego badania został uwidoczniiony na dwu bardzo pięknych fotogramach. Na pierwszym widzimy w podstawie nowotworu spójwkę skóry z naczyniami i przestworami limfatycznymi, z których

<sup>1)</sup> Przypadki Hirschberg'a i innych.

to wychodzą silnie przerosłe i wzdłuż wyciągnięte brodawki, a nad nimi są ułożone potężne warstwy zrogowiałego nabłonka (*Hyperkeratose*).

Mimo, iż oba fotografy przedstawiają tylko przekroje podłużne, to jednak widzimy na figurze drugiej poprzeczny przekrój brodawki, z którego jest widocznem, że jest to rzeczywiście zgięte odgałęzienie brodawki poprzecznie trafionej, a nie zwykła przegroda łącznikankowa. Prócz tego znalazł autor, zgodnie ze Spietschką i Ballabanem włókna elastyczne, naczynia krwionośne i limfatyczne.

Wynik badania tego przypadku jest cennem potwierdzeniem wyników badań Spietschki i referenta, którzy pierwsi na to zwrócili uwagę — to jest, że budowa rogu jest natury brodawkowej.

Przyczynę, dla której wspomniani właśnie autorowie, a także i Dr Natanson doszli do odmiennych wniosków, aniżeli ich poprzednicy, którzy to ostatni przypisywali rogom skórnym powstanie czysto epidermoidealne, stara się autor w ten sposób wyjaśnić, iż w nowszych badaniach posługiwano się małymi rogami, będącymi dopiero w rozwoju.

Czy na podstawie badania należałoby zarzucić czysto symptomatyczną nazwę »rogu skórnego«, a zastąpić ją pojęciem anatomicznem i nazwać »keratosis papillomatosa«, jak to w swej pracy zaleca referent, pozostawia autor nierozstrzygniętem.

W końcu zasługuje na uwagę wzmianka, iż twory takie są w Rosyi rzadkością, gdyż w całej dotychczasowej rosyjskiej literaturze znalazł autor trzech autorów, opisujących 6 odpowiednich przypadków.

*De Ballaban.*

*Torbiel w ciałku szklistem.* Dr J. Oseroff z Nowego Jorku (*The Ophthalmic Record.* Październik. 1899).

Siedmastoletni chłopak rok temu zauważył, iż na prawe oko widzi gorzej, aniżeli na lewe. Od roku stan oka bez zmiany. Przy wzornikowem badaniu dno oka okazało się prawidłowem, jedynie (przy zastosowaniu soczewki +  $\frac{1}{6}$ ) rzucił się w oczy ruchomy pęcherzyk w ciałku szklistem. Pęcherzyk nierówno okrągły, postaci ziemniaka, o średnicy tarczy nerwu wzrokowego, przy spokojnem trzymaniu oka opuszcza się wolniutko na dół i dotyka siatkówki; najmniejszy ruch gałki sprawia, iż pęcherzyk pływa we wszystkich kierunkach po ciałku szklistem. Pęcherzyk był przezroczysty o wyraźnej osłonce, na której z przodu i z tyłu porozrzucane były plamki barwnikowe. Żadnych zmętnień, brózd lub prążków w ciałku szklistem nie było.

Badając chłopca niejednokrotnie, przekonał się autor, iż pęcherzyk nie powiększał się wcale i zapalnego podrażnienia nie wywoływał (jakkolwiek plamy barwikowe na osłonce niewątpliwie były pochodzenia zapalnego).

Miał więc autor do czynienia nie z węgrem nieżyjącym albo włóśnicą (patrz przypadek Kuhn't'a), lecz po prostu z torbielą, której początek nie objaśnia. *Włoz. Talko.*

*O zapaleniu tęczówki, spostrzeganem w 3 tysiącach przypadków przymiotu i gośceca.* Dr Randolph Brunson (»The ophthalmic Record«. Listopad, 1899).

Na 1500 przypadków przymiotu, leczonego przez siebie i 4 innych kolegów, autor spotkał 48 razy zapalenie tęczówki, co stanowi eokolwiek więcej, niż 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, w 1500 przypadkach gośceca zapalenie tęczówki spostrzeganem było 23 razy, co stanowi 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Spostrzeganie tylu przypadków specyficznego zapalenia tęczówki i zaznajomienie się z historji choroby z przebiegiem zapaleń, spostrzeganych przez innych kolegów, natchnęło autora, aby ułożyć różnicową tabelkę — dla rozpoznawania iritis syphilitica i reumatica w przypadkach podejrzanych.

Goścecowe zapalenie tęczówki należy rozpoznawać, kiedy wywiady wykażą ostry lub przewlekły goścecie, lub objawy nadmiaru kwasu moczowego w moczu, kiedy tęczówka będzie bardzo połyskującą, tylne przyczepy długie, wątle i niezabarwione, nieznaczny wysięk, brak kłykein na tęczówce, wreszcie kiedy ujawni się nieznaczna skłonność do gromadzenia się osadów barwikowych na przedniej ściance woreczka soczewkowego. Co zaś do objawów podmiotowych, to światłowstręt, łzawienie i ból występują wybitnie.

Jeśli zaś w anamnezie mieć będziemy do czynienia z nabytym lub wrodzonym przymiotem i jeśli tęczówka pozbawioną będzie właściwego blasku, tylne zrosty będą krótkie, szerokie i zabarwione, wysięk znaczny, kłykeiny na tęczówce obecne, a przytem ujawni się znaczna skłonność do gromadzenia się barwnika na przedniej ściance woreczka soczewkowego i objawy podmiotowe wyrażone będą nieznacznie — wówczas niewątpliwie mieć będziemy do czynienia z iritis pochodzenia kiłowego. *Wł. Talko.*

*O zastosowaniu wyciągu z nadnercza w okulistyce* (Ueber die Verwendung des Nebennieren-Extractes in der Augenheilkunde). Dr H. Landolt ze Strasburga (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. 1899, XI).

Pierwszym, który polecił wyciąg nadnercza w okulistyce, był Dor z Lyonu. Stwierdził on, że wyciąg ten sprawia przedewszyst-

kien zblednięcie spojówki. Po nim liczni autorowie próbowali tego środka w różnych cierpieniach ocznych; wszyscy jednak posługiwali się przetworami o zmiennym i niepewnym składzie. Dopiero Ottomowi v. Fürth powiodło się wyosobnić fizyologicznie działający składnik nadnereza, budową chemiczną zbliżony do brenkatechiny. Przetwór ten, przechowany w stanie jałowym i zatopiony w rurkach szklanych, posiada tę wyższość nad dawniejszymi, że nie ulega tak łatwo rozkładowi i pozwala się ściśle dawkować. Dr Landolt, otrzymawszy zapas tego przetworu, wypróbował go na licznych przypadkach i przekonał się, że zapuszczenie kropli wyciągu do worka spojówkowego sprowadza skurczenie się powierzchownych naczyń i zblednięcie spojówki, trwające nieraz godzinę i dłużej. Po przejściu działania spojówka powraca do pierwotnego stanu i odzyskuje ten stopień nastrzyknięcia, jaki okazywała przed zapuszczeniem wyciągu, to znaczy, że po ustąpieniu skurczu naczyń nie przychodzi do porażenia ich ścian, jak tego możnaby się spodziewać. Chorzy, dotknięci zapalnym przekrwieniem spojówek, doznają zatem podmiotowej, przemijającej ulgi. Na głębsze naczynia przetwór ten, zapuszczony do worka spojówkowego, nie wywiera wpływu, w przypadkach zatem, gdzie przy równoczesnem silnem nastrzykaniu spojówkowym spodziewamy się istnienia także nastrzykania rzęskowego, wyciąg z nadnereza może nam przez usunięcie pierwszego — nastrzykanie głębsze bardzo dobrze uwydatnić. Wstrzyknięty pod spojówkę sprawia przez skurez naczyń silne rozszerzenie źrenicy, o czem autor przekonał się na króliku, obawiając się dokonywać prób takich na człowieku, gdyż znane są przypadki głębokiego zapadu po większych dawkach tego przetworu. Wkrapiany do worka spojówkowego nie wpływa on ani na rozwartość źrenicy, ani na ucisk śródoczny. Natomiast ułatwia w wysokim stopniu działanie atropiny, ezeryny, kokainy i innych tym podobnych środków w rzadach silnego przekrwienia spojówkowego, które zmniejsza lub nawet znosi. Z powodu tych własności zasługuje przetwór ten na użycie: 1. Przy operacjach dla zapobieżenia krwotokom; — 2. jako środek, ułatwiający działanie atropiny, ezeryny i t. p. w stanach zapalnych; 3. jako środek, który przemijająco zmniejsza dolegliwości zapalnego podrażnienia spojówki. — Dr K. W. Majewski.

*Operacyjne leczenie wysokich stopni krótkowzroczności*  
(Die operative Behandlung der hochgradigen Myopie). Prof. Silex  
z Berlina (•Ther. Monhf. November. 1899).

Wielu autorów przypisuje pomysł usuwania soczewki w wysokich stopniach krótkowzroczności Janin'owi (1772 r.), który jednakże w czyn go nie wprowadził. Pierwszy Mooren wykonał



ten zabieg, jednak zniechęcony niepomyślnym skutkiem, zaniechał go. Dopiero Fukala w 1889 r. ogłosił swoje doświadczenia i jego też autor uważa za właściwego twórcę tej metody<sup>1)</sup>, którą jedni przyjęli zbyt ochoczo, a drudzy zapatrywali się na nią zanadto skeptycznie.

Jak wszystkie zabiegi, tak i ten wymaga ścisłych wskazań, a wśród tych najważniejszym jest stopień krótkowzroczności. Jednakże oznaczenie wysokich stopni krótkowzroczności przedstawia pewne trudności i nawet oznaczenie wziernikiem, za pomocą skiaskopii lub odmierzenie punctum rem. nie daje matematycznej ścisłości, lubo ta ostatnia metoda, według autora, jest jeszcze najpraktyczniejsza i najszybsza. Przy oznaczaniu wysokiej krótkowzroczności szklami osiąga się wyniki nie zbyt pewne, gdyż większe lub mniejsze oddalenie soczewki od oka gra tu ważną rolę i daje rażące różnice.

Zrazu sądzono, biorąc miarę z operowanych na zaćmę starczą emmetropów, że Mp. około 13 D. nadaje się najwięcej do operacji. Jednakże Schoen, Hirschberg i inni wykazali, że założenie to jest fałszywe, gdyż E. operowany dostaje wprawdzie szkła do patrzenia około 10 D, jednakże szkło takie oddalone jest od oka blisko 15 mm., przez co wartość soczewki jest wyższa. Chcąc mieć pewne dane, ułożono następujące prawidło: połowę oznaczonej szklami Mp. odejmuje się od 11 D.; n. p.  $11 - \frac{22}{2} = 0$ , a Mp. 20 D. da 1 D. Hp., zaś Mp. 26 D. da Mp. 2 D.

Autor, oprócz wskazania, jakie daje oznaczona wysoka krótkowzroczność, zważa na następujące punkty: 1. nie operuje, jeżeli

<sup>1)</sup> Mylnie przyjęło się zdanie, że Fukala pierwszy zastosował fakolozę przy wysokich stopniach krótkowzroczności, gdyż w tym samym celu już w roku 1881 wykonał tę operację prof. B. Wicherkiewicz. Czytamy bowiem w »Sprawozdaniu rocznem Zakładu leczn. dla ubogich chorych ocznych w Poznaniu za rok 1881« na stronie 43, co następuje: »To też odważyliśmy się, mając odpowiedni ku temu przypadek, na urzeczywistnienie *dawno pielęgnowanej myśli*, nie dziewiczej, prawda, już, ale zawsze jeszcze mało bardzo znanej. Chodziło nam o przecięcie torebki, by sztucznie utworzoną zaćmę częścią wessaniu pozostawić, częścią później w chwili odpowiedniej usunąć i zniszczyć tym sposobem nie tylko tyle szkodliwy wpływ kurczowego nastawiania oka, ale zarazem zmniejszyć refrakcyę. Skutek osiągnięty tak jest zdaniem naszym zachęcający« i t. d. Nie dosyć na tem — gdy bowiem w roku 1894 na zjeździe przyrodników i lekarzy upomniał się prof. Wicherkiewicz o prawo pierwszeństwa, słuszność żądania sam Fukala przyznał.

chory ma drugie oko zupełnie zdrowe; 2. lub też przeciwnie ma drugie oko stracone; 3. jeżeli istnieją jakie stany zapalne siatkówki lub naczyńiówki; 4. chory sam musi domagać się operacji; 5. zważa na rodzaj zatrudnienia chorego; 6. wiek zaś chorego nie stanowi żadnej przeszkody.

Nie można się więc dziwić, że wobec tylu warunków liczba chorych, nadających się do operacji, pomimo nieraz licznego materiału nie jest przecie wielka. I tak autor w 15 przypadkach na 20 oczach operował, Schreiber w ostatnich 14 latach z pośród 5.094 przypadków krótkowzroczności zaledwie 36 mógł odpowiednich wybrać; w berlińskiej klinice (100.000 chorych) operowano tylko 75, choć inni autorowie, jak Gelpke, Saattler, Cohn, v. Hippel, dość często operowali.

Co do sposobu operowania, to autor u dzieci wykonuje dyscysję, czasem ją powtarza i pozostawia wessanie mas soczewkowych naturze. U starszych wykonuje najprzód dyscysję, w kilka dni (4—5) extr. lin. simpl., przyczem nie stara się o zupełne wydalenie wszystkich resztek, aby nie spowodować wypływu ciała szklistego, co dla oka o wysokiej krótkowzroczności może spowodować najgorsze skutki<sup>1)</sup>. U osób starszych, po 40 latach, wykonuje extr. lob. s. irid. bez poprzedniej dyscysyi. Nie operuje nigdy obu oczu naraz, owszem czeka zazwyczaj dłuższy czas, zanim przystąpi do zabiegu na drugim oku. Wielu operatorów operuje nawet tylko jednostronnie, motywując tem, że chory używa drugiego oka do patrzenia z bliska i w ten sposób nie potrzebuje przemieniać ciagle okularów.

Uzyskana po operacji bystrość wzroku daje nam możność ocenienia skuteczności zabiegu; w 10krotną jednak poprawę wzroku autor nie wierzy, gdyż sam stwierdzał niewielkie tylko polepszenia.

Pomijając zakażenie, krwotoki naczyńiówki i siatkówki, największe niebezpieczeństwo przedstawia dla oka operowanego oderwanie siatkówki, co, według autora, jest nawet w pewnym związku z zabiegami operacyjnym.

I tak Froelich podaje, że u osób z wysoką krótkowzrocznością w wieku l. 10—30 przypada na nieoperowanych 1,25% oderwań, na operowanych 3,3%; autor zaś, prowadząc od niedawna statystykę, naliczył 22 przypadki oderwań u operowanych, a tylko 6 u nieoperowanych.

---

<sup>1)</sup> W naszej klinice staramy się przeciwnie wydaląć wszystkie resztki za pomocą wypłukiwania sposobem prof. Wicherkiewicza, czem dotąd nigdy nie sprowadziliśmy wypływu ciała szklistego, a wyniki sposobem tym uzyskane, są znakomite. *Przyp. ref.*

Zagadnienie, czy usunięcie soczewki (*phacolysis*) wpływa na powstrzymanie dalszego postępowania krótkowzroczności, do dnia dzisiejszego nie jest jeszcze rozstrzygnięte. *Łuniewski.*

*O tak zwanym prątku kserozy i niejadowitych prątkach Loeffler'owskich* (Der sogenannte Xerosebacillus u. die ungiftigen Loeffler'schen Bacillen). Dr Fritz Schanz (*Zeitschrift f. Hygiene u. Infectiouskrankheiten* t. XXXII. 1899).

Wobec świeżych zarzutów autor broni swego twierdzenia, wypowiedzianego jeszcze w 1894 r., gdzie dowodził, że nie ma słusznych powodów, ażeby prątek, spotykany przy xerosis conjunctivae, wyosabniać w pewien odrębny gatunek z pośród niezmiernie do niego podobnych prątków Loeffler'owskich. Żadne bowiem prawidła badania nie wykazują dla prątków kserozy jakichś cech, jemu tylko właściwych. Jeżeli bowiem będziemy rozpatrywali go, czy to pod względem morfologicznym, czy też pod względem wzrostu na pożywkach i wyglądu hodowli, to — wobec niezmiernie wielkiej zmienności prątków Loeffler'owskich zawsze będziemy mogli znaleźć między tymi ostatnimi takie, które niezem od niego różnić się nie będą. Przez pewien czas łądzono się, że sposób barwienia, podany przez Neisser'a, pozwoli na wykazanie pewnych różnic, — tymczasem, po przeprowadzeniu większej liczby badań, autor przekonał się, że i prątek kserozy jest w stanie w przeciągu pierwszej doby wytwarzać t. zw. ciałka Ernst'a. Tak samo nie doprowadziły do żadnych pewnych wyników próby, opierające się na zmianie oddziaływania chemicznego hodowli bulionowych.

Do tych dowodów niemnych autor dołącza jeszcze dowód dodatni. Mianowicie porównyując wyniki badań swoich, Axenfeld'a i Frank'e'go, przyszedł on do przekonania, że i prątkowi kserozy właściwą jest pewna zmienność. Podczas, gdy A. stwierdził, że prątek ten nadzwyczaj powoli się rozwija na pożywkach, Fr. i autor spostrzegali, że rozwijał się on nawet lepiej, niż wzięte dla porównania prątki dyfterytyczne; gdy A. znalazł, że oddziaływanie hodowli bulionowej się nie zmieniało, Fr. stwierdził, że owszem oddziaływanie zasadowe się zwiększało, a w przypadku autora dała się nawet wykazać zmiana oddziaływania z zasadowego na kwaśne; hodowla bulionowa u A. pozostawała przezroczystą, tylko na ściankach i dnie probówki osadzały się kłaczkami, u Fr. hodowla jednolajnie mętniała, a u autora bulion pozostawał przezroczystym, tylko na ściankach osadzały się kolonie, które potem, opadając na dno, wytwarzały osad.

Jednym słowem nowsze badania nie tylko nie wykazały dla prątków kserozy jakiejś cechy charakterystycznej, wyodrębniającej go

z pośród innych prątków Loeffler'owskich, ale wykazały owszem nową cechę wspólną, mianowicie właściwą dla całej tej grupy prątków zmienność. Wobec tego tożsamość ich z niejadowitymi prątkami Loeffler'owskimi zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Dr J. Dudziński.

Urlaub, optyk: *Rys historii optyki i historii produkcji optycznych instrumentów w Rosyi*. Wydanie pierwsze. Petersburg. 1899. Str. 42.

Pracę swą rozdzielił autor na dwie części; pierwszą poświęcił historii optyki wogóle, drugą historii produkcji optycznych przyrządów w Rosyi. W pierwszej, ogólnej części znajdujemy bardzo wiele cennych historycznych wskazówek, dotyczących stopniowego rozwoju optyki. Już w starożytnych czasach używano, zamiast dzisiejszych okularów, baniek szklanych, napełnionych wodą<sup>1)</sup>. Z szeregu nazwisk, podanych w pierwszej części, a nas, okulistów, zajmujących najwięcej, zatrzymam się na wynalazcy okularów, Florentyńczyku, Salvino degli Armati, zm. w 1317 r.<sup>2)</sup>. Pochowano go nie we Florencyi, jak to mylnie autor podaje, lecz w Rzymie. Wskazuje na to kamień grobowy w rzymskim kościele Santa Maria Maggiore, napis na kamieniu brzmi, jak spisałem osobiście: »Qui giace salvino degli Armati di Firenze inventore degli occhiali. Dio gli pardini le peccata anno MCCCXVII«.

Działanie okularów objaśnił dopiero Franciszek Maurolik (1494—1575), on to dowiódł, iż u krótkowzrocznych promienie świetlne łączą się przed, a u nadwzrocznych skupiają się poza siatkówką. Nadto Maurolik odkrył sferyczną aberrację optycznych szkieł i podał optyczną teorię soczewki.

Pomijam resztę nagromadzonych w pierwszej części faktów, które czyta się z wielkiem zajęciem, bo tworzą chronologiczną całość, i przechodzę do drugiej części, poświęconej sprawie wyemancypowania się optycznego przemysłu w Rosyi z pod zagranicznego protektoratu.

Choć już w 1747 roku rosyjski akademik Ejler odkrył achromatyzm szkieł, choć w 1768 r. rosyjski samouczek Kulibin demonstrował cesarzowej Katarzynie sporządzony przez siebie teleskop i mikroskop (była to pierwsza próba swojskiego wyrobu), jednak dopiero w szóstym lat dziesiątku bieżącego stulecia, po utwo-

<sup>1)</sup> Hydrodiaskop Lohinsteina (komórka wodna, usuwająca wszelką nieczystość), miała tedy przed rozpoczęciem ery chrześcijańskiej swój prototyp.

<sup>2)</sup> Fukala twierdzi, że optyczne szkła znane już były przed N. Chr. (Arch. f. Augenheilkunde. XXXIX. 1). *Przyp. sprawozd.*

zeniu katedry oftalmologii w W. Medycznej Akademii, wzięto się do produkcji optycznych przyrządów u siebie, w domu. Przemiana owa odbyła się przeważnie, jeśli nie jedynie, za sprawą optyków: Strausa i Urbanka, akredytowanych przy W. Medycznej Akademii i Instytucie klinicznym imienia w. ks. Pawłowny. To też słusznie optyk Urlaub, fakt niniejszy chętnie na tem miejscu stwierdzamy, cieszy się wielkim szacunkiem i uznaniem wśród szerokiego koła rosyjskich okulistów.

Książka jego niewątpliwie przyjęta zostanie przez ogół życzliwie. Życzyłoby należało, aby którykolwiek z naszych optyków zajął się historią produkcji optycznych instrumentów u nas, na całym obszarze ziem polskich. *Włodz. Talko.*

### *Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy.*

Dr Teodor Bałłaban (Odbitka z »Pamiętnika«, wydanego na jubileusz prof. Dra E. Korczyńskiego). Kraków. 1899.

Ograniczając się do szczytłych granic autoreferatu, pozwalam sobie zwrócić na to uwagę, że Michel był pierwszym, który ustalił rozpoznanie »zakrzepu żyły środkowej siatkówki«. Co do ciężkości podzielił on chorobę tę na trzy różne stopnie, a mianowicie różnił on: całkowity zakrzep, częściowy zakrzep, a wreszcie objawy zastoiny żyłnej wysokiego stopnia. Opisawszy dokładnie objawy poszczególnych tych stopni, wskazałem w mej pracy na anatomiczny wynek zakrzepu, który może być trojaki:

1. Zorganizowanie zakrzepu, a tem samem zupełne zatkanie naczyń.
2. Powrót do częściowej drożności naczynia, przyczem zakrzep rozpada się w części drobinowo, w części zaś tylko się organizuje.
3. Zupełne zniknięcie zakrzepu — naczynie odzyskuje pierwotne swe światło.

Rozpoznanie kliniczne zakrzepu nie zawsze bywa tak łatwem, jakby to się zdawać mogło, aby więc takowe ułatwić, zestawilem tabelarycznie objawy, występujące przy wszystkich trzech stopniach, w sposób poglądowy. Co do etyologii, to może zakrzep być starczym (*marantische Thrombose*), zapalnym (*phlebitische und periphlebitische Thrombose*), dalej może wystąpić po leukemii, po zapaleniu gnihnem siatkówki, t. zw. *retinitis septica*, i po neuritis optica.

Tyle zebrałem szczegółów co do etyologii zakrzepu z dostępnej mi literatury. Wreszcie było niedalekiem przypuszczenie, że zakrzep jest możliwym i przy blednicy, a możliwości tej nie należało wykluczyć dlatego, gdyż i w zatokach żylnych czaszkowych (*Venensinus*) spostrzegano swoiste zakrzepy w następstwie blednicy.

To też niemałe wrażenie odniosłem w badanym przezemnie

przypadku, który dotyczył 26letniej chorej, a która nagle prawie zupełnie na oko prawe zaniewidziała. Prócz typowych zmian było rozpoznanie zakrzepu w tym razie dlatego pewnem, gdyż znachodziły się charakterystyczne zmiany w krążeniu krwi, a mianowicie: żyły wypełnione bardzo silnie krwią, tętnice wąskie, słup krwi na cząstki rozpadły, przy podwyższeniu zaś ucisku śródocznego palcem nie można wywołać ani tętnienia, ani wypróżnienia żył na tarczy — jeden z najważniejszych objawów przy zakrzepie, który wogóle mało jest znanym.

W przypadku tym bardzo zajmującym był objaw podziału krwi na barwną i bezbarwną cząstkę, spostrzegany dopiero drugi raz przy zakrzepie, a będący następstwem obniżenia napięcia ościennego naczyń.

Pomimo, iż w bardzo szczegółowo badanym przypadku moim brak jest jakiegokolwiek innej etyologii, wybitna zaś blednica na pierwszy rzut okiem podsuszała silne podejrzenie, to przecież nie byłbym się odważył szukać wytłomaczenia dla powstania zakrzepu tejeż, gdyby nie były mi znane odpowiednie przypadki zakrzepu w zatokach mózgowych przy blednicy, na które pierwszy zwrócił uwagę Kockel w swej pracy »Ueber Thrombose der Hirnsinus bei Chlorose«, a jego wywody mogą być w zupełności zastosowane i do powstawania zakrzepu żyły środkowej siatkówkowej w przebiegu chlorozy.

Dr Ballaban.

*O przewlekłym zapaleniu worka łzowego przy twardzieli nosa* (Ueber die chronische Dacryocystitis beim Rhinosklerom). Prof. Dr C. Gallenga (»Centralblatt f. Augenheilkunde«, Październik 1899).

Od czasu, gdy Hebra w r. 1870 opisał twardziel nosową, stwierdzono wielokrotnie, że cierpienie to z jamy nosa rozszerza się na części sąsiednie, na podniebienie, gardło krtań, lub przez trąbkę Eustachego do ucha środkowego i t. d. Nie jest zatem wykluczeniem, że sprawa ta może zająć także przewód łzowy, a tą drogą przedostać się wreszcie do oka. Istotnie, w nielicznych, co prawda, przypadkach, spostrzegano w przebiegu twardzieli nosa śluzoropotok woreczka łzowego (Wołkowiec), a nawet opisano już raz jakoby twardzielowe zmiany na spojówce powiek (Ewecki). Co do zapalenia woreczka łzowego należy zwrócić uwagę, że może ono powstać przy twardzieli nosa przez samo zatkanie dolnego ujścia przewodu łzowego.

Dr Gallenga miał sposobność spostrzegać przypadek, gdzie u osoby leczonej od szeregu lat z powodu twardzieli nosa, wystą-

piło łzawienie lewego oka i obrzmienie w miejscu lewego woreczka łzowego. Bakteryologiczne badanie ropiastej wydzieliny woreczka łzowego dało wynik co do twardzieli ujemny, natomiast badanie drobnowidowe cząstek guzkowatych wybijających zeskrobanych ze ścian rozciętego woreczka wykazało utkanie, właściwe twardzieli. Z kultur, wziętych z tych cząstek chorobowej tkanki, wyrosły na agarze i na żelatynie czyste kolonie prątki twardzielowego, identycznego z tym, jaki wyhodowano, biorąc kultury z guzków twardzielowych, wydobytych z jamy nosa. — *Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek ukleja w woreczku łzowym* (Ein Fall von Polypen des Thraenensackes). Dr I. Strzemiński z Wilna (v. Graefe's »Arch. f. Ophthalm.« XLIX. 2. 1899).

Ukleje woreczka łzowego należą do rzadkości. Dr Strzemiński, przeszukawszy starannie literaturę, zdołał zestawie zaledwie kilkanaście opisanych przypadków. W niektórych dużych nawet podręcznikach okulistyki nie ma o nich żadnej wzmianki. Przypadek, który Dr Strzemiński opisuje, odnosi się do 38letniej kobiety, która była już od dłuższego czasu leczona z powodu łzawienia prawego oka. W okolicy prawego woreczka łzowego stwierdził autor wyniosłość, która zdawała się na pierwszy rzut oka pochodzić od przepelnienia woreczka zatrzymaną wydzieliną. Gdy jednak za pomocą ucisku nie można było wygnieść owego donniemanego płynu i guzek bynajmniej się nie zmniejszał, zrobił autor przypuszczenie, że ma do czynienia z niezwyklem zgrubieniem ścian woreczka i przystąpił za zgodą chorej do wyłuszczenia tegoż. Po szerokiem nacięciu pokazało się jednak, że jamę woreczka wypełniał uklej wielkości laskowego orzecha, wyrastający na dość grubej szypule z tylnej ściany przewodu łzowego. Po odcięciu polipa wyskrobano ostrą łyżeczką miejsce, skąd wyrastała szypuła, poczem wytampowano ranę gazą jodoformową. Przetoka zagoiła się w krótkim czasie z pozostawieniem nieznacznej blizny. Badanie drobnowidowe wyjętego polipa wykazało utkanie włókniaka jamistego. Zauważyć należy, że w przypadku tym zgłębnik Nr 4 dał się wprowadzić bez trudności, widocznie więc przesunął się między uklejem a ścianami przewodu. — Autora zastanawia nadzwyczajna rzadkość polipów woreczka łzowego w porównaniu z częstością ukleją w jamie nosa, wyścielonej zupełnie podobną błoną śluzową. Co do nawrotów, to nie spostrzegano ich w żadnym z opisanych przypadków. Leczenie może polegać jedynie na usunięciu polipa drogą operacyi. Równoczesne wyłuszczenie woreczka tylko wtedy bywa wskazane, gdy stan jego błony śluzowej tego wymaga. — *Dr K. W. Majewski.*

*Dwa przypadki zapalenia siatkówki i naczyńówki na tle trądu* (Ueber zwei Faelle von Ieproeser Chorioretinitis). Dr J. Bistis z Konstantynopola (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. 1899. XI.).

O ile przedni odeinek gałki ocznej niejednokrotnie ulega w przebiegu trądu chorobowym zmianom, a znieczulenie rogówki należy nawet do zwykłych zjawisk, to zmiany na dnie oka spotykano w tej chorobie nadzwyczaj rzadko. Tak wynika przynajmniej z licznych spostrzeżeń Bull'a i Hansen'a. Dr Bistis, mający w Konstantynopolu częstą sposobność badać trędowatych, mógł na podstawie własnego doświadczenia tylko potwierdzić zdanie tych autorów. W ostatnich jednak czasach znalazł w kilku przypadkach trądu zmiany na dnie oczu, których powstanie tylko do trądu można było odnieść. W pracy powyższej opisuje Dr Bistis trzy przypadki, dotyczące osób w sile wieku, od wielu lat dotkniętych trądem, u których oprócz znieczulenia rogówki, śladów po przebytem zapaleniu tęczęwki i różnych zaburzeń mięśniowych — stwierdził ogniska zapalne częścią w naczyniówce, a częścią w siatkówce rozsiane. Wśród ognisk tych rozrzucone były tu i owdzie złogi czarnego barwika. Wejrzenie ich przypominało żywo ogniska zapalne, jakie w naczyniówce i w siatkówce zwykła wywoływać kiła. W przypadkach jednak powyższych zależność tych zmian wziernikowych od trądu wydaje się autorowi zupełnie niewątpliwą. —

*Dr K. W. Majewski.*

---

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Towarzystwo okulistów w Moskwie. Posiedzenie z dnia 28 września 1899 r. według st. st.

Prof. Ewecki poświęca kilka gorących słów pamięci świeżo zmarłej koleżanki, okulistki Katarzyny Dmitrjewny Kastalskiej, która, choć zaledwie w 1895 r. ukończyła wydział lekarski w Bernie, pracą swą i zdolnościami poczęła zwracać uwagę lekarskiego świata. Na ostatnim międzynarodowym kongresie lekarskim ś. p. Kastalska miała odczyt »Ueber hyaline Kugeln beim Trachom«. — Drukowała między innymi pracami i dwa własne spostrzeżenia o actinomycosis kanalików łzowych. Śmierć ś. p. Kastalskiej wyrządza szczerbę w szeregach rosyjskich okulistów.

Dr A. Makłakow przedstawia chorą z przewlekłym ropnem



zapaleniem gruczołków Meibom'a; choroba ciągnie się już 5 lat. Wyloty gruczołków zajętych bywają mniej lub więcej rozszerzone, przez niektóre z nich dałby się przeprowadzić zglębnik Nr 2 Bowmana. Na brzegach powiek kilka rozrzuconych zgrubień, odpowiadających położeniu gruczołków, przyczem skóra na tem miejscu zlekkka zaczerwioną być się wydaje. Przy naciskaniu miejsce tych wychodzi na zewnątrz płyn żółtawy lepki. Leczenie choroby siarkanem miedzi, kamieniem piekielnym, żółtą maścią, rozgrzewającymi okładami maczanymi w sublimacie do żadnych nie doprowadziło wyników.

Prof. Kriukow, który raz tylko spostrzegał przewlekłe ropne zapalenie gruczołków Meiboma wśród 10 tysięcy z górą chorych, sądzi, iż najradykałniejszy środek leczniczy przy tej chorobie stanowi wyłyeczowanie gruczołków lub przypalenie galwanokauterem, wprowadzonym przez rozszerzone wyloty.

Następują rozprawy o wiosennym nieżyciu spojówki, który Goldzieher — jak wiadomo — przezwiał *conj. verrucosa superficialis*. Rysunek tej rzadkiej choroby spotykamy w atlasie Haab'a. Na spojówce powiek tworzy się przerost chrząstki. Chorobie towarzyszą zwykle nieżyty nosa, gardzieli i t. d., które jednocześnie leczyć należy. Według Dufour'a najwłaściwszy zabieg, to mięsienie spojówki za pomocą kulki waty, zmoczonej w sublimacie.

Dr Strachow mówi o wyroślach kostnych w oczodole, o ich pochodzeniu, klasyfikacji Smith'a i o operacyjnem ich usuwaniu. Wyrośle kostne zdarzają się w oczodole rzadko<sup>1)</sup>. Dr Strachow podaje własne spostrzeżenie, ciekawe z tego względu, iż wyrośl kostna, ważąca 64 grm., odpadła własnowolnie. Jak wiadomo, blaszka papierowa kości sitowej ma szczególne usposobienie do wydawania kostnych wyrosli, i w tym przypadku wyrośl, albo — nazwijmy — wykostnia, powstała tak samo z blaszki papierowej.

Włodz. Talko.

2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. Posiedzenie z dnia 28 października 1899 r. według st. st.

Dr Merc podaje wyniki doświadczeń swych, prowadzonych w celu rozstrzygnięcia pytania, czy samo spotęgowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego wystarcza, aby, jak to twierdził Graefe, wytworzyć obraz tarczy zastoinowej, czy też potrzebna tu obecność innych przyczyn, n. p. zapaleniorodnych drobnoustrojów w mózgodzeniowym płynie. Przy spotęgowaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez sztuczny otwór w czaszce królików już na 10—15 mm. rtęci,

<sup>1)</sup> Mitval'sky spostrzegał na 30.000 chorych trzy przypadki guzów kostnych.

a u psów na 15—20 mm. następują objawy utrudnionego odpływu krwi w okolicy tarczy — rozszerzenie żył. Podtrzymując zwiększone na 15—20 mm. ciśnienie wewnątrzczaszkowe u psa w przeciągu 2—3 godzin, otrzymywał Dr M. obrzmienie tarczy, obrzmienie przyjmowało postać brodawki, której szczyt wznosił się na 0,2—0,5 mm. ponad poziom zwykły; obrzmienie niewyraźnie zlewało się z dnem ocznym. Gdy spotęgowanie ciśnienia trwało 8—12 godzin, następowało nadto zmętnienie (obrzęk) siatkówki. Przy dłuższem trwaniu spotęgowanego wewnątrzczaszkowego ciśnienia zwierzęta giną. Obraz tarczy zastoinowej u królika przedstawia się mniej okazałe, a to wskutek stosunkowo wielkiego wgłębienia tarczy na miejscu rozbieżnego kierunku włókien nerwowych (*excavatio physiologica*). Drobnawidowo stwierdzono we wszystkich przypadkach puchlinę otoczki nerwu wzrokowego i zaciśnięcie naczyń krwionośnych, w dwu przypadkach stwierdzono perineuritis. Na zasadzie otrzymanych wyników przychodzi Dr M. do następujących wniosków: 1. tarcza zastoinowa może być wywołaną przez samo spotęgowanie ciśnienia; 2. tarczę zastoinową otrzymać możemy już przy zwiększeniu ciśnienia na 8—15 mm. rtęci (albo nawet przy jeszcze mniejszem); 3. im bliżej twardówki przebijają pochwę nerwu naczyńia środkowe nerwu wzrokowego (u królika naczyńia wnikają do kanału środkowego przy samej twardówce, u psów w odległości 5 mm. od twardówki, u ludzi w odległości 15—20 mm.), tem szybciej powstają przy spotęgowaniu ciśnienia wewnątrzczaszkowego objawy tarczy zastoinowej.

Dr Maksimoff mówi o nowym środku arekolinie; do używania przy jaskrze polecają Lavague, Cross i inni ów mały znany alkaloid, otrzymywany z sieniemia palmy areca catechu. Dr M. stosował  $\frac{1}{2}$ —1% rozczyń. Myosis następuje już po upływie 3—5 minut, maximum myosis po 10—20 minut, trwa  $\frac{1}{2}$  godziny i następnie powoli, mniej więcej w przeciągu 3 godzin wraca do stanu prawidłowego. Tonometr Maklakowa wskazuje, iż wśródoczne ciśnienie zmniejsza się szybciej i znacznie, aniżeli od ezeryny i pilokarpiny. Jest to w każdym razie cenny środek, który śmiało będzie rywalizować, jako silniejszy i nie posiadający drażniących właściwości, z używanymi dotychczas pilokarpiną i ezeryną.

Włodz. Talko.

### 3. IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie (C. d.).

Leber z Heidelbergu: *O odżywianiu oka*. Na podstawie nowych doświadczeń, podjętych przez siebie, omawia prelegent kilka spraw ważnych, odnośnie do odżywiania oka.

Najprzód porusza zmianę, jakiej płyn oczny wogóle ulega,

i zadanie tegoż, by przyrząd optyczny utrzymać w stanie niezmiennym, a nadto zapewnić stałość wypukłości i przezroczystości ośrodków łamiących. Do tego służy napięcie wśródgalkowe. Wydzielanie płynu, powodującego to napięcie, stoi w stosunku do różnicy ucisku pomiędzy zawartością gałki a otaczającymi naczyniami. Jako sączek dla przetworów, które ze krwi do cieczy wodnej nie przedostają się, służy ściana naczyń, a rzeczą nierozstrzygniętą, czy i nabłonek rzęskowy przy tem nie współdziała.

Wyrostki rzęskowe są właściwym przyrządem wydzielniczym dla płynu wśródocznego, wątpliwą zaś jest rzeczą, czy przednia część tęczówki bierze udział w wydzielaniu tego płynu. Przypominamy, iż Ehrlich, a ostatnio Hamburger<sup>1)</sup> twierdzi, że tęczówka nawet w prawidłowych warunkach wyłącznie cieczą wodną p. k. wydziela. Wykładający wykazuje, że spostrzeżenie Ehrlicha, jakoby fluorescyna wstrzyknięta do krwi z przedniej powierzchni tęczówki do cieczy wodnej przechodziła, odnieść raczej trzeba do dyfuzji tego ciała. Przeciw Hamburger'owi zaznacza L., że nie tylko fluorescyna, ale także i tusz chiński, co do którego dyfuzya musi być wykluczona, wprowadzone do tylnej komórki, po pewnym czasie przechodzą do przedniej komórki. Zamykając sztucznie u zwierząt p. k., można wykazać rzeczywiste wydzielanie rzęskowe, gdy nie nie przemawia za wydzielaniem przedniej powierzchni tęczówki. Doświadczenia prelegenta na oku martwym, a przez Nuela podjęte na oku żywym, przemawiają za tem, że powierzchnia tęczówki odgrywa pewną rolę w wchłanianiu cieczy wodnej, wydzielanej przez ciało rzęskowe. Wydzielanie cieczy przez ciało rzęskowe wynika i z tego, że w przyrodzonej iryderemii jako też w ubytku zupełnym tęczówki przez uraz, napięcie gałki pozostaje prawidłowem, gdy usunięcie ciała rzęskowego i tęczówki zupełnie wytwarzanie cieczy wodnej znosi. —

Utrzymanie napięcia gałki na pewnej stałej wysokości wymaga jak największego ograniczenia odpływu. Oprócz znanego odpływu przez *circulus venosus*, zaznacza prelegent, co i Benoit stwierdził, istnienie wypływu przez środkowy kanał szklisty i przez przestwory naokołonaczyniowe naczyń centralnych.

Ważną rolę w utrzymaniu napięcia gałkowego odgrywa własność pęcznienia rogówki, przez co obniża się ubywanie cieczy z przedniej powierzchni rogówki. Przytem nabłonek i wśródbłonek działają ochronnie przeciw zbytniemu wchłanianiu płynu, co by przezroczystość rogówki musiało upośledzić. Płyn zawarty w rogówce nie jest wolnym, lecz fizykalnie związanym. Przez ciśnienie 50—100

<sup>1)</sup> Patrz »Postęp Okulistyczny« nr październikowy.

atmosfer można było bardzo małe ilości płynu miąższowego do badań wydstać.

Rogówka napęczniała przez przyjęcie płynu oddaje go pod lekkim ciśnieniem, — przesycona zaś cieczą oddaje go w postaci kropelek filtracyjnych.

Błędem jest zapatrywanie, jakoby każda część ciała, nawet nie wykonując żadnej pracy, ulegała ciągłemu odnawianiu i jakoby potrzebowała ustawicznej dostawy odżywczych substancyi. Dostawa taka istnieje niewątpliwie dla komórek, ale nie dla istoty międzykomórkowej. Z tego wynika zaś, że potrzeby odżywiania pierwiastków postaciowych oka, to jest rogówki, soczewki i ciała szklistego, są bardzo nieznaczne i mogą być pokryte przez dyfuzję. Dostawę przyjmują istoty międzykomórkowe. Brak naczyń nie jest tutaj żadną wadą, ale raczej dobrem urządzeniem, by zapobiedz zbytnej dostawie odżywki.

Dostawa ta przy nabłonku odbywa się przez delikatne szelinki międzykomórkowe, tworzące system połączony, dający się nastrzyknąć, system, który przy wzmożonej dostawie, n. p. przy zapaleniu rogówki rozszerza się. W tkankach, składających się z istoty międzykomórkowej włókienkowej dostawa odżywki odbywa się przez szczeliny zapełnione płynem. Rogówka atoli inaczej pod tym względem się przedstawia. Tutaj odżywienie nie odbywa się przez żadne kanaliki odżywcze, których nie udało się wykazać, ale przez dyfuzję po przez istotę międzykomórkową. Można wykazać wehłanianie i dyfuzję istot rozpuszczalnych i dyfuzyjnych tak przez rogówkę żywą jakoteż i martwą i to zapomocą odczynników chemicznych. One wnikają przedewszystkiem w istotę międzykomórkową, a dopiero później, jeżeli wogóle, także do komórek. To zachowanie daje powód do powstania t. zw. obrazów ujemnych impregnacji (*Impregnationsbilder*). Obrazy te polegają na selekcyi fizycznej, skutek której istota komórkowa opiera się wnikaniu pewnych ciał, gdy dla drugich posiada szczególny pociąg. Istoty odżywcze postępują tą samą drogą. Soczewka i błona Descemeta przystępne są dla białkanów. W sprawach zapalnych przesącza się istota międzykomórkowa rogówki płynem, zawierającym białko i włóknik, a dostawa ciał koloidalnych w ten sposób przez dyfuzję jest możliwą. Odżywienie rogówki uskuteczniają w znacznej części przybrzeżne naczynia, lubo nie ulega wątpliwości, że i ciecz wodna odgrywa przytem pewną rolę.

Ciało szkliste składa się z włóknistego utkania, przesączonego płynem, uchodzącym przy nacięciu ciała szklistego, jakoteż przy otwarciu przedniej komórki, przyczem przesącza przez wiązadło

Zinna. Źródło tej cieczy jest to samo, co i cieczy wodnej, ale ciecz ciała szklistego zawiera więcej białkanów.

C. van Moll z Rotterdamu: *Czy istnieje zapalenie spojówki przerzutowe?*

Odkąd Jaeger przypadkowo stwierdził zakażenie bezpośrednie spojówki przez jad rzeżączkowy, rozpowszechniło się mniemanie, jakoby zapalenie spojówki, występujące równocześnie z rzeżączką cewki moczowej, spowodowanym było zawsze bezpośrednim wpływem jadu. Niekiedy tylko objawia się zdanie, że w przebiegu trypra może wystąpić szybko przebiegająca wewnętrzna goścowa oftalmia. Na podstawie sześciu przypadków, przez siebie spostrzeczonych, dochodzi M. do następujących wniosków: Przy zajęciach cewki moczowej, przeważnie rzeżączkowych, ale także i bez gonokoków, przychodzi do zapalenia spojówkowego, występującego równocześnie ze zapaleniem stawów. Zapalenie to jest zupełnie odrębne i nie ma nic wspólnego ani z ostrem zapaleniem spojówki, ani też ze zwykłym rzeżączkowym.

Znamiennem dla tego zapalenia jest silne przekrwienie spojówki powiek, a także gałki, z głębokiem nastrzyknięciem twardówką, przy nieznacznym nabrzmieniu. Wydzielina jest skąpa, a rogówki wolne od zajęcia, tylko czasami widzujemy pryszczyki rogówkowe i zapalenie tęczówki. Światłowstręt dość silny towarzyszy cierpieniu, które występuje obustronnie, ma wielką skłonność do nawrotów, a zwolnienie i zaostrzenie idzie w parze z podobnem wahaniem cierpienia cewki moczowej.

Badanie, najściślej przeprowadzone pod względem bakteryologicznym, tylko w jednym na pięć przypadków wykazało obecność gonokoków, obok gronkowców. W czterech pozostałych znaleziono raz bakterye niechorobotwórcze, a zresztą gronkowce, które dla królików były chorobotwórczymi.

Prelegent sądzi więc, że zapalenie to spojówki bez zakażenia zewnętrznego bakteryami na drodze przerzutowej przychodzi do skutku.

Wobec rzeczywistego faktu, że często żadnych gonokoków nie znaleziono, zwraca prelegent na to uwagę, iż w wielu przypadkach przerzutowego zapalenia stawów również znaleziono tylko gronkowce, a dalej, że znane są przypadki urethritis bez gonokoków, a natomiast z innymi bakteryami, zwłaszcza gronkowcami, przyczem stwierdzono powikłania ze strony stawów i spojówki. Z tego M. wnosi, że tak gonokoki jako i inne bakterye mogą endogenetycznie dostać się w odległe miejsca i przez przerzut spowodować zajęcie oczne.

*Rozprawa:* Axenfeld mniema, że w przypadkach z ujemnym

co do gonokoków badania wynikiem nie wypadła przerzutu gonokoków wykluczyć. Mogą bowiem koki w naczyniach spojówkowych być obecne, a nie przechodzić do wydzieliny. To dotyczy także wysięków stawowych i tomaczy dostatecznie zmienny wynik dochodzeń bakteryjnych. W takich warunkach teoria zakażenia mięszanego napotyka trudności, zwłaszcza co do gronkowców, nie przypisuje im A. znaczenia, gdy one przy najrozmaitszych stanach podrażnienia zachodzą, nie wywołując go bynajmniej.

W końcu możliwym byłby i przerzut toksyn.

Scheffels z Crefeldu przytacza dwa odnośnie przypadki z rzeżączkowym zajęciem kolana, zapaleniem spojówki, a później nadto rzeżączkowym zapaleniem naczyniówko-siatkawkowym.

Morax z Paryża podnosi, że przypadki takie we Francji dobrze są znane, a sam nawet aż 10 przypadków spostrzegął.

Becker z Drezna widział przypadek, odznaczający się nadto powikłaniem ze strony stawów i ucha.

Wicherkiewicz podkreśla przypuszczenie Axenfelda, że w odnośnych przypadkach zapalenie to nie bakteryjne, lecz przerzuty toksyn wywołują. Za tem przemawiałby przypadek przez niego spostrzegany, w którym dziecko, dotknięte rzeżączką noworodków i z niej wyleczone, dostaje wkrótce potem zapalenia stawów, a później pneumonii, spowodowanej śmiercią.

Badanie pośmiertne stawów nie wykazało obecności gonokoków,

Co do terapii, to W. zaleca w odnośnych przypadkach zapaleń spojówki, a także tęczęwki, ciepłe okłady, 1—2 gr. salicylu, salipyriny lub salofenu.

Moll podnosi w końcu, że toksyny bakterii w mowie będących nie są znane.

Franke z Hamburga:  *przyczynek do patologicznej anatomii trądu oka.*

Fr. miał sposobność badać 3 oczy, dotknięte trądem. Pierwsze przedstawiało klinicznie zapalenie miąższowe rogówki. Obok prątków w rogówce w obwodowej części tęczęwki i w przedniej części naczyniówki, przedewszystkiem ciało szkliste uległo chorobie. Dwie drugie gałki znacznemu uległy zachorzeniu. Przedni zanik (*phthisis anterior*), dalej tęczęwka i ciało rzęskowe znikło w trędownatej tkance ziarninowej, zawierającej wielką liczbę prątków. Także i w rogówce i w przedniej części twardówki można było wykazać te prątki, dalej w przednim odcinku suprachoroidy i w przednich częściach przez przerost rusztowania znacznie powiększonej siatkówki. Tylnie części zaś siatkówki były zdrowe, z wyjątkiem ograniczonego zapalenia około tarczy. Franke przypuszcza zakażenie oczne przez rozplam wewnętrzną.

Druault z Paryża: *O pierścieniach barwnych, widnych w prawidłowym stanie jako też chorobowym naokoło płomieni*. Po wstępie teoretycznym, wykazującym związek między wielkością pierścienia barwnego a wielkością pierwiastków lakowy wywołujących, przechodzi prelegent do doświadczeń klinicznych i zaznacza trzy rodzaje takich pierścieni, dwa fizyologiczne i jeden przy jaskrze.

Jeden z fizyologicznych pierścieni barwnych powstaje wskutek budowy włóknistej soczewki. Wielu widzi go w prawidłowych warunkach, a wielu innych może go widzieć dopiero po rozszerzeniu źrenicy, zazwyczaj już po wpuśczeniu kropli kokainy. Można by obawiać się, zwłaszcza, gdy zapuszczono atropinę, jaskry, — atoli zasłonięcie powolne źrenicy usuwa ten pierścień, skoro źrenica więcej, niż do połowy zasłoniętą została. Pozorna przestrzeń tego pierścienia wynosi dla barwy żółtej około 6°. Mniejszy, bo tylko 4° wynoszący pierścień fizyologiczny, zaznaczony już przez kilku autorów, nie da się dokładnie odnieść do miejsca powstania spostrzegania, gdy wpatrujemy się w płomień świecy po przez rogówkę, znajdującą się we wodzie. Gdy zdrapiemy choćby tylko lekko wóródłonek rogówki, pierścień znika, pozostaje zaś, choćbyśmy zupełnie zniszczyli nabłonek przedni rogówki. Zdaje się więc, że tylny nabłonek przyczynia się do powstawania owego pierścienia. Pierścień glaukomatyczny, przypisywany zwykle zaburzeniom w głębokich warstwach rogówki przez Dondera, a dalej także przez innych, porównywany bywał z pierścieniem soczewkowym, tylko, że jest on większy, bo 8°, i nie znika po zastonięciu częściowem źrenicy na dwóch przeciwległych krańcach.

W końcu wspomina prelegent jeszcze o pierścieniach, widzianych rano po przebudzeniu się, dalej w zapaleniach spojówki, wreszcie przy działaniu wody lub pary kwasu osmowego na rogówkę.

Emil Grosz z Budapesztu: *O porażennem zapaleniu rogówki*. Sprawa tego zapalenia nie jest rozstrzygniętą. Nowe doświadczenia, względnie spostrzeżenia, mianowicie dotyczące wycięcia zwoju Gassera, neurotomii optykociliarnej, wymagają podjęcia nowych badań tej sprawy. Zdaniem prelegenta zapalenie w następstwie porażenia albo obrażenia nerwu trójdzielnego lub wyłuszczenia zwoju Gassera jest identycznym ze zapaleniem, wywołanem na zwierzęciu przez przecięcie nerwu trójdzielnego, jako też z tem, które spostrzegamy przy porażeniu nerwu twarzowego albo w jaskrze zwyrodniałej. Przyczyną takiego zapalenia jest zakażenie zewnętrzne w następstwie obrażenia rogówki znieczulonej, a powód do zakażenia dają drobnoustroje spojówki, worka łzowego lub takie, które dostały się od zewnątrz.

Odróżnić wypada od tego zapalenia zapalenie prawdziwie po-

rażenne, równe keratomalacyi i keratonekrozie, spowodowanej zwyrodnieniem komórek zwoju rzęskowego. Przyczyny tego szukać trzeba w charaktercie, w krwawieniach lub obrażeniach miejscowych. —

Grosz: *Zanik nerwów optycznych przy wrodzic rdzeniowym*. G. podaje statystyczne wyniki swych badań, dotyczących 101 przypadków klinicznie, a 12 ócz anatomicznie badanych. Większa część chorych (70%) była w wieku 35—50 lat i przeważnie mężczyzn (85%). Z wyjątkiem jednego przypadku, pola widzenia obwodowo, były ograniczone i to w 32% dośrodkowo, w 29% zewn.-górną, w 6% wewn. dołem, a w 9% w kilku miejscach. Co do poczucia barw, to najprzód bez wyjątków zniknęło poczucie dla barwy czerwonej i zielonej, a u 5 chorych wystąpił zupełny daltonizm. Oftalmoskopijnie tarcz się przedstawia szaro, a później powstaje zwykły obraz zaniku. Pierwszym okresem jest właśnie ów obraz wziernikowy, a dopiero później występuje ograniczenie pola, w końcu także obniżenie niosiowego wzroku. Skoro jednakże objawy drugiego okresu występują, choroba szybko postępuje, a jest nieuleczalną.

Obniżenie obwodowe, brak hemiopii i centralnego skotomatu i różnica, zachodząca pomiędzy obu oczami osobnika, przemawiają za tem, że głównego siedliska choroby szukać trzeba w części końcowej nerwu, oddalonej od skrzyżowania. Stosownie do tego znalazł prelegent w przypadkach, które anatomicznie były zbadane, że zanik nerwu ku mózgowi ustaje. Co do rodzaju zaś choroby, to stwierdził zwykle zwyrodnienie istoty nerwowej bez przerostu tkanki łącznej. Zanik rdzeniowych włókien siatkówki poprzedza obniżenie wzroku i ograniczenie pola widzenia.

Dalej przemawia zanik włókien nerwowych siatkówki i komórek zwojowych za tem, że początek choroby, na nerw optyczny przechodzącej, tkwi w zwojowych komórkach. To tłumaczy, dlaczego zanik w stronę mózgu zmniejsza się, a kończy się w końcu neuronu. — Zanik nerwu wzrokowego trzeba uważać za sprawę odpowiednią do zachorzenia rdzenia mózgowego. Co więc zwyrodnienie systemu nerwowego powoduje, sprowadza też zanik nerwu optycznego i siatkówki. Prawdopodobnie sprawa rozprzestrzeniania się drogą naczyń na podstawie kiły. H.



#### IV. LECZNICTWO.

1. Dodanie orthoformu czyni pastę żrącą bezbolesną. I tak przepisuje Dr P o n c h e t: Rp. Acidi arsenicosi, Orthoformi aa 0.2, Alcoholi Aq. dest. aa 10—15.0.

2. Protargol trudno rozpuszcza się w silniejszych stosunkach, n. p. 20%. Ułatwia rozpuszczenie i stosowanie środka tego mniej czyni drażniącym dodanie gliceryny. Kopp poleca w tym celu do zapobiegawczego leczenia rzeżączki następujący przepis:

Rp.: Protargoli . . . . 20.0  
Tere c. glicer. . . . 20.0  
adde Aq. dest. tepidae 60.0

3. Zapalenie skórne, towarzyszące nieżytom spojówki, leczy U n n a w następujący sposób: Oko pokrywa się kompresem, zwilżonym wodą ołowianą, a na kompres i na chore otoczenie kładzie się muślin z maścią cynko-ichtyolową albo cynko-rzęciową. Muślin taki leczy cierpienie skórne i pokrywa kompres, chroniąc go od wysychania. — Dla należytego zastosowania kompresu przytwierdza się na nim watek suchą stosowną opaską („Monatsschrift f. praktische Dermatologie“ Bd. XXIV. Nr 1).

4. Peronina, czyli chlorowodan benzyl-morfiny, wytwarzana przez Mercka, wywołuje, według Dra Buffalini, w rozczywie 1—2%, wpuszczona do worka spojówkowego królika, zupełnie znieczulenie spojówki, trwające kilka godzin, bez zmętnienia nabłonka rogówki, bez przekrwienia spojówki lub zmiany źrenicy („Deutsche Med. Zeitung“ Annali di Ottalmologia 1899, p. 548).

O tymże środku pisze Dr Pick z Królowca, że u ludzi środek ten po wpuszczeniu sprawia palenie, wzmagające się przez 4—5 minut, z przekrwieniem i nabrzmieniem spojówki, która w postaci wału piętna się. Źrenica najprzód rozszerza się, by później się zwężyć po 15 minutach.

Znieczulenie rogówki, rozpoczynające się po minucio, trwa przez 1/2 godziny („Klin Monbl.“ 1900. Nr 1).

Podobne wyniki osiągnąć można przez zapuszczenie 5% dioniny, która pod względem chemicznym jest ciałem podobnem (Wolfberga „Wochschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges“, Jahrgang III. Nr 4, a także według doświadczeń, podjętych na naszej klinice krakowskiej, o czem w najbliższym czasie podamy bliższe wiadomości). W.

## V. ROZMAIŃCOCI.

Napięcie galki zależno jest od rozmiarów ciała i ciśnienia powietrza. Tłomaczy to okoliczność, iż ciśnienie wśródgalkowe daje miarę ciśnienia krwi w naczyniach włoskowatych. Nikati, który nad sprawą tą rozwoził się w Akademii Umiejętności na posiedzeniu d. 11 grudnia r. z., zaznaczył, że na podstawie własnych doświadczeń dochodzi do następującej formułki ogólnej: ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych, mierzone twardością galki, jest zależne od stosunku pomiędzy wielkością ciała a jego powierzchnią („Sem. méd.“ Nr 54. 1899).

Pamiętnik jubileuszowy, wydany na cześć prof. Dra Edwarda Korczyńskiego, przedstawiający się okazale w bardzo starannem a nawet zbyt konwem wydaniu, zawiera, pomiędzy wielu pracami z rozmaitych gałęzi wiedzy lekarskiej, także kilka prac okulistycznych, a mianowicie: Doc. Dra Sroczyńskiego „Przyczynk do operacyjnego leczenia ropnia rogówkowego“ (streszczono w zeszycie majowym „Postępu Okulistycznego“), i Dra Bałłabana „Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród błednicy“ (streszczono w tymże zeszycie „Postępu Okulistycznego“).

Na prośbę naszą, dołączoną do ostatniego zeszytu „Postępu“ zeszłorocznego, podano nam jeszcze do uzupełnienia spisu okulistów następujące nazwiska: Dr Szczepaniak Antoni, b. lekarz ambulatoryjny przy warsz. instytucio oftalm., w Radomiu, Dr Marciszewski w Częstochowie, Dr Wagner Bronisław w Warszawie, ul. Złota, 24. W urzędowym zaś spisie lekarzy w Rosyi podani są, nie wymienieni przez nas poprzednio, następujący lekarze okuliści Polacy: Adolf Antoni Zabłocki, lekarz 18 flotskiego ekipażu i okulista portu w Petersburgu; Ignacy Haas, starszy lekarz rezerw. batal. w Morszańsku, gubern. Tambowska; Wincenty Gilus, lekarz lecznicy ocznej Wołudskich w Moskwie; Feliks Grabowski, ordynator kliniki w Char-kowie; Władysław Hulaniccki, Sielo Uspenskoje, Ekaterynosławska gubernia.

Oczekujemy dalszych zgłoszeń, względnie uzupełnień naszej listy okulistów polskich, którą później ogłosimy w wydaniu poprawnem.

Szpital oftalmiczny w Wilnie. Pisma polityczne donosiły o zamknięciu tegoż. Dowiadujemy się ze źródła pownego, że zamknięcie tej dobroczynnej instytucji jest tylko czasowo. Po zmianie ustawy i nadaniu szpitalowi nazwy Tyzenhauzów-Przeddzieckich będzie ponownie otwartym. Względy materyalne żadnej roli przy zamykaniu szpitala nie odgrywały.

## VI. KORESPONDENCYE.

Od Dra J. Talki otrzymaliśmy następujący list, adresowany do niego przez Dra A. Sz., sprawozdawcę „Postępu Okulistycznego“ w „Wiestniku Oftalmologii“, list, który niewątpliwie znajmie czytelników „Postępu“:

„Szanowny Kolega w swojej pracy: „Obustronna zgorzel powiek i t. d.“, zaznacza, że śluzoropna wydzielina dochodzi w zatoce czołowej prawie do foramen opticum, a sama zatoka czołowa jest wadliwie rozwinięta. Na zasadzie osobistego doświadczenia, nabytego przy leczoniu operacyjnem dziesięciu (zdaje się) przypadków przewlekłego zapalenia błony śluzowej zatoki czołowej, mogłem wywnioskować, że śluzoropna wydzielina, zbierająca się w zatoce w dość znacznej ilości, wywiera stopniowo dość silne ciśnienie na kość czołową, rozszerza zatokę oraz rozdziela kość na dwie płytki, niszcząc diploë, jako część kości, najbardziej ustępującą pomionionemu ciśnieniu. Szczególnie dobrze zachowałem w pamięci przypadek w kiryłowskim szpitalu (szp. św. Cyryla) w Kijowie. W przypadku tym zapalenie zatoki czołowej przeszło na sinus sphenoidalis, othmoidalis; lamina papyrea była odsunięta na zewnątrz i ku dołowi, a wszystkie trzy wymienione zatoki tworzyły jedną kloakę. Przypadek ten udowodnił mi, że wydzielina śluzoropna rozdziela kość na dwie płytki po diploë, przezwyciężając nawet szwy kostne. Należy więc przypuszczać, że i w Pana przypadku ropne zapalenie zatoki trwało od dawna, a jakieś przypadkowe także zapalenie górnej powieki pociągnęło za sobą wszystkie objawy i skutki, przez Pana opisane.

Kijów 2/14 stycznia 1900.

*Dr A. Szymanowski.*

## Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

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

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**  
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

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

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

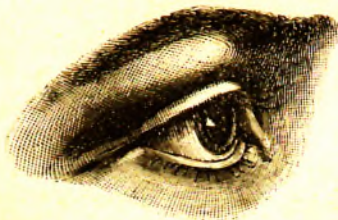
Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały  
nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają  
pod tym względem zmiany.

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

**Redakcyja.**

### OGŁOSZENIA.

**F. Ad. Müller'a Synowie.**  
Wiesbaden.



**Sztuczne  
oczy.**

1—12—3

**Obfity skład u K. Zielińskiego, optyka, w Krakowie.**

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELLI.

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

Luty

→ ROCZNIK DRUGI ←

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przypadek nosaczyny pierwotnej na spojówce powiekowej.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(z Wilna).

(Dokończenie.)

Przypadki opisane, razem z moim, dają możliwość określenia zaburzeń, jakie nosaczyna wywołuje w różnych tkankach oka. Tkanka oczodołu ulega nacieczeniu i ropieniu, które sprawiają wysadzenie oka. Naczyniówka może przedstawiać guziczki nosaczynowe, rogówka mętnieć i rozmiękczać się. Spojówka może dotknięta być pierwotnie lub następczo i wykazywać przekrwienie, guziczki, owrzodzenia, lub zapalenie ropne. Gdy spojówka bezpośrednio ulegnie zakażeniu, przedstawia w okresie zwiastunów, podobnie jak błona śluzowa nosa, wydzielinę początkowo lepłą, śluzową, później śluzowo-ropną i obrzęką; skóra przy brzegach powiekowych staje się czerwoną, nacieczoną i bolesną.

Twardówka cierpi następnie po spojówce lub naczyniówce; spostrzegano w niej ropnie.

Powieki mogą ulegać zaczerwienieniu i obrzęknięciu; tworzą się na nich guziczki, ropnie, owrzodzenia; może zjawić się częściowa zgorzel. W kątach oka występują ropnie i owrzodzenia. W okolicy worka łzowego może powstać przetoka, podobna do wrzodu gruzliczego, niezależnie od zwężenia kanału łzowego. Wogóle obraz choroby, a zwłaszcza guziczki i wrzody, przypomina gruzlicę i najczęściej może być odróżniany od niej jedynie tylko przy pomocy badania drobnowidowego i bakteriologicznego.

Części zewnętrzne gałki ocznej, powieki i kanał łzowy mogą być miejscem pierwotnego zakażenia. Objawy nosacizny mogą ograniczać się na okolicę oka przez pewien okres czasu; zniszczenie ogniska w tem miejscu jest w stanie przerwać chorobę. Nie należy jednak ograniczać się do wycięcia guziczka, trzeba wypalić jego podstawę galwanokauterem, gdyż w przeciwnym razie, sądząc z przypadku Gourfein'a, można spodziewać się nawrotów. Wrzody i ropnie po nacięciu należy również wypalać galwanokauterem. Wszystko to wykonywać jak najprędzej dla uprzedzenia uogólnienia choroby.

Sanarelli<sup>1)</sup> i Tedeschi<sup>2)</sup> wywoływali doświadczalnie u zwierząt przez zakażenie nosacizną i badali zmiany, występujące w rozmaitych tkankach oka.

Sanarelli z pomiędzy licznych zwierząt mógł przeprowadzić dokładne badanie u 2 królików, u których zastosował wstrzykiwania w żyły. Po kilku dniach zjawiało się zmętnienie górnego odcinka rogówki, które w dnie następne powiększało się i obejmowało trzy czwarte rogówki, tworząc zgrubienie barwy żółtawej, o nierównej powierzchni. Zgrubienie to przechodziło na 1 milim. za brzeg rogówki na twardówkę i nagle przerywało się; na rogówce zaś wzrastało ku środkowi, koń-

<sup>1)</sup> Sulla etiologia e profilassi dell'infezione morvosa, ricerche sperimentali. Siena. 1889. Str. 38.

<sup>2)</sup> Annali di Oftalmologia. 1892. XXI. 6. — XXII. 1.

cząc się szarawą przestrzenią, która zakrywała środek źrenicy. Spojówka, oprócz znacznego nastrzyknięcia, nie przedstawiała zmian żadnych. Badanie wykazało, że zgrubienie ogranicza się tylko do rogówki, bez udziału twardówki, błony tęczęwkowej i ciała rzęskowego, i zależy na bardzo obfitem nacieczeniu komórkowem pomiędzy warstwami rogówki, wywołującym w wielu punktach znaczne rozmięczenie. W miejscach, w których nacieczenie było wielkie i bliższe powierzchni, spostrzegano się owrządzenie rogówki i zmętnienie jej nabłonka.

Wyniki badań *Tedeschigo* (wstrzykiwania do mózgu i do komory przedniej) są następujące.

Po wstrzykiwaniach wewnątrzczaszkowych zjawiała się ślepotą w ostatnich dniach życia, przed wystąpieniem objawów opuszkowych i mózgowych. U jednego psa autor znalazł małe wysięki krwi w okolicy plamki żółtej, nacieczenie drobnokomórkowe w zakończeniu gałkowym nerwu wzrokowego i zmiany w siatkówce, szczególnie w warstwie komórek zwojowych. U drugiego psa, u którego zakażenie było nader silne, wzniernik wykazał przekrwienie obu stron tarczy nerwu wzrokowego, a badanie drobnowidowe zapalenie tarczy z drobnymi ogniskami nacieczenia drobnokomórkowego, zmiany siatkówkowe, zwłaszcza w warstwie zwojowej, i liczne drobne guziczki nosaciznowe w siatkówce i w błonie naczyniowej, leżące przeważnie wzdłuż naczyń. Zmiany te były bardzo podobne do spostrzeganych przy ostrej gruźlicy prosówkowej. Mogły one być skutkiem zatorów zakaźnych, które były spostrzegane prawie we wszystkich narządach.

Po wstrzykiwaniu do komory przedniej, psy i szczury wykazywały bardzo znaczne zmiany, a czasem zniszczenie zupełne oka w ciągu 2 miesięcy. Świnki morskie i króliki, oprócz zmian ocznych, przedstawiały objawy zakażenia ogólnego, które kończyło się śmiercią po 15—30 dniach. U królików w 1—2 dni po wstrzyknięciu spostrzegano pierwsze oznaki zapalenia tęczęwki z wystąpieniem małych guziczków nosaciznowych; guziczki po kilku dniach stawały się liczniejsze i większe, wysięk w polu źrenicy i w komorze przedniej powiększał się,

tworzyły się guziczki na brzegu rogówki i pod spojówką gałkową, rogówka mętniała i pokrywała się wrzodami. Zmiany w rogówce zjawiały się nie tylko u brzegu, jak to widział w wyżej wymienionych doświadczeniach Sanarelli, ale także często powstawały w miejscu wstrzyknięcia; czasem występowały w postaci zapalenia rozlanego lub guziczków w mięszu rogówki. W naczyniówce znajdowano liczne guziczki, a jeszcze częściej nacieczenie rozlane w warstwie naczyń włoskowatych z wysiękiem włóknikowo-ropnym, który oddzielał siatkówkę i czasem wylewał się do ciała szklistego.

Zapalenie nerwu wzrokowego często było ciężkiem; rozszerzenie się jego do skrzyżowania się nerwów i do opon mózgowych, również jak cierpienie tkanki oczodołowej, stanowiło pierwszy objaw zakażenia ogólnego.

Zakażenie powieki, zawsze górnej, przechodziło od rogówki wskutek tarcia się o nią. Zjawiały się guziczki podspojówkowe i owrzodzenia, które przebiegały chrząstkę i posuwały się czasem dalej. Wrzody spojówki gałkowej powstawały powolniej niż powiekowej i dawały początek sklerytowi i episklerytowi; sprawa chorobowa szerzyła się głównie wzdłuż naczyń.

Zapalenie ogólne oka (*panophthalmitis*) poprzedzało kilku dniami zakażenie ogólne i śmierć.

Guziczek, który w moim przypadku utworzył się na spojówce powieki dolnej, stanowi, jak wiadomo, pierwotny wytwór nosacizny; jest on podobny do gruzelka, składa się z drobnych komórek okrągłych, łatwo rozpadających się, jednak nie zawiera komórek olbrzymich. Zamiast guziczków tworzą się u ludzi czasem krosty, podobne do ospowych, lecz odróżniające się od nich brakiem zagłębienia pępkowatego i umiejscowieniem, w przypadku wystąpienia na skórze, nie w warstwie Malpighiego, ale w skórze właściwej.

Guziczki na skórze i spojówce ulegają zwyrodnieniu serowatemu i, podobnie jak krosty, owrzodzeniu; głębiej leżące zamieniają się w małe ropnie, które wkońcu otwierają się na zewnątrz, tworząc również wrzody. Od guziczków zakażenie rozszerza się, podobnie jak w gruzlicy, przez naczynia chłonne,



które napełniają się często masą ropowatą i tworzą zgrubienia w błonie śluzowej. Gruczolę chłonne, stale podlegające u koni cierpieniu, u ludzi często nie są dotknięte; w przeciwnym razie obrzękają i ulegają zwyrodnieniu serowatemu lub roznięczeniu. Naczynia krwionośne, lubo rzadko, mogą także być zakażone.

Obok guziczek występuje sprawa rozlana w postaci przekrwienia i obrzęku błony śluzowej z obfitą wydzieliną śluzu i w postaci nacieczenia lub zapalenia ropnego skóry.

W moim przypadku przekrwienie i obrzęk spojówki nie mogą być uważane za rozlaną sprawę nosaciznową, ale za skutek podrażnienia, wywołanego przez guziczek; w innym przypadku nie ustąpiłyby tak prędko po zniszczeniu guziczka. To prędkie zniszczenie nie pozwoliło wystąpić sprawie rozlanej.

Powstaje pytanie, dlaczego spojówka jest tak rzadko miejscem wniknięcia zakażenia nosaciznowego, znacznie rzadziej niż błona śluzowa nosa. Należy przypuszczać, że ruchy automatyczne powiek ochraniają w największej części przypadków spojówkę i gałkę oczną od zakażenia bezpośredniego. Obok tego musimy przyjąć, że błona śluzowa człowieka mniej wrażliwa jest na zarazek nosacizny niż u konia, zakażenie bowiem przez nos rzadziej spostrzega się u pierwszego, niż u drugiego.

Przypadek mój, przedstawiający nosaciznę spojówkową, która znikła ostatecznie po zniszczeniu ogniska pierwotnego, nie ma sobie podobnego w znanem mi piśmiennictwie.

## 2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.

Napisat

BOLEŚLAW WICHERKIEWICZ.

(Ciąg dalszy.)

Drugi przypadek jest może mniej wybitnym od poprzedniego, w niejednym jednak pierwszy przypomina.

Józef X., 3letni synek, zrodzony z ojca, który kilka lat przed ożenieniem się przechodził syfilis części rodnych i wsku-

tek późniejszych drugorzędnych objawów leczony był energicznie wcierkami, jest dzieckiem wątłym, ma zęby mleczne bardzo zepsute i nieco wystające guzy czołowe. Zresztą żadnych nie można u niego stwierdzić zmian, któreby za poważnem jakim cierpieniem ustrojowem przemawiały.

Dziecko przedstawiono mi w czerwcu r. 1899 z powodu, iż od stycznia po odrze już po raz trzeci na oczy zapada.

U prawego oka znalazłem na samym środku rogówki okrągły, lekko ponad powierzchnię wystający żółto-szary guzek, a dołem wewnątrz przy brzegu rogówki nieco większy, ale mniej nasycony, więcej rozlany, jakby już wosnianiu ulegający naciek. Pozornie, mianowicie wobec małego zaostżenia sprawy, można było uważać zmiany rogówkowe jako zwykle skrofuliczne pryszczyki, za jakie też nie bez pewnej podstawy przez lekarzy, którzy poprzednio dziecko leczyli, zapalenie to było uważane. Przy dokładnem atoli nastawieniu ogniska soczewki, użytej do bocznego oświetlenia, i przy pomocy lupy widzieć było można bardzo cieniutkie naczynia, od brzegu do owego środkowego nacieku dążące i pędzelkowato takowy od dołu zewnątrz okalające.

Pod wpływem ciepłych okładów, maści Pagenstecher'owskiej, atropiny, a wewnątrznie jodku potasu, wyniosłość środkowa nieco, ale bardzo mało się zmniejszała. W dwa tygodnie stan jeszcze mało okazał się zmienionym mimo kąpiei mydlnych, jakie z polecenia mego były co drugi dzień stosowane. Gdy w kilka dni później nowy pokazał się naciek w górnoboczno-zewnętrznym kwadrancie, bardzo nasycony, ściśle ograniczony, a tęczówka nieco wydawała się przekrwioną, źrenica zaś mimo atropiny nie rozszerzała się, zmieniłem dotychczasowe leczenie o tyle, że zamiast jodku potasu pigułki kalomelowe, jak w poprzednim przypadku, podawać poleciłem.

Już po kilku dniach nacieki, tak środkowy, jako też najświeższy, znacznie się zmniejszyły, źrenica rozszerzyła się, a dziecko, dotychczas grymaśne i niespokojne, poczęło się swobodnie bawić. Nacieki te poznikały z pozostawieniem małych plamek, żaden zaś z nich nie okazał skłonności do rozpadu i wytworzenia wrzodu. Od czasu używania pigułek kalomelo-

wych, które dziecko doskonale znosiło, nawrotów nie było do tej chwili.

Trzeci przypadek odmiennie nieco od poprzednich się przedstawia.

Marya S. po raz pierwszy przedstawioną mi była d. 10 października 1898.

Matka opowiada, że miała 10 porodów, 2 poronienia. Z 10 dzieci 4 umarło w młodym wieku. Marya zawsze okazywała objawy skrofuliczne, a już dawniej zapadała ponownie na prawe oko, leczona przez prof. Rydla. Jakiego rodzaju była choroba, nie zdołałem wypośrodkować.

Od trzech tygodni znowu zapadała na prawe oko i na ropienie prawego ucha. Zęby natomiast mają znanie Hutchinsonowskich. Dziewczynka ma wygląd wogóle skrofuliczny. Co do oka zaś, to takowe przedstawia obraz rozlanego zapalenia powierzchownego rogówki w zewnętrznej połowie z wytworzeniem dość licznych powierzchownych naczyń. Nadto lekkie zapalenie brzegu powiekowego (*blepharitis ulcerosa*). Nie będę opisywał bardzo rozmaitych sposobów, zwykle stosowanych przy skrofulicznych zapaleniach rogówki, wspomnę tylko, że kąpiele mydlane i jodek potasu stanowił ogólnego leczenia od samego początku główną podstawę. Zapalenie to, z wielkim trudem opanowywane, co chwilę zaostrzało się, a po wielu zabiegach tak dalece ustąpiło w końcu listopada, iż dziecko tem okiem, które teraz dobrze otwierało, czytało Sn. 1:5 i miało  $w = \frac{6}{24}$ . Przepisałem zawsze jeszcze stosowanie dalsze kąpielei, maści żółtej, połączonej z masowaniem rogówki, jako też zażywanie jodku.

W lutym następnego roku przyprowadzono mi chorą z powodu plamy, która się więcej na rogówce, zdaniem otoczenia, uwydatniała.

Oczywiście, wobec tego, że stan zapalny znikł, uwydatniła się więcej zmętnienie rogówki w postaci plamki okrągłej, trzy mm. szerokiej, umiejscowionej obok środka rogówki, a otoczonej lekkim zmętnieniem powierzchownym rogówki. Pannus skrofuliczny pozornie znikł zupełnie.

Badając atoli dokładnie przy bocznem oświetleniu i pomocy lupy, mogłem dostrzedz nie tylko od góry na rogówkę zachodzące nieliczne powierzchowne, cienkie naczynia, — ale nadto od zewnątrz smugę miotełkowatych, bladych, głęboko położonych naczyń, zmierzających do owego zmętnienia mimośrodkowego rogówki. Dla zapobieżenia nawrotom i w zamiarze sprowadzenia dalszego wyjaśnienia rogówki przepisałem pigułki kalomelowe.

Chora przedstawiła mi się ponownie w czerwcu tegoż roku, przyczem mogłem stwierdzić, że rogówka więcej się wyjaśniła, w każdym razie owa plama stała się bledszą, a i naczynia głębokie mniej były dostrzegalne.

Matka udała się z córeczką do Rabki w końcu czerwca, tutaj atoli wkrótce nastąpiło zaostrenie sprawy, wskutek czego przywieziono mi dziecko 17 lipca. Stan oka przedstawiał się w następujący sposób: dość silne przekrwienie spojówki, ból, nastrzyknięcie przyrogówkowe, a środek rogówki zmętniony. Zmętnienie to na 4—5 mm. w średnicy szerokie, dość ściśle, a powierzchnia nad zmętnieniem lekko nierówna, od zewnątrz zaś w głębi rogówki gołym okiem dostrzedz można do zmętnienia ciągnące naczynia miotełkowate. Tęczówka lekko przekrwiona, zrenica wąska. Nadto w obrębie rąbka spojówkowego pryszczyki prosowate.

Przepisałem obok atropiny maść do oka z kseroformu i żółtego tlenku rtęciowego, wewnątrz zaś pigułki kalomelowe. Pod wpływem leczenia tego od razu zaczęło się oko poprawiać. Pryszczyki poznikały, rogówka zaczęła się wyjaśniać, tak, że w kilka tygodni później mogłem chorą odesłać do Rabki, gdzie, używając tej samej kuracji, wkrótce wyzdrowiała. Plama rogówki przybrała odcień szary, a wzrok wynosił w jesieni prawie  $\frac{6}{18}$  Sn. 0,5.

Czwarty przypadek: Stanisław S. z P., siedmioletni chłopezyk, choruje od 2 lat z małemi przerwami, leczony przez rozmaitych okulistów kraju, i to przeważnie antiskrofulicznie. Przepisane przez jednego z zagranicznych lekarzy środki, miejscowo mające się stosować, sprowadzały, jak z opowiadania rodziców wynikało, zatrucie atropinowe.

Po raz pierwszy widziałem dziecko w końcu stycznia b. r., a od wielce zakłopotanego stanem dziecka ojca dowiedziałem się, co następuje: Przed 20 laty, będąc kawalerem, zaraził się, i długo z powodu następowych objawów syfilitycznych był leczony wcierkami. Związek małżeński po raz pierwszy zawarł dopiero na zapewnienie lekarza, że już żadnego nie ma niebezpieczeństwa.

Pierwsza żona poroniła w kilka miesięcy, a zapadłszy na jakieś cierpienie płuc, po kilku latach umarła (*syphylis pulmonum?*).

Z drugą żoną ożeniony od 10 lat. Pierwsze dziecko, słabe, umarło w siódmym miesiącu życia, drugim jest Staś, a trzecim dziewczynka, rzekomo zdrowa.

Dziecko przedstawione mi przedstawia wybitne ślady kiły dziedzicznej. Przytępiony słuch, tubera frontalia wystają, nos siodełkowaty, lekkie ragady przy kącikach ust. Zęby zaś w ogóle słabo rozwinięte, a zęby sieczne górnej szczęki zupełnie zniszczone, dolnej w ogóle zepsute.

Na swój wiek chłopczyk jest mało rozwinięty, wątpliwy i niedokrewny.

Gruczoły limfatyczne namacalne, ale niezbyt powiększone.

Co do oczu, to znaczy się dość silny światłowstręt. Świeżo zajęte zdaje się być oko prawe, którego szpara wąska.

Badanie wykazuje: Prawe oko. Na spojówce dolnych załamków liczne mieszki, spojówka gałki przekrwiona miernie, zwłaszcza po stronie zewnętrzno-dolnej. Od góry zewnątrz zachodzą dość liczne naczynia powierzchowne, nadto od strony zewnętrznej a także i od dołu głębokie naczynia, pędzelkowato ciągnące się prawie aż do środka do zmętnienia lekkiego, ale głębokiego rogówki. Część zewnętrzno-dolna okazuje nadto nabłonek rogówkowy jakby nakłuty. Obok tego znajdują się także plamki drobne powierzchowne, ale z powodu naczyń powierzchownych niedość wyraźne. Są one widoczniejsze i ściślejsze u lewego oka, nie przedstawiającego ostrego zapalenia. Tu plamki rogówkowe są już to powierzchowne, już też głębsze, a do niektórych z nich zdają się dochodzić także miotłkowate naczynia głębokie lubo stwierdzenie tej okoliczności napotykało na prze-

szkody z powodu bardzo niespokojnego zachowania się dziecka nerwowego i rozgrymaszonego. Źrenice obu ocz szerokie, regularne.

Przepisałem kąpiele mydlane, pigułki kalomelowe, a na prawe oko maść żółta, ciepłe okłady, wzgl. czasami atropinę.

O dalszym losie dziecka tyle mogę na razie podać:

Po dwóch tygodniach przybyła matka ze synkiem, oświadczając radośnie, że już po pierwszych dniach leczenia oczy poczęły widocznie na korzyść się zmieniać. Chłopczyk mniej jest nerwowy, sypia dobrze, gdy poprzednio sen bardzo był niespokojny i skąpy. Łaknienie dobre. Atropiny nie zapuszczano. — Sam stwierdzić mogłem rzeczywiście wielką zmianę. Dziecko spokojne, pozwoliło się zbadać dokładnie, przyczem przekonałem się, że owe liczne mieszkki, prawdopodobnie następstwo zapuszczania atropiny, znikły, dziecko oba oczy otwiera dosyć swobodnie. *Pro:* przekrwienie spojówki nieznaczne, ów nalot, jaki znajdował się prawie w środku rogówki, zmienił się na plamę dość ścisłą jeszcze wobec innych plamek rogówkowych, ale jednak już przeświecającą. Owo zmętnienie, przedstawiające rogówkę jakby nakłutą w dolno-zewnętrznym kwadrancie, znikło zupełnie. W obu oczach widać dokładnie powierzchowne naczynia, które są nieliczne, lecz wyraźne, ale wysledzić można także miotełkowato rozprzestrzeniające się ku środkowi blade głębokie naczynka. — Wobec tak korzystnego przebiegu nie miałem powodu zmienić postępowania leczniczego, które niewątpliwie dalsze sprowadzi polepszenie i osłabi skłonność do nawrotów.

Piąty przypadek: Jadwiga W. przyprowadzoną była do tutejszej kliniki uniwersyteckiej w lipcu r. 1897 jako trzyletnie dziewczę z powodu guza, jaki wystąpił wskutek uderzenia się o stół. Stwierdziłem haematoma subperiostale i takowe naciąłem. Obok skrzepów krwi i płynnej krwi wydobyło się nieco ropy.

Po zatamponowaniu i t. d. sprawa zagoiła się. Powtórnie przyprowadzono dziewczynkę d. 9 grudnia 1899 r. z powodu zapalenia prawego oka.

Wywiady, może niezupełnie pewne z powodu nieobecności rodziców, podane przez osobę trzecią, mało poinformowaną,

wykazały, co następuje: Ojciec, lampart, żyje z żoną w najgorszych stosunkach i spowodował jej chorobę »nerwową«. Dzieci było i jest troje. Pierwsze, chłopczyk ośmioletni, zawsze choruje na »skrofuły«, a dawniej obłąany był na całym ciele jakby jednym strupem. Drugie Jadwiga. Trzecie najmłodsze, 10miesięczne, ma dotychczas być zdrowe. Poronień nie było. Jadwiga miała już jako 6tygodniowe dziecko na oczy chorować. Gdy w maju zeszłego roku znowu na nie zapadła, nie była leczoną. Dopiero w lecie pojechała do Rabki, gdzie oczy więcej jeszcze zapaliły się; wtenczas to zawezwano pomocy miejscowego lekarza. Wcześniej też zaczęła chorować na angielską chorobę, wskutek czego późno nauczyła się chodzić.

Dochodzenie szczegółowe wykazało teraz, że w maju tegoż roku miało dziecko patrzeć na słońce, poczem powstał łzotok, światłowstręt, a wzrok obniżył się znacznie. Dopiero przed miesiącem spostrzeżono plamę na temże oku.

Badanie ogólne wykazało, co następuje: Nosek siodełkowaty, przy kącikach ust ragady. Podudzia wygięte na zewnątrz, nasady kości nieco zgrubiałe, a także paciorkowate wyniosłości żeber. Gruczoły karkowe jako też i szyjowe więcej podszczękowe lekko powiększone.

Dziecko wątłe bardzo; podniebienie wąskie, zęby siecznegórne powypadywane, dolne zlerozwinięte, rowkowane, z nadpsutą emalią.

Co do oka prawego, to takowe objawia światłowstręt, lekkie przekrwienie spojówki gałki, na środku rogówki nieregularnie nasycone, wyniosłe zmętnienie, średnicy 7—8 mm., w środku tegoż mały ubytek powierzchniowy. Tęczówka w zapaleniu nie bierze udziału, widać tylko na jej brzegu nosowym dwie grudki pigmentowe (*ectopia uvae*).

Przyjmując, że względu na długotrwałość cierpienia, a przedewszystkiem na wygląd dziecka, podstawę kiłową, sądziłem, że zapalenie rogówki, przedstawiające tylko mały wrzodzik, otoczony nalotem szaro-żółtym, lekko nad powierzchnię rogówki wystającym, jest pochodzenia kiłowego i przepisałem ogólne leczenie, powyżej już wymienione. Do oka zaś samego poleciłem stosować ciepłe okłady i masć Pagenstechera.

Wolno, ale stale zmętnienie rogówki zmniejszało się, ubytek wypełniał się, tak, że obecnie cała powierzchnia rogówki jest gładka, równa, lśniąca, tylko przy bocznem oświetleniu widać, że zmętnienie rogówki składa się z kilkunastu plamek ściślejszych, grupujących się naokoło samego środka rogówki, przed kilku jeszcze tygodniami będącego siedliskiem lekkiego ubytku.

W tym przypadku nie było można dostrzedz żadnych naczyń ani powierzchniowych, ani też głębokich. Zbacza on o tyle od poprzednich, iż zajęcie rogówki nie było wybitnie wystającą wypukłością, biorącą początek w głębszych warstwach rogówki; nie było też żadnych naczyń miotelkowatych, lecz z drugiej strony zaznaczyć wypada, że przypadek ten nie był spostrzegany od początku, mógł więc przybrać przez poprzednie leczenie odmienny charakter.

Co jednak za skutecznością leczenia swoistego przemawia, to owo szybkie zabliznienie się ubytku, które przy sprawach czysto skrofulicznych zwykle bardzo długo daje na siebie czekać, a dalej korzystny wpływ na ogólny stan dziecka, który, o ile z wyglądu sądzić było można, poprawił się znakomicie.

(Dokończenie nastąpi.)

## II. STRESZCZENIA.

### *Barwa oczu u ludów Kaukazu (Z dziedziny antropologii).*

Znany publicysta Dr I. Pantiuchow z Tyflisu w swych antropologicznych studyach narodów kaukaskich poświęca kilka stronie barwie łezówek.

Przeważnie barwa ich bywa piwna, czarne oczy u tuziemców są daleko rzadsze. Ern. Chautre twierdzi, że u większej liczby mieszkańców zachodniego Kaukazu łezówki bywają zielonkawe, u Samurzakańców i Swanetów oczy zupełnie zielone, spotyka się też oczy barwy morskiej wody, mleczno-kawowej, jasno-żółte, ciemno-popielate.

Bywają też bezbarwikowe oczy, z odcieniem jakby szkła butelkowego, których nie można zaliczyć ani do popielatych, ani też do błękitnych. Takie bezbarwikowe lub też mieszanych barw oczy spostrzegamy u Mingrelów, Abchazów, Swanetów, Osetynów, Ingu-



szów, niektórych Lezginów, rzadziej wśród Gruzinów. Po większej części bezbarwikowe oczy są wynikiem mieszania się z północnymi dohistorycznymi Europejczykami. Niektóre szczególne zabarwienia (czużówek, a także osobliwy kształt oczu rodzą przypuszczenie, czy nie należą one do jakiegoś samoistnego typu kaukaskiego pochodzenia?

Autor zwraca uwagę na osobny typ jasnoocznego (błękitny i popielaty) za Kaukazem w Dagestanie, lecz przeważnie wśród narodów zachodniego Kaukazu, gdzie ten typ ma »pewne osobliwości psychiczne«.

Takich oczu wśród Osetynów bywa 33—35%, wśród Imeretynów, Abchazów i Gruzinów 8—12%, wśród Samurzakanców 40% (przeważnie u szlachty i książąt).

Dane te czerpiemy z rozprawy autora p. t. »Wpływ mieszkań na zachowanie typów i zdrowia« (1896 r.).

W obszerniejszej swej pracy »Spostrzeżenia antropologiczne na Kaukazie« podaje on szczegółowo i liczebnie barwę oczu u ludów kaukaskich, zapisaną przez rozmaitych badaczy i lekarzy.

Zliczywszy je, przedstawiam w następującej tabelce:

Narody i plemiona		Barwa oczu			
		Popielaty	Błękitny	Średni	Żółty
Gruzyjczycy	Żydzi górscy . . . . .	16	3	15	170
	Ormianie . . . . .	109	32	209	1583
	Gruzini . . . . .	84	36	225	846
	Chewsury . . . . .	6	3	15	20
	Pszawy . . . . .	—	7	12	45
	Tuszyni . . . . .	—	4	14	14
	Imeretyni . . . . .	87	128	381	1124
	Mingrelezy . . . . .	94	52	155	490
	Abchazy . . . . .	33	18	25	218
	Swaneci . . . . .	4	4	53	45
Lezginj	Osetyni . . . . .	101	14	63	212
	Awarey . . . . .	—	4	4	35
	Kazikumuchey . . . . .	6	2	6	21
	Andyjczycy . . . . .	9	8	18	30
	Darginejczycy . . . . .	16	7	43	65
	Czeceńcy . . . . .	7	4	9	15
	Kabardyńcy . . . . .	11	6	10	107
Wschodni Górale . . . . .	34	11	11	112	

Jak widzimy, przeważającą barwą oczu tęczówek jest piwna, która u Ormian i Gruzinów przechodzi w ciemno-piwną, a nawet czarną (u Ormian na 30 popielatych — 45 czarnych, u Gruzinów na 155 piwnych — 72 czarnych).

Piwnie oczy najczęściej (80—92%) widzimy u Kurdów, Ajsorów (z okręgu Urmia), Żydów, Persów, Ormian i aderbejdzańskich Tatarów; rzadziej (60—70%) u Gruzinów, Osetynów, Imeretynów, jeszcze rzadziej (40—50%) wśród Mingrelezyków, Swanetów i niektórych plemion czerkieskich Dagiestanu. Procent bezbarwnikowych oczu (popielatych i błękitnych) wynosi 2—15%. U Swanetów % zielonych oczu dochodzi 30%. U Mingreleów nierzadkie są oczy nigdzie nie widziane: jasno-popielate i jasno-żółte.

Według Eckerfa, piwne oczy są dość częste u Awarców (81%), Kabardyńców (80%), Czerkiesów Adygie (85%), Kazikumukców (62%).

Zauważono, że w jednych gminach przeważają oczy piwnej barwy, w drugich — innej barwy.

Autor spostrzegł u Gruzinów z ciemno-piwnemi, czarnemi oczami nadzwyczaj mały wzrost ( $\frac{1}{3}$  prawie karłów) — typ małosłoty, podług innych — żydowski; przeciwnie plemię gruzyjskie Pszawy, a także Osetyni i Abchazowie wśród błękitno-ocznych najwięcej byli wzrostu niskiego. — U Gruzinów, Kazikumukców, Lezginów i Osetynów obwód głowy i długość twarzy są większe u jasno-okich, aniżeli u ciemno-okich. Jeśli u zakaukaskich (czyli aderbejdzańskich) Tatarów, nadbrzeżnych Greków, Kurdów, Tekińców (kilku okolicznościowo przywiezionych z Aschaladu) i Persów barwa tęczówek przeważnie bywa ciemno-piwna, a nawet prawie czarna, to u Turków spostrzegamy tylko jasno-piwnie lub też błękitne, lecz zielone oczy nie zdarzają się u nich wcale.

W końcu swej ostatniej antropologicznej pracy Dr P. wypowiada 2 tezy:

1. Typ czysto kaukaski (przeważnie wśród ludów wschodniego Kaukazu) ma kolor tęczówek ciemny, piwny lub nawet czarny; drugi typ bezbarwnikowych tęczówek (przeważnie w Kaukazie zachodnim) jest wynikiem mieszania się krajowców z ludami Europy; lecz jakie mianowicie jasno-okie plemiona złączyły się z ludami Kaukazu i kiedy to miało miejsce — niewiadomo.

2. Typ semicki, oznaczający się dziś poniekąd ogólnym wyglądem, charakterystycznym układem ust i wyrazem oczu, spostrzegany jest prawie wśród wszystkich narodów Kaukazu, szczególnie u nadkaspjskich Kumyków, których autor uważa za dawnych starozakonnych Chazarów, odgrywających pewną rolę w zawiązkowej historii Rosyi.

U Kumyków znalazł autor 86<sup>0</sup>/<sub>0</sub> oczu jasno-piwnych, 1,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> błękitnych, czarnych oczu jednak nie widział. Dr J. T.

*Uwagi, dotyczące antropologii Chińczyków północny*  
(Notes sur l'antropologie des Chinois du Nord). Dr Julian Talko-Hryncowicz. — Moskwa. 1899. — Str. 81.

Autor, zaszczytnie znany w piśmiennictwie lekarskiem i antropologicznem, osiadły od kilku lat na pograniczu Mongolii w Troicko-sawsku, świeżo ogłosił swe badania nad Chińczykami okolic Maj-maczyna, Kiachty i Urgi, z których robimy wyciąg antropologicznych danych, odnoszących się do oczu.

Zmarszczki górnych powiek, dające pewien charakterystyczny wyraz twarzy, są właściwe rasie mongolskiej; wytwarzają się drogą dziedziczności u dzieci chińskich i długo powtarzają się jeszcze w pokoleniach Melysów, Chińczyków z Europejczykami. Rzadko kiedy ich nie bywa. Zmarszczki te autor dzieli na wielkie i małe, pierwsze bywają częstsze (68,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), drugie rzadsze (22,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), nie istnieją w 9,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> i to tylko u młodych osobników; w wieku starszym zmarszczki przybierają zawsze postać większych.

Oczy u Chińczyka mają postać ukośną, czem się odróżniają od europejskich, przykrywają się obwisłymi górnymi powiekami, wskutek czego wytwarza się szpara powiekowa, dość wąska i długa, Barwa tęczówek bywa tylko piwna, a mianowicie: jasno-piwna w 25,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, piwna w 12,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, ciemno-piwna w 61,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, t. j. ciemne oczy zdarzają się u  $\frac{3}{5}$ , jasne u  $\frac{1}{4}$ , średnie u  $\frac{1}{8}$ . Ciemno-piwna tęczówka po 45 latach traci barwę i połysk, »w około rogówki tworzy się wałek (*limbus corueae*)« (? Ref.).

Wogóle u Chińczyka przeważa ciemny typ: skóra oliwkowo-żółta, włosy gęste, błyszczące-czarne, do piwnej barwy tęczówki ani razu nie widziano domieszki błękitnej, szarej lub zielonawej barwy. Jest to dowodem, że w starożytności przy wytwarzaniu się współczesnego antropologicznego typu nie wchodziły wien przymieszki jasných żywołów.

W końcu z powyższej pracy mogą nas jeszcze zajmować wymiary oczodołu u Chińczyków, a mianowicie jego szerokość (najmniejsza 37 mm., największa 44 mm.) i wysokość (31—40 mm.).

Dr J. T.

*Rozwój i obecny stan odkażania rak* (Entwicklung u. Stand der Haendedesinfektion). Prof. F u e r b r i n g e r z Berlina. — (Deutsch. med. Wochenschr. Nr 49. 1899).

Po raz pierwszy w tym przedmiocie zabierał autor głos przed trzema laty, obecnie w swym artykule przechodzi krytycznie badania i doświadczenia z lat ostatnich. Jedne z nich, zgodnie z po-

przednio wygłoszonymi zapatrywaniami autora, wyróżniają jako jeden z najlepszych odkażających środków, alkohol — drugie (Gottstein, Blumberg, Kroenig) wykazują, że można się zupełnie bez niego obejść.

Wśród licznych zwolenników alkoholu, jak Loehlein, Rydygier, Tjaden, Schaeffer, i w. i., szczególnie Ahlfeld ceni go wysoko, gdyż sądzi, że umycie rąk w gorącej wodzie mydłem, a następnie w alkoholu (*Heisswasseralkoholverfahren*) będzie w przyszłości ogólnie przyjętem. Autor nie idzie tak daleko, i tylko twierdzi, że alkohol 70—90% nie tylko działa zabójczo na drobnoustroje, ale przez swoją własność rozpuszczania tłuszczów, łatwego łączenia się z wodą nie tylko sobie, ale następnie innym środkiem odkażającym, jak sublimat, karbol, lysol i t. d. toruje drogę. —

Następnie wspomina P. o tych, którzy w inny sposób starali się odkażić ręce; i tak Menge poleca oblanie rąk roztworem parafiny w ksylole, Lauderer i Kraemer formalinę, Senger mycie w rozcieńczonym kwasie solnym, potem w kali hypermang., i następnie w kwasie siarkowym, aby w ten sposób mogły na skórę zadziałać najenergiczniejsze środki odkażające, jak eblor, tlen i kwas siarkowy *in statu nascenti*. Mikulicz (1898) poleca pomazanie końców palców nalewką jodową; w ostatnich czasach jednakże (1899) przyłącza się po części do zapatrywań autora — łącząc bowiem mycie mydłem a potem alkoholem w jeden akt, poleca używanie oliynalnego spirytusu mydlanego. Przeciwnikom zaś odpowiada, że wogóle zupełne wyjałowienie skóry rąk jest niemożliwe, gdyż, jak Goldstein wykazał, drobnoustroje nie tylko na powierzchni, ale i w głębszych warstwach naskórka się znajdują. W większości przypadków do naszych celów wystarczające odkażenie rąk osiągnąć można rozmaitymi sposobami — nawet bez alkoholu; jednakże skuteczniej, prędzej i pewniej, gdy się go użyje.

*Łuniewski.*

*Odrastanie soczewki u człowieka* (Linsenregeneration beim Menschen?). Prof. Dr K. Baas z Fryburga (Muenchen. Med. Wochenschrift. 1899. Nr 48).

U 62letniej kobiety, u której przed 20 kilku laty usunięto zaćmę oka prawego, gdy się ponownie do fryburskiej kliniki zgłosiła, stwierdził autor w obrębie źrenicy, która tylko na obwodzie okazywała resztki zaćmionej torbki, wytwór kulisty wielkości dużej główki od szpilki, wyrastający na niezbyt długiej szypule górą zewnątrz z poza tęczówki i sterczący dość znacznie w głąb ciała szklanego. Za pomocą wziernika można było w obrębie tego okrągłego wyrostka wydobyć wyraźny odbłask czerwony z dna oka.

Ponieważ w zapiskach, odnoszących się do przebiegu pooperacyjnego u tej chorej, nie było żadnej wzmianki o jakiegokolwiek pozostałości innej prócz zaćmy wtórnej, przeto zrobił autor przypuszczenie, że wytwór ten nie jest niczem innym, jak tylko odrastającą soczewką. Na poparcie tego przypuszczenia przytacza on doświadczenia, wykonywane na zwierzętach. I tak Colucci i Wolff wykazali, że u brytona soczewka usunięta odradza się z przybliżoną siatkówkowego łożówki, nowowytworzona jednak soczewka nie dochodzi do rozmiarów dawnej, a jej budowa histologiczna jest nieprawidłowa. Podobną częściową regenerację stwierdził Roethig u pstrąga, inni badacze, jak Cocteau, Leroy d'Étiolles, Texlor, Valentin u różnych zwierząt ssących, jak u psa, kota, królika, owcy, morskiej świnki i t. d. U wszystkich tych zwierząt nowowytworzone soczewki różnią się wielce od prawidłowej, posiadają niejednokrotnie kształt nieregularny, n. p. podkowiasty lub łukowaty, przytem drobnowidowo składają się z włókien krótszych, ale za to szerszych, niż włókna prawidłowej soczewki. Autor dopatruje się pewnego podobieństwa między tymi wytworami a opisanym przez Soemmeringa wałem kryształowym (*Krystalhauelst*), dającym się spostrzec u ludzi po usunięciu soczewki. Prof. Baas przyznaje, że do ostatecznego rozstrzygnięcia pytania, czy w przypadku przez niego opisanym należy przyjąć odrośnięcie soczewki, czy też niezwykle rozwinięty wał kryształowy, należałoby przeprowadzić badanie drobnowidowe, czego nie można było uskuteczyć. Na końcu swej pracy czyni on jeszcze przypuszczenie, że wyrostek w źrenicy jego chorej mógłby być także uważany za nieznaną dotychczas i nieopisaną jeszcze nowotwór soczewki, który w danym razie zasługiwałby na nazwę *lentoma*. Na każdy wypadek spostrzeżenie swe uważa autor za unicum i twierdzi, że w drugiej połowie bieżącego stulecia w literaturze, odnoszącej się do ludzkiej patologii, nie znajdujemy wzmianki o klinicznie stwierdzonej regeneracji soczewki. Tymczasem prof. W i c h e r k i e w i c z ogłosił w „Klinische Monatsblätter“ z r. 1882 przypadek pod pewnymi względami bardzo analogiczny. Przypadek ten odnosił się do 50letniej kobiety, u której wykonana została prawidłowa, dobrzeżna irydektomia z powodu ostrej jaskry. Przy pierwszej zmianie opatrunku znalazł prof. W i c h e r k i e w i c z w worku spojówkowym jądro soczewki. Rana była jednakowoż dokładnie zamknięta, szpara w łożówce zupełnie regularna, przednia komora miernie głęboka, a tylko torebka soczewki okazywała lekkie zmnarszczenie. Chora zachowywała się po operacji bardzo niespokojnie, wstawała nawet z łóżka i schylała się, można było zatem przypuścić, że uderzyła się w oko, spowodowała pęknięcie torebki soczewkowej górą w okolicy równika i wycisnęła sobie ją-

dro soczewki przez świeżą ranę operacyjną. Co ciekawsza jednak, to dalsze zachowanie się uszkodzonej w ten sposób soczewki. Zaczęła się ona zaćmiewać głównie na obwodzie, górą, i zaćmienie to po kilku dniach tak postąpiło, że szczegółów dna oka nie można było dojrzeć. Wkrótce jednak zaćmienie zaczęło się na nowo wyjaśniać i po niedługim czasie nie tylko soczewka odzyskała zupełną przezroczystość, ale także przednia torebka wygładziła się zupełnie, z czego autor wnosi, że przestrzeń pusta, którą po sobie zostawiło jądro, wypełniła się nowowytworzoną tkanką soczewkową, albo też przezroczystym płynem. — Tak więc przypadek, opisany przez prof. Baasa, nie jest pierwszym ani jedynym, w którym można było przypuszczać na podstawie objawów klinicznych częściową regenerację soczewki. —

*Dr K. W. Majewski.*

### *Jak powstają pierścieniowate ubytki w polu widzenia?*

(Wie entstehen Ringscotome?). Dr A. Czsellitzer ze Strassburga (Arch. f. Augenheilkunde. T. XL. Str. 279).

W pracy tej usiłuje autor wyjaśnić często zjawiające się, a dziwne na pozór zjawisko, że przy rozszanem zapaleniu naczyńki, gdzie ogniska zapalne rozrzucone są po całym dnie oka, badanie pola widzenia wykazuje bardzo często ubytek w postaci pierścienia okalającego punkt, na który chory patrzy. Każdego musi to zastanawiać, dlaczego ubytek w polu widzenia do tego stopnia nie odpowiada zmianom, dającym się wziernikiem na dnie oka wykazać. O wyłomaczenie tego zagadkowego zjawiska kusili się już niektórzy autorowie, i tak: Hersing i Bull powstawanie ubytków okrężnych wprowadzają w związek ze zmianami w naczyniach siatkówki, otaczających okrężnie plankę żółtą. Przeciwno tej teorii przemawia okoliczność, że zmian takich prawie nigdy w podobnych przypadkach wziernikiem dostrzedz nie można. Schoen upatruje w ułożeniu żył wirowych pewien związek z powstawaniem tych ubytków okrężnych, przyjmując, że w miejscach tych wraz z krwią żylną najwięcej się gromadzi i zatrzymuje krążących we krwi szkodliwych czynników. Przeciwno tej teorii podnosi Dr Czsellitzer zarzut, że koła, jakie stanowią pierścieniowate ubytki, bywają różnej wielkości: raz okalają plankę żółtą wąskim pierścieniem, innym razem mają średnicę znacznie większą. Autor stara się odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania: 1. Dlaczego w tych przypadkach widocznym na dnie oka ogniskom zapalnym nie odpowiadają ubytki w polu widzenia? 2. Dlaczego chory nie widzi pewnemi częściami siatkówki, w których wziernik żadnych zmian nie wykazuje?

Dla wyłomaczenia tej pozornej sprzeczności powołuje się autor na stosunki napięcia ścian gałki ocznej. Napięcie to nie we wszyst-

kich kierunkach jednakowo jest rozłożone. Ze względu na to, że siatkówka wraz z naczyniówką przytwierdzone są w tyle dookoła tarczy nerwu wzrokowego, a z przodu w okolicy ciała rzeszkowego, przypuścić należy, że napięcie błon tych w kierunku południków jest większe, aniżeli w kierunku równoleżników. Działanie włókien promienistych mięśnia rzeszkowego (*tensoris chorioideae*) jeszcze bardziej te stosunki napięcia uwydatnia. Za istnieniem takiego rozkładu sił przemawiają również niezbyt rzadko dające się spostrzegać pęknięcia naczyniówki, które, jak wiadomo, mają najczęściej kształt równoleżnikowy i otaczają tarcz nerwu wzrokowego mniejszem lub większem półkolem.

Przy rozsianem zapaleniu naczyniówki musi się niewątpliwie z licznych ognisk zapalnych wypaćić wysięk zapalny, który, gromadząc się między siatkówką a naczyniówką, wywiera ucisk na zewnętrzne najczulsze warstwy siatkówki. Wysięk ten jednak gromadzi się przedewszystkiem w miejscach, gdzie siatkówka najslabiej jest do naczyniówki przyparta, a zatem odpowiednio do wyżej opisanego rozkładu napięcia ułoży się nie w kierunku południków, lecz okrężnie — i przez ucisk, wywarty na siatkówkę, spowoduje okrężny ubytek w polu widzenia.

Autor przytacza 12 odpowiednich spostrzeżeń klinicznych i to nie tylko przypadków rozsianego zapalenia naczyniówki, lecz także oderwania siatkówki, jaskry prostej i kilka przypadków bez zmian wziernikowych. Jeżeli powyższe wyłomaczenie ubytków pierścieniowatych przy zapaleniu naczyniówki jest dosyć przekonującem, to w przypadkach jaskry, a jeszcze bardziej oderwania siatkówki nie może chyba zadowolnić, zwłaszcza, że w tym ostatnim przypadku ścieśnienie pola widzenia kształtem i rozmiarami odpowiada zazwyczaj dosyć dokładnie oderwanej siatkówce. —

*Dr K. W. Majewski.*

*Podwójne zwiecznienie soczewki pod spojówkę* (Double luxation sous-conjonctivale du cristallin). Dr J. Terson (jun.) z Tuluzy. (La Clinique Ophthalmologique. 1899. Nr 21).

*Wyciśnięcie urazowe obydwu soczewek* (Expulsion traumatique des deux cristallins). Dr L. Thilliez z Lille (bidem).

Skutki, jakie uraz oku zadany może za sobą pociągnąć, bywają nieraz szczególne i dziwaczne. Oto w krótkości historia chorego, którą w pierwszej z wymienionych prac podaje Dr Terson. Pewien 56letni wieśniak został przez krowę uderzony rogami w oko lewe. Gdy zgłosił się po poradę, stwierdzono pęknięcie twardówki górą wewnątrz w pobliżu rąbka spojówkowego, mierny wylew krwi do ciała szklistego i do przedniej komory, a pod spojówką gałki znaleziono zwiecznioną przezroczystą soczewkę. Soczewkę wydobyto

z pod spojówki i wypuszczono chorego z dobrą bystrością wzroku i stanem oka takim, jak po operacyi zaćmy. Po 6 latach chory ten uderzył się silnie w to samo oko o jakiś twardy przedmiot; blizna twardówkowa pękła, przyszło do wylania ciała szklistego i sprawa zakończyła się zanikiem gałki i utratą wzroku. W miesiąc później nieszczęśliwego tego człowieka bodzie wół rogim w oko prawe. I tym razem stwierdzono pęknięcie twardówki i zwiechnięcie podspojówkowe soczewki, którą natychmiast usunięto. Uraz wywołał jednak równocześnie znaczny krwotok śródgałkowy i rozległe odzecie siatkówki, a tem samym spowodował zupełną i niepowrotną utratę wzroku.

Omawiając ten niezwykle, a nieszczęśliwy przypadek, podnosi autor, że co do postępowania wobec zwiechnięcia soczewki pod spojówkę, zdania operatorów są podzielone: gdy jedni, jak Massy, Briola, zalecają niezwłocznie usunięcie takiej soczewki, inni, jak Wecker i Panas, radzą czekać, aż rana twardówkowa ulegnie zablźnieniu. —

Historya chorej Dra Thilliez nie mniej jest osobliwą, choć nie tak smutną. Osoba ta zgłosiła się do niego z prośbą o dobór szkieł. Na pierwszy rzut oka zdawało się, że przebyła ona na obydwu oczach operacyę zaćmy z prawidłową irydektomią od góry, przyczem po prawej stronie źrenica była zupełnie czarna, a po lewej zasłaniała ją zaćmiona torebka. W obydwu oczach brak soczewek, ale zresztą żadnych innych głębszych złożeń nie było. — Z opowiadania chorej pokazało się dopiero, że została ona przez krowę ugodzona rogim w oko prawe, a w kilka miesięcy później uderzyła się w oko lewe żelaznym prętem. Dokładniejsze badanie przedmiotowe wykazało, że obydwie te urazy sprawiły skutek jednaki: spowodowały mianowicie pęknięcie twardówki i wyrzuciły przez otwór stąd powstały soczewkę, wejsnąwszy równocześnie tęczęwkę pomiędzy brzozi twardówkowej rany. U prawego oka pozostała torebka, która się następnie zaćmiła, z lewego wyskoczyła soczewka widocznie w zamkniętej torebce. To też lewe oko okazywało przy nżyciu odpowiednich szkieł względnie dobrą bystrość wzroku ( $\frac{1}{4}$ ) w dal i zbliżka, prawe zaś, które z powodu zaćmy wtórorzędnej miało tylko  $\frac{1}{50}$  bystrości, mogło być przez rozcięcie torebki uzyskać znaczną poprawę wzroku, gdyby chora, zadowolniona ze szczęśliwego zakończenia swych nieszczęśliwych przypadków, nie była się sprzeciwiła wszelkiej operacyi.

*Dr. K. W. Majewski.*



*Leczenie ran po operacjach ocznych bez opaski* (Mittheilungen ueber offene Wundbehandlung nach Augenoperationen). Dr K. Mohilla (Centralblatt f. Augenheilk. 1899. XII).

Wychodząc ze zasady, że w sprawach tak wielkiej doniosłości praktycznej tylko bezwzględna prawda może oddać rzetelne usługi, podaje autor niezbyt pomyślną statystykę szeregu operacji, wykonanych na oddziale ocznym Dra Purtschera w Klagenfurcie. Po operacjach tych zastosowano postępowanie Hjorta, zmienione tylko o tyle, że chorym niespokojnym i mniej inteligentnym zakładano na noc siatkę Fuchsa. Autor sam przyznaje, że wyniki tej statystyki nie przedstawiają się świetnie w porównaniu z wynikami, jakie dawniej na tym samym oddziale osiągnano. Zestawienie jego obejmuje 195 operacji: w tej liczbie 118 ekstrakcji płatowych, 76 irydektomii i 1 punkcya rogówki. Na 118 ekstrakcji zanotowano zupełnie pomyślny przebieg w 85 przypadkach; w 33 pozostałych zaszły następujące powikłania: pęknięcie ranki 11 razy, lekka iritis 17 razy, cycelitis 2 razy, zakażenie rany 3 razy. Co do wyników optycznych, — to do zupełnej utraty wzroku przyszło 1 raz. Średnia bystrość wzroku przy wypuszczaniu chorych ze szpitala wynosiła przy pomocy szkieł sferycznych  $\frac{6}{30}$ . Najlepszą bystrość ( $\frac{6}{10}$ ) znaleziono w 4 przypadkach, najgorszą ( $\frac{6}{30}$ ) w 2 przypadkach, nie wliczając w to 2 przypadków zarośnięcia źrenicy i jednego przypadku zupełnego zropienia gałki. — Na 76 wykonanych irydektomii tylko 4 razy przyszło do lekkiego zapalenia teezówki, 1 raz do pęknięcia ranki i wylewu krwi do przedniej komory, — zresztą zawsze przebieg był pomyślny. Punkcya rogówki wykonano dla wypuszczenia zaćmy urazowej miękkiej, a chory po 16 dniach opuścił zakład jako wyleczony.

Zastanawiając się nad wynikami tej statystyki, nie potępia autor jednak w zupełności postępowania Hjorta. Przeciwnie podnosi liczne zalety tego sposobu, zwłaszcza niezmiernie korzystny wpływ jego na nastrój psychiczny operowanych. Niezrażony mniej pomyślnymi wynikami (po operacjach zaćmy) i przypisując je po części innym ubocznym okolicznościom, postanawia autor nie zarzucać nowej metody, lecz stosować ją dalej, z większą jednakże niż dotychczas ogłębnością, to znaczy ograniczyć ją do chorych rozsądniejszych, niespokojnym zaś zawiązywać oczy po dawnemu. —

*Dr K. W. Majewski.*

*Przyczynek do znajomości niektórych rzadkich nieprawidłowości wzroku.* Prof. Dr Sillex (Zeitschrift f. Augenheilk. II. Z. 2).

A) Obustronne równomienne połowiczne widzenie, które równocześnie w obu oczach wystąpiło.

U mężczyzny 66 l. zupełnie zdrowego, oprócz stwardnienia i pokręcenia tętnic skroniowych, wystąpiła mgła przed oczyma, gdy rano wstał ze snu. Oddziaływanie źrenic prawidłowe — ruchy oczu prawidłowe.

$V_{pr.o.} = \frac{2}{9} + 2D$ ;  $Sn\ 0,5\ e + 6D$ ; 25 cm płynnie czyta. Obraz wziernikowy nie odkrywa żadnych zmian na dnie oka. Z pola widzenia utrzymany obszar, składający się z małej części około środka, większej części dołem z prawej strony i małej części dołem z lewej strony. Z początku choroby było pole widzenia nieco większe o część górą z prawej strony. Takie pole widzenia jest w obu oczach. Autor, nie mogąc sobie wyłomaczyć takiego kształtu pola widzenia w ten sposób, w jaki sobie przedstawiamy ograniczenie pola widzenia w połowicznem widzeniu równomiernem lewem — utrzymana bowiem część pola widzenia po lewej stronie tego nie dopuszcza — i wykluczysz zajęcie nerwów wzrokowych w całym ich przebiegu, umiejscawia przyczynę w sferze widzenia obu płatów potylicznych. Uderzającym jest właśnie to, że sprawa chorobowa wystąpiła równocześnie w obu płatach potylicznych, co się rzadko zdarza. Co do rodzaju sprawy mózgowej, to możnaby w tym wieku chorego i przy ogólnej miażdżycy naczyń myśleć o zakrzepie. Z utrzymania środka pola widzenia wnosić należy, że sfera dla plamki żółtej we fissura calcarina nie została dotknięta tą sprawą chorobową. Przy sposobności wyraża się autor z wielkiem powątpiewaniem o możliwości powstawania połowiczego oddziaływania źrenic, objawu, któremu wielu neurologów przypisuje znaczenie rozpoznawcze.

B) Dwa przypadki najmniejszego środkowego pola widzenia.

Przypadków, gdzie wskutek zaniku nerwu wzrokowego pole widzenia zacieśnia się od obwodu (dośrodkowo) coraz bardziej aż do obszaru  $5-10^{\circ}$  w środku z utrzymaniem przez długi czas naosnej bystrości wzroku i rozróżnienia barw, często się nie spotyka.

1. Mężczyzna 60 l. zdrowy, wysoko nadmiernie nie używał, kiły nie miał, robi wrażenie zupełnie ślepego. Jednak  $V = \frac{5}{20}$  i sylabizuje 0,3. — Pole widzenia w samym środku  $5-10^{\circ}$ . Barwy dokładnie rozpoznaje. Wziernik: zanik nerwów wzrokowych, prawdopodobnie wskutek zmian starczych.

2. Mężczyzna 54 l. stracił przed 2 laty wzrok na lewem oku wskutek zapalenia nerwu wzrokowego.  $V\ p.\ o. = \frac{5}{75} + 2D$ . Barwy pr. o. dobrze rozpoznaje. Wziernik: l. o.: zanik nerwu wzrokowego pozapalny, pr. o. wyraźne zapalenie nerwu wzrokowego. Pole widzenia bardzo ścieśnione, wzrok w przeciągu 2 lat spada do  $\frac{1}{2}$  a pole widzenia aż do  $13^{\circ}$  w największym rozmiarze. Zupełna utrata wzroku jest tylko kwestią czasu.

Odporność pęczka włókien makularnych w tych przypadkach możnaby wytłumaczyć tylko większą żywotnością tych włókien u niektórych ludzi.

Podobne najmniejsze pole widzenia środkowe spotyka się jeszcze prócz tego w zwyrodnieniu barwikowem siatkówki i w jaskrze, nie mówiąc o przypadkach na tle neurastenii, które tu nie wchodzą w rachubę. —

C) *Scotoma annulare.*

Urzędnik 52 l. przebył przed 24 l. kiłę — od 10 l. doznaje kurzej ślepoty, a od 6 l. o zmroku chodzić sam nie może. V p. o. około  $\frac{1}{10}$  — plamki rogówkowe — grube zaćmienia w ciałku szklistem — tarcze brudno-szaro-czerwone — naczynia siatkówkowe nadzwyczaj cienkie, gdzieś tam otoczone białymi pochwami. Dookoła tarczy w odległości 1—2 D. P. wieniec barwikowy 2—3 D. P. szeroki na jaśniejszem tle. Plamki czarne, podobne do kształtu ciałek kostnych, leżą w warstwie włókien nerwowych siatkówki. Ognisk naczyńkowych nie ma nigdzie. Pole widzenia od obwodu nieco ścięsiłone, a zmianom w siatkówce dokładnie odpowiada ubytek w polu widzenia pierścieniowaty. Autor spostrzegał podobne zmiany w siatkówce, które bywają uważane za retinitis pigmentosa atypica, 7 razy, i to zawsze u osób dotkniętych kiłą.

*Dr. Kreutz.*

*Uwagi nad wynikami leczenia nosa w chorobach ocznych.* Prof. Dr A. Pergens z Bonn (Zeitschr. f. Augenheilk. T. II. Z. II).

W ostatnich czasach coraz większą uwagę zwracają na związek pomiędzy chorobami nosowemi i ocznemi. Co się tyczy śluzopotoku woreczka łzowego, to autor przekonał się, że niejedynym przypadkiem rozszerzenia woreczka łzowego nie był nieczem innem, jak tylko empyema bocznych jam nosowych, zwłaszcza wtedy, gdy z punktów łzowych nie wycisnąć się nie dało, pomimo istnienia chęłbocącego obrzmienia w okolicy woreczka łzowego. Zresztą doświadczenie poucza, że prawie zawsze śluzopotok woreczka łzowego jest w związku z chorobą nosową — a głównie ozoną, która także często jest tylko objawem przewlekłego schorzenia bocznych jam nosowych.

Dalej stwierdził autor, że zajęcie woreczka łzowego u noworodków nie jest właściwym śluzopotokiem woreczka, ale polega na niedrożności przewodu łzowego, którego ujście do nosa jest zamknięte błoną, pozostałą z życia płodowego. Potwierdza to wynik leczenia; udaje się bowiem prawie zawsze uciskiem na woreczek, a w wyjątkowych przypadkach jednorazowem sondowaniem przedrzeć błonę i drożność przywrócić, a chorobę wyleczyć. W wielu

przypadkach istniało przytem ropne zapalenie spojówek jednego lub obu oczów, klinicznie niezem się różniące od lekko przebiegającego szluzoropotoku spojówkowego u noworodków. Nieżył ten był wywołany niedrożnością przewodu noso-łzowego. Jest to szczegół, na który dotąd zamało zwracano uwagi, uważając wszystkie zapalenia ropne spojówki, gdzie w wydzielinie nie znajdowano dwoinek Neisser'owskich, za osobnego rodzaju ropienie zakaźne. W szluzoropoloku spojówkowym noworodków radzi autor przedewszystkiem szukać gonokoków, a gdy ich nie ma, należy przez kilka dni wyciskać woreczek łzowy; w bardzo wielu przypadkach udaje się tym sposobem osiągnąć wyleczenie w krótkim czasie. Obok tego, gdy ropienie i obrzmienie spojówki jest znaczne, potrzeba szukać także innych drobnoustrojów.

W końcu wspomina autor jeszcze o dwóch przypadkach, gdzie od dłuższego już czasu okresowo powstawały na rąbku rogówkowym małe, wystające pęcherzyki, całkiem niepodobne do flikten lub herpes corneae. Zbadanie nosa i leczenie zmian w nim usunęło chorobę oczu raz na zawsze.

*Dr Kreutz.*

*Zgorzel powiek, spowodowana użyciem lodu.* Plauth (Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde. Styczeń. 1900).

Do przyczyn, wywołujących zgorzel powiek, o których niedawno wzmiankowałem przy opisie mego spostrzeżenia, a które szczegółowo zebrał Roemer w artykule, drukowanym w »Beitraege zur Augenheilk.« als Festgabe für Geheimrath v. Hippel (Halle. 1899), przybywa nowy etyologiczny czynnik. W uniwersyteckiej klinice w Rostoku spostrzegano 43letnią służącą, u której wskutek zapalenia spojówki, połączonego z obrzękiem powiek, przykładano do oka w mieszkaniu kawałki lodu w pęcherzu w ciągu 24 godzin. Po zdjęciu takowego okazało się, że skóra dolnej powieki na całej powierzchni była nekrotyzowaną, na górnej powiece zgorzel była mniej obszerną. W wydzielinach wykryto stafylokokki i streptokoki. Ubytek powoli zakrył się rozrostem nabłonka. Opis uzmysławia dotychczasowa fotografia. Rada praktyczna: nie kłaść lodu bezpośrednio na skórę, lecz pod pęcherz podkładać kompres lub kawałek tłuszczem pokrytego płóciénka.

*Dr J. T.*

*Sprawozdanie z działalności oddziału okulistycznego we wsi Sazanówka.* Franciszek Gumiuński. — Wierzyj. 1899. Str. 7.

Jeśli jestem z zasady przeciwnikiem wysyłania ruchomych oddziałów okulistycznych do gubernii Królestwa Polskiego, to uznaję potrzebę takowych w odludnych miejscowościach cesarstwa rosyjskiego.

• Głównie kuratorium ces. Maryi Aleksandrówny o niewidomych wysłało okulistyczny oddział do wsi Sazanówki, niedaleko m. Przewalska, nad jeziorem Issyk-kul, w obwodzie semiereczyńskim. Kierownikiem oddziałuznaczony był Dr Gumiński, wojskowy lekarz z m. Wiernyj, w pobliżu granicy chińskiej. Oddział, na którego utrzymanie przeznaczono 430 rubli, funkcjonował od 8 czerwca do 28 lipca r. z. Prócz Rosyan, zasięgali porady lekarskiej Kirgizi i Dunganie w liczbie 409 (udzielono porady 2119 chorym). W miejscowości tej silnie panuje jaglica, to też z liczby 164 dokonanych operacji zapisano tylko 7 ekstrakcy katarakt, irydektomii 8, a reszty dokonano na powiekach i spojówce (kantopl. 11, entropion. 29, wyciskanie ziarn jaglicy 69 i małych operacji 48). Przepatrując tablice sprawozdania, widzimy, że przeważna liczba chorych przedstawiała się z chorobami powiek, a mianowicie 323, gdy tymczasem czterech tylko zgłosiło się z nieprawidłowością refrakcyi i akomodacyi. Przy oddziale urządzone były 2 łóżka. Nieuleczalnie ślepych zapisano 22, a to głównie wskutek jaglicy, ospy i jaskry. Uleczalnie niewidomych było 94, a to z powodu chorób spojówki i powiek (66), rogówki (18), tęczówki (13) i soczewki (7).

*Dr J. T.*

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. LXXI. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Mnichowie od 17—23 września.

Na wspólnem posiedzeniu sekcji gynecologiczno-położniczej z sekcją okulistyczną mówił Cramer z Bonn o nieżyłach ocznych u noworodków i o zapobiegawczem odkażaniu ocz noworodków.

Zapalenia rzeżączkowe nie dadzą się klinicznie odróżnić od nierzeżączkowych. Powód do zapaleń ocz noworodków dają obok gonokoków następujące drobnoustroje: pneumokoki, staphylococcus aureus, streptococcus i prątki dyfterytyczne. Część nierzeżączkowych zapaleń zawdzięcza swe pochodzenie bakterjom odpływów połogowych. Zapalenia spojówki na podstawie pneumokoków powstają często przez przeniesienie śliną matki. Otworzenie szpary powiekowej podczas porodu stanowczo zająć może. Doraźne rzeżączki dlatego silniejsze przedstawiają klinicznie od zakażeń następowych objawy, ponieważ oko zaraz po porodzie znajduje się w stanie zmienionym i silniej wskutek tego oddziałuje na wszelkie podrażnienie, aniżeli później.

Z zapobiegawczem postępowaniem Credé'go trzeba zerwać, ponieważ spojówka wskutek podrażnienia, wywołanego przez zapuszczenie środka odkażającego, znajduje się w stanie bardzo przystępnym dla drobnoustrojowego rozwoju, a przez to ułatwia się powstanie zapaleń dobroliwych następowych.

Prawidłową spojówkę noworodków bakterye tylko bardzo powoli i nieznacznie zagnieżdżają. — Protargol okazał się w klinice tamtejszej w 20% rozezynie, jako bardzo dobry środek zapobiegawczy.

Rozprawa: Schatz zastąpił zapuszczanie saletrzanu srebra itrolem, który daleko słabszy wywołuje odczyn.

Kroenig mógł stanowczo stwierdzić, iż już w czasie porodu zakażenie gonokokami może przyjść do skutku, zwłaszcza przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza. Używa oclanu srebra.

Schmidt-Rimpler przemawia za zatrzymaniem nazwy blenorhoea względnie z dodatkiem gonorrhoea. Nie udowodniono osłabienia gonokoków, któreby spowodować mogły słabsze zapalenie, gdyż to samo zakażenie może u rozmaitych osobników wywołać zapalenie o rozmaitem nasileniu. Sch.-R. jest zwolennikiem saletrzanu srebra w 2% rozezynie przy równoczesnem użyciu zimna.

Tegoż zdania jest Laqueur.

Uthoff: Ciężkie przypadki zapaleń spojówkowych przez tak zwane pseudogonokoki należą do rzadkości. Co do gronkowca białego, to wątpliwą jest rzeczą, czy w razie jego obecności można jemu zapalenie przypisywać. Saletrzan srebra jest niewątpliwie najpewniejszym środkiem, któremu protargol, lubo także dobry, nie dorównuje. Postępowanie Credé'go jest dobre, ale nie można do niego ogólnie zobowiązywać. Wrzody rogówki nie bywają wywołane przez gonococcus, ale raczej przez streptococcus, staphylococcus i t. d., a w takich razach środek, który tylko zabójczym jest dla gonokoków, nie wystarcza.

Freund zaleca także saletrzan srebra — niedonoszone mało odporne osobniki atoli okazują silne podrażnienia po stosowaniu tego środka, zastosowanego w celach zapobiegawczych.

Eversbusch zapobiega powstawaniu wrzodów rogówkowych przez równoczesne zapuszczanie rozezynu fizostygminy i pilokarpiny. Skoro atoli choroba rzeżączkowa już wystąpiła, najważniejszą sprawą jest usuwanie wydzieliny i leczenie niedrażniące z okładami lodowymi. Protargol w ciężkich przypadkach mniej korzystnie działa. Zakażenie wśród porodu może nastąpić nawet u dzieci w czepcu na świat przychodzących (Według »Muenchener Med. Wochenschr.« Nr 44. 1899).

W.

2. Towarzystwo okulistów w Petersburgu. Posiedzenie z dnia 18 listopada 1899 r. według st. st.

Dr Czemołoso w opisuje przypadek wkrótce po porodzie zmarłego dziwotworu *diprosopus triophthalmus*. Ponieważ przypadki tego rodzaju dotyczą więcej teratologów, niż okulistów, nadmienię więc tylko, iż środkowe oko w przypadku Dra C., który zbadał osobiście w anat.-pat. instytucie prof. Chiariego ten osobliwy dziwotwór, pochodziło z połączenia dwóch gałek w jedno, a które utworzyły coś nakształt 8. Gałki zrosły się twardówkami. Punkcików łzowych ani załanków półksiężycowych w środkowym oku nie było, nie było też i gruczołów łzowych. 4 nerwy wzrokowe tworzyły 2 skrzyżowania, półkul mózgowych było 4. —

Następuje rozprawa o ortofornie w oftalmiatrii, którą streścił prof. Bellarmino w następujący sposób: ortoforn działa skutecznie w tych wszystkich przypadkach, w których stosujemy jodoform lub kseroform; lepiej stosować go pod postacią 5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> maści, gdyż jako proszek zanadto drażni. —

Dr-kobieta Puliała Kierszbaumer mówi o mięsakach oka. Według Fuchs'a melanosarkoma to najczęstsza postać mięsaka w oku (88<sup>o</sup>/<sub>o</sub>); spostrzeżenia autorki do innych atoli doprowadziły ją wniosków. Ogółem mięsaków zbadała autorka 67, z tych leukosarkomy czyste spostrzegła 27 razy (40,3<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), leukosarkomy z licznymi komórkami napływowego barwika (z okolicznych naczyń krwionośnych) — 27 razy, prawdziwe czerniakowate (melanotyczne) mięsaki spostrzegła 13 razy (19,4<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). Co się tyczy urazu, który według Fuchs'a odgrywać ma w etiologii tych złośliwych nowotworów główną rolę, autorka również nie mogła tego stwierdzić. W sześciu przypadkach autorki mięsak powstał jak gdyby na podstawie zadawnionej sprawy zapalnej, w 12 przypadkach mięsaki oka wywołały zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, w jednym przypadku otrzymała autorka współzulne zapalenie tęczówki na drugim oku, które znikło po usunięciu mięsaka (Dr Czemołoso w i prof. Bellarmino w nie widzą w obrazie chorobowym cech przekonywających o współzulnem pochodzeniu zapalenia tęczówki). Często chorobą, którą następczo sprowadza mięsak oka, jest jaskra, i nie tyle gra tu rolę wielkość nowotworu, jak raczej miejsce lub przestrzeń zajęta przez niego (rozlany mięsak naczyńiówki częściej sprowadza jaskrę, aniżeli górzysty). Dr Kierszbaumer jest zwolenniczką zasady, aby usuwać przez zabieg operacyjny całe oko w razie rozpoznania najmniejszego mięsaka, chociażby nawet bystrość wzroku w oku zajętem była prawidłową, a to dla zapobieżenia nawrotom.

Dr Gagarin usunął u pewnego chorego oko, w stanie zaniku będące, z powodu ostrych napadów jaskry. Po 3 miesiącach

chory zgłosił się powtórnie z mięsakiem w oczodołach. Siedliskiem zwyrodnienia mięsakowego stał się nerw wzrokowy.

Dr Blessig podaje 2 przypadki: 1) u chorego postawiono rozpoznanie neuro-refinitis, po roku zgłosił się tenże chorey z mięsakiem nerwu wzrokowego; 2) mięsak oczodołu zniknął pod wpływem obfitego stosowania pyocyaniny (? przyp. refer.).

Posiedzenie z dnia 16 grudnia 1899 r. według st. st.

Dr Ernroth przedstawia chorego z akromegalią. Chorey liczy lat 27, choroba ciągnie się od 5 lat. Oprócz zaniku nerwów wzrokowych, chorey cierpi i na połowiczną ślepotę.

Dr Gagarin przedstawia chorey z melanosarkoma spojówki wielkości grochu.

Dr Smirnow odczytuje o działaniu na oko nowego znieczulającego środka — peroniny. Dr S. używał  $\frac{1}{3}\%$  rozczynu, gdyż silniejsze wywołują silne przekrwienie i znaczny obrzęk spojówki. W 87% przypadków ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejsza się od peroniny, która nadto wywołuje zwięźlenie źrenicy. Myosis nieznaczna, trwa jednak nawet po jednorazowym zapuszczeniu kropli w poszczególnych razach około 24 godzin. Znieczulenie następuje już w przeciągu  $\frac{1}{2}$ —5 min. czasu; przy naczyniowatych zmęgnięciach rogówki znieczulenia nie bywa. Jeśli uprzednio wpuścić kroplę  $\frac{1}{3}\%$  peroniny, atropina znacznie później ubezwładnia siłą nastawniczą (akomodacyję), opóźnienie to waha się między od  $\frac{1}{2}$  do  $2\frac{1}{2}$  godzin. Co się tyczy działania peroniny w chorobach jaskrowych, to z 10 przypadków jaskry otrzymał Dr S. znieczulenie w 9, przyczem przekrwienie, obrzęk i łzotok nie różniły się niczem od spostrzeganych w oczach zdrowych. W 4 przypadkach przewlekłej jaskry stosował autor nowy środek, jako jedyny lek przeciwochobowy. Od wpuszczania po 1—2 kropli, 3—6 razy dziennie,  $\frac{1}{3}\%$  peroniny bóle ginęły już w pierwszym dniu, ciśnienie wewnątrzgałkowe zmniejszało się, żyły rzęskowe przednie stawały się zaledwie widocznymi, w jednym przypadku rogówka, pod wpływem leku, w części odzyskała swój połysk, w 3 przypadkach nastąpiła poprawa wzroku.

Z rozprawy okazało się, że inni koledzy stosują już  $\frac{1}{4}\%$  rozczyń tego środka, który — jako słabszy — wywołuje jedynie przekrwienie oka. W odpowiedzi Dr S. zwraca uwagę, iż dla uniknięcia obrzęku od  $\frac{1}{3}\%$  peroniny należy wpuszczać 2 krople z jedno lub dwuminutową przerwą. — Za peroniną przemawia i ta okoliczność, iż nowy środek w porównaniu z używanymi rozczyznami kokainy jest o wiele tańszy. Dr Czemołosow sądzi, iż znieczulanie peroniną przy ciałach obcych na rogówce może być



praktycznem z tego względu, iż na szarem tle tęczy łatwiej będzie wyodrębnić corp. alien., usadowione w okolicy źrenicy. —

Dr Dołganow donosi o istniejącej od 4 lat miesiączce z macicy i skóry powiek lewego oka u 25letniej zamężnej kobiety. Za mężem od 17 roku. Wziernik zmian w oku nie wykrywa. Dyschromatopsyi historycznej nie ma, jakkolwiek pola widzenia barw w obydwu oczach, a zwłaszcza w lewem oku, są równomiernie zwężone. Chora cierpi nadto na endometritis chr. i przewlekłe zapalenie tkanki okołojajnikowej. Wyłyżeczkowanie macicy nie usunęło krwawienia ze skóry powiek. Dr D. sam był świadkiem przesączenia się krwi przez nieuszkodzoną skórę powiek. Znaczna ilość czerwonych ciałek, a niewielka białych, potwierdziła, iż istotnie Dr D. miał z krwią do czynienia, a nie z zabarwionym potem, tak zwaną potnicą barwistą (*chromatohydrosis*). —

Dr Karnicki przytacza przypadek zupełnej ślepoty prawego oka, zaniku nerwów i braku zewnętrznej połowy pola widzenia w lewem oku. — Sprawa chorobowa rozwinęła się w przeciągu miesiąca u włościanina, który uległ napaści i został mocno pobity. Bez przytomności leżał po wypadku 4 dni. W okolicy górnego brzoгу lewego oczodołu stwierdzono złamanie kości czołowej. Rozpoznanie: Fractura basis cranii, powikłana uszkodzeniem odłamkami skrzyżowania nerwów wzrokowych i prawego szlaku wzrokowego. *Włodz. Talko.*

### 3. IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie.

Ulthoff z Wrocławia. *O wpływie bocznego oślnienia siatkówki na wzrok naosiowy*: Prelegent podaje sposób przez siebie za pomocą stosownego własnego aparatu przeprowadzany, umożliwiający boczne oślnienie siatkówki pod rozmaitymi kątami przy zmiennem świetle, gdy równocześnie badany odczytuje znaki dla oznaczania bystrości wzrokowej. Wspomniawszy historycznie o podobnych pracach Urbantsehische'a, Schmidt-Rimpler'a i innych, podaje wynik swych badań przedstawionych krzywemi, a zaznacza przedewszystkiem wzajemny stosunek bocznego oślnienia, a oświetlenia znaków. — Im silniejsze pierwsze, tem nierównie silniejsze powinno być drugie dla osiągnięcia równego skutku pod względem wzroku. Stąd praktyczne wnioski co do urządzenia miejscowości szkolnych. —

P. de Obario z Nowego Jorku mówi *o maximum bystrości wzrokowej*: Sposób badania, który prelegent przeprowadzał na sobie i innych, polega na tem, że oznacza się najmniejsze przesunięcie dwóch połów pionowej świetlnej linii. Połowy te przesuwają się bocznie, przyczem one do siebie pozostają zawsze równoległe. Dla swych ocz otrzymał O. dostrzegalne przesunięcie, odpowiadające 12

sekundom. Dalej robił także doświadczenia barwnymi szklami celem dochodzenia, jaki wpływ takowe wywierają na wielkość kąta wzrokowego, przyczem pokazało się, że barwne światło nie ma żadnego pod tym względem wpływu, byle tylko nasilenie światła było jednoznaczne. —

Porównując wyniki, zrobione przez rozmaitych spostrzegaczy, dochodzi do wniosku, że średnio najmniejszy kąt wzrokowy wynosi 14 sekund.

Landolt z Paryża porusza na nowo sprawę *oznaczania szkieł pryzmatycznych*, używanych w praktyce okulistycznej, a mianowicie stosownie do stopnia zbieżności, które one wywołują. Przy zezie  $15^{\circ}$  będziemy zatem potrzebować pryzmatu Nr 15 dla naprawy skutku zbieżności. Dwojenie, zniesione przez pryzmat Nr 10, będzie odpowiadać zbieżności oka czyli kątowi zezu  $10^{\circ}$  i t. d. —

Jocqs z Paryża mówi o *sposobie szybkiego całkowitego zmętnienia przezroczystej soczewki bez rozdarcia torebki*. Usunięcie soczewki przezroczystej, osiągnięte zwykle przez rozcięcie torebki i następne stopniowe usuwanie mas zmętnionych, jest zabiegiem dość niebezpiecznym. Niebezpieczeństwo zakażenia wzrasta, im częściej owe usuwania kory się przeprowadza. Jaskra następową należy prawie do reguły w następstwie przejścia kory do przedniej komórki — nierzadko przychodzi do zapalenia tęczówko-rzęskowego.

Następową zaćmą jest zdarzeniem bardzo częstym. Trzeba ją później przeciąć, co pociąga za sobą odczepienie siatkówki. Przez sposób własny pragnie prelegent zmniejszyć te niebezpieczeństwa, które przedstawił. Sposób Jocqs'a polega na tem, że po rozszerzeniu źrenicy wprowadza się igłę sikawki Pravaz'a do przedniej komórki, naciąga w nią trochę cieczy wodnej, a następnie wkłwa igłę w soczewkę i w nią płyn ten wstrzykuje. W czasie 2—5 dni soczewka zupełnie się zaćmiewa, a wtenczas można ją usunąć, jak zwykłą zaćmę miękka, dla zupełnego zaś oczyszczenia źrenicy wykonać wypłukanie komórek.

Rękoczyn ten, wykonywany wiele razy na króliku i psie, dawał zawsze dobre wyniki. Oko operowane nigdy nie przedstawiało podrażnienia operacyjnego ani też wzmożonego napięcia.

Usuwanie soczewki w ten sposób przeprowadzone przedstawia się tak korzystnie, że operację tę można z największym zapewnieniem dobrego wyniku polecić chorym.

W rozprawie zabiera głos *Wicherkiewicz*: Nie wchodzi w krytykę postępowania p. Jocqs'a, które może dawać rzeczywiście dobre wyniki, chciałbym tylko zaznaczyć, że owe niebezpieczeństwa, przez prelegenta przytoczone, występują wtenczas, gdy zbyt śmiało torebkę przecinamy. Sam w podobnych przypadkach dążę

do tego, by tylko lekkie zrobić nakłucie punkcikowe. Skoro w następnych dniach przekonuję się, że soczewka zaćmiewa się od miejsca nakłucia i że to zaćmienie postępuje, wypuszczam chorego z opieki i polecam mu, by powrócił wtenczas, gdy soczewka zupełnie się zaćmi. Niejednokrotnie z ustępującem zaćmieniem prawie bez najmniejszego odczynu następuje powolne także wessanie. Soczewka w całości zmniejsza się, a wzrok powoli zaczyna się poprawiać tak dalece, że żadnego dalszego nawet rękoczynu przedsięwziąć niekiedy nie potrzeba — w innych jednak razach zwyczajne przecięcie pozostałej torebki wystarcza, ażeby pożądaný osiągnąć pod względem wzroku wynik. —

Hern-Semercote z Anglii mówi: *o operacyjnem leczeniu jaskry.*

Nie trzeba zapominać, tak sądzi prelegent, iż tak w jaskrze ostrej, jak też w przewlekłej, cierpienie pozostawione sobie sprowadza ślepotę. Dlatego zawsze winniśmy przeciw chorobie operacyjnie wkraczać, jeżeli najmniejsze są widoki, że operacya na coś się przydać może. Podczas kiedy powszechnie postępujemy w ten sposób, iż przy jaskrze ostrej, przeciw której iridektomia nie była wystarczającą, wykonujemy jeszcze nadto sklerotomią, jaskra przewlekła zwykle nie bywa operacyom poddawana, a postępowania tego prelegent nie może uznać za właściwe. Wychodząc ze założenia, że jaskra sprawia podwyższenie ucisku w tylnym oka odcinku, winniśmy starać się sprowadzić połączenie dostateczne między przednią a tylną komórką. Czyni to iridektomia. Gdy ta atoli skutku nie sprowadza, wykonuje prelegent następującą dodatkową operacyę: Dwa mm na wewnątrz od brzegu rogówko-twardówkowego wypycha nóż Graefoski w obrębie szpary tęczęwkowej, a ostrze noża obok soczewki wprowadza do ciała szklatego. Przyznaje, że można wywołać zaćmę, ale lekceważy sobie to zdarzenie wobec możliwości zachowania części wzroku. —

Prof. Koster z Leydy: *Elastyczność twardówki i jej stosunek do jaskry.*

Oznaczenie elastyczności twardówki na wyciętych skrawkach nie da się ściśle oznaczyć, gdyż włókna przecięte inaczej się układają. Oznaczając wzmożenie się zawartości gąłki przy regularnem wzmaganiu się napięcia wśródgąłkowego, możemy wypośrodkować elastyczność i zmianę postaci gąłki. W tym celu robił prelegent przy rozmaitym stanie napięcia gąłki odlewy gipsowe, które odcinał w pewnej linii, naznaczonej na gałce błękitem gentianowym. Linie te na odlewie odeiskały się. Odpowiednie przecięcia tych odlewów odrysowywał następnie na papierze jeden na drugim, przez co mógł je bezpośrednio porównywać. Doświadczenia te wykonał na gąłkach wołowych, cielęcych i świńskich. U pierwszych nie

mógł żadnej stwierdzić różnicy przy ciśnieniu wśródgalkowem 25 mm Hg. aż do 175 mm; a z drugiej strony przy obniżeniu aż do 10 mm Hg. Poniżej zaś tego ciśnienia twardówka w tylnym odcinku weiska się na 0.5 mm, w równiku zaś występuje na 0.25 mm. Rogówka zmienia swą postać dopiero, gdy ciśnienie opadło poniżej 5 mm Hg. Widać wtenczas na wewnątrz od rąbka małą rynienkę. Cała rogówka nieco wgłębia się w gałkę. To samo można było spostrzegać przy ciśnieniu poniżej 25 mm. Hg. Po nadto występowało wydęcie w tylnym biegunie, które jednak przy 175 mm Hg. tylko 0.7 mm wynosiło. —

Darier z Paryża mówi: o *mięśnieniu w ocznem lecznictwie*.

Prelegent omawia najprzód rozmaite sposoby mięśnienia od najdawniejszych czasów używane, jako to mięśnienie powiek, spojówki, rogówki, mięśnienie zwyczajne i lekowe, dalej zastanawia się szerzej na mięśnieniu wibrującem Maklakowa, a zwłaszcza nad mięśnieniem połączonem z tłoczeniem Dr. Domoca (*Massage pression*). To ostatnie o tyle jest korzystniejszem, że obyc się przy tem można i bez pomocy asystenta i bez przyrządu. Wykonuje się przez ciśnienie powieki na rogówkę. Przez ciśnienie na rogówkę ciecz wodna nie dająca się ścisnąć wywiera ciśnienie na tęczówkę, wypycha w tył soczewkę, napina wiazadło Zinna, a dalej przenosi się skutek ciśnienia na głębsze części oka. Po pewnej ilości takich posiedzeń mięśnienia wzmagą się siła akomodacyjna, a niedomoga (*asthenopia*) akomodacyjna ustępuje zupełnie. U młodych nadwzrocznych rozciąganie wiazadła łączące się z akomodacją umożliwiłoby obywanie się bez szkiele sferycznych przy Hp. poniżej 3 diop. U niektórych zezujących posiadających nadto niedowidzenie wskutek hypermetropii mięśnienie-tłoczenie ma pozwalać przywrócić obuoczne widzenie i wyleczyć zupełnie z zezu.

W krótkowidztwie mięśnienie miałyby znów działać podniecająco na mięsień rzęskowy i wywoływać wymianę odżywezą soków wśródgalkowych. Obniżenie wybitne ciśnienia wśródgalkowego można tłomaczyć sobie przez mechaniczne rozszerzenie kąta tęczówko-rogówkowego, dozwalające łatwiejsze wypróżnienie cieczy wodnej, która nie mogąc być ściśniętą, stara się ujść naturalnemi drogami wydzielniczemi. Mięśnienie ma nadto posiadać działanie troficzne na naczyniówkę i siatkówkę według tego, co twierdzi Gradenigo na podstawie swych mikroskopowych preparatów.

(Dokończenie nastąpi).

W.

## IV. LECZNICTWO.

5. Eufialmina rozszerza silnie źrenicę i to w rozczynach 2—5% na krótki tylko czas, nie porażając przytem akomodacyi albo bardzo tylko lekko, pozatem nie działa szkodliwie na nabłonek rogówki i nie drażni spojówki, a nadto nie ma oddziaływać szkodliwie na napięcie wśródoczne. (Therap. Monatschrift. Grudzień. 1899).

6. Wziewanie rozpylonej rtęci pragnie wprowadzić w lecznictwo Dr Kutner w Berlinie, przypuszczając, że przy wcierkach tylko przez wziewanie wogóle rtęć działa, a dawkowanie jej jest niemożliwym; gdy przeciwnie wziewana z przyrządu, w którym się szara rtęciowa maść rozpyła, ilość spotrzebowanego środka da się dokładnie obliczyć. — Badanie moczu, wykonywane systematycznie przez aptekarza Eschbauma według nowego sposobu oznaczania rtęci, wykazało, że przy wziewaniu półgodzinnem dziennie tyle dostaje się rtęci do organizmu po kilku posiedzeniach, iż można wykazać ważeniem ilość rtęci. Dla zapobieżenia stomatitis, która przy tym sposobie stosowania rtęci łatwo się rozwija, często płukać chorzy winni usta za pomocą kali chloricum (Berl. klin. Wochenschrift. Nr 2. 1900).

7. Leczenie róży. Na podstawie pięcioletniego doświadczenia nad znaczeniem rozmaitych sposobów leczniczych przeciw róży daje Fischer pierwszeństwo loczeniu alkoholem, stosowanym w następujący sposób: Chorą część ciała obwija się kilkakrotnie muslinem, poczem napaja się go wyskokiem 85—90%. Zazwyczaj wystarcza 1—3 litrów wyskoku dla usunięcia choroby.

8. Skuteczne bardzo przyszczydło poleca Dr Guépin: Rp. Liq. Ammonii caust. 5.0, Ol. camphor. 10.0 mds., stosownie wielki wacik, napojony tym płynem, przykładą się na miejsce wskazane na 15 minut. (Muench. Med. Wochenschrift. 1899. Nr 45).

9. Kurcz powiek (*blepharospasmus*), powstały u 69letniej osoby bez wiadomej przyczyny, leczyl z powodzeniem prof. Mellinger, zastrzykując podskórnie codziennie 1/2% rozczyn strychniny, i to z początku 2, później 4 podziałki sikawki Pravaz'a (XXXV. Jahresbericht der Baseler Augenklinik). W.

## V. ROZMAIŃOŚCI.

Dżuma a oko. Zmiany, dostrzegane przez Calmetto'go i Salimbeni'ego w Oporto, były następujące: nastrzykania mocniejsze spojówki, niokiody wybroczyny, a czasami nabieg wodnisty (*chemosis*), rzadko krostki na spojówce. Raz jedyni widzieli i autorowie krostki na tęczówce obok przyczepin z następowem hypopyon. (Annales de l'Institut Pasteur. Nr 12).

**Akyanopsya** przy nerce marskiej. Wobec podania, zrobionego przez prof. Koeniga na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Berlinie, a dotyczącego akyanopsyi w pownych okęgach siatkówki u osób dotkniętych zapaleniami siatkówki retinitis albuminurica, syphilitica, centralis, bez wiadomej przyczyny, jako też przy odezpieniu siatkówki, a nawet wtenczas, kiedy oftalmoskopijnie nie można żadnych wybitnych stwierdzić zmian, przypomniał sobie Dr Landgraf, były asystent Gerhardt'a w Berlinie, że na tegoż stacyi widział chorego, który, dotknięty marskością nerek, skarżył się, iż niebieskie przedmioty przedstawiają mu się czarno. Obecnie w krótkiej pracy zaznacza Gerhardt sam, że często chorych na nerki wypytywał się o zdolność rozpoznawania barw, a w dwóch odnośnych przypadkach rzeczywiście stwierdził mógl, iż chorzy ci barwy niebieskiej nie rozpoznawali. — Szczegółów atoli nie dowiadujemy się, gdyż ich nie dochodzono. — (Muenchener Med. Wochenschrift. Nr 1. 1900).

**Okuliści polscy.** W dalszym ciągu podano nam dotąd jeszcze następujące nazwiska: Dr Wacław Rymśza we własnym majątku ziemskim Hurynowszczyzna, gub. Mińska, pow. Shucki; Dr Franciszek Gumiński, Wiernyj, obwód Siemireczyński; Dr Marian Cywiński, Mohilew Białoruski. — Oczekujemy dalszych zgłoszeń.

**Sekcyja okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich:**

Gospodarz: Prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz (Wolska, 11).  
Sekretarz: Dr K. W. Majewski (ul. Kopernika, Klinika okulist.)

Temata obrad:

- 1) „Jaskra pod względem patogenezy i terapii“, sprawozdawca: Doc. Dr Franciszek Sroczyński (Kraków).
- 2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“, sprawozdawca Dr Bron. Januszkiewicz (Warszawa).
- 3) „Znaczenie lecznicze i technika syndesmoplastyki“, sprawozdawca prof. Dr Wicherkiewicz (Kraków).
- 4) „Patologia jaglicy“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.
- 5) „Walka z jaglicą, jako klęska społeczna“, sprawozdawcy Dr Z. Kramsztyk, Dr Cotnarowicz i Dr J. Steinhaus (Warszawa).

Wykłady i demonstracye:

- 1) Dr J. Steinhaus (Warszawa): „Zmiany anatomiczne w odezwanej siatkówce“.
- 2) Prof. Wicherkiewicz: „Przyczynek do etyologii odezpienia siatkówki“.

Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu odbędzie w tym roku posiedzenie w dniach 12, 14 i 15 września. Zgłoszenia wykładów i demonstracyi przyjmuje aż do d. 1 sierpnia Dr W. Hess w Moguncyi.

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Gepner, jun., mianowany ordynatorem instytutu oftalmicznego, a Dr Januszkiewicz Bronisław nowego szpitala Dzieciątka Jezus, w Warszawie.

Dr M. Sachs habilitował się dla oftalmologii przy uniwersytecie w Wiedniu.

Doc. pryw. Groenow w Wrocławiu mianowany prof. nadzwyczajnym.

Nadzw. prof. Dr Mellinger w Bazylei mianowany zwyczajnym.

Docent Dr Schloesser w Mnichowie mianowany profesorem nadzwyczajnym.

Prof. Guaita ze Sieny powołany na prof. okulistyki do Florencyi.

Na opróżnioną przez śmierć Borysiekiewicza katedrę okulistyki w Gracu postawił wydział lekarski tegoż uniwersytetu jako kandydatów *primo loco* Dimmera, *secundo loco* Birnbachera, a *tertio* Bernheimera, Elschniga, Wintersteinera.

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

### Mooren Albert

umarł nagle na udar sercowy dnia 31 grudnia z. r. w Dyseldorfie.

Urodzony d. 25 lipca 1828 r. w Oedt, w prowincyi Nadreńskiej, odbywał studia lekarskie w Bonn i Berlinie, a r. 1854 uzyskał stopień doktora, poczem pod kierunkiem Albrechta Graefego oddawał się z zamiłowaniem okulistyce, zawsze jednak utrzymując styczność z praktyką ogólną, której też do końca swego życia pozostał wiernym. Zachowanie tej styczności ciągłej, opartej na wykonywaniu praktyki ogólnej obok swej specjalności, dało mu szerszą podstawę w ocenianiu chorób ocznych, biorących, jak wiemy, początek bardzo często w zaburzeniach oddalonych albo ogólnych naszego ustroju. W licznych jego publikacjach odzwierciedla się znakomicie to odnoszenie chorób ocznych do właściwych przyczyn w połączeniu z cennymi właściwymi wnioskami.

Z początku praktykował w rodzinnem mieście, ale już w roku 1862 przeniósł się do Dyseldorfu, by objąć kierownictwo miejskiego zakładu ocznego. Od r. 1868 prowadził nadto przez 10 lat w Leodyum „Institut ophthalm. de Liège“, gdzie co 6 tygodni przybywał dla wykonywania operacji i wskazywania sposobów leczniczych dla chorych zakładu.

Z licznych jego prac zasługują na szczegółowe zaznaczenie następujące:

„Ueber sympathische Gesichtsstörungen“. 1869.

„Gesichtsstörungen u. Uterinleiden“. 1881.

„Fuenf Lustren ophthalm. Thactigkeit“. 1882.

„Hauteinflusse u. Gesichtsstörungen“. 1884.

„Einige Bemerkungen ueber Glaukomentwicklung“ („Archiv f. Aughekunde“. XIII).

Operator nadzwyczaj zręczny i szczęśliwy, ściągając z dalekich stron Europy, a nawet Ameryki chorych do siebie, dzieląc sławę znakomitego okulisty praktyka z Aleksandrem Pagenstecherem z Wiesbaden.

W uznaniu zasług mianowany był przez rząd pruski radcą zdrowia, a nadto otrzymał tytuł profesora. H.

## VIII. OD REDAKCYI.

Rocznik drugi, 1900, »Postępu« poświęcić postanowiliśmy Uniwersytetowi Jagiellońskiemu z okoliczności 500letniego Jubileuszu wszechnicy krakowskiej. Szanownych Kolegów, którzyby, biorąc udział w pracy zbiorowej »Postępu«, zechcieli przyczynić się do oddania hołdu naszej prastarej Alma Mater Jagellonica, prosimy, aby wcześniej nadesłali nam rękopisy. Posiadając bowiem stosowny dobór prac, będziemy mogli układ pojedynczych numerów wcześniej oznaczyć, a ryciny odpowiednim firmom do odtworzenia powierzyć.

Otrzymałmy następująco pismo:

Szanowny Redaktorze!

Na stronie 523 »Postępu Okulistycznego« szan. kolega Talko, streszczając moje sprawozdanie z czynności oddziału okulistycznego we Lwowie, tak pisze: Operacyi zaćm wykonano 1022. Redaktor<sup>1)</sup> zaś od siebie zamieścił następujący dopisek: „Tak oznaczono na str. 26; na stronie 19 podano liczbę o 100 wyżej“. Gdyby to było prawdą, nie świadczyłoby chlubnie o dokładności liczb naszego sprawozdania; w liczeniu katarakt chyba o 100 pomylić się nie wypada. Lecz tu jest szan. Redaktor w błędzie. Na stronie 19 stoi najwyraźniej: „Wydobycie soczewki z oka (*extractio*) ... 1023“. Wprawdzie zaszedł tu błąd drukarski i to o jedną kataraktę, czego korektor nie dojrzał — więc nie mógłbym mieć nic przeciwko temu, gdyby szan. Redaktor<sup>1)</sup> napisał, że na str. 26 o jedną kataraktę mniej podano, niż na str. 19. Lecz skąd się wzięło aż 100?

We Lwowie, 8 lutego 1900.

Z koleżeńskim pozdrowieniem  
*Dr. Machek.*

## Omyłki drukarskie.

Str. 21, wiersz 4, zam. Urbanka, czyt.: Urtauba.

<sup>1)</sup> Nie redaktor, lecz referent.



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

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

Marzec

—+— ROCZNIK DRUGI —+—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Wągr oka w Polsce.

Zebrał i nowemi spostrzeżeniami uzupełnił

DR JÓZEF TALKO.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. lubels. d. 5 lutego 1900 roku).

Dr A. Kraemer z Zurychu posiłkował się przy napisaniu swej klasycznej pracy »Die thierischen Schmarotzer des Auges«<sup>1)</sup> ósmioma przypadkami wągra powiek i sąsiednich części, 51 opisami podspojówkowego wągra, 10 wągra w oczodole, 36 w komórce oka, jednym w soczewce (? A. v. Graefe), 122 przypadkami w ciele szklistem, wreszcie 72 — pod siatkówką. To jest znalazł do tej pory opisanych 300 spostrzeżeń wągra ocznego, liczbę niezaprzeczenie nie odpowiadającą wszystkim do dziś dnia spostrzeganyim przypadkom w rozmaitych krajach Europy i Ameryki, nie wszystkie bowiem były opisywane. —

<sup>1)</sup> Graefe-Saemisch: Handbuch d. ges. Augenheilkunde 9, 10 u. 11 Lieferung. Leipzig. 1899, str. 1—182.

Kol. T. Bałłaban zebrał więcej opisów, aczkolwiek swój artykuł ogłosił o rok wcześniej<sup>1)</sup>: ogólną liczbę podaje on 324, z której połowa (162) przypada na szczęśliwe pod tym względem Niemcy<sup>2)</sup>, wtedy, gdy we Francyi spostrzegano tylko 23 przypadki, we Włoszech 25, w Anglii 13, w Ameryce 12, w Austrii 36. Na Rosyę podaje 14, a na Polskę 17 przypadków. Zobaczymy, że te dwie ostatnie liczby znacznie się powiększyły, szczególnie odnośnie do ziem polskich.

W Polsce wągra spostrzegano dotąd pod spojówką, w przedniej komórce oka, w ciele szklistem, pod siatkówką i w oczodole.

Poniżej podaję w streszczeniu ze wskazaniem źródeł opisane już przez kolegów spostrzeżenia w naszych czasopismach, uzupełniając takowe nowymi, dotąd jeszcze nieogłoszonymi przypadkami wągra — jednego z najezdzców oka ludzkiego.

I. Wągr oczodołowy (*cysticercus orbitae*), jak wiadomo, występuje siedm razy rzadziej, niż bąblowiec (*echinococcus*)<sup>3)</sup> i nigdy nie wytwarza tak obszernych, groźących przebieciem ścian oczodołu torbieli, jak ten ostatni. Zwykle objawia się pod postacią tenonitis. U nas spostrzegał pierwszy przypadek kol. W. Kamocki w warszawskim ocznym instytucie w r. 1897. Wspomina o nim w dwóch słowach kol. Bałłaban w powyższym swym artykule. Jak mi donosi kol. Kamocki listem z d. 17 grudnia 1899 r., przypadek ten miał miejsce u młodej panienki, a jak podaje Dr B. Wagner<sup>4)</sup> u dziecka (Nr 7, tabl. II).

<sup>1)</sup> Dr T. Bałłaban: Przypadek wągra w c. szklistem w »Przeglądzie Lek.« Nra 35 i 36, 1898.

<sup>2)</sup> Od czasu obowiązkowego badania mięsa przypadki wągra widocznie się zmniejszyły, i tak według Hirschberg'a (Die Entwicklung der Augenheilkunde im neunzehnten Jahrhundert, »Berl. Klin. Wochenschrift«. Nr 4. 1900) przypadało w Niemczech na 60 tysięcy chorych ocznych 70 przypadków wągra, po zaprowadzeniu zaś tego obowiązku 3 przypadki na 73 tysiące chorych. W.

<sup>3)</sup> W Bibliografii A. Kraemera zebrano 70 opisów oczodołowego bąblowca.

<sup>4)</sup> Kronika Lekarska Nr 13, 1899.

Wągr mieścił się na zewnątrz powięzi Tenon'a, poza przyczepem mięśnia prostego zewnętrznego; w zwykłych warunkach był niewidocznym, dopiero przy skrajnem skierowaniu gałki ku nosowi, uwidocznił się jako jajowata wyniosłość. Rozpoznanie postawione było dopiero przy operacyi; dla głębokiego bowiem umieszczenia nie wykonano przeświecania torbieli.

Drugi przypadek spostrzegł Dr A. Szuliński (Lwów), który mi go tak opisuje:

Dr P., l. 27, ze Lwowa, opowiada, że w maju r. 1896 jechał w nocy wśród wiatru i deszczu przez 3 godziny, poczem nastąpiło dość znaczne nastrzykanie spojówkowe i obrzęk kielbasowaty spojówki gałkowej, nadto dość znaczne bóle w gałce lewej bez ścisłego umiejscowienia. Po 7 dniach objawy te ustąpiły. W ciągu r. 1897 występowały w przerwach 1—2 miesięcznych słabe bóle w lewym oczodole, połączone z mniej lub więcej wybitnym obrzękiem pod dolną powieką, które po 3 tygodniach zazwyczaj ustępowały. Używanie alkoholu lub niewyspanie stan pogarszało.

W lutym lub marcu 1899 roku wystąpiły po raz pierwszy podwójne obrazy. Kiła wykluczona. Z początkiem kwietnia 1899 roku stwierdzić można było lekki, ale wyraźny trzeszcz gałki ocznej lewej, nastrzykanie spojówki gałkowej i porażenie mięśnia prostego górnego. Dno oka i bystrość wzroku prawidłowe. Polecono: Natr. salicyl., elektryzowanie prądem stałym, później Kali jodat. i t. d.

W ciągu roku 1899 stan stale się pogarsza. Trzeszcz gałki staje się wyraźniejszym, — w maju występuje porażenie mięśnia zewnętrznego prostego, w sierpniu zaś prostego dolnego. Dno oka i bystrość wzroku bez zmiany. Z początkiem grudnia spostrzegł kol. P. wypuklenie guziczkowe w załamku dolnym, które po długiej niebytności przyszedł mi przedstawić. Stwierdzono wówczas mniej więcej w samym środku dolnego załamka guziczkowe łagodnie się wznoszące wypuklenie wielkości grochu, żółtawo-różowawe z poza spojówki przeświecające. Naczynia spojówki gałkowej szerokie, rozdęte, postronkowate. — Po ostrożnem nacięciu spojówki, guz pokrywającej, wylewa się

obficie ropa, a z nią wypływa pęcherz wielkości dużego grochu, na którym można wykazać główkę, z wszystkimi szczegółami, jednym słowem typowy wąż.

Gojenie prawidłowe. Sprawność mięśnia prostego górnego dotychczas jeszcze nie powróciła (t. j. do lutego b. r.) Przypadek ten drukiem nieogłoszony.

II. A) Wąż pod spojówką (*cysticercus subconjunctivalis*).

Spostrzegali go w następującym porządku:

1. Dr J. Talko (Lublin). Wąż pod spojówką oka, z ryciną (»Medycyna« 1875. III. 257); też samo w »Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde« XIII, str. 299—303. 13letnia chora była Izraelitką z guberni lubelskiej. Wąż wyrastał w dolnym przejściowym załamku lewego oka. Operowałem z pomyślnym wynikiem; torbiel była dość gruba.
2. Dr J. Kilariski (Lwów). Wąż spojówki. Przypadek opowiedziany w Tow. lek. galic. d. 16 czerwca (»Przegl. Lek.« 1876. XV, str. 445). Torbiel wielkości orzecha laskowego znajdowała się u 5letniej dziewczynki na granicy spojówki gałkowej i załamkowej. Rozpoznanie węża zostało stwierdzone pooperacyjnem zbadaniem wyciętej torbieli.
3. Dr J. Przybylski (Warszawa). Wąż podspojówkowy, z ryciną (»Gazeta Lek.« 1880. Nr 25). Przypadek miał miejsce u 30letniej Podolanki, u której autor dokonał operacji z pomyślnym wynikiem. Wąż wyrastał w wewnętrznym kącie lewego oka, nieco pod górną powieką, przyczem dolna  $\frac{1}{3}$  część guzka przykrywała się załamkiem półksiężycowym. Obecność pasożyta w wyciętej torbieli stwierdził prof. Brodowski.
4. Prof. L. Rydel (Kraków) wydobyl węża z pod spojówki oka u młodej Izraelitki. Wspomina o tym przypadku kol. Sroczyński w »Przegl. Lek.« 1890, Nr 42, str. 596.
5. Dr J. Talko (Radom). Wypadek węża podspojówkowego, z 3 rycinami, z drobnowidowem badaniem torbieli pasożyta. 7letnia dziewczynka, urodzona i mieszkająca w Radomiu. Pasożyt rozrastał się między dolnym przejścio-

- wym załamkiem i rogówką, w nosowym kącie prawego oka. Operowano pomyślnie. (»Nowiny Lek.« 1895. Nr 5).
6. Dr W. Kamocki (Warszawa) opisał rzadki przypadek 2 jednocześnie wągrów (*cysticercus duplex*) w nosowym kącie prawej gałki u 5letniej włościańskiej dziewczynki, Maryanny Ch., spostrzegany i operowany w warszawskim ocznym instytucie. Pęcherze wyrosły w ciągu 5 tygodni. Przy operacji sąsiadujących z sobą jajowato-kulistych pęcherzyków kol. Gepner (ojciec) wydobyl z każdego wągra, chociaż u jednego główki nie odszukano. Chora z guberni warszawskiej (»Gazeta Lek.« 1882, II, str. 576, z ryciną<sup>1)</sup>). Br. Wagner zapisał go pod Nr. 3, tablicy II).
7. Dr Gepner (syn) w roku 1897 operował z powodzeniem podspojówkowego wągra u 14letniej Izraelitki P. J. z Włocławka w warszawskim ocznym instytucie. Owalny pęcherz wyrastał od 3 tygodni na prawem oku, odpowiednio przyczepowi mięśnia dolnego, to jest poniżej rogówki. Po rozpoznaniu pasożyta wyłuszczone pęcherz, odłączywszy go od twardówki, do której przyrastał. Po załamowaniu obfitego krwotoku i użyciu 3 szwów, rana w spojówce zagoiła się. W otoczeniu torbieli znaleziono wiele olbrzymich komórek. Przypadek ten zapisany w powyższym artykule kol. Bol. Wagnera jako przypadek IV.
8. Dr W. Kamocki (tamże) 1897 r. wyciął podspojówkowego wągra w dolnym załamku (*fornix*) lewego oka u 11letniej panienki Grodzkiej. Przypadek ten, nieopisany jak i poprzedni przez kol. G. i K., wykazany u Wagnera w tabl. II, pod nrem 8.
- 9 i 10. Dwa przypadki (u kobiety i mężczyzny) wągra pod spojówką spostrzegano w klinice okul. Uniw. Jagiellońskiego w roku 1897 (»Wiadomości z kliniki okulistycznej

---

<sup>1)</sup> Dr A. Kraemer w powyższej swej monografii na str. 27 tak mówi: »Pęcherz podspojówkowy wągra zwykle bywa pojedynczy (*solitar*), tylko w jednym przypadku Dra Kamockiego były dwa podspojówkowe pęcherze wągra, jeden przy drugim, w wewnętrznym kącie prawego oka, między rogówką i t. zw. łz. mięskiem«.

w Krakowie« 1898, str. 21). Czy były operowane — nie wiadomo mi<sup>1)</sup>).

11. Trzeci przypadek ja operowałem w Lublinie, którego opisu podaję w krótkości, dodając, że wszystkie trzy moje przypadki wągra podspojówkowego spostrzegalem u małych dziewcząt, z których dwie były starozakonnymi.

27 maja 1898 r. przyjechali do mnie z miasteczka Opole (gubernia lubelska) starozakonni Goldbergowie, przywiozłszy do porady 9letnią, zdrową i dość przystojną córkę Surę, którą szpecił guzek, wyrastający na powierzchni lewej gałki ocznej. Po tygodniowym zapaleniu spojówki tego oka, bez żadnej zewnętrznej przyczyny, począł wyrastać na gałce dziewczynki guzek, który w ciągu miesiąca dorósł wielkości pestki daktylowej. Miał on postać poprzeczno-jajowatą, rozrastał się między mm. rectus internus i rectus superior, jednym końcem dosięgał prawie górno-nosowego brzegu rogówki, drugim dochodził do załamka półksiężycowego, który go nieco przykrywał. Guzek utrudniał ruchy górnej powieki, nie przeszkadzając zakryciu oka powiekami. Niebolesny, sprężysty, mało ruchomy, był silnie unaczynionym i miał wygląd podspojówkowego mięsaka o gładkiej powierzchni, lub też ropnia. Prawda, przypominał on mi podspojówkowego wągra, lecz o istocie utworu przekonałem się dopiero podczas operacyi, na którą zgodzili się rodzice pacjentki. Po znieczuleniu oka kokainą i odciągnięciu gałki na zewnątrz, rozciąłem spojówkę wzdłuż guzka, lecz przy oddzielaniu jej od przyrośniętej mocno torbieli, podczas obfitego krwawienia ta ostatnia została w jednym miejscu przeciętą i przez otwór pokazała się biała, przezroczysta, galaretowata masa, jaką zwykle bywa zawartość w torbielach wągra. Jakoż rzeczywiście po wyluszczeniu tej ostatniej znalazłem w jej zawartości biały pęcherzyk

---

<sup>1)</sup> Były operowane: u mężczyzny przezemnie, u kobiety zaś przez I asystenta kliniki Dra Brudzewskiego. W.

wągra, wielkości niewielkiego grochu, z szyją i głową usianą wieńcem haczyków wokoło ryjka (*rostellum*) i charakteryzującą się sysawkami czyli banieczkami (*ventouses s. oscula*). Pasożyta tego przedstawiałem wielu kolegom pod drobnowidem w szpitalu św. Wincentego. Ściany tej torbieli przedstawiały się dość zbite i grube przeszło  $\frac{1}{2}$  mm. Ranę spojówki połączyłem dwoma szwami, które usunąłem po 4 dniach, a po tygodniu pacjentka wyjechała z Lublina z niewielkim przekrwieniem nosowej strony gałki.

12. Wreszcie ostatni przypadek podspojówkowego wągra. W radomskim moim przypadku opisałem, że torbiel wągrowa była dość ruchomą i nieraz przez swawolę chorej wiązała między powiekami. Pozostawiony sobie wągr albo obumiera w podspojówkowej torbieli, albo się wydziela przez ropienie (Sichel). Nie spostrzegano jednak dotąd, aby torbiel wągrowa zupełnie wypadła z oka przy tarciu go (porównaj spostrzeżenie Prawosuda). Przypadek taki w końcu zeszłego roku spostrzegał kol. Kamocki.

Przeprowadziła do niego matka 3letnią dziewczynkę, Polkę, z wielkim przestraczem, opowiadając, iż przed dwoma tygodniami odbywała połóg. Przed położeniem się do łóżka spostrzegła, że dziecko ma jakąś krostę na oku, lecz jej własny stan nie pozwolił jej tem bliżej się zajmować. Podniósłszy się z łóżka, dopiero zauważyła, że krostka zamieniła się w spory guzek, z którego, po przypadkowem potarciu oka ręką, wyszedł jakiś pęcherzyk. Przyniesiony *corpus delicti* okazał się świeżutkim wągrem; w dolnej zaś części gałki, tuż pod lewą rogówką znalazłem pękniętą, nacieczoną krwią spojówkę i świeże, nieco wygórowane gniazdo, dopieroco opuszczone przez wągra.

Z powyższych opisów widzimy, że wągr pod spojówką przeważnie spostrzegany bywa u kobiet (na 12 przypadków 10 razy), przytem zwykle u małych dziewcząt, od 3—14 lat. Ulubionem miejscem jego usadowienia się jest dolny prze-

ściowy załamek spojówki, a także nosowa połowa gałki ocznej w stronie obfitującej w tkankę łączną okolicy mięska łzowego.

O moich dwóch przypadkach (Nr 1 i 5) i spostrzeżeniu kol. Kamockiego (Nr 6), nazwanego Konweki (!), a także o spostrzeżeniu kol. Przybylskiego (Nr 3) wspomina w bibliografii w powyżej cytowanej swej pracy Dr A. Kraemer. Inne, jako późniejsze, a także nieopisane, nie zostały uwzględnione przez szwajcarskiego uczonego.

Takim sposobem dotąd w Polsce spostrzegano 12 przypadków podspojówkowego wągra. W Rosyi zaś operowano go tylko 2 razy: Dr Blessig u 23letniej kobiety w Petersburgu (w r. 1890), a Dr Prawosud u 17letniego włościanina w Moskwie (w r. 1896) — u tego ostatniego wągr wyszedł przy lekkim uciskaniu twardówkowego pęczcherza. Trzeci przypadek podspojówkowego wągra spostrzegał u kobiety Dr Krajski w Bessarabii (r. 1899) — chora, nosząca prócz tego 20 guzków wągrowych na ciele, nie chciała się poddać operacji lekarskiej, lecz udała się do znachorki, która przekłuła guzek oczny sztydłem (!). Trzy te przypadki przypadają na 12 spostrzeganych w Polsce, t. j. u nas wągr pod spojówką zdarza się 4 razy częściej, aniżeli w guberniach cesarstwa rosyjskiego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

## 2. O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(Dokończenie.)

Ograniczam się na przytoczeniu powyższych przypadków, zaznaczyć atoli muszę, że już poprzednio przez cały szereg lat leczyłem ciężkie zapalenia noworodków i dzieci starszych, dotkniętych tak zwanem skrofulicznym, pryszczykowem zapaleniem rogówki, już to kąpielami sublimatowemi, już też piguł-



kami, względnie proszkami kalomelowymi, a zawsze z dobrym skutkiem tam, gdzie zwykły przeciw objawom skrofulicznemu skierowany sposób leczenia mało okazywał się skutecznym. Wybrałem zaś jako okazowe przypadki właśnie powyżej opisane, w ogóle może mniej od wielu innych uporczywe i ciężkie, jako takie, na których pewne znamiona były nie są zatarte obrazem, zwykle za skrofuliczny uważanym.

Dla należytego ocenienia obrazu klinicznego, nie od rzeczy może będzie przypomnieć sobie przedewszystkiem wypryskowe zapalenia rogówki, z którymi postacią poprzednio przez nas przytoczone dużo mają podobieństwa.

Wypryskowe zapalenie rogówki odznacza się wystąpieniem szybko przemijającym nalotów ograniczonych, wyniosłych, szarych, które znikają, by ustąpić miejsca nowym na innym miejscu. Towarzyszy im zawsze wyprysk na twarzy, powiekach, za uszami i t. d.

Występuje w dwóch postaciach, tak samo jak zapalenie wypryskowe spojówki, t. j. 1. jako pojedyncze małe pęcherzyki pod błoną Bowman'a. Takowe często znikają bez śladu prawie, albo też pozostawiają po strąceniu powłoczki małe ubytki, który tylko w razie obecności stosownych drobnoustrojów mogą w nieczysty zamienić się wrzodzik. 2. Drugą postacią stanowią większe wykwity głębiej w rogówkę wnikające szaro-białe i szaro-żółte. I te mogą bez strącenia powłoczki zniknąć, ale po dłuższym czasie i z pozostawieniem plamki. Często zaś po strąceniu powłoki wrzód nacieczony wnika jeszcze w głąb. Od brzegu pod nabłonkiem rogówki przesuwa się naczyńca i wrzód ów okalają albo pokrywają. Przebieg wolny, wyrównanie przez wytworzenie tkanki łącznej, pokrywającej ubytek aż do wyrównania się z powierzchnią rogówki albo też przypłaszczenie tejże.

W miejscu naczyń, które znikają, powstaje zmętnienie więcej powierzchowne, ale dość ściśle.

Nierzadko większy naciek w rodzaju pęcherza impetigowika się z głębszem zajęciem rogówki i zapaleniem tęczęwki.

Przychodzi do perforacji z następstwami, których tutaj zaznaczać nie mam powodu.

Znane one są każdemu okuliście, na co jednakże w niniejszej pracy pragnę zwrócić uwagę, to na te, może nieco mało pochwytnie, znamiona, jakie przy ścisłym badaniu niekiedy będziemy mogli zaznaczyć. Przyznaję, że one ogólnem cierpieniem, a więcej jeszcze szematyzmem, przyjętym z dawnej przeszłości, zacierają się, ale naszym obowiązkiem starać się je wyróżniać. by nie błędzić w terapii, a w każdym razie nie tracić czasu drogiego do stosownego leczenia.

Jak wyżej przytoczone przypadki wskazują, udało mi się już to od razu, już też w przebiegu choroby na podstawie dokładnego określenia cierpienia na oku samem naturę jego odgadnąć, a po zbadaniu całego ustroju takowe w harmonijną ująć całość ze zboczeniem ogólnem ustroju.

U dzieci 2—14letnich powstaje przy miernem przekrwieniu spojówki gałki, w pewnem oddaleniu od brzegu rogówkowego, plamka żółto-szara, dość ściśle ograniczona, wywołuje lekki światłowstręt, ścisł powiek i na tym stopniu pozostaje przez dłuższy czas. W innych razach atoli, mianowicie u dzieci ze znamionami skrofułów, o twarzy nałanej, wargach grubych, o powiększonych gruczołach karkowych i szyjnych, podrażnienie oka wzmagają się. Naczynia spojówki, najbliższe położone owej plamy rogówkowej, mogącej uchodzić za gumma rogówki, występują, gdyż są mocno nastrzyknięte, a w dalszym przebiegu widzimy, że do owej plamy rogówkowej dochodzą naczynia głębokie.

Jagodówka zazwyczaj wolną się okazuje, ale wznaganie się owego lekko wyniosłego nacieczenia sprawia choremu dziecku ból, wywołując niepokój, u młodszych płacz i tarcie oczu, co stan zapalny zaostrza. Środki, zwykle ze skutkiem przeciw pryszczycowemu zapaleniu rogówki zastosowywane, okazują się mało skuteczne i cierpienie trwa miesiące, aż matka znecierpliwiona opuszcza nas, by, nie osiągnąwszy i gdzieindziej usunięcia choroby, po niejakiś czasie do nas powrócić. Albo też zastosowanie ogólnych środków, zmierzających do przemiany

materyi, wzmocnienia organizmu, dalej i kalomel, codziennie do oka zastosowywany, po długim czasie mogła wreszcie zapaleniu kres położyć.

Szczęśliwszym jest lekarz, a z nim otoczenie, gdy, znalazłszy inne objawy, przemawiające za lues hereditaria, jak zapadnięty grzbiet nosa, ozaena, ekthyma i t. d., w czas środki swoiste polecić widzi się zniewolonym. W takich to razach szybko stan zapalny rogówki ustępuje.

Objawy podmiotowe coraz więcej łagodnieją, a w końcu znikają zupełnie. Przekrwienie spojówki, a także rzęskowe, jeżeli było, zazwyczaj bowiem nie bardzo bywa wybitne, chyba, że mieliśmy powikłanie ze zajęciem jagodówki, staje się mało wyraźne, a ów nalot, najwięcej podpadający, staje się bladobiałym, a w końcu znika, pozostawiając plamę z czasem bez pomocniczych środków mało widoczną. Badając w tym okresie albo i później ściśle lupą, dostrzeżemy często głębiej leżące, aż do plamy owej lub nawet poza nią sięgające blade cienkie naczynia. W przeciwieństwie do pryszczyków skrofulicznych nalot ten żółto-szary prawie nigdy nie pęka, nie zamienia się w wrzód, nie daje więc powodu do rozpadu i późniejszej głębszej blizny, ale ulega powolnemu wessaniu. Typ taki mieliśmy w przypadkach 1 i 2, a prawdopodobnie i 3, lubo ostatni, niedostatecznie spostrzegany i stosownie nieleczonej, niezupełnie nadaje się do stawienia prawidł.

Zachodzi pytanie: zaco uważać pod względem etyologiczno-anatomicznym owe zmiany syfilityczne w rogówce? — Okoliczności nie sprzyjały nam dotychczas do stawienia rozpoznania anatomicznego *post mortem*.

Najwięcej podobieństwa przedstawiają owe zmiany do gumma. Tak mało przywykliśmy przypuszczać, jak wyżej wykazaliśmy, zapalenia syfilityczne w rogówce, że gumma mogłoby uchodzić za coś wyszukanego. A jednak Denarie<sup>1)</sup> opisuje przypadek gumma, występującego u 31letniego chorego w postaci okrągłego brudno-szarego zmętnienia w dolnej części ro-

<sup>1)</sup> Sur un cas de kératite syphilitique. Lyon méd. Nr. 49. 1888.

gówki. Po śmierci, która w dwa tygodnie później nastąpiła, wykazała sekcya liczne gumnata w mózgu, a w owem za-  
mianieniu rogówkowym stwierdzono wystającą do przedniej ko-  
mórki wyniosłość, składającą się z nagromadzonych leukocytów.  
Przy sposobności tej publikacyi zestawia Denarie sześć przy-  
padków z literatury, które przedstawiały się w postaci gumma.

Czy u dzieci, a zatem w następstwie syfilisu odziedzicz-  
nego, mogą gumnata pojawiać się? Zdaniem mojem: niewąt-  
pliwie, a na potwierdzenie tego przypominam spostrzeżany  
przezemnie przypadek gummatu tęczówkowego <sup>1)</sup> u dziecka,  
u którego później występująca keratitis parenchymatosa roz-  
poznanie poprzedniej choroby pod względem etyologicznym po-  
niekąd potwierdziła.

Zresztą, że zapalenie syfilityczne rogówki nie zawsze  
w postaci typowego zapalenia miąższowego występuje, za tem  
przemawiają przypadki Hock'a <sup>2)</sup>, który, idąc za przykładem  
Mauthner'a, przyjmuje swoiste zapalenie rogówki punkci-  
kowe keratitis punctata interstitialis specifica, tłumacząc po-  
wstanie jej przez nagromadzenie się kilakowe komórek w miąż-  
szu rogówkowym (*gumlose Zellenanhäufungen in der Substantia  
propria der Hornhaut*).

Nie wchodzę w to, o ile spostrzeżenia tak Mauthner'a  
jak i Hock'a są oparte na ścisłym badaniu, czy może to, co  
zowiemy keratitis punctata posterior, będąca często współob-  
jawem zapalenia miąższowego rogówki, nie jest identycznem  
z tamtą nazwą. Nie mamy bowiem oryginalnej pracy pod ręką,  
lecz tylko powołanie się na nią w dziele Lang'a <sup>3)</sup>.

Nie zawsze atoli według mego doświadczenia zapalenie  
rogówki syfilityczne występuje w tej postaci, którą nazwałbym  
keratitis gummosa sive nodosa. syphilitica, gdyż tu nie plama,  
nie punkcik, ale wyniosłość powstaje. — Wśród objawów zwy-  
kłego zapalenia skrofulicznego albo też później występuje zmę-

---

<sup>1)</sup> O kilakach tęczówki u noworodków. Nowiny Lek. 1893, p. 545.

<sup>2)</sup> Die syphilitischen Augenkrankheiten. Wiener Klinik 1876.

<sup>3)</sup> Pathologie u. Therapie d. Syphilis, p. 427.

tnienie rogówki, więcej rozlane, ale tylko przybrzeżne. Zazwyczaj zmętnienie zakryte bywa występującymi pryszczykami albo też naciekami lub plamami, po nich pozostającymi. Nie rzadko atoli uda nam się stwierdzić, zwłaszcza później, zmętnienie rozlane pewnej przybrzeżnej części rogówki. Zmętnionym nad tą częścią jest nabłonek jakby nakłóty, a gdy sprawa zapalna zniknie, występują widoczniej naczynia miotłkowato rozprzestrzeniające się przez miejsce owo, zapaleniem zajęte. Typowy taki przykład przedstawia nam się w przypadku trzecim. Ten typ może rzadszy, może też mniej dla naszych spostrzeżeń dostępny, nazwałbym ograniczonym zapaleniem miąższowem przybrzeżnem (*keratitis purenchymatosa partialis marginalis syphilitica*).

Skeptyk mógłby nie bez słuszności zauważyć, że w przypadkach przeze mnie przytoczonych nie ma dostatecznego na to dowodu, iż zajęcia rogówkowe rzeczywiście na kile odziedziczonej polegają, gdy często brak danych, już to przez wywiady, już też z wystąpienia objawów, które za luetyczne uchodzą, osiągniętych.

Wszakże i ta przez Hutchinson'a jako prawie wyłącznie do kiły odziedziczonej odnoszona postać miąższowego rozlanego zapalenia rogówki (*keratitis int. diffusa*) bardzo często wcale inną ma podstawę, a doświadczony syfilidolog Lang powiada w swem dziele<sup>1)</sup>: »Sonst sind an der Hornhaut nur von der Nachbarschaft herüberwachsende Gummata und auch diese nur selten beobachtet worden«.

Dalej podpada w przypadkach przytoczonych, ale i innych, że dzieci wyraźniejsze mają objawy rachityzmu, aniżeli właściwej kiły. Atoli nie trzeba zapominać, że niejednokrotnie dyskrazje rozmaite mogą czynić obraz niewyraźnym, a dalej przypuszcza Parrot<sup>2)</sup> dla rachitis tylko jedną przyczynę, t. j. wrodzoną kiłę, która wyczerpuje się wywołaniem rachitis. —

<sup>1)</sup> Vorlesung über Pathologie u. Therapie der Syphilis. Wiesbaden. 1886, p. 426.

<sup>2)</sup> Hered. Syphilis and rachit. The Philad. med. and surg. Report. Vol. XLV. Nr 9.

Według zaś Davida B. Lees'a i Thomasa Barlow'a<sup>1)</sup> skłonne są dzieci syfilityczne do rachitis, a kiła ma stanowić najczęstszy powód kraniotabes. Odpowiada to najzupełniej naszemu doświadczeniu, dlatego brak objawów kiły wrodzonej przez Hutchinson'a wyszczególnionych nie zawsze jest dowodem niekiłowego pochodzenia cierpienia rogówkowego.

Nie będę tutaj mówił o postaci rozpadowej kiłowego zapalenia (*keratomalacia*), o którym obszerniej już rozwodziłem się w Nrze 1 »Postępu Okulistycznego« z r. 1899. Kiłowe zapalenie rogówki, jak wyżej zauważyłem, nie okazują skłonności do rozpadu, przypuszczać więc trzeba, że keratomalacya wogóle powstaje przy ogólnem osłabieniu dziecka przez działanie drobnooustro, znajdujących się w spojówce. —

Rokowanie przy zajęciach rogówkowych w rodzaju powyżej przeze mnie opisanych jest niezłe, jeżeli, jak się rzekło, jesteśmy w możności wysledzić od razu związek choroby rogówkowej z ogólnem cierpieniem. Jednak dzieci takie są wątłe i skłonne do rozmaitych przypadłości, a przedewszystkiem do nawrotów. Dlatego po ścisłem stawieniu rozpoznania leczenie powinno być przeprowadzone z całą stanowczością, a także po ustąpieniu objawów zapalnych powinniśmy skierować uwagę rodziców na higieniczne wychowanie dziecka. Regularne kąpiele mydlane, wycierania zimną wodą przez cały rok, ćwiczenia fizyczne, dobre odżywianie, mleczna kuracya, względnie u dzieci wątłych rybi tran. W czasie wystąpienia zaś zapalnych objawów ocznych od razu stosowanie środków rtęciowych według zasad powyżej wyłuszczonych.

---

Streszczając pokrótce wynik moich doświadczeń i docho-  
dzeń, zaznaczam, co następuje:

1. Oprócz zapalenia znanego pod nazwą roz-  
lanego zapalenia mięszszowego i oprócz kerato-

---

<sup>1)</sup> Med. Times and gaz. Nov. 27. 1880.

malacyi u noworodków obciążonych kiłą dziedziczną, może rógówka na podstawie kiły u dzieci podlegać jeszcze innym chorobowym zmianom. Są niemi:

a. Naloty żółto-szare, występujące już to pojedynczo, już to po kilka. Naloty te znikają zazwyczaj po dłuższym czasie, pozostawiając tylko słabsze zmętnienia głębokie lub powierzchowne, stosownie do położenia więcej głębokiego lub powierzchownego. Przy głębszych widzimy naczynia miotełkowate jak przy mięszowem zapaleniu, ale tylko ograniczone do owego nalotu.

b. Ograniczone zapalenia mięszowe, kończące się słabem tylko zmętnieniem. I tu naczynia głębokie przez dłuższy czas przetrwać mogą.

2. Obie postaci: *keratitis nodosa syphilitica*, jako też *parenchymatosa marginalis partialis*, są często niewyraźne, gdyż zakryte przez zapalenia rogówki skrofuliczne, albo od razu występują ściśle, ale wobec wielkiego podobieństwa do *keratitis phlyctaenulosa* z jednej strony, do *keratitis vasculosa* z drugiej strony, bywają zapoznawane i z małym skutkiem przez miesiące i lata leczone, gdy środki swoiste w krótkim czasie cierpieniu kres położyć mogą.

3. Rozpoznanie ułatwia nam z jednej strony dokładne zbadanie ogólnego stanu w połączeniu z anamnezą, z drugiej strony ściśle badanie klinicznego obrazu:

Przy *keratitis nodosa syphilitica* zmętnienie wystaje nieco więcej nad powierzchnię, ma wygląd więcej żółty, aniżeli szary, pozbawione jest powierzchownych naczyń, ale do nalotu często głębokie miotełkowate dochodzą naczynia, nie ma skłonności do rozpadu; *keratitis phlyctaenulosa* przedstawia więcej szary nalot, otoczony

często naczyniami powierzchownymi, ma skłonność do rozpadu i wytwarzania wrzodów, więcej sprawia dolegliwości i częściej połączona z podrażnieniem całego oka.

## II. STRESZCZENIA.

*O objawach, występujących pod wpływem elektrycznego podrażnienia wzgórków czworaczych.* Prof. Dr. J. Prus we Lwowie. (Przegląd Lekarski. Nra: 39—42. R. 1899).

*O związku, zachodzącym pomiędzy wzgórkami czworaczymi przednimi a ruchami gałek ocznych.* (Die Beziehungen der vorderen Vierhügel zu den Augenbewegungen). Dr. St. Bernheimer, docent pryw. i okulista w Wiedniu. (Wiener klinische Wochenschrift. 1899. Nr 52).

*Uwagi do rozprawy docenta Dra Bernheimera: o związku, zachodzącym pomiędzy wzgórkami czworaczymi przednimi a ruchami gałek ocznych.* (Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dozenten Dr Bernheimer: Die Beziehungen der vorderen Vierhügel zu den Augenbewegungen). Prof. Dr J. Prus we Lwowie. (Wiener klinische Wochenschrift. 1899. Nr 52).

Prof. Prus wykonywał doświadczenia na psach, nie usypiając zwierząt. Posługiwał się niemal wyłącznie bodźcami elektrycznymi (prądem przerywanym), zwracając uwagę nie tylko na objawy ruchowe, lecz także na parcie krwi, oddychanie, czynność serca, czynności wydzielnicze oraz afekta. U wstępu podaje Prus trzy metody odsłaniania wzgórków czworaczych, zależnie od tego, czy chodziło mu o równoczesne wyłuszczenie półkul mózgowych, a względnie mózdzku, czy też przeciwnie zależało mu na tem, aby odsłonięcia wzgórków czworaczych dokonać bez znacniejszego naruszenia układu nerwowego.

Omówiwszy dotyczącą literaturę, przystępuje Prus do skreślenia wyników badań własnych. W niniejszem streszczeniu uwzględniono tylko wyniki badań, odnoszące się do narządu wzrokowego.

Wśród elektrycznego podrażnienia przedniego wzgórka czworaczego u psa zauważył Prus między innymi objawami także ruchy gałek ocznych i żrenie.

Kierunek ruchu gałek ocznych zależy ściśle od miejsca podrażnienia wzgórka czworaczego. Wśród drażnienia przedniej części



wzgórką oko przeciwległe porusza się ku dołowi i w stronę drażnienia, gdy tymczasem oko po stronie drażnienia nie porusza się wcale. W czasie drażnienia przyśrodkowej części wzgórką oko przeciwległe zwraca się ku górze i w stronę drażnienia, podczas gdy oko po stronie drażnienia jest nieruchome. Pod wpływem drażnienia bocznej części wzgórką poruszają się oba oczy w linii poziomej w stronę przeciwległą. Również tak samo w stronę przeciwległą poruszają się obie gałki oczne wśród drażnienia tylnej części wzgórką czworaczego przedniego. Gdy drażnimy środkową część wzgórką czworaczego, pojawia się najczęściej drżenie gałek ocznych (*nystagmus*). Czasem występuje ten objaw dopiero w chwili odjęcia elektrod. Wytrzeszczenie gałek ocznych zdarza się najczęściej wśród drażnienia tylnej lub bocznej części wzgórką czworaczego przedniego.

Ruchy źrenic zależą głównie od miejsca podrażnienia wzgórką czworaczego. Jeżeli drażnimy część środkową, przyśrodkową lub przednią, zwężają się źrenice, natomiast jeżeli drażnimy część tylną lub bocznią wzgórką czworaczego, źrenice się rozszerzają.

Zdaniem Prusa opisane ruchy gałek ocznych i źrenic są wynikiem podrażnienia komórek względnie włókien ruchowych, znajdujących się we wzgórką czworaczym przednim.

Wśród elektrycznego podrażnienia tylnego wzgórką czworaczego u psa, zauważył Prus między innymi objawami także zwrócenie gałek ocznych w stronę przeciwległą, drżenie gałek ocznych, rozszerzenie źrenic i wytrzeszczenie gałek ocznych.

Co się tyczy ruchów gałek ocznych, to drażnienie wzgórką czworaczego tylnego prowadzi zawsze, bez względu na miejsce przyłożenia elektrod, zwrócenie gałek ocznych w stronę przeciwległą, oraz wytrzeszczenie i lekkie drżenie gałek.

Podobnie rzecz się ma z objawem, dotyczącym źrenic. Wśród drażnienia jakiegokolwiek części wzgórką czworaczego tylnego rozszerza się zawsze źrenica oka przeciwległego, i to najczęściej *ad maximum*, później zaś rozszerza się także źrenica oka po stronie drażnienia.

Według Prusa objawy te są następstwem podrażnienia komórek lub dróg ruchowych, znajdujących się bądź to we wzgórką czworaczym tylnym, bądź też w najbliższem jego sąsiedztwie.

Z powyższych objawów wysnuwa Prus następujące wnioski:

Zwrócenie gałek ocznych w przeciwległą stronę, wśród drażnienia wzgórką czworaczego tylnego, wskazuje na obecność ośrodka dla tego rodzaju ruchów, skojarzonych w wzgórką czworaczym tylnym.

Rozszerzenie źrenic, pojawiające się stale wśród drażnienia wzgórką czworaczego tylnego, wytłumaczyć można podrażnieniem

włókien nerwowych, rozszerzających źrenicę, albo też przypuszczeniem, że we wzgórku tym znajduje się ośrodek dla mięśni rozszerzających źrenicę.

Jakkolwiek wytrzeszczenie gałek ocznych występuje czasem odruchowo, jako skutek podrażnienia nerwów czułych, to jednak z uwagi, że objaw ten występuje wśród drażnienia znieczulonego wzgórka czworaczego tylnego, należy przypuścić, że we wzgórku tym istnieje także ośrodek ruchowy, którego podrażnienie spowodza wytrzeszczenie gałek ocznych. —

Bernheimer na podstawie swoich dawniejszych doświadczeń, dokonanych na małpach, przyszedł do następujących wyników:

Wzgórki czworacze przednie nie są ani ośrodkiem odruchowym dla ruchów gałek ocznych, ani też nie przechodzą przez takowe neurony do kory mózgowej. Wszystkie neurony, łączące jądra mięśni ocznych z korą gyrus angularis, przebiegają skrzyżowane. Skrzyżowanie to musi mieć miejsce w linii środkowej, jednakowoż poniżej poziomu aqueductus Sylvii, gdyż po wycięciu wzgórków czworaczych przednich można przez drażnienie gyrus angularis równie dobrze wywołać skojarzone ruchy gałek ocznych, a małpy ze zniszczonymi wzgórkami czworaczymi przednimi wykonują trwałe i dowolnie skojarzone ruchy gałek ocznych.

Na podstawie opisanych wyników swoich badań, poezuwa się Bernheimer do obowiązku uczynienia Prusowi następujących zarzutów:

Rzekome twierdzenie Prusa, jakoby we wzgórku czworaczym przednim miał się znajdować ośrodek dla skojarzonych ruchów gałek ocznych, nazywa Bernheimer błędem. Zarzut ten, zdaniem Prusa, upada sam przez się, jeżeli zważymy, że w całej pracy Prusa nie ma mowy o istnieniu ośrodka takiego we wzgórku czworaczym przednim, gdyż ośrodek ten, według Prusa, ma się znajdować we wzgórku czworaczym tylnym. Dowodzi to tylko, że Bernheimer przystąpił do krytyki pracy Prusa, nie przeczytawszy jej nawet uważnie.

Dalszy zarzut Bernheimer'a, jakoby Prus w badaniach swych nie uwzględnił pracy Bernheimer'a i Topolańskiego, odpiera Prus tem, że nie robił on badań nad skutkami zniszczenia (Bernheimer i Topolański), lecz drażnienia wzgórków czworaczych, nie był więc obowiązany uwzględnić bogatej literatury, nie będącej w ścisłym związku z jego pracą.

W końcu odpiera Prus zarzut, czyniony mu przez Bernheimer'a z powodu, że doświadczenia swe przeprowadzał na zwierzętach nieuśpionych, okolicznością, że przy tego rodzaju doświad-

zeniach uważa zachowanie nieupośledzonej wrażliwości ośrodków nerwowych za *conditio sine qua non*. *Dr W. Schayer.*

*Niezborność promieni, wpadających skośnie do oka.* (Astigmatisme des rayons pénétrant obliquement dans l'oeil. Application de la sciaskopie). Druault (Archiv. d'Ophthalmologie. Nr 1. 1900).

Wiązka promieni świetlnych, padających skośnie na soczewkę o znaczniejszej sile łamiącej, okazuje po załamaniu wybitny astygmatyzm (t. zw. *par incidence*), a ogniska są tem więcej od siebie oddalone (astygmatyzm jest tem silniejszy), im skośniej do osi optycznej soczewki padają promienie. Ponieważ i oko jest narzędem optycznym o wielkiej sile łamiącej, a przy wykonywaniu pomiarów refrakcyi promienie światła, rzucone do oka, nie padają wzdłuż osi optycznej, ale nieco skośnie, gdyż badany z różnych względów, dla badającego wygodnych, nie patrzy wprost do lusterka, ale nieco w bok, przeto chodziło D. o to, by oznaczyć, przy jakim ustawieniu gałki można bez popełnienia omyłki oznaczać refrakcyę za pomocą skiaskopii.

Robiąc doświadczenia *in vivo* i oprócz tego obliczając teoretycznie astygmatyzm przy nachyleniu  $10^{\circ}$ — $50^{\circ}$ , oraz biorąc do pomocy zniekształnienie obrazka siatkówkowego przy skośnem padaniu promieni, przychodzi D. do wniosku, że najmniejszą omyłkę popełnia się wtedy, gdy badany części siatkówki, między plamką żółtą a tarczą położone, ku lusterku badającego nastawia. Dalej, że astygmatyzm (*par incidence*) jest mniejszy od strony skroniowej, niż od nosa (kął z) i że astygmatyzm oznaczany doświadczalnie jest niższy, niż otrzymany za pomocą obliczeń (w szczegóły tej pracy ciekawej trudno się zapuszczać, gdyż do szczegółowego wyjaśnienia jej nie można się obyć bez rysunków). *Brudzewski.*

*Przybrzeżne symetryczne zwyrodnienie obu rogówek z niezbornością następczą regularną i wyleczenie za pomocą przypalenia.* (Dystrophie marginale symétrique des deux cornées avec astigmatisme régulier consécutif et guérison par la cautérisation ignée). Terrien. (Archiv. d'Ophthalmologie. Nr 1. 1900).

T. opisuje przypadek rzadki symetrycznej degeneracyi rogówki, przypominającej gerontoxon — połączonej z utratą czucia w miejscu zmienionem (*trophoneurosa*) u człowieka 45letniego, które to zwyrodnienie wywołało powstanie astygmatyzmu regularnego, do 11 D dochodzącego. Podając szczegółowy opis tego cierpienia oraz dość dobre rysunki, zaznacza T., że wskutek przypalania termokauterem zmienionych miejsc rogówki otrzymał znakomitą poprawę bystrości wzroku i zmniejszenie się niezborności oka. Na podstawie rozpoznania różniczkowego przychodzi T. do przekonania, że przypadek

przezeń opisany jest cierpieniem doład nieznanem; mimo podobieństwa do podwójnego gerontoxon, nim nie jest, gdyż tenże nie wywołuje zmian refrakcyi rogówkowej. Chory zresztą nie okazywał żadnego cierpienia ogólnego, do któregoby zmiany rogówkowe odnieść było można.

*Brudzewski.*

*Nowy model wziernika.* (Note sur un nouveau modèle d'ophthalmoscope). Terrien.

T. podaje nowy oftalmoskop refrakcyjny, który niezem zasadniczo od innych nie różni się. Jest tylko mały, a przez to wygodny bardzo.

(Ref. zna ten model; wykonanie jego przez firmę Choquart jest bardzo ładne, tak jak to zwykle bywają instrumenta francuskie, innej wybitnej wyższości nad dawnymi modelami nie posiada).

*Brudzewski.*

*Irydektomia przy jaskrze prostej. Jej odległe następstwa.* (De l'iridectomie dans le glaucome chronique simple. Quelques résultats éloignés). Truc et Cauvin. (Archiv. d'Ophthalmologie. 1900. Nr 1).

T. i C. uważają tylko irydektomię i sklerotomię (*anterior*) za operacyę przeciwjaskrowę; z tych zaś sklerotomię li tylko za operacyę przygotowawczą; bo wprawdzie skutek po tej operacyi jest natychmiastowy, ale nietrwały, podczas gdy irydektomia wykonana daje trwałe dobre wyniki. Przyczem robią cięcie do irydektomii nożem Graefe'go i baczą na bardzo dokładną repozycyę tęczówki. Robić ją należy, gdy bystrość wzroku jest jeszcze dobra; a jeżeli lekarze nie widzą po irydektomii dobrych wyników, to dlatego, że ją wykonują za późno, t. j., gdy nerw już zanika i pole widzenia znacznie ścieśnione. Jeśli napięcie oka jest niezmiennione, to irydektomia niewielki skutek wywiera, przeciwnie, działa zba wiennie, gdy napięcie jest zwiększone. Operacya daje dobre rokowanie, gdy miotica (*eseryna — pilokarpina*) poprawiają bystrość i odwrotnie. — Należy się najpierw o tem przekonać i po 2—3 dniach tej próby operować wtedy, gdy po środkach powyższych osiągnięto najlepszą bystrość wzroku. Irydektomia dobrze wykonana daje nie tylko trwałą poprawę, ale nawet wpływa dodatnio na stan oka drugiego, a poniekąd jest zaporą, by stan jaskrowy na drugim oku nie wystąpił. T. i C. uważali nawet, że po operacyi oka jednego zwiastuny jaskry na oku drugim ustępowały. Na dowód powyższych twierdzeń przytaczają 14 krótkich opisów przypadków z spostrzeganiem kilkoletnim dobrych wyników.

*Brudzewski.*

*Zmiany anatomopatologiczne w mózgu w przypadku nabytej ślepoty barwnej.* (Les lésions cérébrales dans un cas de cécité acquise complète pour les couleurs). G. Mackay i J. Dunlop. — Scottish Med. and Surg. Journ, grudzień 1899. — (Według Semaine Médicale). —

Jest to jedyny przypadek nabytej zupełnej ślepoty barwnej, w którym przyszło do ogiędzin pośmiertnych mózgowia. Autorowie znaleźli w literaturze jedną tylko podobną pracę (Verrey), odnoszącą się jednak do połowicznej prawostronnej ślepoty barwnej. W przypadku Verreya znaleziono ognisko krwotoczne ponad tylnym rogiem lewej bocznej komory mózgu tak, że *gyrus linguiformis* i *gyrus fusiformis* były zupełnie zniszczone. Spostrzeżenie Drów Mackaya i Dunlopa odnosi się do 62letniego starca, u którego wkrótce po stwierdzeniu klinicznych objawów raka żołądkowego wystąpiła zupełna ślepota barwna. W pięć miesięcy po pojawieniu się pierwszych zaburzeń wzrokowych przyszło nagle do porażenia połowicznego prawostronnego, a w kilka dni później chory zmarł. Sekcya potwierdziła rozpoznanie raka żołądka. W mózgu nie znaleziono nic, co by mogło wytłumaczyć porażenie połowicze. Natomiast w korze obydwu płatów potylicznych wykryto zupełnie symetrycznie rozłożone ogniska zanikowe, obejmujące obydwa *gyri fusiformes*. Badanie drobnowidowe wykazało jako przyczynę ogniskowego zaniku zwyrodnienie szkliste ścian naczyńiowych. Na podstawie tych zmian anatomicznych wnoszą autorowie, że, jeżeli wogóle istnieje osobny ośrodek dla poczucia barw, to nie może on być umiejscowiony gdzieindziej, jak tylko w *gyrus fusiformis*. —

Dr. K. W. Majewski.

1. *Przypadek jednostronnego centralnego zapalenia siatkówki wskutek oślnienia światłem łukowem elektrycznem z następową nerwicą urazową.* Prof. W. Uthoff. (Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. II. Z. 4).

Monter, 33 l., naprawiając przed dwoma miesiącami lampę łukową, doznał oślnienia przez 20 sekund na lewem oku, wskutek nagłego zamknięcia prądu. Natychmiast spostrzegł czarną plamę przed lewem okiem i doznał zawrotu głowy. Plama w ciągu dwóch miesięcy przechodziła różne barwy obecnie jest blado-żółta. V. l. o.  $\frac{5}{15}$ . Scotoma centrale relativum  $10^\circ$  dokoła punktu środkowego. Metamorphopsia. Tarcza prawidłowa. W okolicy plamki żółtej liczne, rozsiane, drobne, szaro-żółtawe ogniska, które w dalszym przebiegu jeszcze wyraźniej występują. Granica pobudliwości świetlnej (*Reizschwelle*) na przestrzeni plamy prawie równa prawidłowej, granica zaś rozróżnienia (*Unterschiedsschwelle*) silnie upośledzona. W obrębie plamy nie odróżnia dwóch włóczek tej samej barwy a różnej jasno-

ści, widzi wszystkie barwy w odcieniu jaśniejszym, niż odpowiednią częścią oka zdrowego. Po dłuższym czasie znnowu badany przedstawiał te same zmiany oka lewego, jednak skargi podmiotowe chorego wznowiły się znacznie. Owa plama, obecnie brunatna, bardzo mu w pracy przeszkadza, a nie mogąc od tego myśli oderwać, stał się w wysokim stopniu nerwowym i niezdolnym do żadnej pracy. Dziedzicznie nieobciążony nerwowo. Neurolog z objawów w całym ustroju rozpoznaje hysteryę, powstałą wskutek urazu oka. Rokowanie w tym przypadku jest wątpliwe.

### 2. *Przypadek sztucznego przerwania ciąży w retinitis albuminurica.* Dr Otto Mayer. (Tamże).

U chorej na chroniczne zapalenie nerek wystąpiła już w czwartym miesiącu ciąży neuroinitis albuminurica w obu oczach. V. pr. o. =  $\frac{1}{10}$ , l. o. =  $\frac{1}{30}$ . Po trzydniowem spostrzeganiu, gdy ogólny stan i stan oczu ciągle pogarszał się, przystąpiono do sztucznego przerwania ciąży. W 5 dni później chora mogła rozróżnić tylko ruchy ręki niewyraźnie, chociaż zapalne zmiany w siatkówce zmierzwały wyraźnie do poprawy. Zało wystąpiły teraz zmiany w naczyniach w postaci wyraźnych białych pochewek około naczyń, czego przedtem nie było, mimo kilkakrotnego badania. Przerwanie ciąży było wskazane w tym przypadku, nie zdołano pomimo tego wzroku uratować, co autor przypisuje zmianom zapalnym w naczyniach siatkówkowych, wskutek czego światło naczyń zostało zatkane. —

### 3. *Przyczynki do zaburzeń krążenia w siatkówce.* Dr Seydel. (Tamże).

a). Kucharka, l. 31, nagle dostała gęstą zasłonę na prawem oku. Kiły nie przechodziła. Zmiany na dnie oka polegają na miażdżycy naczyń, głównie żył siatkówkowych, wskutek czego przychodziło do częstych krwotoków siatkówkowych. Ostatni napad był właśnie spowodowany takim świeżym krwotokiem; niektóre gałazki żyłne są zupełnie zamknięte i tworzą białe taśmy, w innych miejscach widać nowo utworzone anastomozy żyłne w postaci rozgałęzioności pęczkowatych i wrzecionowatych. Zmiany w tętnicach siatkówkowych ograniczają się tylko do dwóch gałazek, idących do plunki żółtej, które są otoczone białymi pochewkami. W innych narządach, głównie w sercu i naczyniach, zmian nie ma żadnych. — Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, iż sprawa miażdżycowa ogranicza się wyłącznie do naczyń siatkówkowych i to głównie do żył, a powtórę dlatego, że w tak wczesnym wieku powstała. — Rokowanie jest nader wątpliwem, sprawa będzie prawdopodobnie dalej postępowała. Leczenie okazało się bezskutecznem. —

b). W drugim przypadku panna, l. 27, która wypija roztworu fosforowego w celu samobójczym, zauważyła po niejakim czasie nagle mgłę przed lewem okiem. Obraz wziernikowy przedstawiał typowe świeże zaczopowanie jednej gałązki makularnej. Materiał do zaczopowania powstał wskutek zwyrodnienia ściany naczyńia tęczowego w ostrem zatruciu fosforem, albo na miejscu, albo został tu przyniesiony prądem krwi z tętnicy środkowej siatkówki.

*Dr Kreutz.*

*O powierzchniowym krątkowatym zaćmieniu rogówki.*

Prof. E. Dimmer z Insbruku. (*Zeitschrift f. Augenheilk. T. II. Z. 4.*)

W trzech przypadkach u dwóch braci i siostry widział autor niezwykłą zmianę w rogówce, którą powyższą nazwą mianuje. Zmiany te opisuje zupełnie podobnie jak Haab w swoich siedmiu przypadkach gittrige Keratitis. Chorzy byli wszyscy w średnim wieku. Osłabienie wzroku zaczynało się u nich między 20 a 30 rokiem życia. Cierpienia ogólnego nie można było żadnego stwierdzić. Wyniki leczenia były, podobnie jak u Haab'a, niepomyślne — chorzy tracili wzrok coraz bardziej. Również sądzi autor, że zmiany te należy uważać za sprawę zwyrodnienia w rogówce, która dawniej przechodziła częste zapalenia. Jakiego rodzaju zapalenie to było, trudno określić, przypuszcza jednak, że częste zapalenia w przednich częściach spojówki i warstwy nadtwardówkowej sprowadziło zmiany w naczyniach okołorogówkowych, a wskutek działania szkodliwych wpływów zewnętrznych lub parowania nastąpiło zaburzenie w odżywieniu powierzchniowych warstw rogówki i stąd zwyrodnienie. Badań mikroskopowych nie robił jeszcze, ale przypuszcza, że zaćmienia te leżą w błonie Bowman'a i w powierzchniowych warstwach rogówki i że mogły także powstać wskutek pozalaamywania się tych warstw, a załamki dopiero następnie się zaćmiły. Owe zaś kropkowate zaćmienia mają swe siedlisko w przybłonku, a badane drobnowidowo po abrasio corneae, przedstawiają się jako istota, podobna do istoty szklistej (*Hyalin*).

*Dr Kreutz.*

*Krątkowate zapalenie rogówki.* (Die gittrige Keratitis).

O. Haab z Zurychu. (*Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. II. Z. 3.*)

W roku 1890 wyszła z kliniki autora praca Biber'a o niezwykłej postaci zapalenia rogówki. Od owego czasu spostrzegał autor 7 takich przypadków. Choroba ta zajmuje zawsze oba oczy, zazwyczaj w średnim wieku bez różnicy płci i zjawia się wielokrotnie w tej samej rodzinie. W okresie początkowym można odkryć tę chorobę tylko za pomocą bocznego oświetlenia, później widać jednostajne zaćmienie w powierzchniowej warstwie rogówki. Część przybrzeżna rogówki pozostaje zawsze wolną — a nowo wytworzonych

naczyń krwionośnych wcale nie ma. Objawy zapalne są tylko nieznaczne, a polegają na lekkim zaczerwienieniu oka i nieco wzmożonej wrażliwości; światłowstręt i łzawienie czasem tylko występują. Ucisk śródoczyny i czucie rogówki są prawidłowe. Pod lupą przedstawia się zaćmienie w postaci kratki, utworzonej z drobnych linijek, leżących w przednich warstwach rogówki; linijkom tym odpowiadają na powierzchni rogówki lekkie listwowe wyniosłości. — Oprócz tego są jeszcze mniejsze lub większe zaćmienia w postaci kropek, którym na powierzchni rogówki również odpowiadają wyniosłości. Przy bocznem oświetleniu są te zaćmienia niebieskawoszare, przy prześwietlaniu czarne; przy pewnem jednak oświetleniu są przezroczyste, a wydają się tylko szare wskutek nieregularnego załamania światła. Sprawa chorobowa z wolna szerzy się w powierzchni i w głąb rogówki, tworząc coraz gęstsza kratkę. Warstwa przybłonkowa rogówki coraz więcej chropowacieje i zaćmiewa się. Tak z wolna postępując, spowodowała po wielu latach bardzo znaczne upośledzenie wzroku. — Przyczyna tej choroby nieznana, rokowanie bardzo wątpliwe. Autor używał i zaleca maść żółtą w okresach wolnych od zadrażnienia, zaś atropinową w okresach zadrażnienia.

Badań drobnowidowych autor nie miał sposobności robić; przypuszcza, że sprawa ma swoje siedlisko w błonie Bowman'a i w najgłębszych warstwach przybłonka rogówki, i że właściwie nie jest to sprawa zapalna, ale raczej rodzaj zwyrodnienia szklistego.

Dr Kreutz.

*Hysterja w następstwie nieznacznych urazów ocznych.* (Hystérotraumatismes oculaires). Dr G. Borel z Neuchâtel. (Annales d'oculistique, 1900, I).

W obszerniej tej monografii zapoznaje nas autor ze szczególnym związkiem przyczynowym, jaki zachodzi niejednokrotnie pomiędzy mało znacznymi obrażeniami oka a bardzo ciężkimi postaciami hysterji. Spostrzeżenia, na których opiera swe wywody, poczynił Dr Borel na licznych ofiarach dwóch katastrof kolejowych, zaszłych w Szwajcaryi w r. 1891. (Zderzenie się pociągów pod Zollikofen i załamanie się mostu pod przejeżdżającym pociągiem koło Mönchenstein). Prócz tego przytacza autor bardzo szczegółowo historję choroby pewnego młodego zegarmistrza, który, nie będąc dziedzicznie wcale obciążony i ciesząc się wyborem zdrowiem przy atletycznej budowie ciała, — w krótki czas po nieznanem zranieniu rogówki małym odpryskiem stali — popadł w ciężką hysterję i na przeciąg całego szeregu miesięcy stał się zupełnie niezdolnym do pracy. Nie podobna w krótkim streszczeniu przytoczyć nieskończenie długiego szeregu przeróżnych czynnościowych zaburzeń, jakie u tego chorego po kolei występowały. Dotyczyły



one zrazu tylko skaleczonego oka, wnet jednak objęły cały ustrój, a nawet spowodowały zupełną zmianę usposobienia.

Rozliczne objawy, jakie w przypadkach swych spostrzegał, omawia autor drobiazgowo. Szczególny nacisk kładzie on na następujące zaburzenia hysteryczne, występujące po drobnych urazach ocznych: 1) Osłabienie popędu płciowego, ustanie wydzielania nasienia, względnie zatrzymanie menstruacji. 2) Łzawienie hysteryczne, przyczem autor przestrzega przed stosowaniem jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych, uważając je w hysterii za szkodliwe i przeciwskazane. 3) Sinica połączona z obrzękiem (*oedème bleu*). 4) Połowicze pocenie się i to połowy całego ciała lub tylko połowy twarzy. 5) Krwawy pot i krwawe łzy. 6) Zbiór objawów, przypominający do złudzenia zapalenie opon mózgowych, gdzie w obrazie klinicznym nie brak nawet czasem gorączki. Nakoniec 7) pozorne zapalenie nerwu wzrokowego, właściwie przekrwienie tarczy, będące wyrazem i miejscowym objawem tak zwanej diathesis vasomotoria hysterica.

Ze względu na takie nieprzewidziane i nieobliczalne następstwa nieznacznych nawet obrażeń oka zaleca autor wielką ostrożność w rokowaniu w podobnych razach — zwłaszcza, gdy chodzi o określenie wysokości odszkodowania w przypadkach nieszczęśliwych.

*Dr K. W. Majewski.*

*Szczególny przypadek nagłego wytworzenia się zaćmy wskutek ostrej niedokrewności.* (Ein merkwürdiger Fall plötzlicher Entwicklung beiderseitigen grauen Stares nach Blutverlust). Dr A. Pihl z Gotenburga. (Centralbl. f. Augenheilk. 1900. I).

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do 33letniej niezamężnej córki pewnego fabrykanta, mającej pochodzić z zupełnie zdrowej rodziny. Prócz zwykłych chorób osutkowych w dzieciństwie i duru brzuszego, przebytego przed 9 laty, innych ciężkich chorób nie przechodziła. Od czasu duru ma być jednak niedokrewną i osłabioną. Od lekarza domowego dowiedział się autor ponadto, że osoba ta jest dotknięta wybitną hysteryą. W ostatnich tygodniach cierpiała wiele z powodu bólu zębów. Dentysta wydobyl jej sześć spróchniałych korzeni, przyczem przyszło do bardzo znacznego krwotoku. Równocześnie pojawiła się kilkodniowa niezwykle obfita menstruacja, a wkrótce potem z nieznanych przyczyn ponowił się duży krwotok z dziąseł i skutkiem tak znacznej utraty krwi wystąpiło nadzwyczaj wielkie osłabienie ogólne. Wśród tego zauważyła chora szybko postępujące zamglenie wzroku, który w ciągu trzech dni podupadł do tego stopnia, że rozróżnianie przedmiotów stało się utrudnione (PL. palec na 1,5 m). Badanie przedmiotowe wykazało

znaczny stopień niedokrewności (50% hemoglobiny), zresztą nie wykryło żadnych innych ogólnych zaburzeń. Obydwie soczewki w znacznej części zaćmione, przepuszczają z dna oka słaby tylko odbłask różowy. Zresztą oczy żadnych innych zmian nie okazują. Po przebieciu obustronnej operacji odzyskała chora dobrą bystrość wzroku.

Autor zastanawia się nad etyologią tego szczególnego przypadku. Wszelkie przyczyny miejscowe można było z łatwością wykluczyć. Z przyczyn ogólnych oprócz ostrej niedokrewności nie zdołał żadnej innej wykazać. Ponieważ dla zaćmienia soczewki bezpośrednią i ostateczną przyczynę stanowi niemal zawsze upośledzenie jej odżywienia, przeto nagłe zubożenie krwi co do upostaciowanych składników może wystarczyć do wyjaśnienia tak szybkiego rozwinięcia się zaćmy, jakkolwiek autor nie znalazł w literaturze podobnego spostrzeżenia. W przypadku opisanym istniały jednak poszlaki, że chora od dziecka miała już może bardzo nieznaczną zaćmę warstwową (wzrok już poprzednio niezupełnie bystry, kształt głowy przemawiający nieco za przebytą krzywicą, jakkolwiek wywiady w tym kierunku były ujemne). Nagła utrata krwi miałaby tu zatem znaczenie czynnika, wywołującego nadzwyczaj szybki rozwój zaćmy, która dotychczas nie czyniła żadnych postępów.

*Dr K. W. Majeovski.*

*Mięsienie w ocznej praktyce.* J. Sassaparel (Wojenno-medycynskij Żurnal. Grudzień. 1899).

Poczynając od Hippokratesa, autor kończy na wibracyjnym mięsieniu Maklakowa, które z pożytkiem stosowane było w rozmaitych ocznych chorobach przez Sniegirowa (*ulcera corneae, hypopyon, scleritis* i osobliwie *glaucoma etc.*). Wkońcu rozprawy Dr S. opowiada 5 własnych spostrzeżeń, w których z pożytkiem stosował mięsienie.

Mięsienie stosuje on nie tylko w ostrych, ale i w przewlekłych chorobach, trwających od 1—10 lat. Autor tak się unosi nad mięsieniem sublimatową maścią, że chciałby zrobić z niej panaceum wszystkich chorobliwych spraw oka. »Ostatnimi czasy — powiada on — zarzuciłem nawet arg. nitricum przy ropnym zapaleniu, gdyż to ostatnie wylecza się i bez niego«. »Mięsienie w większości spraw zapalnych oka jest najpewniejszym środkiem, przyczem sublimat (w roztoczeniu 1:1200 albo 2400) jest pomocniczym dodatkiem, jako odkazający i resorbujący, a kokaina jako znieczulający i uspokajający oko«. Dr S. twierdzi, że mięsienie w oftalm. praktyce wprowadził Pagenstecher. Robi je Dr S. inaczej: do worka spojówkowego za pomocą waty, okręconej na zupałec, wkłada maść wielkości 2 ziarn grochu (czy nie za dużo?), poczem chory zakrywa oczy i wielkim palcem robi się rozcierania powiek to w kierunku

zewnątrznym, to wewnętrznym — po kilkakrotnem powtórzeniu mięsienia bóle oka i głowy ustępują, zapalenie znika i chorey już po pierwszym posiedzeniu uspokaja się. Wyzdrowienie następuje po kilku lub kilkunastu posiedzeniach. Jak widzimy, cudowny środek! Maść zapisuje do mięsienia taką: Rp. Sol. hydr. bichlor. 1:20 — gr. 1, Vaselin. americani flavi 31, cocaini mur. gr. 1. Posiedzenie trwa 3 minuty.

*Dr. J. T.*

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Towarzystwo okulistów w Moskwie. Posiedzenie z dnia 21 grudnia 1899 r. według st. st. (Wracz. 1900. Nr 5).

Dr Strachow: O miąższowem zapaleniu rogówki w następstwie nabytej kiły. Włościanin, ze zdrowej pochodzący rodziny, przed 4 laty zaraził się przymiotem; przed dwoma miesiącami rozpoznał autor na oku lewem zapalenie miąższowe rogówki. Pomimo energicznego przeciwkiłowego leczenia sprawa na oku nie tylko, że się nie polepszała wcale, lecz następowało nawet pogorszenie.

Według Trousseau'a zapalenie rogówki miąższowe, powstające w następstwie nabytej kiły, różni się od ker. parenchym. w przypadkach kiły odziedziczonej następującymi objawami: częściej zapada jedno oko (na 11 przypadków — 9 jednostronnych), bardzo rzadko spostrzega się powrót zapalenia (na 11 przypadków — zaledwo 1 powrót), zapalenie rogówki zjawia się między końcem 1 a początkiem 3 roku od chwili zarażenia, objawy chorobowe są słabsze, okres leczenia mniej długotrwały, zupełne restitutio ad integrum.

Ze nabyta kiła stanowi dość rzadką przyczynę rozwoju kerat. parenchym., dowód mamy w statystyce. Kiedy Aleksander w 102 przypadkach zapisał nabytą kiłę 12 razy, Pfister w 130 kerat. parench. nie spotkał ani razu kiły nabytej.

Dr Gołowin na dowód, iż istotnie nie zawsze bywają skuteczne przy zapaleniach miąższowych rogówki w następstwie nabytej kiły przeciwkiłowe środki, czyli, że nie zawsze przymiot bywa sprawcą kerat. parenchym., ilustruje podany przez Dra Strachowa opis bardzo ciekawego przypadku, leczonego w mosk. uniw. klinice. Do kliniki przyjęto chorego z trzeszczem (na 2 cm.) i zupełną oftalmoplegią. Charakterystyczne blizny na skórze wskazywały na kiłę. Pod wpływem swoistego leczenia trzeszcz szybko zginął. Tym-

czasem w końcu dwumiesięcznego leczenia na drugim oku powstaje zapalenie miąższowe rogówki, które, pomimo w dalszym ciągu stosowanego leczenia, zamiast niknąć, wciąż postępowało.

Dr Adelhejm sądzi, iż kerat. parench. nawet u osobników z odziedziczoną lub nabytą kiłą może być pochodzenia niekiłowego, że to przewlekłe zapalenie rogówki wywołać mogą wszystkie zakaźne choroby, poczynając od zimnicy. Przedstawiony jednak przypadek uważa A. raczej za keratitis pannosa ze względu na unaczynienie i istniejące przekrwienie i obrzęk górnego załamka, w którym siedzieć mogą, niewidoczne dla oka, jaglicowe ziarna.

Dr Strachow zwraca uwagę na cechy wyraźne, wskazujące, że mamy do czynienia z kerat. parench. Lekka łuszcza może zawsze towarzyszyć miąższowemu zapaleniu rogówki.

Dr Natanson: Skoro przeciwkiłowe środki w przypadkach Drów S. i G. okazały się nieskutecznymi, nie należy zapalenia rogówki miąższowego uważać za powstałe wskutek nabytej kiły.

Prof. Kriukow uważa przedstawiony przez Dra Strachowa przypadek, pomimo istnienia powierzchownie biegnących na rogówce naczyń, za istotne zapalenie miąższowe. Odnośnie do etyologii, to u dzieci sprawcą zapalenia bywa zawsze przymiot, u starszych mogą być i inne przyczyny. Co się tyczy leczenia zapalenia miąższowego, prof. K. sądzi, iż (z wyjątkiem gruźlicy, a której w danym przypadku przyjąć nie można ze względu na zdrowy wygląd tęczęwki) we wszystkich przypadkach rtęć bywa skuteczną.

Dr P. Bierozkin przedstawia chorego z commotio retinae, który dopiero w tydzień po uszkodzeniu oka żelazną zasówką przy drzwiach zwrócił się do kliniki ocznej. Przy wzornikowym badaniu stwierdzono, iż siatkówka naokoło tarczy była zmętniała, z wewnątrz i z dołu tarczy szła biała pozioma smuga, ponad którą przechodziło naczynie siatkówkowe. Pod tarczą spostrzegano nadto łukowato zgiętą białą plamę, wklęsłością swą zwróconą ku tarczy. Cokolwiek poniżej plamki widać było wynaczynienie krwi, zajmujące obszar, wyrównywiający mniej więcej  $1\frac{1}{2}$  średnicy tarczy. W okolicy plamki żółtej widoczną była ciemna kropka, okolona z góry płaszczykiem szarawym. Uszkodzone lewe oko liczyło palce na odległość 4 m., z — 2D. V. o. s. = prawie 0,3. W polu widzenia ponad plamką żółtą niewielka przerwa (*scotoma*). Pole widzenia dla barw nieznacznie, współśrodkowo zwężone. Przy zewnętrznych oględzinach oka stwierdzono wylew krwawy pod spojówką dolnej połowy gałki, rozszerzenie źrenicy. Choremu przepisano 4% roztwór KJ. Po upływie 4 tygodni czasu, t. j. dzisiaj, obraz wzornikowy pozwala ściślej określić istotę choroby, mamy mianowicie do czynienia z contusio retinae. Biała pozioma smuga skureczyła się. Łukowato zgięta biała

plamka — to przerwanie siatkówki; biała pozioma smuga — to obrzęk włókien nerwowych albo ich surowicy nasiek. Zmiany w okolicy plamki żółtej uważać należy (Norman Hansen) za następstwo wynaczynień z sieci włoskowatej, w obszarze plamki żółtej umieszczonej; w powstaniu zmian tych odgrywają jednakże rolę i drobniutkie przerwania naczyńki.

Dr Sniegirioff spostrzegł również przypadek *commotionis retinae*; w oku wziernik wykrył nadto przerwanie naczyńki, idące poziomo od tarczy do plamki żółtej. Pozagałkowy krwotok, *V perceptio lucis*.

Dr Natanson podkreśla stosunkową rzadkość poziomych pęknięć naczyńki, które zwykle bywają łukowatej postaci. Mechanizm powstawania poziomych przerwań naczyńki i siatkówki jest nam niewiadomy.

Dr Disler przedstawia chorego z *neuritis proliferans*. Chory zaniewidział po uszkodzeniu oka kawałeczkiem drutu niemal od razu. Leczył go Dr Kacaurow w Jarosławlu, do niego też autor uda się po bliższe wskazówki, gdyż od chorego trudno dowiedzieć się co pewnego. W obecnej chwili ciało szkliste i soczewka są przezroczyste, tarczy n. wzrokowego zasłonięta prawie całkowicie białą plamą kształtu gwiazdy; naczyń na zaćmieniu tem nie widać. Za ledwie jeden brzeg plamy wystaje nieco nad powierzchnię siatkówki.

Dr Sniegirioff: O *endothelioma* gruczołu łzowego z okazaniem preparatów drobnowidowych. Widziano rozrastające się w gruczole łzowym włókniaki, torbiele, mięsaki, raki, ale śródbłonniaka nie rozpoznawano ani razu. Źródłem wytworzenia się nowotworu, według zdania autora, były prawdopodobnie śródbłonkowe komórki sokowych szczelin w tkance spojówkowej. W rozprawie Proehla na 91 zebranych przypadków wszelakich nowotworów gruczołu łzowego, w 30% rozpoznano rakowca.

Ponieważ przy drobnowidowem badaniu śródbłonniaka wygląd komórek w niektórych miejscach bardzo do nabłonka zbliżony, Snieg. przypuszcza, że na tej zasadzie prawdopodobnie zapisywano czasami śródbłonniaki jako rakowce. Śródbłonniak, o którym mowa, powstał u 43letniego zdrowego pod każdym innym względem właścianina przed 2 laty i dosięgnął przed operacją wielkości orzecha.

Dr Sniegirioff: O *neurowłókniaku* skóry powieki i głowy z okazaniem makro- i mikroskopowych preparatów. Nowotwór niebolesny rozwijał się powoli od wczesnych lat dziecińczych, przed operacją chora (Mordwa) liczyła lat 24. Nowotwór zajmował większą część czoła, tworząc tu podstawę, następnie, jako fartuch, opuszczał się niżej aż do kąta ust i dolnej żuchwy, zakrywając sobą wierzchnią połowę grzbietu nosa, lewe oko i lewy policzek.

Skóra, pokrywająca nowotwór, zabarwiona prawidłowo, znarszczona, z rosnącymi gdzielnogdzie włosami i z rozszerzonymi wyłotami gruczołów. Skóra nowotworu, jak gdyby grubsza od prawidłowej, tworzy z nowotworem całość, przy dotyku wisząca część nowotworu okazuje się miękką. Krom powyżej opisanego posiada chora drugi taki nowotwór wielkości  $\frac{1}{2}$  greckiego orzecha na skórze piersi około lewego cavum axillae. Po odsunięciu fartuszka na czoło: lewa brew zkażała się  $2\frac{1}{2}$  razy dłuższą i 2 razy szerszą od prawej, opadnięcie ogrybiącej górnej powieki, dolna powieka w stanie prawidłowym, odwinięcie obydwóch powiek (*ectropion*), spojówka powiek, znajdująca się w stanie obrzęku i przerostu, wydziela śluz. Wielkość gałki prawidłowa; wskutek zgnętnienia rogówki V = liczy palce na 3—4 metrów. Operacji usunięcia nowotworu dokonano w 2 posiedzeniach z przerwą tygodniową, pod chloroformem. Rychłozrost. Badanie drobnowidowe, przy uwzględnieniu poglądu Recklinghauseń'a, wykazało *neuro-fibroma cutis*. Według autora w literaturze lekarskiej nowotworów o takiej budowie i w tej okolicy nie opisywano, — Lappen-Elephantiasis Bruns'a i Billroth'a<sup>1)</sup> nie były badane drobnowidowo.

Dr Natanson widział także nowotwór, tylko o  $\frac{1}{3}$  mniejszy, u kobiety plemienia także Mordwy z penzeńskiej gubernii.

Włodz. Talko.

## 2. IX. Kongres międzynarodowy okulistyczny w Utrechcie (Dok.).

E. Treacher-Collins z Londynu, mówiąc o *anatomii i braku przyrodzonym więzu grzebieniastego*, okazuje za pomocą projekcji układ kąta łączówko-rogówkowego w oku pewnej klasy zwierząt, w kilku oczach zarodków ludzkich, w oczach małogalkowych (*mikrophthalmus*) i w szeregu ócz dotkniętych przyrodzoną jaskrą. Z okazów tych wynika, że w oczach prawie wszystkich zwierząt ssących więz grzebieniasty jest silniej rozwinięty, aniżeli u człowieka.

U łamtych można rozróżnić zewnętrzny łaśmowy pas ze szparami i wewnętrzny jamisty z wielkimi nieregularnymi przestworami.

U człowieka nie ma jamistego pasa, zdaje się, że on zupełnie ogranicza się na kąt przedniej komórki. Ta odmiana więzu grzebieniastego kojarzy się z odmianą we względnem położeniu rogówki do gałki. Mniejszy obwód rogówki w stosunku do gałki u człowieka związany jest z uproszczeniem budowy więzu i przedłużeniem komórki przedniej na zewnątrz.

<sup>1)</sup> Atlas Esmarch'a i Kulenkampffa, tablice XIV i XX.

W swoim rozwoju embryonalnym oko znajduje się okresowo w stanie podobnym do oka zwierzęcego co do owych stosunków.

W niektórych potwornych oczach (*mikrophthalmus*) ta budowa części naokoło kącika przedniej komórki i pod względem wielkości rogówki do gałki pozostaje na stopniu embryonalnego rozwoju, a tem samem podobną bywa do prawidłowej budowy oka zwierzęcego.

W niektórych oczach o wzmószonem od urodzenia napięciu wśródgałkowem, gdzie więzła włókna elastyczne nad miarę są rozdęte, budowa więzła grzebieniastego podobną jest do budowy zwierzęcej, a nawet pas jamisty w nich się znajduje.

Prelegent wnioskuje na podstawie tych danych, 1., że uproszczenie więzła i przedłużenie kąta komórkowego na zewnątrz u człowieka ułatwia odpływ cieczy śródocznej; 2., że skoro płodowy stan więzła napotykaemy w oczach małych (*mikrophthalmus*), odpływ limfy nie doznaje upośledzenia, napięcie pozostaje więc prawidłowe; 3., że przeciwnie ono wymaga się w miarę rozwoju oka, jeżeli w oku, skądinąd prawidłowo rozwiniętem, więzła grzebieniasty pozostał na pewnym stopniu płodowego niedorozwoju. —

Tscherning z Paryża mówi o zmianach akomodacyjnych w oczach, a najprzód przypomina to, co przed pięciu laty już w Edynburgu poruszył, t. j. wytwarzanie się przez akomodację przedniego stożka soczewkowego (*lenticomus*). Zjawisko to można łatwo przez skiaskopię stwierdzić. Obok i nieco za badany ustawia się lampę, której płomień zasłonięty jest cylindrem, opatrzonym w otwór o 1 cm. średnicy. Badający siedzi w odległości 50 cm. i posługuje się wziernikiem Liebreich'a. Badając w takich warunkach miarowego, którego przez soczewkę o 6 diop. zrobiliśmy krótkowzrocznym, zobaczymy tylko plamę błyszczącą w środku źrenicy, gdy reszta jest ciemną.

Po usunięciu soczewki powstanie inny obraz. Gdy teraz bowiem badany akomoduje siłą sześciu dioptryi, widzimy środkową plamę, ale i brzegi źrenicy są również oświetlone, a pomiędzy pierwszą i drugimi znajduje się pas ciemny. Przy najmniejszym poruszeniu wziernika widzimy, że środkowe światło porusza się w tym samym, co zwierciadło, kierunku, gdy obwodowe w przeciwnym, tak, że oba światła po tej stronie, w którą się wziernik zwrócił, zlewają się, a cień przybiera teraz postać półksiężyca.

Z doświadczenia tego wynika, że gdy akomodacja centralna wynosi 6 dioptryi, obwodowa nie dochodzi nawet do 2. Dla osiągnięcia dobrych wyników wypada dziecko albo młodą osobę z wielkimi źrenicami badać, albo też zapuścić kokainę.

Dalej wspomina T. o pewnych zjawiskach, występujących przy największej akomodacji: obrazek katoptryczny tylnej powierz-

ehni soczewki przesuwają się ku dołowi, gdy obrazek przedniej powierzchni skończył ruch swój dośrodkowy. Niekiedy i ostatni obrazek wykonuje równocześnie ruch ku dołowi, ale nie jest on nigdy tak wybitny, w porównaniu do ruchu małego obrazka. Objaw ten T. odniósł do przesunięcia się soczewki, wykluczając jej opadnięcie, gdy przesunięcie to odbywa się nie na linii prostej, ale krzywej, a najczęściej krzywa ta wklęsnięciem zwrócona jest ku nosowi.

Prelegent przypuszcza, że rozchodzi się przy tem o małe poruszenia gałek.

Przy takim poruszeniu przesunięcie obrazu zależnym jest od odległości ośrodka wypukłości danej powierzchni od środka rotacyjnego gałki. W oku akomodowanym ośrodek przedniej powierzchni soczewki leży bardzo blisko ośrodka rotacyjnego, wskutek czego przesunięcie tego obrazka wypadnie bardzo nieznaczne. Natomiast ośrodek wypukłości tylnej powierzchni soczewki bardzo daleko leży od ośrodka rotacyjnego, a bardzo blisko rogówki, wskutek czego przesunięcie tegoż obrazka nie tylko o wiele większem, aniżeli takiegoż przedniej powierzchni, wypadnie, ale większem będzie, aniżeli jakiegokolwiek widomej części oka.

Prelegent widywał drżenie małego obrazka w oczach atropinowanych, skoro badanemu polecił akomodować, ale brakło przy tem zawsze przesunięcia małego obrazka.

Nie udało się Tscherning'owi przekonać się o zjawisku podmiotowem, pozwalającym wnioskować o opadaniu soczewki przy największej akomodacji. Przyrząd, którym się prelegent posługiwał, pozwolił mu z łatwością wykazać, że oko eserynowane nieco w oczodole ku dołowi się poruszało, stosownie do ciężkości, przy pochyleniu głowy w bok. Różne autoptyczne przedmioty zdawały się natomiast zachowywać zobopólne swe w polu widzenia położenie.—

Rogman z Gandawy mówi o *rzekomej akomodacji bez soczewkowych*. Badaniem poddawał oczy operowane nie z powodu zaćmy, ale oczy pozbawione soczewki dla krótkiego wzroku, a znalazł przytem rzekomą akomodację, wynoszącą od 2—5 dioptryi, z tem jednakże ograniczeniem, że wzrok był słabszym przy punkcie bliży, aniżeli przy punkcie dali. Rzekomą akomodację tłumaczy R. fizyologicznym nieregularnym astygmatyzmem. Unikając irydektonii przy operacjach dla zaćmy wykonanych, ułatwiamy, zdaniem prelegenta, możliwość rzekomej akomodacji. —

W rozprawie zwraca Silex na to uwagę, że wypukłości rogówki przy rzekomej akomodacji ucisk mięśniowy nie zmienia, jak to twierdzono.

Thier z Akwisgranu przypomina, na co zwrócił dawniej już



uwagę, że obszar zastępczej akomodacji większy jest w oczach operowanych bez irydektomii, aniżeli z irydektomią. —

Greef z Berlina mówi o *Fuchs'a rzekomym zaniku nerwu wzrokowego*.

Fuchs ogłosił w »Archiwie« Graefe'go spostrzeżenie, że spojówkowe przegródki (*septa*) zupełnie w obwodzie pnia nerwowego często ulegają niezwykłemu przeobrażeniu. Znajdujemy tu szereg przegródek koncentrycznych do pochewki piałnej, tworzących pierścieni kilkorako przerywany. Na zewnątrz od tych przegródek, t. j. pomiędzy nimi a pia, brak zawsze włókien nerwowych, ale w ich miejscu znaleźć można delikatną siatkę. Fuchs mówi tu o *obwodowym zaniku nerwu*, a Greef zwalca miano zanik, ponieważ brak włókien nerwowych w tem miejscu już od urodzenia u wszystkich ludzi zachodzi.

Według Greef'a więc mamy do czynienia z fizyologiczną osłonką nerwogłową, tak, jak ona zachodzi wszędzie w centralnym systemie nerwowym. —

W. Goldzieher z Budapesztu mówi o *iritis glaucomatosa*.

Najczęściej właśnie iritis serosa powoduje wzmożone napięcie, a prelegent zastanawia się nad tem, jak często i z jakich okolicznościowych powodów występuje wzmożone napięcie przy iritis serosa.

Opierając się na pięciu przypadkach, sądzi prelegent, że iritis serosa wtenczas do jaskry daje powód, jeżeli przechodzi w postać włóknistą (*fibrosa*). W następstwie tego drogi limfatyczne zatykają się wysiękiem krzepnącym. Przychodzi więc do zatrzymania płynów w gałce. Pod względem terapeutycznym zaznacza G., że zasadnicze stosowanie środków zwężających źrenicę i ciepłe okłady mogą cierpienie usunąć z pominięciem irydektomii. —

W. Schoen z Lipska mówi o *trzech głównych anatomicznych zmianach przy sprawie glaukomatycznej*. Rozróżniać trzeba zmiany główne i poboczne. Ostatnie występują dopiero później następowo, są jednakże w oczach dotkniętych rozwiniętą jaskrą daleko jawniejsze od pierwszych i takowe nawet zakrywają.

Zdaniem prelegenta trzy główne zachodzą przy jaskrze anatomiczne sprawy, a lubo niezawsze w postaci czystej występują, to jednak zawsze się z niemi spotkać można.

Są niemi:

1. Wgłębienie tarczy. Już przed 15 laty doszedł Sch. na podstawie obszernego materiału, dotyczącego młodych i starych ocz, do przekonania, że t. zw. zagłębienie fizyologiczne nie jest fizyologicznem, ale nabytem w życiu.

Ściąganiem południkowych włókien mięśnia rzęskowego są lamina fusca i suprachoridea naczyniówki; przyczepiając się do pochwy nerwu wzrokowego, z czasem wytwarzają rozciągnięcie pochewek i włókien nerwowych, doprowadzając do zagłębienia. Fizjologiczne zagłębienie jest tylko okresem, wyprzedzającym zagłębienie jaskrowe.

2. Wyciągnięcie rąbka siatkówkowego w kosmyki i tworzenie się próżni Blessig'a (*Hohlräume*).

U nowonarodzonego dziecka rąbek siatkówkowy jest prostym, nie istnieje weale ora serrata. Kosmyki albo ząbki nabywa siatkówka dopiero później, a najwyższy stopień tychże przedstawia zmiany jaskrowe. Wśród życia zmiana ta anatomiczna wytwarza objawy jaskry, a mianowicie wysunięcie się naprzód soczewki, spłaszczenie przedniej komórki i wzmożenie jawnej nadwzroczności.

3. Zanik mięśnia rzęskowego. Zamiast wyprężonych pęczków mięśniowych, znajdował Sch. wiotkie, próżne, kręcone cewki. Przejście do włókien ścięgniowych nie da się wszędzie wykazać. A pomiędzy włóknami mięśniowymi znajduje się tkanka szklista. Mamy więc do czynienia ze zanikiem mięśniowym, połączonym z myositis interstitialis fibrosa. Następstwem tych zmian jest wysunięcie się naprzód kąta ciała rzęskowego, co u żyjącego znaczy się wystąpieniem ostrej i atonicznej jaskry. —

W rozprawie zaznacza Hess z Marburga: Posiadam szereg prawidłowo wyglądających ócz noworodków, a przedstawiających owo kolankowate zagłębienie. Wobec tego musiałby Schoen przyjąć kurcze mięśniowe wśródmaciczne. Według doświadczeń, podjętych przez siebie i Dra Heinke'go, ustaje wszelkie działanie kurczu mięśniowego już w okolicy równikowej, tak, że nie można więc przyjąć działania mięśnia rzęskowego na nerw wzrokowy.

Schoen: Owo przesunięcie nerwu wzrokowego znajduje się tylko u dzieci, które miały kurcze, takowe zaś mogły i w łonie matki zachodzić. Natomiast dzieci wolne od kurczów nie przedstawiają tych zmian ani na turczy, ani też w ora serrata.

Przesunięcie naczyniówki jest bardzo drobniagowe i dlatego nie da się ono doświadczalnie wykazać za pomocą tak mało ścisłego badania, jakim jest użycie szpilek.

#### IV. LECZNICTWO.

10. Wodnik chloralu, chloralhydrat, jako odtrutkę przeciw zatruciom kokainą, poleca Giofredi i to w wielkich dawkach, a mianowicie 3—4 gr. Natomiast kokaina nie jest odtrutką przeciw chloralowi. (X. kongres włoski dla med. wewn.). —

11. Przeciw chorobie Basedowa zachwała Paulesco w „Gaz. hebdom. de méd. et chir.“ siarczan chinowy w dwóch dawkach po  $\frac{1}{2}$  gr. wieczorem wziętych. Środek ten przez swe działanie ściągające korzystnie wpływa na wole i silny przyływ krwi do tego organu, ograniczając zbytnią gruczolę wydzielinę. Tak przyspieszono tętno, jako też bezsenność i podrażnienie zniknęły, by znowu wystąpić, skoro działanie chininy przerwano.

12. Kamfora przeciw gruźlicy. Dr Aleksander zaleca przeciw tuberkulosis podskórne zastrzykiwania kamfory: 0,01 do 0,03 codziennie raz.

W.

#### V. ROZMAITOŚCI.

Nerwica intermitująca oftalmiczna ze samozakażenia. Dr Deutsch opisuje odnośny przypadek u chorego, dotkniętego silnym bardzo bólem, przeszkadzającym nawet w widzeniu. Chory, zresztą zawsze zdrowy, jedynie dotknięty był nieżytem żołądka. Mimo, że ślodziła nie była bolesną i nie nabrzmiała, podawano choremu chininę ze względu, iż w okolicy malarya panowała; nie miała ona jednak wpływu na ból głowy. Natomiast kalomel, jako laksans podawany po 0,5, usuwał prawie zupełnie silne często, co 6 godzin powtarzające się bóle, występujące po najmniejszym uchybieniu w dyecie. — Badanie moczu wykazało wielką zawartość indikanu. — (Klinische Beiträge zur Lehre von den acuten intestinalen Autointoxicationen. „Wiener med. Wochenschrift“. Nr 6. 1900).

Działanie zimnych i ciepłych okładów na ciepłotę oka. Hertel w Jenie doszedł na podstawie swych doświadczeń do odmiennych, aniżeli Silex, wyników, a mianowicie, że ciepłe okłady podnoszą, zimne obniżają ciepłotę oka. Skutek występuje bardzo prędko, osiąga po kilku minutach najwyższy stopień, by znowu wkrótce po zdjęciu okładu ustąpić. (Graefo'go „Archiv“. T. 49. I).

Hinshelwood wspomina o dwóch chorych, którzy mogli w razie czytać, ale nie potrafili liter nazwać, z których się wyrazy te składały. (Lancet. 1899, według referatu Revue générale d'ophtalm. Nr 10. 1899).

W.

**Pismo „zwierciadlane“ (*l'écriture en miroir*).**

Na posiedzeniu paryskiej Akademii medycznej z dnia 30 stycznia b. r. odczytał Laveran w imieniu Dra Marinesco opis choroby pewnego 25letniego mężczyzny, obciążonego neuropatycznie, dotkniętego zaburzeniami w sferze umysłowej i okazującego następujący szczególny objaw: za dyktałem pisał on w sposób wprost odwrotny, niż się zwykle pisze, mianowicie od prawej strony ku lewej tak, że pismo jego, zresztą poprawne, wyglądało zupełnie jak pismo zwyczajne, oglądane w zwierciadle — i tylko w zwierciadle mogło być bez trudu odczytane. — Dr Marinesco spotykał się z podobnym pismem w kilku przypadkach połowicznego prawostronnego porażenia z afazją lub bez niej, w dwóch przypadkach skurczu pisarskiego i u kilku osobników zdrowych, gdy im polecił pisać ręką lewą. Jako przyczynę tego objawu przypuszcza Dr M. zaburzenie w skojarzeniu ośrodków korowych wzroku z ruchowymi ośrodkami nerwów mięśni czynnych przy akcie pisania. (Według *Semaine Médicale*). — *K. W. M.*

**Punkcikowate wynacznienia na spojówce gałkowej jako też powiekowej w następstwie uspienia gazem rozwesolającym ( $N_2O$ ) opisuje Morton.** Narkozy użyto u 23letniej osoby dla wyrwania zęba. Oprócz wynacznień spojówkowych znaleziono liczne drobne plamki krwotoczne na skórze szyi i lewego sutka. Oczy zmian wzrnikowych nie okazywały. (Według *Annales d'oculistique* 1900, II). *K. W. M.*

**Stan upojenia, wywołany zapuszczeniem ezeryny.** — Na posiedzeniu *Société médicale des hôpitaux* z dnia 12 stycznia b. r. podał Rubinowicz opis przypadku, w którym u starca dotkniętego miazdzą tętnic spostrzegal po zapuszczeniu dwukrotnem półprocentowej ezeryny stan bardzo podobny do upojenia alkoholem. Z początku ciepłota ciała nieco się podwyższała, poczem spadała poniżej stanu prawidłowego. Chory okazywał w tym czasie zaburzenia psychiczne, w szczególności zwiidywania podobnie, jak w stanie upojenia alkoholowego. Nakoniec ogarniał go głęboki sen. Zapuszczenie pilokarpiny nie wywoływało u niego żadnych podobnych zaburzeń. Rubinowicz zastrzykiwał ezerynę morskim świnkom, u których stwierdził następnie podobne wahania ciepłoty ciała, a prócz tego drgawki i nastroszenie sierści. (Według *Annales d'oculistique*, 1900, II). *K. W. M.*

**Ostra achromatopsya.** Dr Erwin opisuje przypadek, w którym u dwóch dziewczynok (13 i 14 lat) wystąpiła nagle zupełna ślepotą barwna w następstwie przyglądania się śniegiem pokrytej przostreni przy silnym blasku słonecznym. Schorzeniu temu towarzyszyły: światłowstręt, ścisk powiek, przekrwienie spojówki, zwięźlenie źrenic, ściśnięcie pola widzenia dla barwy białej, lekkie przekrwienie dna oka,

wreszcie nudności. Slepota barwna trwała u obydwu dziewczątek przez dwa tygodnie, poczem powoli wróciło prawidłowe poczucie barw. Leczenie polegało z początku na zimnych okładach, później zastosowano prąd elektryczny i strychninę. (Według *Annales d'oculistique*, 1900, II).

*K. W. M.*

**Chiński podręcznik okulistyki.** Na posiedzeniu berlińskiego towarzystwa oftalmologicznego z dnia 21 grudnia 1899 pokazał Hirschberg zgromadzonym chiński podręcznik okulistyki, o którego wartości mógł się przekonać z załączonego przekładu angielskiego, który mu równocześnie z Nankingu przysłano. Książka ta ukazała się po raz pierwszy w r. 1758, w r. zaś 1868 doczekała się powtórnego wydania. Lien Tsuon, nowy wydawca, zaznacza w przedmowie, że jak niebo posiada słońce i księżyc, tak człowiek ma dwoje oczu, — i jak czarne chmury zaciemniają słońce, tak wszelkie choroby oczne przyćmiewają wzrok. W książce tej jednak znajdzie czytelnik podane lekarstwa na wszelkie oczne cierpienia. Wykład chorób ocznych i podstawy ich leczenia oparte są w tem dziele na twierdzeniu przyjętem za pewnik, że twardówka i jej schorzenia zależą od płuc, tęczówka od wątroby, źrenica od części płciowych, kąciaki oczne od serca, górna powieka od śledziony, a dolna od żołądka. Stosownie do tego podziału radzi chiński okulista leczyć zapalenie tęczówki przez podawanie odwarów żółciopędnych, przy zapaleniu zaś skóry powiek zaleca *carminativa!* — Jak z tych kilku urywków wynika, dzieło to niezbyt poehlebnie świadczy o naukowym poziomie chińskiej okulistyki.

*K. W. M.*

### Sekcja okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszom następstwie zgłosili wykłady:

3. Dr K. W. Majewski: „Skuteczność zastrzykiwań mięśniowych dwujodku rtęci w oliwie przy chorobach ocznych“.
4. Dr Łuniewski: „Znaczenie lecznicze dioniny w okulistycznej praktyce“.

Termin otwarcia zjazdu, mającego się odbyć w dniach od 21—25 lipca, już niezbyt odległy, spodziewamy się zatem, że zgłoszenia odczytów odtąd liczniej napływać będą.

Kolodzy, którzyby zamierzali zamiejscowych chorych przedstawić, będą mogli takowych na dni kilka umieścić w uniwersyteckiej klinice okulistycznej.

Zgłoszenia przyjmuje I asystent kliniki okulistycznej Dr K. W. Majewski, ul. Kopornika.

*B. Wicherkiewicz.*

Oftalmologiczne Towarzystwo w Heidelbergu odbędzie w tym roku zebranie swe w sierpniu, a mianowicie 13, 14 i 15 sierpnia. — Zgłoszenia wykładów i demonstracyj przyjmuje aż do d. 1 sierpnia radca med. Dr Hess w Moguncyi.



## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dimmer z Instruktu obejmuje katedrę oftalm. w Gracu.  
Prof. Schweißgór ustąpił z katedry oftalm. w Berlinie, a miejsce po nim obejmie prof. Michel z Wyrzburga.

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

### Dr Franciszek Sroczyński

zmarł dnia 9 marca b. r. w Krakowie.

Dr Franciszek Sroczyński, docent okulistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, urodził się dnia 24 maja 1862 roku w Stanisławowie. Rozpoczęto tamże nauki szkolne ukończył, przesiedliwszy się do Krakowa, w gimnazjum św. Jacka, otrzymawszy w czerwcu 1880 roku świadectwo dojrzałości. Okazując jeszcze za czasów szkolnych wielkie zamiłowanie do nauk przyrodniczych, zapisał się w Krakowie na wydział lekarski, gdzie też w roku 1886 w lipcu otrzymał dyplom doktorski. Zajmując się z predylekcyą optyką i fizyką, już jako słuchacz medycyny zwrócił swą uwagę na dział chorób ocznych i przy nadarzającej się sposobności udał się jeszcze przed odbyciem ostatnich egzaminów państwowych w roku 1885 do Poznania do kliniki prof. Dra Wicherkiewicza, gdzie objął miejsce asystenta klinicznego. Pobyt jego dłuższy w tymże zakładzie udaromniły władze pruskie; gdyż po edykcie bismarekowskim, wypędzającym wszystkich Polaków innych zaborów z granic pruskich, musiał i on opuścić zakład poznański, a wszelkie usiłowania i wpływy prof. Wicherkiewicza zaledwie o 3 miesiące zdołały pobyt jego w Poznaniu przedłużyć. Wróciwszy do Krakowa i otrzymawszy dyplom lekarski, rozpoczął ś. p. Franciszek Sroczyński pracę zawodową w szpitalu św. Łazarza, a gdy, po odbyciu służby wojskowej, zawakowało miejsce asystenta kliniki okulistycznej, objął to stanowisko, które do jesieni 1893 roku zajmował.

Opuszczając mury kliniczne, habilitował się jako docent prywatnej okulistyki przy Uniwersytecie krakowskim na podstawie pracy, ogłoszonej w wydawnictwie dzieł lekarskich polskich pod tytułem „O zapaleniu sympatycznym oka“ i osiadł w Krakowie.

Już jako asystent zwrócił na siebie uwagę swych przełożonych przez swe sumienne wypełnianie obowiązków, swe zdolności znamienito i niewyczerpany niezem zapał do pracy, a szerokie koła młodych słuchaczy, których uczył i objaśniając umiał zagrzeć do pracy zawodowej, uwielbiały w nim z prawdziwą czcią i miłością, szczerego przyjaciela uczących się.

Szanowany i lubiony przez kolegów i starszych i młodszych, dla wielkiej zacności i prawości charakteru, ubóstwiany przez polecających się jego opiece klientów, potrafił ś. p. Franciszek Sroczyński i wzbudzić

dzie swą rozległą wiedzą i taktownem postępowaniem zaufanie u szerokiej kół ludności, a zaufanie to rosło z dniem każdym.

Gdy po śmierci ś. p. profesora Rydla wydział lekarski zamianował go zastępcą i kierownikiem kliniki okulistycznej uniwersyteckiej z poleceniem prowadzenia przerwanych zgonem profesora wykładów, przyjął ś. p. Franciszek ten nowy obowiązek z wielkim zapalem i radością nietajoną.

Dla talentu pedagogicznego, który ś. p. Franciszek zdradzał już jako młody asystent, udzielając wskazówek uczniom jego opiece oddanym i przygotowującym ich do egzaminów ścisłych, otwarło się nowe i szerokie pole popisu.

Praca kliniczna, o której zawsze marzył, na którą wszelkie myśli i dążenia swe miał skierowano, dodawała mu coraz to większej energii i rozbudzała coraz więcej jego zdolności; a wszystkie wolne chwile, które i tak skąpo sobie wymierzał, obracał już li tylko na to, by się jak najłepiej i najsumienniejsz z poruczonego mu zadania nauczycielskiego wywiązać. Nieszukający towarzystwa, zamknięty w sobie, nawet i skryty i mało mowny, zmienił się do niepoznania na klinice. Stojąc przed licznym zastępem słuchaczy, nabierał zapalu i ognia, a talent retoryczny jaśniał wtedy w całej pełni. Jak dobrze z tego zadania się wywiązał, nie będziemy więcej wspominać, gdyż zbyt świeżo mamy to chwile, kraszające jego działalność, w pamięci. Oprócz tego umiał on pogodzić z pracą ścisłą zawodową i działalność naukową, piastując przez wiele lat mozołną godność sekretarza Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, a nalożąc prócz tego do komisji redakcyjnej „Przeglądu Lekarskiego“, zasilał i jego łamy swemi pracami, nie zapominając i o innych polskich wydawnictwach; z ważniejszych prac przytaczamy tutaj: 1) „Dwie operacje wągra podsiatkówkowego“. 2) „O racjonalnem przepisywaniu szkieł w anizotropii“. 3) „Wzrok i okulary (popularne)“. 4) „Zez zastępczy w porażeniach mięśni zewnętrznych oka“. 5) „Przyczynek do leczenia jaskry złośliwej“. 6) „Przyczynek do leczenia operacyjnego ropnia rogówkowego“. 7) „Przyczynek do znajomości i leczenia mięsaków przyrogówkowych oka“. 8) „Badanie astygmatyzmu“. 9) „O oślepieniu wśród objawów jaskry skutkiem ucisku powiek“. 10) „O zapaleniu sympatycznym oka“.

Zal szczery i głęboki ogarnął szerokie koła kolegów i przyjaciół na wieść nagłą i najmniej spodziewaną, że własną ręką, ręką, która była zawsze przyjacielsko otwartą dla każdego potrzebującego, tak chętną do każdej usługi, targnął się na życie.

Zdenerwowany od dłuższego czasu, więcej wegetował, niż żył, stroniąc od towarzystwa nawet bliskich bardzo; zapadał w ostatnich czasach coraz więcej na zdrowiu i to może przyspieszyło smutną katastrofę. Poszedł w krainę spokoju, z której nikt nie wraca, a odprowadzony na miejsce ostatniego spoczynku przez tłumy przyjaciół, opuścił nas na zawsze, zostawiając między nami pamięć drogiego towarzysza i człowieka szlachotnego i bez skazy — wspomnienie »*aere perennius*«.

Cześć jego pamięci.

Dr. Brudzewski.

## Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

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

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**  
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

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

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

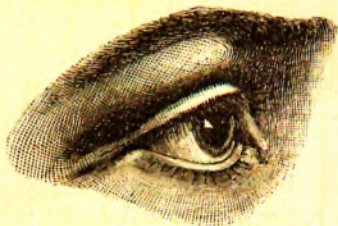
Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

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

**Redakcyja.**

### OGŁOSZENIA.

**F. Ad. Müller'a Synowie.**  
Wiesbaden.



**Sztuczne  
oczy.**

1—12—3

**Obfity skład u K. Zielińskiego, optyka, w Krakowie.**



UNIwersytetowi Jagiellońskiemu  
~~~~~  
w jego roku jubileuszowym

poświęca wydawca.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

Z *WSPÓUDZIAŁEM* PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOG. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WIEŃIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Kwiecień

— ROKNIK DRUGI —

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka.

Podał

DR KAROL BRUDZEWSKI.

Ponieważ wydobywanie soczewki z oczu o budowie niedomiarowej zyskało sobie od niedawna prawo obywatelstwa między operacyjnymi zabiegami na oku, będzie może na miejscu wypowiedzieć kilka uwag o zmianie siły łamiącej oka po wydobyciu soczewki tak w oczach o budowie miarowej, jak i niemiarowej. —

Stare doświadczenie, że oko o budowie miarowej osiąga najlepszą bystrość wzroku po operacji katarakty zapomocą szkła wypukłego o sile 10 D, odnoszono także do oczu niemiarowych — i utrzymywało się twierdzenie, że oko z myopią 10 D po wydobyciu soczewki będzie właśnie miarowem. Tymczasem wkrótce po wprowadzeniu w czyn wydobywania soczewek z oczu o budowie niedomiarowej (w myopii) stwier-

dzono, że tak nie jest, i że dopiero oczy, które przed operacją miały myopię około 17—20 D, stają się po operacji, t. j. po usunięciu soczewki, miarowemi — a stopień niższy myopii, jak 10 D, wcale miarowym się nie staje — owszem pozostaje jeszcze w znacznym stopniu nadmiarowym (hyperop.).

Ile refrakcyja po wydobyciu soczewki się zmieni, można obliczyć naprzód; i w tym celu różni autorowie starali się, w różny sposób obliczając, podać różne wzory: stałe, jak Eperon<sup>1)</sup>, — zmienne, jak Salzmann<sup>2)</sup>, by operujący naprzód mógł wiedzieć, o ile refrakcyja po operacji się zmieni.

Nie wszystkie one są jasne i dobre — Eperon poszedł dalej, bo podał stały wzór, w który wstawione odpowiednie wartości, mają bez żadnych obliczeń zawitych od razu podać refrakcyę pooperacyjną. Jednakże należy nadmienić, że tak rzeczy uogólniać nie można. Jak również nie można się opierać w obliczeniach na oku zredukowanem Donders'a. Stadtfeld, robiąc podobne obliczenie, oparł się na liczbach Tscherning'a, i wyniki jego są dobre — a i my, obliczając w Sorbonnie te zmiany refrakcyi, na Tscherning'a obliczeniach optycznych oka się opieraliśmy<sup>3)</sup>.

Obliczenia te refrakcyi nie są tak trudne, ani tak zawite, jakby się to zdawać mogło. Oko bowiem po wydobyciu zeń soczewki staje się przyrządem optycznym o budowie nader uproszczonej, bo już tylko jedną płaszczyznę łamiącą i jednolity współczynnik załamania posiada. Po wydobyciu soczewki refrakcyę oka oznacza tylko rogówka, oraz odległość siatkówki od rogówki. To też najprostsze zasady załamania światła przez jedną krzywiznę mają swe zastosowanie tutaj. Ponieważ tak załamanie jak odbicie światła zasadniczych różnic nie okazuje, przeto poniżej podajemy drogę, za pomocą której dochodzimy

<sup>1)</sup> Eperon: Arch. d'ophthalmol. 1895.

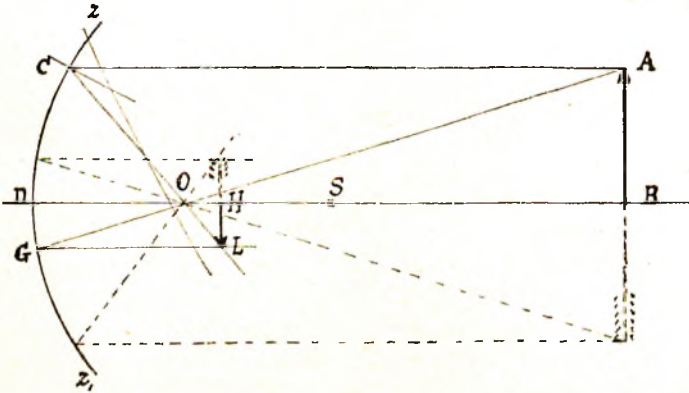
<sup>2)</sup> Salzmann: Arch. f. Augenheilk. 1897.

<sup>3)</sup> Stadtfeld: Klinisch. Monatsbl. 1896.

Tscherning: Zeitschrift f. psych. und physiolog. 1892. — Optique physiolog. 1897.

w naszych obliczeniach do celu, posługując się prawami odbicia światła również od płaszczyzny krzywej.

Fig. 1.



Rysunek 1 przedstawia płaszczyznę zwierciadlącą krzywą — środek jej krzywizny jest w S — jej ognisko w O; AB jest przedmiot, którego obrazek tworzy się w HL. Nazwijmy  $AB = Y$ , obrazek  $HL = y$ , odległość  $BO = x_1$  a odległość  $HO = x_2$ , dalej  $BD = f_1$  a  $HD = f_2$  i  $DO = F$ , to z podobieństwa trójkątów (konstrukcję geometryczną obrazka wykonano podług elementarnych zasad optyki) wynikają pewne stosunki, jeśli przyjmiemy według konstrukcyi, że  $AB = CD$ , a  $GD = HL$ ; a mianowicie:

$$Y : y = x_1 : F \text{ i } Y : y = F : x_2,$$

czyli, że  $x_1 : F = F : x_2$ , a stąd  $x_1 x_2 = F^2$ .

Ponieważ za wartości  $x_1$  i  $x_2$  wolno nam wstawić w ostatnie równanie  $f_1 - F$  i  $f_2 - F$  w myśl konstrukcyi, przeto otrzymamy

$$(f_1 - F) (f_2 - F) = F^2,$$

a rozwijając to równanie i upraszczając, otrzymamy:

$$f_1 f_2 - f_1 F - f_2 F + F^2 = F^2$$

$$f_1 f_2 = f_1 F + f_2 F,$$

a dzieląc to przez  $f_1 f_2$ , otrzymujemy ostatecznie wzór Helmholtz'a, mający znaczenie ogólne:

$$\frac{F}{f_1} + \frac{F}{f_2} = 1.$$

Wzór ten posłuży nam później do oznaczenia refrakcyi popoecznej.

Oko przed wydobyciem soczewki jest przyrządem optycznym złożonym, a siła łamiąca oka kompletnego jest sumą siły łamiącej rogówki i soczewki. Chociaż rogówka nie jest kulistą, mimo to można jej część osiową jako taką uważać, bez popełnienia dużej omyłki, i zastosować do niej prawa załamania światła przez płaszczyzny kuliste. Każda płaszczyzna kulista, oddzielająca od siebie 2 środowiska o różnym współczynniku załamania (w naszym przypadku byłyby niemi powietrze i ciecz wodna, względnie ciało szkliste) posiada 2 ogniska  $F_1$  i  $F_2$ , których położenie względem szczytu powierzchni łamiącej rogówki określają wzory

$$F_1 = \frac{r}{n-1} \quad \text{i} \quad F_2 = \frac{n r}{n-1} = n F_1,$$

przyczem należy przyjąć, że światło biegnie od środowiska rzadszego ku gęstszemu — wtedy  $F_1$  leży w środowisku rzadszem, a  $F_2$  w gęstszym; —  $r$  oznacza promień krzywizny, a  $n$  współczynnik załamania. Nie będziemy uwzględniać przy naszych obliczeniach różnicy łamliwości istoty rogówkowej i cieczy wodnej — gdyż różnica między temi dwoma środowiskami jest zbyt małą. Bo jeśli dla rogówki  $n = 1,377$ , a dla cieczy wodnej i ciała szklitego  $n = 1,3375$ , to ta minimalna różnica współczynnika załamania miałaby ten wpływ, że wyniki zmieniłyby się o 0,3 Dioptryi zaledwie, a komplikowałoby to różnicowanie bardzo nasze obliczenia; dlatego przyjmiemy  $n = 1,3375$ , a rogówkę uważać chcemy jako płaszczyznę matematyczną<sup>1)</sup>. Zniennym zatem byłby tylko promień rogówki —  $r$ , który da się oftalmometrycznie z wielką dokładnością oznaczyć. Wiemy z licznych prac dawnych i świeżych, że promień rogówki waha między 8,4375 a 7,34 mm średnio. Liczby te nam mało mó-

<sup>1)</sup> Hess: Klin. Monatsblatter. 1898.

wią — dlatego wolimy wyrazić to w Dioptryach; że zaś siłę łamiącą rogówki wyrażamy przez odwrotną wartość jej ogniskowej przedniej, zatem

$$D = \frac{1}{F_1} = \frac{n-1}{r} \cdot 1000;$$

$$= \frac{337.5}{r}$$

stąd rogówka o promieniu  $8,4375 = 40 D$ , a dla promienia  $7,34 = 46 D$ . Ogniskowe przednie wynoszą dla  $40 D$   $F_1 = 25$ , a dla  $46 D$  ogniskowa  $F_1 = 21,7$ , zaś ogniskowe tylne  $F_2 = 33,4$  i  $F_2 = 29,1$  milimetrów. — Jeśli znowu w podobny sposób obliczymy siłę łamiącą soczewki, i weźmiemy dlań współczynnik załamania w stosunku do cieczy wodnej i c. szklatego, w których jest umieszczona,  $n = 1,06$ , to otrzymamy ogniskową  $F = 63 \text{ mm} = 15.8 D$ . Kombinując soczewkę w rogówkę, otrzymamy, postępując sposobem Helmholtz'a<sup>1)</sup>, całkowitą siłę łamiącą oka, która dla oka z rogówką o  $40 D$  wynosi  $56 D$ , a dla oka z rogówką o  $46 D$  wynosi  $62 D$ . Przyjąwszy dalej, że oko takie, jak pierwsze, jak i drugie, jest miarowem, przyjmujemy w następstwie, że obrazek musi się tworzyć na siatkówce. Z czego po obliczeniu wypada, że odległość od rogówki do planki żółtej wynosi dla oka z rogówką o  $40 D$  dokładnie  $25,2 \text{ mm}$ , a dla  $46 D$  Dioptryi nieco mniej, to jest  $23.1 \text{ mm}$ , przyczem ogniskowe przednie oka kompletnego wynosiłyby w pierwszym przypadku  $18,5$ , w drugim  $15.9 \text{ mm}$ .

Znając te liczby, można przystąpić do obliczenia refrakcyi po wydobyciu soczewki; potrzeba jednakże jeszcze wiedzieć, jaką zmianę refrakcyi wywoła oddalenie się siatkówki od ogniska tylnego oka kompletnego, co tak w myopii jak i hyperopii ma miejsce. Za pomocą oka zredukowanego Donders'a obliczono, że różnica  $1 \text{ mm}$  w położeniu siatkówki daje różnicę

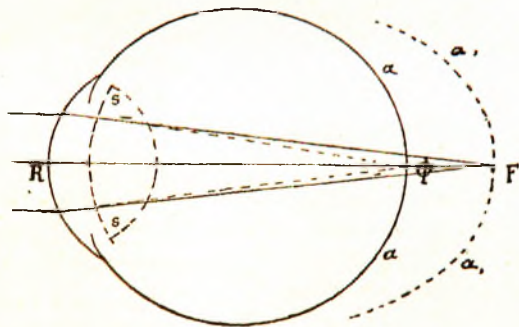
<sup>1)</sup> Helmholtz: Physiologische Optik.  
Mueller Pouillet: Lehrbuch der Physik.

refrakcyi mniej więcej 3,3 Dioptryi — mianowicie, jeżeli we wzorze

$$x_1 x_2 = F_1 F_2$$

wstawimy za  $F_1 = 15$  mm, a za  $F_2 = 20$  mm, to otrzymamy  $x_1 x_2 = 15 \cdot 20 = 300$  — czyli, że przy różnicy 1 mm należy wziąć za  $x_2 = 1$  mm, a stąd  $x_1 = 300$  mm. Ta liczba jednakże jest stanowczo za wysoką; jak i z drugiej strony, chcąc dokładnie oznaczać ametropię pooperacyjną, nie można się posługiwać okiem szematycznym, a należy dla każdego poszczególnego przypadku brać wartości rzeczywiste. Obliczając w powyższy sposób nasze 2 przykłady, otrzymamy, że dla oka

Fig. 2.



z rogówką o 40 D różnica 1 mm w położeniu siatkówki daje różnicę refrakcyi 2,32 D, a dla 46 D różnicę 2,9 D. Aby zatem po operacyi otrzymano emmetropię, w pierwszym przypadku oko musi być 33,4 mm, a w drugim 29,1 mm długie (od rogówki do plamki żółtej). — (Fig. 2 — odległość  $Rf$  jest długością gałki, a zarazem ogniskiem tylnem rogówki). Bo jeśli we wzorze Helmholtz'a

$$\frac{F_1}{f_1} + \frac{F_2}{f_2} = 1$$

$f_2$  oznacza odległość rogówki od siatkówki  $F_1$  — ognisko przednie oka bezsoczewkowego,  $F_2$  ognisko tylne, a  $f_1$  odległość

przedmiotu, który się ma na siatkówce odbić, czyli p. remotum oka; to, zmieniając ten wzór na:

$$f_1 = \frac{f_2 F_1}{f_2 - F_2}$$

i wstawiając zamiast  $f_2$ ,  $F_1$  i  $F_2$  znane wartości, otrzymamy teoretyczną odległość  $f_1$ , a z tego refrakcyę.

Jednakże refrakcyja ta nie jest identyczną z tą refrakcyą, którą otrzymujemy doświadczalnie za pomocą szkieł korekcyjnych — i różnica będzie tem większą, im słabszą była refrakcyja oka przed operacyą, czyli, im silniejszą była hyperopia przed operacyą; w wyższych stopniach myopii, gdzie po operacyi refrakcyja oka jest bardzo zbliżoną do emmetropii, różnica ta jest minimalna — a przyczyna leży w ustawieniu szkła korekcyjnego.

Jeżeli bowiem oko przed operacyą miało budowę miarową, a rogówka miała promień o długości 7,3 mm = 46 D, to po wydobyciu soczewki będzie ono nadmiarowem = Ognisko p. rogówki  $F_1 = 21,7$  — ognisko tylne  $F_2 = 29,2$ . — Ponieważ długość takiego oka = 23,1 =  $f_2$ , zatem z wzoru Helmholtz'a otrzymamy  $f_1 = 82,2$  ze znakiem ujemnym, bo w części wzoru  $f_2 - F_2$ ,  $F_2$  jest większe, niż  $f_2$ ; zamieniwszy to na dioptrye, otrzymamy refrakcyę nadmiarową = 12,1 D. Jeśli teraz chcemy tę refrakcyę poprawić szkłem, to musimy je ustawić przed okiem, zatem jeśli ustawimy je w odległości 10 mm albo 15 mm przed okiem, to musimy do  $f_2$  dodać 10 względnie 15 mm — a przez to refrakcyja tą drogą otrzymana wynosić będzie 10,8, względnie 10,2 D. Wyniki tych obliczeń dwóch różnych wielkości promienia rogówkowego o sile odpowiadającej 40 i 46 D, zestawiliśmy w następujących tablicach. przyczem w rubryce 1) podaliśmy refrakcyę teoretyczną, t. j. rzeczywiste p. remotum, obliczone na dioptrye — zaś rubryka 2) podaje refrakcyę po operacyi, otrzymaną przez korekcyę szkłem, ustawionem 10 mm, — a rubryka 3) 15 mm przed okiem. Rząd 4) podaje refrakcyę przed operacyą. E = emmetropia, zaś znaki + i — hyperopia i myopia.



TABLICA I.  
r = 40 D.

| 1)     | 2)     | 3)     | 4)   |
|--------|--------|--------|------|
| + 21,3 | + 17,6 | + 16,1 | + 8  |
| + 19,1 | + 16   | + 14,8 | + 6  |
| + 16,9 | + 14,4 | + 13,4 | + 4  |
| + 14,9 | + 12,8 | + 12,1 | + 2  |
| + 13,0 | + 11,4 | + 10,8 | E    |
| + 11,3 | + 10,2 | + 9,7  | - 2  |
| + 9,6  | + 8,8  | + 8,4  | - 4  |
| + 8    | + 7,4  | + 7,1  | - 6  |
| + 6,7  | + 6,2  | + 6,1  | - 8  |
| + 5,2  | + 5,0  | + 5,0  | - 10 |
| + 4,0  | + 3,9  | + 3,8  | - 12 |
| + 3,1  | + 3,0  | + 3,0  | - 14 |
| + 1,7  | + 1,7  | + 1,7  | - 16 |
| + 0,6  | + 0,6  | + 0,6  | - 18 |
| - 0,47 | - 0,47 | - 0,47 | - 20 |
| - 1,49 | - 1,52 | - 1,53 | - 22 |
| - 2,36 | - 2,42 | - 2,45 | - 24 |

TABLICA II.  
r = 46 D.

| 1)     | 2)     | 3)     | 4)   |
|--------|--------|--------|------|
| + 20,0 | + 16,6 | + 15,3 | + 8  |
| + 17,8 | + 15,1 | + 14   | + 6  |
| + 15,6 | + 13,5 | + 12,6 | + 4  |
| + 13,7 | + 12,1 | + 11,4 | + 2  |
| + 12,1 | + 10,8 | + 10,2 | E    |
| + 10,5 | + 9,5  | + 9,1  | - 2  |
| + 9,9  | + 8,3  | + 8,0  | - 4  |
| + 7,2  | + 6,7  | + 6,5  | - 6  |
| + 5,9  | + 5,5  | + 5,4  | - 8  |
| + 4,5  | + 4,4  | + 4,3  | - 10 |
| + 3,25 | + 3,1  | + 3,1  | - 12 |
| + 2,1  | + 2    | + 2    | - 14 |
| + 0,9  | + 0,89 | + 0,89 | - 16 |
| - 0,1  | - 0,1  | - 0,1  | - 18 |
| - 1,3  | - 1,3  | - 1,3  | 20   |
| - 2,2  | - 2,1  | - 2,1  | 22   |
| - 3,1  | - 3,0  | - 3,0  | 24   |

Przeglądając te tablice, widzi się łatwo, jak wielki wpływ w oczach o małej łamliwości (Hp) mają na refrakcyę praktyczną ustawienia szkieł. Ten sam wpływ na oznaczenie refrakcyi mają i szkła przy wysokiej myopii. Dalej widzimy, że emmetropię osiąga się dopiero przy wyższych stopniach myopii oka operowanego, a mianowicie, jeśli rogówka = 40 D, to otrzymujemy emmetropię, jeśli myopia wynosiła 19 D; a przy rogówce 46 D, gdy wynosiła 17,5—18 D — przyczem soczewka w obliczeniach zupełnie swej wartości nie zmienia. Tabela ta wykazuje jasno, że po operacji tylko długość gałki i siła rogówki refrakcyę oznaczają.

Jeżeli wyniki te teoretycznie otrzymane porównamy z wynikami operatorów, jak Schweigger'a, Schirmer'a, Horriego, Pfluger'a i wielu innych, to znajdziemy, że one się mniej więcej zgadzają, ale tylko mniej więcej; różnice wynoszą 1 D lub 1,5 D. Przyczyna tegoż jest bliska — wszystkie prawa bowiem, jakie o załamaniu światła przez powierzchnie kuliste są znane, są tylko wtedy dokładne, jeśli rozwarłość

płaszczyzny łamiącej jest minimalną. Tymczasem wielkość źrenicy, która przecież w stanie prawidłowym wśród badania refrakcyi wynosi co najmniej 5 mm średnicy, ogranicza tem samym koło na rogówce tejże samej wielkości, a powierzchnia tego odcinka rogówki wynosi około 18 mm<sup>2</sup>, daleką jest zatem od punktu. Ponieważ przytem wchodzi w grę aberacja sferyczna rogówki, przeto ona także wpływa na różnicę refrakcyi praktycznej i teoretycznej. A ponieważ na innem miejscu wykazaliśmy, że w oddaleniu 2—3 mm od centrum źrenicy aberacja sferyczna wynosi około 1,5 D, więc też różnica, od aberacji sferycznej pochodząca, tyleż wynosić będzie. —

Drugą przyczyną i źródłem błędu jest współczynnik załamania soczewki. — Wiadomo, że ilu autorów ten współczynnik oznaczało, tyle liczb odmiennych znajdziemy w dotyczącej literaturze; a choć on waha i ku obwodowi opada, mimo to przyjmujemy wraz z Tscherningiem, że  $n = 1,42$ . Mathiesen, Helmholtz i inni przyjmują wyższe współczynniki. — Dlatego też obliczenia nasze nie zgadzają się z dawnymi, gdyż podług tych obliczeń dawnych oś oka musi być krótszą. Co zaś do współczynnika załamania soczewki w oku niedomiarowym, to nie mamy dotychczas dowodu, prócz wyjątków, aby go brać innym, aniżeli w oczach prawidłowych.

Jak obliczenia nasze pokazują, soczewka cały czas ma swą wartość optyczną 16 D, i dla dokładności obliczeń wcale jej zmieniać nie było potrzeba. Wreszcie same szkła korekcyjne obok oddalenia od oka wpływają na wyniki, bo szkła tak silne jak + 14 albo + 16, jeśli nie są z okiem ześrodkowane, co jest w myśl fizyki wprost niepodobieństwem, albo też jeśli tylko nieco są skośnie ustawione, okazują inną refrakcyę oraz astygmatyzm przez skośne wpadanie (*incidence*) promieni, a obniżając przez niedokładne obrazki bystrość wzroku, zmieniają tem samym wynik optyczny, gdyż właśnie bystrość wzroku jest dla nas dyrektywą dobierania szkieł potrzebnych.

Mimo to liczby otrzymane dają nam wskazówki bardzo do prawdy zbliżone. — Oczywiście, że w wyjątkowych razach, gdzie refrakcyja rogówki przejdzie granicę 46 D, to emmetropia

pooperacyjna musi wystąpić w niższych stopniach myopii, niż tutaj obliczono. Jednakże tablice nasze mogą być bardzo dobrze użyte jako pomocnicze obliczenia dla każdego poszczególnego przypadku.

Kraków, kwiecień.

## 2. Wągr oka w Polsce.

Zebrał i nowemi spostrzeżeniami uzupełnił

DR JÓZEF TALKO.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. lubels. d. 5 lutego 1900 roku).

Ciąg dalszy.

*B) Wągr, czy bąblowiec podspojówkowy?*

Dnia 17 stycznia r. b. na posiedzeniu Towarzystwa lek. Łódzkiego<sup>1)</sup> kol. M. Berensztein przedstawił »bąblowca spojówki u dziecka 3letniego«.

Po przeczytaniu tej krótkiej wzmianki, napisałem do kol. B., odbywającego obecnie studia w Heidelbergu, zapytując, czy nie zaszła pomyłka w terminologii, tem bardziej, że nie jest Polakiem i wyszedł ze szkoły dorpackiej, — przypuszczając, że miał on prawdopodobnie do czynienia nie z bąblowcem podspojówkowym, lecz z wągrem. Oto, co mi odpisał Dr B. w języku niemieckim, dozwalając ogłosić jego spostrzeżenie, co tem chętniej czynię, że przypadek ten uważam nie tylko za zagadkowy, lecz za nadzwyczaj ciekawy.

»Rzecz miała miejsce u 3letniego chłopczyka, u którego lewa dolna powieka była nieco wypukłona. Po odwróceniu jej okazała się wielkości łaskowego orzecha torbiel, leżąca pod spojówką i przesuwalna. Torbiel usunięto drogą operacyjną — po przecięciu spojówki wyłuszczyłem całą torbiel, pomimo, iż torebka jej została otwarta ostrym haczykiem. Ściany torbieli składały się z dość grubej tkanki spojówkowej, a zawartość

<sup>1)</sup> Czasopismo Lek., luty, 1900, str. 76.

jej stanowił przezroczysto-żółto-surowiczy płyn. W wewnętrznym pęcherzu znajdowało się sporo małych białawych torebek, rozmaitej wielkości, po większej części wielkości ziarenek makowych. W płynie wykryto pod drobnowidem wyraźne haczyki i jajka; chwycioch (*scolex*) jednak nie został znaleziony<sup>1)</sup>.

Przy badaniu drobnowidem tkanki spojówkowej ściany torbielowej i wewnętrznego skurezonego pęcherza znaleziono blaszkowato-warstwową budowę, jednakże nie tak delikatną, jak to zwykle widzimy w powłoczce (*cuticula*) bąblowca. Pomimo to jednak uważam ten przypadek za bąblowca (*echinococcus oculi*), a nie za wągra (*cystic. oculi*), ponieważ nie mogę inaczej wytłumaczyć mnogości torebek, które się zdarzają — o ile wiem — tylko przy bąblowcu.

Żałuję bardzo, że wszystkie utrwalone preparaty pozostawiłem w Łodzi, gdyż tutaj mógłbym poprosić jakiego zoologa-specjalistę o naukowe rozpoznanie. W Łodzi rozporządzałem bardzo małą dostępną mi literaturą, dlatego nie mogłem ściśle przypadku mego wytłumaczyć. Tutaj, po otrzymaniu od szan. kolegi zapytania, rozejrzałem się w odpowiedniej literaturze, i dziwnym sposobem w jednym tylko angielskim podręczniku: »System of Diseases of the eye, edited by Norris and Oliver, London«, znalazłem na str. 834 taki ustęp: »Serous and echinococcus cysts are sometimes met with in the subconjunctival tissue«. Prócz tego znalazłem w literaturze niemieckiej i francuskiej tylko o bąblowcu oczodołu, zaś w wielkim podręczniku Graefe-Saemisch'a (starej edycji) nie o tem nie powiedziano<sup>2)</sup>.

Że bąblowce tak rzadko spotyka się pod spojówką — nie wiedziałem; że je zaś można spotykać w oczodole, to — zdaniem mojem — nie widzę zasadniczej przyczyny, dlaczego, przy

<sup>1)</sup> Przypadki, gdzie scolex nie został odnaleziony, znane są w literaturze pasożytów. Laënnec takie bąblowce nazwał les aciphalocystes, Van Beneden zaś les echinocoques stériles (ou les poches hydatiques).

Dr J. T.

<sup>2)</sup> T. j. o echinococcus subconjunctivalis.

Dr J. T.

sprzyjających warunkach, umieszczają się nie mogły i pod spojówką. We wspomnianym wyżej angielskim podręczniku znalazłem też wzmiankę o jednym przypadku bąblowca pod siatkówką«.

Wiadomo, że, gdy wągwr lubi się usadawiać w pobliżu otworu oczodołowego i przyczepów mięśni, bąblowiec rozwielmożnia się we wszystkich częściach oczodołu, lecz głównie poza gałką oczną, rzadziej w okolicy gruczołu łzowego, nigdy we wnętrzu gałki ocznej. Stąd nazwa *echinococcus orbitalis* s. *retrobulbaris*. Francuzi nazywają tego pasorzyta *les kystes hydatiques de l'orbite*, Włosi — *cisti idatidea dell'orbita*, a Anglicy — *hydatid tumour of the orbit*. Przejrzawszy odpowiednią literaturę, nie znalazłem ani jednego przypadku bąblowca pur sang podspojówkowego. Tylko w rozprawie inauguralnej Dra J. Mandour'a <sup>1)</sup> na str. 94—95 znajdujemy spostrzeżenie Ripault'a, iż u 33 l. mężczyzny rozrastał się bąblowiec w okolicy mięska łzowego. Guzek miał wielkość fasoli i pokryty był ruchomą spojówką. Przy operacji, prócz przecięcia tej ostatniej, musiano też przeciąć ścięgno m. prostego wewnętrznego, które torbiel, leżącą pod niem, przedzielało na 2 połowy. Przypadek ten autor słusznie zalicza jednak do »kyste hydatique sous-tendineux«, a nie do podspojówkowych. W monografii Kraemer'a o podspojówkowym bąblowcu nie ma najjenniejszej wzmianki.

Sądząc jednak z opisu Dra B., a głównie opierając się na surowiczej zawartości torbieli i mnogości małych pęcherzyków — czego w torbieli wągrowej nie spotykamy — a także na obecności haczyków w płynie bez wykrycia scolex, przypuścić możemy, że przypadek jego ma większe prawo nazwanym być bąblowcem, aniżeli wągrem. Jeśli tak — to jest to unikat w piśmiennictwie okulistycznym (*echinococcus subconjunctivalis!*). Obecność jaj w płynie torbieli pozostaje dla mnie wątpliwą.

Wspomniałem wyżej, że mogą zachodzić omyłki w terminologii pasożytów. Tak, posiadam list ś. p. Jodko-Nar-

---

<sup>1)</sup> Étude sur les kystes hydat. de l'orbite. Thèse. Paris, 1895.

kiewicza — przytoczony niżej, — w którym, przez omyłkę, wągra ocznego nazwał bąblowcem. W czasopiśmie »Ruskaja Medicina« (Nr 42 z 1894 roku) krytykowałem rozprawę Dra Trapeznikowa, który zmieszał wągra z bąblowcem, twierdząc, że ten ostatni nie tylko spostrzeganym bywa w oczodole, lecz w komórce oka, pod spojówką, w c. szklistem, a nawet pod siatkówką.

Zresztą i Słownik terminologii lekarskiej polskiej (1881), nazywając echinococcus bąblowcem, a cysticercus cellulosae węgrem, dodaje, że ten ostatni »jest bąblowcem od taenia solium (t. długoczołki)«. Należałoby terminologię naszą lepiej ustalić, aby nie zachodziły omyłki w nazwach 2 rodzajów pasożytów, często wywołujących odmienne objawy w rozmaitych częściach ciała naszego. Niech echinococcus pozostanie bąblowcem, a cysticercus węgrem, węgrem lub wreszcie węgrowcem.

III. Wągr w przedniej komórce oka (*cysticercus in camera anteriore*), który po raz pierwszy — jako wągr w oku — znaleziony tu był przez Sommering'a i Schott'a w r. 1830, u nas spostrzegany był 2 razy. Pierwszy operował go i opisał Dr Jodko-Narkiewicz w 8 sprawozdaniu z instytutu ocznego warszawskiego z r. 1877 (wymieniony w »Gaz. Lek.« Nr 12, 1879, na str. 114), a także wzmiankował o nim w Prot. Tow. lek. warsz. 1879 (LXXV, str. 249)<sup>1</sup>). U 25letniej dziewczyny z Warszawy, która miała trzy razy zapalenie tęczówki, w komórce oka dostrzegł ruchliwy (a więc nieprzyczepiony — jak zwykle — do tęczówki, z naczyń której pochodzi) biały pęcherzyk wielkości 3—4 mm. Kiedy kussyna, strychnina i dwurazowe przekłucie pasożyta pozostały bezskutecznymi, Dr Jodko przy pomocy kol. Gepnera wydobyl go pomysłynie na zewnątrz przez liniowe cięcie w rogówce; wzrok zachowany.

Drugi przypadek świeżo miał miejsce w Łodzi w r. b. Kol. J. Koliński demonstrował go w lutym na posiedzeniu

---

<sup>1</sup>) Wzmiankuje o nim w swej Bibliografii A. Kraemer.

Towarzystwa lekarskiego Łódzkiego<sup>1)</sup> i łaskawie nadesłał mi następującą o nim wzmiankę:

Przedmiotem spostrzegania był 28letni mężczyzna, majster tkacki, urodzony w arcyksięstwie austriackiem, zamieszkały od 15 lat w Łodzi. Na tasiemca nigdy nie chorował. Około połowy stycznia zauważył zaczerwienienie na wewnętrznej stronie prawej gałki ocznej. Po tygodniu w nocy poczuł od razu gwałtowny ból w oku. Rano zauważył zaczerwienienie całego oka, przyczem siła widzenia znacznie się obniżyła. Lekarz, do którego się początkowo zwrócił, znalazł tak znaczne objawy zapalne, w połączeniu ze wzmożeniem wewnątrzgałkowego ciśnienia, iż odesłał chorego do kol. K. celem umieszczenia go w oddziale ocznym szpitala, przypuszczając, iż ma do czynienia z jaskrą.

Chory zgłosił się do kol. K. 25 lutego z objawami ostrego zapalenia tęczówki jak również i podrażnienia ciała rzęskowego (znaczny ból przy dotyku gałki w okolicy corp. ciliar.); zaczerwienienie i obrzęk powiek; spojówka gałki nacieczona i nabrzmiała z trudnością mieści się pomiędzy powiekami. Rogówka mętna, również jak i zawartość komory przedniej. Nacieczenie tęczówki; otwór jej nieprawidłowy. Siła widzenia niższa do  $\frac{1}{20}$ . W wewnętrznym kącie komórki przedniej znajdował się szarawy guzeczek, którego natury nie można było na razie określić z przyczyny zmętnienia rogówki i cieczy wodnistej. Otwór źrenicy wąski, komórka cokolwiek głębsza.

Po zastosowaniu pijawek i atropiny, objawy zapalne w ciągu 2 dni znakomicie się zmniejszyły, bolesność gałki ustąpiła, jak również zmętnienie rogówki i cieczy wodnistej. Źrenica szeroka, nieprawidłowo rozszerzona.

Po upływie następnych 3 dni (1 marca) źrenica już ma postać okrągłą, omawiany zaś szary twór znalazł się na dole komórki.

Badanie przy pomocy lupy Fritsch'a wykazało charakterystyczne ruchy, właściwe żywym wąglom. Był to pęche-

---

<sup>1)</sup> P. Czasopismo Lekarskie, zeszyt kwietniowy 1900 r. str. 161.

rzyk, mający około  $2\frac{1}{2}$  milimetrów średnicy, szarawego koloru, nieco spłaszczony, dzięki umiejscowieniu w wąskiej przestrzeni kącika dolnego komórki. Następnym dni pęcherzyk stał się o tyle ruchomym, iż własnym ciężarem opuszczał się, n. p. na środek rogówki przy nachyleniu głowy ku przodowi, a przy przechyleniu głowy ku tyłowi opuszczał się do kąta górnego komórki. Szyjki lub główki nie było na zewnątrz, natomiast widoczną była więcej biaława plamka na pęcherzyku, co wskazywało, iż szyjka była wciągniętą do wewnątrz.

Operacji pomyślnie dokonał kol. K. w szpitalu przy pomocy kol. Berenstein'a. Głowa chorego była podniesioną wysoko (na stole operacyjnym). Otwarto przednią komórkę przy pomocy lancetu, przyczem pasożyt wypłynął wraz z cieczą wodnistą (następnie był poddany badaniu pod drobnowidem). Zagojenie komórki nastąpiło w ciągu 3 dni bez wszelkich śladów urazu. Przyrogówkowe nacieczenie i podrażnienie tęczówki trwało jeszcze około 10 dni, po których chory powrócił do swych zajęć.

W Rosyi też operowano podobnego wągra z równie pomyślnym wynikiem, ale raz tylko. Wydobyl go u 35letniej Izraelitki Dr Mitkiewicz w Odessie. Przypadek ten opisał Dr Rabinowicz w »Wiestniku Oftalmologii«, 1886, na str. 196 i Dr. Mitkiewicz tamże r. 1886 na str. 424.

#### IV. Wągr w ciele szklistem (*cysticercus in corpore vitreo, s. vitrealis*).

»Sehr wichtig zur Erzielung eines Operations-Erfolges ist die möglichst genaue Localisirung des Cysticercus, besonders bei subretinalem Sitze desselben«.

R. Seyfert (Archiv f. Ophth. T. XXXVIII. A. II, str. 136).

»Cysticercus-extraction durch meridionalen Scleralschnitt durch die Bemühungen Alfr. Graefe's zu einer der schönsten u. segensreichen Operationen der modernen Ophthalmochirurgie geworden ist«.

A. Kraemer (l. c. str. 153).

Te dwie tezy, które wypisałem, powinny dziś być aksyomatem dla każdego okulisty, przystępującego do wydobycia wągra bądź z ciała szklistego, bądź z pod siatkówki.



Nim przystąpię do szczegółowego opisu przypadków tu się odnoszących, pozwalam sobie zatrzymać się chwilę nad sposobem operacji, dziś używanym w podobnych razach.

W roku 1854 A. v. Graefe starał się usmiercić wężra, kłując go kataraktalną igłą, a także rozszarpując pod kierunkiem oftalmoskopu. Potem (Busch i A. v. Graefe) próbowano go wyjmować przez twardówkę za pomocą pince-capsulaire Luer'a. Następnie operowano przez rogówkę, poprzedziwszy wyjęcie pasożyta irydektomią (I. akt) i ekstrakcją przezroczystej soczewki (II. akt); dopiero potem wyjmowano wężra przez liniowe cięcie w rogówce (III. akt). Zarzuciwszy ten sposób, A. v. Graefe zalecał równikowe cięcie twardówki, równoległe brzegowi rogówki; ranę robiono katarakt. nożykiem długości  $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{6}$  koła, w odległości kilku milimetrów przed równikiem.

Wszystkie te metody uznano z czasem za niepraktyczne i dające złe wyniki, zwykle kończące się zanikiem gałki, naturalnie wiele sprzyjało temu niestosowanie wówczas antyseptyki. Sam A. v. Graefe w końcu począł uznawać podsiatkówkowego wężra w tylnym odcinku gałki za coś niemożliwego do wydobycia, coś w rodzaju *noli me tangere*.

Pierwszy Arlt zastąpił równikowe cięcie twardówki południkowem<sup>1)</sup>; taka rana twardówki goi się daleko lepiej, mniej bywa rozwartą i nie tyle krwawi, przytem mniej sprzyja skurczeniu się gałki. Autor wykonywał ją w równikowej okolicy gałki, przyczem rozcinał twardówkę od wewnątrz na przestrzeni 5—6 mm., trzymając grzbiet noża w kierunku gałki. Sposób ten ulepszył Alfred Graefe w Weimarze, który od r. 1877 do 1885 operował wewnątrzocznych wężrów 45, z dobrym skutkiem 30 (67%). Dowiódł on, że podsiatkówkowego wężra najlepiej operować w pobliżu tylnego bieguna gałki, ściśle oznaczając umiejscowienie się pasożyta, do czego miał służyć jego pomysł, dziś nieużywany Orientierungs-Ophthalmoscop. Rozcinając twardówkę i naczyniówkę między równikiem

<sup>1)</sup> Ogłosił to w swoim Operationslehre (1874 r.).

i tylnym odcinkiem gałki, ostrze noża skierowywał w kierunku tej ostatniej, aby tym sposobem, dochodząc do wągra, zaoszczędzić wedle możności pokrywającą go siatkówkę. Förster południk cięcia oznaczał przed operacją, tatuując, tuszem; drudzy radzą zawiązywać przy brzegu rogówki pętlę.

Zwykle takich chorych chloroformuje się; niektórzy jednak operują, znieczulając oko kokainą. Ważną rolę przy tej operacji, prócz unieruchomienia gałki, odgrywają i poruszenia głowy; otóż jak jednym tak i drugim trudno zapobiedz przy miejscowem li tylko znieczuleniu. Tak na 6 operacji Leber'owi udało się tylko 5, w 6 przy użyciu kokainy (wskutek *vitium cordis*) wydobycie wągra in regione maculae nie udało się. Przy uspieniu przytem mniej obawy wypadnięcia c. szklistego. Patrz pod tym względem 2. przypadek Rydla (V, 4—5 lit. b.).

Spojówkę gałki rozcina się i oddziela wraz z przytwor-dówkową tkanką, krew zatamowuje się, jeszcze raz rozmierzając cyrkiem miejsce cięcia, które wykonywa się poza rzęskową okolicą wąskim nożykiem Graefe'go, ostrzem do twar-dówki zwróconym; rozcina się powoli tę ostatnią wraz z naczyniówką na przestrzeni 8—9 mm., oszczędzając siatkówkę, aby zapobiedz wpadnięciu wągra do c. szklistego i celem utrzymania wzroku; jeśli zaś wąż jest nieruchomy przed siatkówką (*fiks. praeretinal. cyst.*) lub też pływa w c. szklistem, natenczas trzeba rozciąć i siatkówkę. Zwykle z rany wypływa żółto-wodnista podsiatkówkowa ciecz, otaczająca pasożyta, lub też rozcieńczone c. szkliste. Ranę można rozszerzać haczykami. Jeśli pasożyt nie wychodzi, szuka się go cążkami; skoro torbiel przyrasta do naczyniówki lub siatkówki, nieraz odrywa się z częścią tych błon. Nie wiem, czy w razie wpadnięcia wągra do c. szklistego szukano go tam łyżeczką, jak to miało miejsce w jednym przypadku Leber'a podczas operacji wągra w c. szklistem przez rogówkę. W moim przypadku dużą kataraktalną łyżeczką od razu wyciągnąłem pęcherz pasożyta, prawie bez utraty c. szklistego.

Twardówkową ranę pozostawiają bez szwów, lub też

zszywają katgutem, ja zszyłem sublimatowym jedwabiem, o ile mogłem, powierzchownie. Brzegi rany spojówkowej łączą się też szwami, ale nieodpowiednio ranie twardówkowej. Worek spojówkowy, jak przed, tak i po operacji, wynywa się  $\frac{1}{5000}$  roztworem sublimatu; pudrowanie jodoformem lub kseroformem, uciskająca opaska. Szwy spojówki zdejmuje się po 4—7 dniach, szwy mięśnia (jeśli był przecięty) nieco później. Rana zwykle goi się *per primam* po 1—2 tygodniach. Po operacji często spostrzegano krew w komórce oka — *haemorrhagia ex vacuo*.

Wydobyciu przeszkadzają: ruchy głowy chorego, ruchy gałki ocznej, rozcieńczenie ciała szklistego, nieściśle oznaczenie umiejscowienia wągra i ruchy jego w ciele szklistem.

Operując około tylnego bieguna gałki, pamiętać trzeba, że jest on odległy od zewnętrznego brzegu rogówki 30 mm. (równik odległy na 12 mm.). Jak twierdzi Cohn, przy najsilniejszym wywracaniu ku stronie nosa gałki udaje się łatwo wyrwać ją do 25 mm.; łatwiej wykonać to u nadwzrocznych, trudniej u krótkowidzów. Aby to ułatwić, radzę wstrzykiwać płyn Schleich'a poza gałkę, co wywołuje do pewnego stopnia wysadzenie jej z oczodołu, myśl tę poddał mi czcigodny redaktor naszego czasopisma. Pole operacyjne ułatwia się też przecięciem zewnętrznego lub in. prostego mięśnia, którego końce fiksuje się nitkami, a następnie zszywa się.

Niektórzy lekarze, operując wągra w c. szklistem, używają lancy, którą wtykają przez twardówkę w kierunku południkowym, głęboko pogrążając w stronę pasożyta; przy wyciąganiu lancetu, skoro brzegi rany rozciąga się tępymi haczykami, zwykle wycieka rozcieńczone c. szkliste i często sam pokazuje się pęcherz pasożyta, uniesiony jego prądem; jeśli zaś nie wypływa, to ranę trzeba rozszerzyć nożyczkami.

Opierając się na statystyce operacji 104 przypadków wągra w ciele szklistem i podsiatkówkowego, Rud. Wagner twierdzi, że siła wzroku utrzymała się lub podniosła się po operacjach pierwszych w 59,94%, po operacjach wągra podsiatkówkowego w 40,86%. Wyniki przeto *quo ad visum* bywają

lepsze po operacji wągra w c. szklistem<sup>1)</sup>. Jeśli jednakże nie udaje się zapomocą operacji zapobiedz utracie wzroku, to zachowanie gałki ocznej wraz z przezroczystą rogówką i prawidłowymi jej ruchami gra dość ważną rolę w fizyonomice chorego. Dziś wyłuszczenie gałki usprawiedliwione bywa tylko w przypadkach wywołanego pasożytem iridochoroiditis lub kykklitis.

Wszystko to stosuje się zarówno do wągra w ciele szklistem, jak też do podsiatkówkowego.

Przystępuję do streszczenia i opisu przypadków wągra w ciele szklistem, spostrzeganych i operowanych przez polskich okulistów.

1. Prof. W. Szokalski (Warszawa). Wągr umiejscowiony w ciele szklistem (Pam. pos. Tow. lek. warsz. 1867. LVIII, str. 343). O tym przypadku znajdujemy krótką w protokołach Tow. wzmiankę, że nestor okulistów polskich »w ostatnich czasach spostrzegał wągra w c. szklistem«.
2. Dr St. Koźmiński (Warszawa). Wągr w ciele szklistem. W lewym oku 24letniej kobiety wykryto piękny okaz wągra, zakrywającego plamkę żółtą, bez podrażnienia oka. Szokalski zwrócił uwagę członków towarzystwa, którym chorą przedstawiono, na grożącą dla oka zajętego przyszłość. Pomimo to wągra nie operowano (Pam. pos. Tow. lek. warsz. 1873. LXIX, 22, a także »Medycyna«. 1873. Nr 12<sup>2)</sup>).
3. Prof. Rydel przypadkowo znalazł wągra w c. szklistem przy dyssekcji gałki, wyłuszczonej w praktyce prywatnej wskutek iridokykklitis plastica recidiva. Było to w r. 1872. Wspominają o tem Talko i Kamocki w powyższych swych spostrzeżeniach, T. Bałłaban w artykule »Przypadek wągra w c. szklistem«, a także kol. Sroczyński.

---

<sup>1)</sup> Ueber das Vorkommen d. Cystic. im menschl. Auge, seine Operation u. Heilerfolge. Inaug. Diss. Greifswald. 1895.

<sup>2)</sup> Dr A. Kraemer spostrzeżenie to wspomina w swej bibliografii wągra w ciele szklistem, jako jedyne w literaturze polskiej.

4. Dr W. Kamocki przy dyssekcji oka, wyłuszczonego u 25letniej M. Ch. w roku 1892 wskutek iridochorioid. chron., znalazł węża w ciecie szklistem przy oderwanej siatkówce. Bol. Wagner (l. c. Nr 5, tabl. II) zaliczył ten przypadek do podsiatkówkowego, może tak i było początkowo, lecz pasożyta znaleziono w c. szklistem, a »brzeżów otworu w oderwanej siatkówce, jaki w niej zrobił wąż, dostając się do c. szklistego, nie podobna wyróżnić«. Tak pisał kol. Kamocki w swych »Anatomo-patologicznych zmianach przy wężrze śródoczonym«, z tabl. litografowaną (Pam. Tow. lek. warsz. 1893. T. LXXXIX).
- 5—6. Kol. Kamocki doniósł mi listownie w dniu 2 sierpnia 1898 r., że między jego zapiskami znajdują się 2 przypadki, dotyczące pływających w ciecie szklistem wężów, z których jednego, u młodej kobiety, przedstawił w r. 1883 Tow. lek. warsz. (Wspomina o tem Pamiętnik tego Towarzystwa 1883, LXXIX, na str. 360).
7. Przypadek Dra Gepner'a, syna (Warszawa). U Joanny G., 23 l., z Pragi, wąż znajdował się w przednio-dolnej części lewego oka; głowa pasożyta zwróconą była w stronę siatkówki, mały pęcherz obdarzony był silnymi i częstymi ruchami; wzrok =  $\frac{5}{8}$ . 21 listopada 1898 r. przy silnem odwróceniu gałki ku górze kol. G. zrobił cięcie warstwowe twardówki w odległości 10 mm. od brzegu rogówki, ciągnąc je w tył, ranę rozwarło haczykami; pasożyt nie pokazał się jednak w ranie, przyczem i c. szkliste nie wypadło. Ranę zszyto. Okres pooperacyjny bez powikłań. Przy następnem badaniu oka okazało się, że rana (miejsce jej oznaczało się białą linią i krwawymi wybroczynami) nie dochodziła do węża tylko o jakie  $1\frac{1}{2}$  mm. Po operacji zauważono, że wąż, jakby uciekając, powoli posuwał się ku tyłowi i w styczniu 1899 r. znajdował się w pobliżu płamy żółtej; wzrok =  $\frac{5}{24}$ . Chora podczas operacji widziała entoptyczny objaw: przesuwany się cień, naturalnie od węża. (Przypadek nieopisany przez

- autora, u kol. Wagner'a podany jako przypadek drugi z seryj, spostrzeganych w warsz. ocznym instytucie).
8. Dr B. Hłasko (Wilno) spostrzegał zwapniałego(?) wagra w c. szklistem, przeczem okiem tem z trudnością rozpoznawano ruchy ręki. Dowiedziawszy się o przypadku tym z listu czcigodnego kol. Strzemińskiego, udałem się z prośbą do kol. H. o bliższe szczegóły. Listem z d. 14 stycznia r. b. kol. Hł. pisze mi tak: »Chciałem jeszcze raz zbadać pacyenta, mieszkającego w Wilnie, aby posłać wam dokładny opis, lecz — niestety — nie mogłem go odszukać. Był to 50letni rzeźnik, czy też czeladnik u rzeźnika, starozakonny, cierpiący na typową retinitis pigmentosa. W lewem oku spostrzegałem przez 2 lata w środku c. szklistego wagra wielkości 2 tarczy w średnicy, wokoło niego kilka zmętnień przyczepionych do pęcherza, prócz tego na powierzchni jego znajdowało się kilka białych plamek (robiących wrażenie złogów zwapniałych); te ostatnie naprowadziły na myśl kol. Strzemińskiego o zwapnieniu pasożyta. Ruchów jego, mimo częstego wzziernikowania, nie spostrzegałem. Otworu w siatkówce, mimo dokładnego szukania, znaleźć nie mogłem. Operacya nie była robiona«. (P. przyp. Hirschberg'a na str. 140).
9. Dr T. Bałłaban (Lwów) podaje opis badanego u 30letniej kobiety prawego oka, w którego ciele szklistem wykrył jakąś kulistą bańkę szaro-zielonawej barwy, zajmującą całą jego dolno-zewnętrzną czwartą część; bańka ta nie prześwieca, powierzchnia jej pokryta delikatnymi szklisto-lśniącymi niteczkami, pływającymi w kształcie promieni w c. szklistem. Samoistnych ruchów w bańce nie było widać. W ciele szklistem pływa mnóstwo nitek i płatków. Siatkówka wszędzie przylega. Od kilku tygodni zaledwo poczucie światła zachowane. Wykluczwszy w danym przypadku otorbienie jakiego ciała obcego, gliomat i t. p., autor przypuszcza, że miał do czynienia z otorbionym, obunaryłym już wędrem śródocznym. Chora nie zgodziła się na zabieg operacyjny. (»Przeł. Lek.« 1898. Nra 35 i 36).

10—11. Dr A. Szulistański (Lwów) spostrzegł od stycznia 1896 do września 1897 r. wągra w c. szklistem u 35letniej Karoliny Lisowskiej ze Lwowa, która szukała porady z powodu hypopion prawego oka. Po ustąpieniu tego znaleziono w ciele szklistem półprzezroczysty pęcherz, wielkości do 2 tarczy w średnicy, o konturach ostro zarysowujących się, wolno przy ruchach gałki pływający; widzieć można było własne jego ruchy, przewężenia nagle powstające i napowrót się wyrównywające; od czasu do czasu wysuwała się uwieńczona główka na wydłużonej szyjce, wykonywała powolne ruchy, poczem się znowu wsuwała. Rozpoznano cystic. cellul. in corp. vitreo. Wzrok z początku =  $\frac{6}{18}$ , stopniowo z zaćmieniem c. szklatego, nastrzyknięciem rzęskowem, hypopion, zmętnieniem torebki stale się pogarszał i spadł do  $\infty$ . W końcu pokazały się silne bóle w gałce przy zmętnieniu cieczy wodnistej i wylaniu się krwi do komórki. Chora nie zgodziła się na żaden zabieg operacyjny i przestała przychodzić do oddziału ocznego.

Drugi przypadek wągra w c. szklistem kol. Szul. spostrzegł na oddziale ocznym we wrześniu 1899 roku. Przypadek miał miejsce u 59letniego Dominika Szczepanowskiego, leśniczego, chorego na tuberculosis pulmonum. W ciele szklistem prawego oka wykryto pływający, okrągły, raczej kulisty pęcherz, o bardzo cienkich, przezroczystych ścianach, ostrym zaś, ciemnym brzegu. Przez pęcherz prześwieca czerwone dno oka, tak, że on sam nabiera jakby różowego zabarwienia, z cienkim, czarnym brzegiem, od którego odchodzą delikatne, nitkowate zaćmienia. Pęcherz ten wykonywa w ciele szklistem tylko ruchy bierne i opada także na dno, tak, że w źrenicy pokazuje się raz brzeg zewnętrzny, ku skroni wypukły, jeżeli pęcherz wchodzi w obręb źrenicy od strony nosa, odwrotnie, gdy od zewnątrz nadplywa. Podobnie też i w innych kierunkach. Przy badaniu w obrazie prostym widać przez + 7 D wyraźnie zarysowujące się na ścia-

nach pęcherza ciemne plamy, w kształcie punkcików i większe. Zapomocą + 1 D spostrzega się przez pęcherz dokładnie szczegóły dna oka. Zresztą ciało szkliste czyste, żadnych innych mętów wykazać nie było można. Przy rozszerzonej źrenicy można obejść cały obwód pęcherza. Mimo skrzętnego poszukiwania, główki odkryć się nie udało. — W. pr. o. =  $\frac{6}{12}$  n. c.  $\frac{6}{12}-8$  Hp. 0,75 D. W. l. o. =  $\frac{6}{8}-6$  Hp. 0,5 D.

Z powodu znacznego osłabienia chorego, dość wysoko gorączkującego, wcale nie proponowano operacyi — i z d. 3 września przeniesiono go na klinikę wewnętrzną prof. Dra Głuzińskiego, gdzie rozpoznano: tuberculosis pulm., pleuritis sicca et enteritis chr.

Oba te przypadki, łaskawie mi nadesłane przez kol. Sz., nie były ogłoszone drukiem.

12. Dr Bol. Wicherkiewicz (Poznań). Spostrzegał wagra w ciele szklistem u kobiety i wy dobył go cięciem południkowem, z dobrym wynikiem. Spostrzeżenie to jest ogłoszone w »XII Sprawozdaniu rocznem z zakładu lecz. dla chorych na oczy w Poznaniu za r. 1889. (Poznań, 1890, str. 27 i 36).
13. Dr J. Koliński (Łódź) pomyślnie operował wagra w c. szklistem u kobiety w końcu 1897 r. O tym przypadku było tylko wzmiankowane w protokołach posiedzeń Tow. lek. Łódzkich. Szanowny kolega pozwolił mi ogłosić swe spostrzeżenie, przesyłając do użytku następujący jego opis.

Regina Pankonin, 22letnia, niezamężna, robotnica fabryczna, córka b. strażnika polic., obecnie portyera. — Małokrwiśta, średnio odżywiona. Glist nigdy nie zauważała. Od dwóch lat cierpi na migrenę. — Przed 6 tygodniami od razu zauważyła pociemnienie w prawem oku. Na zewnątrz od tarczy i cokolwiek niżej plamki żółtej na dnie oka widzialną była okrągła czerwona plama, nie większa w średnicy jak pół tarczy. Badanie wykazało skotomę w polu widzenia. Rozpoznanie ostateczne nie mogło być ustanowione. Chora nie jawiła się w ciągu 5



tygodni, gdyż, jak mówiła, wzrok jej się poprawił (?). Powtórnie pokazała się 12 listopada, mówiąc, iż od tygodnia znów gorzej widzi na prawe oko. Badanie przedmiotowe: środkowe pole widzenia zniesione; chora widzi tylko od zewnątrz i od dołu. Na dnie oka, na odległości jednej szerokości tarczy nerwu wzrokowego, na zewnątrz i ku dołowi znajduje się prawie okrągła czerwona plama większa ze 4 razy od tarczy nerwu wzrokowego. W środku tej plamy przymocowany wąż ze swobodną szyją, której ruchy można we wszystkich kierunkach spostrzeżać. Objętość pęcherza ruchoma; szyjka to się wydłuża, to kureczy. Głowa przy pewnych ruchach zupełnie wyraźna. 17 listopada przedstawiałem chorą w Tow. lek. Łódzkich, gdzie była badaną przez kilku kolegów. — 2 grudnia. Operacya w szpitalu fabrycznym M. Silbersteina. Po znieczuleniu (pod chloroformem) fiksacya oka za pomocą nitki, przeprowadzonej przez przymocowanie m. prostego zewnętrznego. Silna rotacya gałki ku wewnątrz; cięcie południkowe, równoległe z dolnym brzegiem m. prostego zewnętrznego, począwszy od równika ku tyłowi; cięcia warstwowe w sklerotyce, następnie od razu rozcięto twardówkę z naczyniówką i siatkówką. Rana około 10 mm. rozszerzona haczykami. Poszukiwanie szczypcami bezowocne. Po kilku próbach wydzielenie odrobiny ciała szklanego wraz z pasożytem. Szew spojówkowy. Gojenie aseptyczne — *per primam*. Czwartego dnia objawy irididis, które w ciągu trzech dni ustąpiły. Po tygodniu rana zagojona, a jeszcze po dwóch tygodniach już trudno znaleźć ślad cięcia na spojówce. 23 grudnia chora wypisana. — Środkowe widzenie pozostało słabem, chociaż brak w polu widzenia mniejszy. W ciele szklanym pozostało błonkowate szarawe zmętnienie, nie pozwalające dobrze obejrzeć dna oka. Do operacyi były tylko cienienki klaczkki mniej wyraźne i nie tak obszerne. Siła widzenia na zewnątrz i od dołu  $\frac{2}{3}$ . — Pankonin pracowała dalej w tejże fabryce tkackiej R. Biedermann'a.

Niestety w pół roku zmarła wskutek zapalenia płuc. — Należy zauważyć, iż chora ta mieszkała w Łodzi od 6 lat, poprzednio w okolicy Włocławka. W szpitalu dawane *vermifuga* bez skutku.

14. Przypadek Br. Ziemińskiego (Warszawa) spostrzegany i operowany w warszawskim ocznym instytucie w lutym 1899 r. Wągr znajdował się w c. szklistem lewego oka u 37letniej Anny N., stróżki z Warszawy, nieco ku górze i wewnątrz od n. wzrokowego, w odległości  $\frac{3}{4}$  średnicy jego. Elipsoidalny, niebieskawy pęcherz, z złocistym połyskiem brzegów objawiał samowolne ruchy, szyja i głowa dostrzegalne. Pływał on swobodnie w błoniasto-zmętniałem c. szklistem. Wzrok =  $\frac{1}{3}$ . Po zachloroformowaniu chorej rozciąto m. prosty wewnętrzny, a następnie gardkę sposobem Alfr. Graefe'go; pomimo dużego cięcia (rana 10 mm.) w twardówce, naczyniówce i siatkówce, wąż, jak i w przypadku Gepner'a (syna), nie pokazał się. W obawie znacznej utraty ciała szklistego zaniechano wprowadzenia szczypczyków lub haczyków; ranę zaszyto. Było to 9 lutego; 18 marca chora wypisała się; odczynu zapalnego nie było, pęcherz opadł ku dołowi, wzrok =  $\frac{1}{10}$ . (Jest to trzeci przypadek w artykule kol. Bron. Wagner'a; przez operatora nieopisany).
15. Przypadek kolegów Kamockiego i Kramsztyka (Warszawa), którego opisu łaskawie mi udzielił pierwszy z nich. Oto jego słowa:

»D. 18 października 1899 r. operowałem przypadek węża c. szklistego, w chwili operacyi umiejscowionego w dolno-wewnętrznym odcinku c. szklistego. Spostrzeżenie kliniczne było bardzo ciekawe, ponieważ długi czas nie można było rozpoznania tego postawić. Zapiski odpowiednie posiada kol. Kramsztyk, który spostrzegał chorą (Kopers. z Warszawy, l. 17) od początku, ja widywałem ją tylko konsultacyjnie. Rzecz zaczęła się od oryginalnej alteracyi plamki żółtej, która wyglądała jak gdyby przysypana skrobanym ołówkiem czarnym; przy użyciu

kali jod. nastąpiła całkowita poprawa wzroku, później jednak ponowne pogorszenie, krwotoki na obwodzie dna oka od dołu, a w końcu ukazał się wągr przy charakterystycznem zmętnieniu ciała szklistego. W chwili operacyi wzrok ograniczał się do poczucia światła; wągr był bardzo duży i bardzo ruchliwy. W głębokiej narkozie (w towarzystwie kolegów Kramsztyka, Ziemińskiego, Wagnera i Holca) przeciąłem m. prosty wewnętrzny, nałożywszy poprzednio pętlę na niego, i obnażyłem gałkę od dołu; potem poprowadziłem cięcie ku tyłowi i dołowi zaraz od wewnętrznego brzegu przyczepu mięśnia prostego wewnętrznego, długością 7—8 milimetrów. Utrata ciała szklistego mało znacząca; wągr wyszedł dobrowolnie, przy rozciągnięciu brzegów rany podwójnymi haczykami. Zagojenie bez przypadłości z zachowaniem wyglądu gałki i położenia i uczucia światła, poprzednio istniejącego. Znaczne wyczyszczenie nader silnie zmętniałego poprzednio ciała szklistego.

16. D. 13 października 1899 r. jeden przypadek wagra w c. szklistem tuż przed nerwem wzrokowym widzieli koledzy Ziemiński i Kramsztyk, jak mi mówił ten ostatni. Bron. Brzoz. lat 30, Warszawiak. Wągr nieoperowany.
17. Wreszcie w roku zeszłym w szpitalu starozakonnych kol. Z. Kramsztyk u 27letniej kobiety, Polki, z Warszawy — jak mi mówił — rozpoznał wagra w ciele szklistem, który pozostał nieoperowanym z przyczyny chorej. Trzy ostatnie przypadki nieopisane dotąd.

I tak przez polskich okulistów do dziś dnia spostrzeganych było 17 przypadków wagra w ciele szklistem. Z początku opisywano je jako rzadkość, curiosum, ostatnimi jednak czasy próbowano wydalać pasożyta drogą operacyjną przez południkowe cięcie gałki ocznej. Operowali go kol.: Wieherkiewicz, Koliński, Kamocki, Gepner (syn), Ziemiński; trzem pierwszym udało się szczęśliwie wydalić wagra, u dwóch osta-

tnich pozostał w oku, które nie tylko zachowało po operacji swój kształt, lecz i do pewnego stopnia widzenie.

Nieco mniej, bo 10 tylko przypadków wagra w c. szklistem opisano dotąd przez okulistów rosyjskich. Operowany był szczęśliwie tylko przez dwóch: wydobyl go w r. 1889 hr. Dr Magawly u 25letniej kobiety w Petersburgu, lecz urodzonej w gubernii saratowskiej (»Wiestnik Oftalmologii«, 1890, str. 17<sup>1)</sup>) i prof. Kriukow z Drem Sniegirowem w r. 1898 w Moskwie u 12letniego chłopca, przez południkowo ciętą długą 1 ctm. ranę pod kontrolą wziernika; ostatni ten przypadek przedstawiono w oftalmicznem moskiewskiem Towarzystwie i opisano w »Clinique Ophthalmologique«, Nr 1, 1899. Wspominam tu o nim dlatego, iż wzbudził on wielkie zaciekawienie wśród rosyjskich lekarzy, ponieważ jest dopiero drugim przypadkiem w Rosyi szczęśliwie dokonanej ekstrakcyi wagra śródocznego. Starania innych kolegów nie powiodły się, po operacyi Chodina w Petersburgu (1878) nastąpił zanik gałki ocznej, w przypadku jego w Kijowie (1888) wykonano enucleatio bulbi, inne pozostały nieoperowanemi, z wyjątkiem jednej młodej moskiewskiej damy, u której wagra wydobyl z ciała szklatego Hirschberg, ale w Berlinie (przyp. Kriukowa). —

Pozwolę tu sobie w celach praktycznych powiedzieć parę słów o omyłkach w rozpoznawaniu wagra w ciecie szklistem, o których powinien pamiętać każdy lekarz. W wyżej wzmiankowanych opisach sprawę tę poruszyli kol.: Sroczynski (»Przegl. Lek.« 1890. Nr 43 na str. 609) i Bałłaban w art. »O cewkowatych utworach łącznotkankowych w c. szklistem« (»Przegl. Lek.« Nr 29—30, 1898). Te ostatnie najbardziej są ciekawe i nieraz wprowadzały w błąd doświadczonych okulistów.

Przyjmowano czasami za wagra zwykle oderwanie się siatkówki (*amotio retinae*), lecz takowe nie bywa tak ostro odgraniczone, jak okrągły pęcherz pasożyta, i rzadko bywa tak intensywnie szaro-błękitnie zabarwione, jak ten ostatni. Błonia-

<sup>1)</sup> P. moje streszczenie w »Przeglądzie Lekarskim«, Nr 10 z r. 1890.

ste z tkanki spojówkowej zmętnienia i utwory w c. szklistem były najpierw opisane przez Hirschberg'a (1885 i 1893 r.) jako »Angeborene Schlauchbildungen im Glaskörper«, które przez niektórych nazwane były »Eingekapselde Cysticerken«. Zwraca na nie uwagę i Wecker w swym podręczniku p. t. »Ueber membranöse Gebilde d. Glaskörpers<sup>1)</sup>. Tu należą wrodzone nieprawidłowości, jak n. p. pozostałości embryonalnej tętnicy — art. hyaloidea persistens, canalis Cloquet'a persistens (sposzrz. Wecker'a) i t. p. Przy tych wadach rozwojowych nie bywa zapaleń w oku i są to stale latami widzialne utwory, nieraz będące w stosunku z tylną powierzchnią soczewki.

Znane są w literaturze pomyłki w rozpoznawaniu takich koryfeuszów. Jak Alfred v. Graefe, i Liebreich (1855 r.), Teale (1866 r.), de Vincentiis (1895 r.), który zamiast wągra znalazł u piętnastoletniego chłopca kolosalne złogi (*Drusen*) naczyńówki, i inni. Hirschberg spostrzegał w obu oczach przy retinitis pigmentosa pęcherz podobny do wągrowego, nawet z białym punktem, który swobodnie pływał przed tarczą nerwu wzrokowego. Goldzieher spostrzegał wągra w ciele szklistem, który później okazał się jako art. hyaloidea persistens et coloboma n. optici et choroideae. Niedawno Tansley z Nowego Jorku przedstawił piękną chromolitografowaną rycinę cyst of the vitreous u siedmnastoletniego chłopaka, wielkości tarczy, ruchomą i owalną, która przypominała obumarłego wągra<sup>2)</sup>.

(Ciąg dalszy nastąpi).

<sup>1)</sup> Bindegewebsneubildung d. Glaskörpers Jaeger'a, Reliquats hyaloidiens — van Duysse'go).

<sup>2)</sup> The Ophthalmic Record, october 1899, miesięcznik, wydawany w Chicago.

## II. STRESZCZENIA.

*O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną oraz kilka uwag o odosobnionem porażeniu urazowem nerwów okoruchowego i bloczkowego.* Dr med. L. Bregmann. (Kronika Lekarska, zeszyt IV. 1900).

Mięsień unoszący powiekę górną w zwykłych warunkach nie oddziaływa na prąd elektryczny, gdy tymczasem przy porażeniu obwodowem nerwu okoruchowego już słaby prąd (1,0 MA) jest w stanie podnieść górną powiekę. W tym razie zauważyć się daje cecha właściwa oddziaływaniu zwyrodnienia w pierwszym okresie — wzmószona pobudliwość mięśnia. — Skoro przy porażeniach nerwu okoruchowego otrzymano powyższe oddziaływanie mięśnia lev. palp. sup., wówczas zaliczyć należy porażenie do kategorii cięższych, przy zupełnem restitutio ad integrum następuje oczywiście i brak oddziaływania zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną. — Słuszną atoli czyni autor uwagę, iż brak oddziaływania może być poczytanym i za wyraz drugiego okresu zwyrodnienia. Oddziaływanie otrzymać możemy, przykładając możliwie małą elektrodę albo pod najwyższym punktem łuku brwiowego (dla uniknięcia skurezu m. okrążającego oka należy elektrodę oprzeć o brzeg kostny oczodołu), albo do zewnętrznego kąta oczodołu (rozlane działanie prądu). — Opis oddziaływania mięśnia lev. palp. sub. ilustruje autor podaniem historyi choroby robotnika P. W., który w stanie nietrzeźwym spadł z wysokości 20 stopni. Nad lewą brwią blizna długości 1 cm., na lewem oku zupełna ptosis, strab. divergens, źrenica lewa szersza od prawej, objaw Argyll-Robertson'a. Ruchy gałki, z wyjątkiem na zewnątrz i niezupełnie do linii środkowej, zniesione. Czucie na twarzy i słuch prawidłowe. Po upływie miesiąca (stosowano prąd galwaniczny) chory podnosił nieco powiekę, źrenica oddziaływała na światło, oddziaływanie zwyrodnienia mięśnia levat. mniej było wyraźne — ruchy gałki bez zmiany.

Na dowód, iż nie we wszystkich postaciach ptozy oddziaływanie zwyrodnienia m. lev. otrzymać można, przytacza autor dwa przypadki opuszczenia się powieki, w których spostrzegął zupełny jej brak. Co się tyczy umiejscowienia cierpienia w powyżej przytoczonym przypadku, to autor wyklucza zajęcie jąder lub korzeni, n. p. w mózgu, sądzi natomiast, iż uraz umiejscowił się albo w miejscu, gdzie nerwy okoruchowy i bloczkowy wstępują do opony twardej (przy uszkodzeniu jednak tej okolicy zwykle następuje porażenie nerwu rozocznego), albo też w miejscu przejścia nerwów przez szczelinę oczodołową górną. Określić ściślej, w jakim miejscu na-

stał się uraz, niewątpliwie byłoby łatwiej, gdyby mało inteligentny chory zwrócił się do autora nie w cztery tygodnie, lecz zaraz po wypadku. *Włodz. Talko.*

*Zgrubienie rogówki przy keratoconus* (Ueber Verdickung der Hornhaut bei Keratoconus). Dr Rudolf Plaut z Rostoku. — (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1900, II).

Zmianę kształtu rogówki, znaną dzisiaj pod nazwą „*keratoconus*“, nazwał pierwotnie Himly „*hyperkeratosis*“ w przekonaniu, że stożkowate to wypuklenie rogówki polega na znacznym jej zgrubieniu przy niezmienionej krzywiznie tylnej powierzchni. Dopiero Jaeger i Walker wykazali, że w stożku rogówkowym szezylt wypukłości przedstawia znaczne ścięcenie rogówki, — przynajmniej w przypadkach spostrzeganych u ludzi. His był pierwszym, któremu w r. 1856 udało się wytworzyć doświadczalnie stożek rogówkowy u królika przez uszkodzenie śródbłonna wyścielającego tylną powierzchnię rogówki. Panas w 23 lat później podjął na nowo doświadczenia His'a i uzyskał te same wyniki. Powstanie stożkowatego wypuklenia rogówki usiłował Panas wyłomaczyć zmniejszeniem odporności uszkodzonej w ten sposób rogówki, która pod wpływem nacisku, przez ciecz wodną wywartego, wydyma się w środku i cieńszeje. Dopiero Elschnig wykazał, że łomaczenie to nie odpowiada rzeczywistości, że przeciwnie stożek rogówkowy w ten sposób uzyskany stanowi znaczne zgrubienie miąższu rogówki, spowodowane wnikiem cieczy przedniej komory i napęcznieniem tkanki rogówkowej. Dr Rudolf Plaut postanowił rozstrzygnąć wątpliwość, jaką doświadczenia Elschnig'a jeszcze pozostawiły, czy mianowicie do doświadczalnego wytworzenia rogówki stożkowatej koniecznym warunkiem jest uszkodzenie błony Descemet'a, czy też wystarczy zeskrobanie śródbłonna z tylnej powierzchni rogówki. W tym celu wykonał szereg nowych doświadczeń, poddając rogówki dokładnemu badaniu drobnowidowemu po poprzednim zamrożeniu gałki. Na podstawie tych badań dochodzi Dr Plaut do wniosku, że keratoconus, doświadczalnie u królika wywołany, jest utworzony przez zgrubiałą i napęczniałą rogówkę i że do jego wytworzenia wystarcza samo uszkodzenie śródbłonna.

W drugiej części swej pracy przytacza autor ciekawe spostrzeżenie kliniczne, gdzie u dorosłego człowieka przyszło do wytworzenia rogówki stożkowatej na obydwu oczach, na lewym jednak w stopniu o wiele znaczniejszym, tak, że chory omal nie był w stanie pokryć powiekami wystającego stożka. Cierpienie miało się rozpoznać nagle, co naprowadza autora na myśl, że przyszło wtedy z nieznaną przyczyną do pęknięcia warstwy śródbłonkowej rogówki.

Chory poddał się operacji i naprzód wykonano irydektomię, a potem odejęto po prostu wystający lekko zaćmieniony stożek rogówkowy, przeciągnawszy poprzednio przez rogówkę trzy cienkie igły, jak się to czyni przy operacji garbiaka. Badanie drobnowidowe odejętego kawałka wykazało bardzo znaczne zgrubienie rogówki i układ pierwoicin tkankowych, jaki się spotyka w napęczniałej rogówce stożkowej, wytworzonej u królika doświadczalnie. Ponieważ jednak jest rzeczą pewną, że w przypadkach keratoconus u człowieka rogówka z reguły jest znacznie ścieńczała, przeto spostrzeżenie swe uważa Plaut za wyjątkowe, a z wyników swych badań doświadczalnych nie chce wysnuwać żadnych ogólnych wniosków co do patologizezy rogówki stożkowej u człowieka. —

*Dr K. W. Majewski.*

*Wyrostki szkliste na błonie Bowman'a.* (Drusenbildung an der Bowman'schen Membran). Doc. Dr A. Elschnig z Wiednia. (Klinische Monatsblätter für Augenheilk. 1899. XII).

Autor miał sposobność spostrzegać u pewnego 47letniego mężczyzny, okazującego przewlekłe zatrucie ołowiem, osobliwą zmianę rogówkową. Przy zwykłym oglądaniu nie można było na rogówkach żadnego dostrzedz zaćmienia, ale przy oświetleniu ogniskowem i odpowiedniem powiększeniu widać było w całym polu źrenicznym rogówek szczególną zmienność w połysku, pochodzącą od drobnutkich, kuleczkowatych, szklistych i przezroczystych wyniosłości, usadowionych tuż pod lśniącym i gładkim przybliżkiem. Te bardzo liczne, drobne, a nieregularnie światło załamujące wytwory były widoczne jedyną przyczyną dość znacznego upośledzenia wzroku (Vpo = pale: 5 m, Vlo = idem), gdyż żadnych zmian zresztą nie można było wykazać. Chory po pewnym czasie zmarł z następstw przewlekłej ołowicy i Dr E. mógł wykonać drobnowidowe badanie rogówek. Badanie to wykazało na błonie Bowman'a obecność szklistych wyrostków kształtu drobnutkich guzków półkulistych, podobnych do znanych i niezbyt rzadko spostrzeganych wyrostków szklistych nacyniówki i błony Descemet'a. W środku rogówek wyniosłości te zlewały się ze sobą, tworząc jednolitą szklistą warstwę, bardziej zaś ku obwodowi rozrzucone były pojedynczo. Pod względem powinowactwa do barwików i pod względem własności mikrochemicznych różniły się one zarówno od hyaliny, amyloidu, kolloidu, skrzepłego białka, jak i od istoty, stanowiącej błonę Bowman'a. Opierając się jednak na innych własnościach, w szczególności na optycznych, skłania się autor do przypuszczenia, że istota tych wyniosłości jest przeciwieństwem do hyaliny najbardziej zbliżoną. Co się tyczy pochodzenia tej istoty, to uważa on ją za wydzielinę przybliżnika rogówkowego. Przewlekłe zatrucie ołowiem nie zdaje się



mu pozostawać w związku z opisaną zmianą, a towarzyszyło jej w tym razie tylko przypadkowo. Sprawę etyologii pozostawia zatem nierozstrzygniętą. —

*Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek krwawego nacieczenia rogówki.* (Ein Fall von Durchblutung der Hornhaut). Dr R. Jørgens. (Die Ophthalm. Klinik. 1900, Nr 4).

Spowodowany pojawiającymi się w ostatnich czasach w literaturze opisami krwawego nacieczenia rogówki opisuje autor spostrzeżenie własne, które pochodzi jeszcze z r. 1892. 50letni mężczyzna został ugodzony w prawe oko szyszka jodłową, spadającą z wysokości przynajmniej 20 m. Uraz ten spowodował natychmiastową ślepotę, a równocześnie wystąpiły w uderzonym oku nader silne bóle. Badanie wykazało prócz obrzęku powiek, zdarę przyskórka i krwawych podbiegnięć, wybroczynę pod spojówką gałki; na zewnątrz od rogówki ciemnoczerwona wyniosłość, ponad którą spojówka zdawała się być nienaruszoną; wreszcie rogówka była ciemno-czerwoną krwią do tego stopnia przesączoną, że głębszych części oka dojrzeć nie pozwalała. Gdy po kilkunastu dniach wystąpiły na drugim oku pierwsze objawy zapalenia współczulnego, wykonano enukleację, przez co udało się chorego uratować od zupełnej ślepoty. Sekcja wyjętego oka wykazała krwotok do ciała szklistego, pęknięcie siatkówki i naczyńówki w zewnętrznej obwodowej części, nagromadzenie się krwi wśród poszczególnych warstw twardówki, ślad wyżej opisana ciemno-czerwona wyniosłość, wreszcie krwawe przesączenie rogówki, która w środkowych częściach zupełnie utraciła przezroczystość. Badanie drobnowidowe, niestety, nie przyszło do skutku. Autor przytacza zapamiętania różnych badaczy na sposób powstania takiego krwawego wysięku w miąższu rogówkowym. Leber przypisuje pewną rolę drobnoustrojom w wytwarzaniu się tej zmiany. Treacher-Collins przypuszcza dyfuzję hemoglobiny przez błonę Descemet'a do miąższu rogówkowego, gdzie barwikten przemienia się na hematoidynę. O. Wernicke za konieczny warunek uważa pęknięcie błony Descemet'a. Autor sam jest jednak tego zdania, że do tkanki rogówkowej dostaje się krew od obwodu, mianowicie z twardówki, i że przynajmniej w jego przypadku to tylko błamczenie jest dopuszczalnym.

*Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek wrzodu rogówki z czystą hodowlą drożdży.* (Ein Fall von Hypopyon keratitis mit Reinkultur von Hefe). — Dr Lundsgaard z Kopenhagi. — (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1900, I).

Na okoliczność, że drożdże mogą w pewnych warunkach na-

bierać znaczenia czynnika chorobotwórczego, zwrócił uwagę B u s s e, który w r. 1897 opisał przypadek śmiertelnego zakażenia drożdżami. W przypadku tym widział on na rogówce przezroczysty pęcherzyk, z którego treści dały się drożdże wyhodować. Na XII międzynarodowym zjeździe lekarskim w Moskwie podał Stoever dwa przypadki wrzodu rogówkowego, gdzie wzięte szczepionki wydały czyste hodowle drożdży. W wyżej wymienionej pracy opisuje Dr Lunds-gaard również przypadek wrzodu rogówki z nagromadzeniem się ropy na dnie przedniej komory u 35letniego szewca, który już poprzednio przebywał na tem oku częste zapalenia. Owrzodzenie rogówki nie odznaczało się żadnymi szczególnymi cechami. Kultura zaszczipiona na agarze i wstawiona do termostatu wydała po 24 godzinach bujne kolonie czystej hodowli drożdży bez przymieszki gronkowców lub łańcuszkowców. Badanie jadowitości tych hodowli przeprowadzone na myszach i morskich świnkach dało wynik ujemny; u jednej tylko z morskich świnek stwierdzono obrzmienie gruczołu pachwinowego. Przez wszczepienie drożdży wziętych z tych hodowli do rogówki króliczej udało się autorowi wywołać zapalenie miększu rogówkowego znaczniejsze, niż przy wkłuciu nożyka wyjąłowanego. Owrzodzenia jednak, a tem mniej *hypopyon* ani razu nie otrzymał. Mimo tego, ze względu, że chorobotwórcze działanie drożdży już nieraz zostało stwierdzone, i że prócz drożdży w owrzdzielającej tkance rogówkowej nie znachodziły się żadne inne drobno-ustroje, skłania się autor do przypuszczenia, że w przypadku tym drożdże odegrały rolę czynnika etyologicznego.

Dr K. W. Majewski.

*O zapaleniu rogówki na tle zakażenia pleśnią* [O pleśniawce rogówki]. (Ueber eine Schimmelpilzerkrankung der Hornhaut). Prof. Dr B. W i e h e r k i e w i c z. (Archiv für Augenheilkunde, XL., IV., 1900).

O ile bakterye często powodują przeróżne zapalenia rogówki, o tyle rzadziej spotykamy się w przebiegu spraw chorobowych rogówki z pleśniowcami jako czynnikiem chorobotwórczym. Autor opisuje następujący przypadek: W czerwcu zeszłego roku zgłosiła się do krakowskiej kliniki 23letnia wyrobnica, podając, że przy okopywaniu ziemniaków grudka gliniastej ziemi ugodziła ją w prawe oko; od tego czasu doznaje w tem oku bólu, z powodu którego zgłasza się po poradę. Badanie wykazało następujący obraz kliniczny: Obrzęk powiek, silne nastrzykanie spojówek. Rąbek spojówkowy rogówki silnie przekrwiony, na rogówkę wchodzą zewsząd powierzchowne promienisto i dość regularnie ułożone naczynia; środek rogówki zajmuje szaro-żółty, jednolity nieprzezroczysty nalot, ograniczony dość ostro zygzakowaną linią, o powierzchni nieco nie-

równiej i lekko nad poziom reszty rogówki wystającej. Na dnie przedniej komory *hypopyon*. Oko za uciskiem niebolesne. Tn. V = poczucie światła. — Zarówno wejście opisanego nalotu jak i przebieg sprawy chorobowej nasunęły autorowi przypuszczenie keratomykozy. Leczenie polegało na zakładaniu 10% maści kseroformowej, zapuszczaniu atropiny i ciepłych okładach borowych. Stan oka wkrótce się poprawił, jednak w 12 dni po przyjęciu chorej postanowił prof. W. częściowo przynajmniej usunąć ów żółtawy nalot przez zeszkobanie. Przy operacji jednak okazała się chorobowa tkanka tak twardą, że dopiero zapomocą nożyka Graefe'go udało się z niej zciąć kilka warstw powierzchownych. Chora w 3 tygodnie potem opuściła zakład, otrzymawszy przepis na maść kseroformową z dodatkiem żółtej dla dalszego wyjaśniania rogówki. Pomimo wyraźnego polecenia dotychczas się powtórnie do kliniki nie zgłosiła.

Badanie drobnowidowe i zaszczepienie hodowli z wyciętych strzępków nalotu wykonane w zakładzie prof. Bujwida wykazało obecność pleśni z rodzaju *Penicillium glaucum*. Właściwie nalot ów na rogówce składał się wyłącznie z poplątanych nitek tej pleśni, a mikroskop nie wykazywał nigdzie śladu tkanki rogówkowej. Rozbierając wyżej opisany przypadek, przytacza autor podobne spostrzeżenia Leber'a, Uthoff'a i Fuchs'a. Jakkolwiek obraz kliniczny keratomykozy podobny jest na pierwszy rzut oka do zwykłej *keratitis cum hypopyo*, to jednak przy uważnem badaniu z łatwością dadzą się pochwycić różnice: powolny przebieg, brak skłonności do rozpadu, małe stosunkowo zadrażnienie oka, nieznaczne tylko dolegliwości podmiotowe, wreszcie brak powikłań ze strony jagodówki, oto cechy, które przy uwzględnieniu charakterystycznych właściwości nalotu ułatwią nam rozpoznanie keratomykozy. W opisanym przypadku pleśń grudką ziemi została widocznie przeniesioną do oka i tu przyjęła się i zaczęła bujać — w miejscu, gdzie przybłonek rogówki uległ zniszczeniu. W głąb miąższu rogówkowego nitki pleśniowca nie wrastały bynajmniej. Z powodu rzadkości cierpienia niełatwo wyrobić sobie zdanie co do leczenia keratomykozy. W przypadku opisanym usunięcie operacyjne całkowite nalotu okazało się niewykonalne, natomiast kseroform w postaci maści, której skuteczność w sprawach bakteryjnych stwierdził autor wielokrotnie, dał i tu względnie pomyślny wynik.

Dr. K. W. Majewski.

*Dwa nowe przypadki wrodzonego zabarwienia rogówek.* (Weitere Mittheilungen über angeborene doppelseitige Melanose der Hornhaut). Dr. Krukenberg z Rostoku. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1899, XII).

W pierwszym roczniku »Postępu Okulistycznego« na str. 477

streściliśmy pracę Dra Krukenberga o wrodzonym zabarwieniu rogówek, które autor ten uważał za zmianę, nadzwyczaj rzadko występującą. Tymczasem wkrótce spotkał się on z dwoma nowymi, zupełnie podobnymi przypadkami. W obydwóch tych przypadkach rogówki, oglądane przez lupę Zehender'a, okazywały w środku brunatne zabarwienie kształtu stojącego owalu. Odcień zabarwienia zgadzał się zupełnie, jak i w owym pierwszym spostrzeżeniu, z barwą tęczy. Dr Krukenberg robi przypuszczenie, że wrodzona ta zmiana częściej być musi, niż początkowo sądził, lecz przy mniejszych stopniach częstokroć uchodzi naszej baczości. —

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynę do etyologii i terapii „episcleritis periodica fugax“.* (Ein Beitrag zur Actiologie u. Therapie der Episcleritis periodica fugax). Dr Stoeltzing z Hersfeldu. (Münch. Med. Wochenschrift, 1900, Nr 7).

Nazwę tę wprowadził w r. 1895 Fuchs, określając przez nią zapalenie tkanki przytwardówkowej, odznaczające się niezwykle skłonnością do nawrotów, a zarazem przelotnym przebiegiem. — Dr Stoeltzing opisuje szczegółowo przebieg podobnej sprawy chorobowej u 64-letniej kobiety, która w młodym wieku miała chorobę na zimnicę, zresztą innych chorób nie przechodziła i u której nie można było wykazać żadnej skazy ogólnej. Osoba ta w przeciągu pięciu lat przebyła niezliczoną liczbę nawrotów zapalenia tkanki przytwardówkowej na obydwu oczach. Zazwyczaj tylko zimową porą przez krótki czas wolną bywała od cierpienia, natomiast w lecie dolegliwości jej były zazwyczaj najdokuczliwsze. Wogóle przerwy pomiędzy nawrotami były krótkie, a do tego oczy częstokroć zapadały naprzemian. Chora poznawała zazwyczaj zbliżanie się napadu po pewnych objawach zwiastunowych, do których należały bóle bądź to w czole, bądź to w szczękach, przyczem pierwsze zapowiadały wystąpienie ogniska zapalnego powyżej rogówki, drugie zajęcie dolnych lub bocznych części twardówki. Po dłuższym czasie trwania choroby pojawiła się inna oznaka zwiastunowa: chora zauważyła mianowicie, że napad poprzedzało regularnie ciemne zaczerwienienie grzbietu obu rąk bez wszelkiego obrzęku skóry i bez jakiegokolwiek podmiotowych dolegliwości. Objaw ten został raz przez lekarza stwierdzony. Zapalenia przytwardówkowe miały charakter przelotny i przebiegały najczęściej pod postacią nastrzykania twardówkowego bez wytworzenia wyniosłego guzka i sprawiały chorej mierne tylko bóle. Takie ognisko zapalne po krótkim, najwyżej kilkudniowym trwaniu bladło zazwyczaj i znikało, ale równocześnie pojawiało się w sąsiedniej części twardówki drugie ognisko podobne i w ten sposób w krótkim czasie sprawa zapalna obiegała dokoła

całą rogówkę. W chorobie tej wystąpiło kilkakrotnie jako powikłanie obustronne zapalenie tęczówki, które pozostawiło po sobie tylne przyczepiny. Leczenie, polegające na podawaniu salicylu, zapuszczeniu atropiny i ciepłych okładach, nie odnosiło przez długi czas żadnego widocznego skutku. Również prądu galwanicznego próbowano napróżno. Dopiero gdy raz z powodu silniejszego zajęcia tęczówki podano chorej jodek potasu, doznała nagle uderzająco znacznej ulgi. Nie tylko zapalenie tęczówki i *episcleritis* szybko ustąpiły, ale i nawroty choroby przy dalszem używaniu jodu stały się bez porównania rzadszymi, a przebieg ich znacznie łagodniejszym. Autor, który miał sposobność widzieć chorą jeszcze po roku, dowiedział się od niej, że każda przerwa w zażywaniu jodu pociągała za sobą z reguły nawrót zapalenia, które jednak prędko ustępowało przy ponownem użyciu jodu. Do ogłoszenia tego przypadku skłoniła autora, prócz ciekawego przebiegu cierpienia, także ta okoliczność, że żaden z czynników etyologicznych, wymienionych w pracy Fuchs'a, nie dał się w tym przypadku wykazać, ani bowiem skazy moczanowej chora nie zdradzała, ani goścących bólów nie okazywała, ani zimniczego obrzęku śledziony. Na podstawie skuteczności jodu nie chce jednak autor podejrzewać ła kiłowego dlatego, że w tym razie jod usuwałby zmiany trwale, podczas gdy tu chwilowe odstawienie tego środka natychmiast sprowadzało nawrót cierpienia, co autor z naciskiem podnosi. Sprawa etyologii tego przypadku pozostaje zatem ciemną. Owo zaczerwienienie skóry rąk, zwiastujące napad, uważa Dr Stoelzing, wykluczając inne możliwości, za nerwicę naczynioruchową.

Dr K. W. Majewski.

*Leczenie hemeralopii surowicą końską.* (L'héméralopie traitée par le sérum physiologique de cheval). Dr Juan Santos Fernandez z Hawanny. (Revue générale d'ophtalmologie, 1900, II).

Hemeralopia, o ile nie zależy od spraw zapalnych w siatkówce lub od zwyrodnienia i zaniku jej części składowych, polega na obniżeniu wrażliwości siatkówki (*torpor retinae*) i na utracie zdolności adaptacyjnej. Ten rodzaj hemeralopii przydarza się najczęściej u osobników wyniszczonych fizycznie, źle odżywionych i żyjących wśród niekorzystnych warunków zdrowotnych. Mając na względzie taką podstawę tego cierpienia, skierowujemy nasze usiłowania lecznicze do tego celu, ażeby skrzepić siły ustroju, podnieść odżywienie i poprawić skład krwi. W tej myśli rozpoczął Dr Santos Fernandez próby stosowania seroterapii w przypadkach hemeralopii samoistnej, bez zmian wziernikowych, zależnej głównie od upośledzenia odżywienia, a w części tylko od charakteru zimniczego. — Autor wstrzykiwał chorym tym fizyologiczną surowicę końską w ilości

20 cm. sześciennych na dawkę u dorosłych, a 10 cm<sup>3</sup> u dzieci. Już po kilku pierwszych dawkach surowicy doznawali chorzy uderzającej poprawy, a po dalszych hemeralopia zniknęła zupełnie. Autor pospiesza z ogłoszeniem tych wyników leczenia, aby zachęcić innych praktyków do używania tego sposobu leczniczego. W opisach chorób, które Dr Fernandez podaje, uderza jednakże brak jakiegokolwiek ściślejszego oznaczenia stopnia hemeralopii (n. p. zapomocą fotopmetru Foerster'a). Autor polegał widocznie w ocenianiu skutków swego sposobu leczniczego jedynie na podaniach swych chorych. —

*Dr K. W. Majewski.*

### *O końcu bata w oku.*

Opisany przez Dra Z. Kramsztyka w »Gazecie Lekarskiej« (1891 r.) kazuistyczny przypadek o kawałku bicia w gałce ocznej należy niewątpliwie do bardzo wielkiej rzadkości. Dr E. Praun w swej ostatniej pracy »Die Verletzungen des Auges« (Wiesbaden, 1899) tak w dwóch miejscach powiada: 1. von seltenen Gästen wurden in der Vorderkammer auch noch angetroffen ein Peitschenknoten in den Fällen von Dupuytren und Hutchinson ... 2. als Raritäten finden sich im Glaskörperaume Peitschenknoten ... Ponieważ więc bardzo rzadko spostrzegać się dają tego rodzaju uszkodzenia oka, przesyłam przeto szan. Redakcyi »Postępu« opis dwóch przypadków, z których jeden spostrzegany był w szpitalu św. Józefa w Lublinie przez Dra J. Talkę, drugi w szpitalu św. Kazimierza w Radomiu — przezemnie.

1. Dnia 19 czerwca 1899 r. przywieziono z okolic Puław do Lublina Ign. M., siedemnastoletniego włościanina, któremu przed kilku dniami uszkodzono lewą gałkę oczną batem. Natychmiast po uderzeniu M. na lewe oko zaniewidział. Przy oględzinach znaleziono rozciętą poprzeczną ranę dolnej połowy rogówki, przez którą wypadła prawie cała tęczówka, wylanie krwi w komórce oka, oko bardzo bolesne, wzrok = 0. Po znieczuleniu kokainą wypadniętą tęczówkę odcięto krzywymi nożyczkami, i umieszczono chorego w ocznym oddziale św. Józefa. Zalecono zimne okłady z arniką, pijawki i atropinę. Jednakże już po paru dniach nastąpiły objawy panophthalmitidis, które łagodzono ciepłymi kataplazmami, zwilżanymi rozczyntem kwasu borowego. Silny obrzęk powiek i spojówki gałki ocznej począł ustępować powoli; trzynastego dnia pobytu w szpitalu chory, zmieniając kataplazm, ze zdziwieniem zauważył na stronie jego, dotykającej oka, jakieś ciało obce, które w ręczył doktorowi T. z nadmienieniem, iż natychmiast potem doznał w oku znacznej ulgi. Po obmyciu ciała obcego z ropy, okazało się, że był to koniec bata wraz z węzłem. Tymczasem zapalenie gałki

szybko zaczęło ustępować i chory opuścił szpital d. 20 lipca z zanikiem lakowej. Po wysuszeniu końca bata można było stwierdzić, że składał się on z czystych włókien konopi (nie był smarowany dziegciem, ważył 2 centigrm., długość wynosiła 2 ctm., przyczem węzeł oddalony był od końca bata o  $1\frac{1}{2}$  ctm. — Dr T. przypuszcza, iż w danym przypadku nie tylko rozejętą była rogówka i nastąpił prolapsus iridis, lecz, że i soczewka wypadła, a koniec bata uwieczony został w ciele szklistem. —

2. Do ambulatoryum szpitalnego w 1898 roku przyprowadził ojciec, wieśniak, syna, chorego od 5 dni na lewe oko; z wywiadów niczego dowiedzieć się nie było można, ponieważ wieśniak wyjątkowo mało był inteligentny. Chorego malca umieszczono w szpitalu. Lewe oko w stanie panophthalmitidis, trzeszcz, obrzęk spojówki, zwłaszcza w dolnym załamku, kolosalny, rogówka w stanie zupełnej martwicy. Silnie wyrażone objawy podmiotowe, w lekkim stopniu diarrhoea, l. 39,1, nadto ból przy dolykaniu gałki kazały obawiać się rozpoznechnienia sprawy *per continuitatem* na opony mózgowce. Ciepłe kataplazmy, kałomel wewnątrz i szarucha zchłodziły bóle cokolwiek, zmian jednak w wyglądzie oka nie sprowadziły żadnych. Ciepłota waha się przez 3 dni od 37,9 do 38,8. Czwartego dnia przystąpiłem do rozzerznięcia przedniej części gałki, a to w celu zmniejszenia zaciśnięcia wśród niepodatnej skorupy. Jakież jednak było moje zdziwienie, gdy nóż wprowadzony w twardówkę od strony zewnętrznej kąta iść dalej nie chciał, wprowadzam go więc z przeciwległej strony, zagłębił się wprawdzie na  $\frac{1}{3}$  ctm., lecz znów na twardy napotyka opór. Domyślając się, iż mam do czynienia z jakimś ciałem obcym, po obcięciu rogówki okrężnem, wprowadziłem do gałki łyżeczkę i wyciągnąłem gruby węzeł długości  $1\frac{1}{2}$  ctm. a szerokości 6 mm. Bóle i objawy zapalne, jakby pod dotknięciem czarodziejskiej różdżki, zniknęły szybko. Po upływie 10 dni w stanie, nie budzącym najmniejszych obaw, mały chory szpital opuścił. — Najcharakterystyczniejszym faktem w całej historii choroby jest ta okoliczność, iż ani ojciec malca, ani sam malce nie o powstaniu choroby powiedzieć nie mogli.

Ponieważ w obu opisanych przypadkach rozmiękłe włókna bata, który i w moim nie był smarowany dziegciem, lub smołą napojony, zupełnie równo były ucięte, przyjęć należy, na co w swym opisie pierwszy zwraca uwagę Z. Kramsztyk, iż powieki działały tu, jak kleszcze, albo nożyczki. —

Włodz. Talko.

### III. LECZNICTWO.

13. Validol, połączenie chemiczne kwasu balderianowego z mentolem, ma, według Arnolda Goldmann'a, doskonale działać, jako środek uspakajający i przeciwnuralgiczny. Podaje się go kilka razy dziennie 5—10—15 kropeł w miksturze, na cukrze lub też w kapsułkach żelatynowych. —

(Boitraege zur med. Behandlung der Neuralgie etc. Klin. therap. Wochenschrift. 1899. N. 43).

14. Podspojówkowe zastrzykiwania sublimatu 1:1000, i to  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  sikawki, zachwała znowu Bruni przeciw wrzodom zakaźnym rogówki. Odmawia zaś tym zastrzykiwaniom znaczenia wszelkiego przy zajęciach tęczówki. Natomiast wspierają one także leczenie ogólne przy zapaleniach naczyniówki.

(Delle iniezioni sottoconjunctivale di sublimato in terapia oculare. Bull de l'académie de Médecine de Rome vol. XXV. 1899, fasc. 1—2).

15. Nirwanina, polecana jako środek znieczulający, mająca zastąpić kokainę, okazuje się, według doświadczeń Doktorów Scrinii i Artault, jako zupełnie nieużyteczna, a mianowicie z następujących względów: 1. ponieważ działa na naczynia rozszerzająco, a na nerwy czuciowe podrażniająco, tak, że po zapuszczeniu ból bywa bardzo silny; 2. ponieważ działanie znieczulające 4—5<sup>o</sup>, rozczynów jest przelotne i niepewne; 3. ponieważ przypisywany środkowi temu skutek odkażający jest bardzo wątpliwym. — Według doświadczeń autorów podlegają rozczyzny nirwaniny bardzo łatwo zakażeniu najrozmaitszego rodzaju. —

(Arch. d'ophthal., grudzień 1899).

W.

### IV. ROZMAITOŚCI.

Ewisceracya gałki zapomocą galwanokautera. — Na posiedzeniu francuskiej Akademii medycznej z dnia 10 kwietnia b. r. podał prof. Panas w imieniu Dra Lapersonne z Lille opis ewisceracyi gałki przy pomocy kaustyki. Dr Lapersonne operuje w uspieniu chloroformem. Rozcina rogówkę cięciem krzyżowem na cztery platy. Gdy tylko ropa wypłynie, wprowadza w głąb oka długą nasadę termokautera, rozżarzoną do czerwoności, i porusza nią okrężnie tak, aby spalić wszystko, cokolwiek jeszcze pozostało z siatkówki lub naczyniówki w twarządkowej osłonie. Na zakończenie przypala termokauterem tarczę nerwu wzrokowego. Po operacyi przepłukuje próżną gałkę obficie rozczyntem sublimatu lub sinku rtęciowego, posypuje wnętrze jej jodoformem i pozwala krzyżowej ranie rogówki goić się, nie zeszywając jej brzegów i nie zakładając żadnej opaski.

K. W. M.



Prątek Kocha i Weeksa. Hoffman z Brunszwigu podaje w „Zeitschrift f. Hygiene u. Infectionskrankheiten“ XXXIII, 1. cały szereg zachorzeń spojówki, w których znajdował ów prątek. Zwłaszcza spostrzegął większą liczbę takich chorych z okolicy wzdłuż granicy Prus zachodnich, a mianowicie w Brodnicy, gdzie choroba ta miałaby nagminnie objawiać się.

Zachorzenie występuje pod względem klinicznym jednostajnie, a mianowicie jako ostre, nierzadko błonnicze, zapalenie zakaźne spojówki, które zazwyczaj łatwo daje się usunąć, często jednak przechodzi w postać przewlekłą i wywołuje znaczne obrzmienie ciała brodawkowego.

Hodowla udawała się najlepiej na pożywce z agaru i gliceryny z dodaniem płynu puchliny brzusznej (*Ascitesflüssigkeit*) ze krwi ludzkiej lub skopowej. Na takiej pożywce dały się prątki zachować przez 10—12 dni, a nawet raz aż do 25 generacji przechodować.

Zaszczepienia tak czystych hodowli, jako też wydzielin na spojówkę najrozmaitszych zwierząt nie sprowadziły żadnego dodatniego wyniku, natomiast wykonane na własnym autoru oku i dwóch osobnikach, które dobrowolnie poddały się doświadczeniu, zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem o tyle, że wywołały silne zapalenie, które po tygodniu znikło pod wpływem odpowiedniego leczenia. *W.*

#### Sekcya okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszem następstwie zgłoszono:

Temat obrad: „Ciała obce w oku i technika ich wydobywania“.  
Referent Dr A. Bednarski ze Lwowa.

Odczyty:

5. Dr A. Bednarski: Tytuł podany będzie później.

6. Dr K. W. Majewski: „O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy“.

Zarząd sekcji uprasza kolegów, którzy przygotowują na zjazd odczyty, o jak najrychlejsze ich zgłoszenie, co umożliwi ułożenie szczegółowego programu obrad.

#### V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Born mianowany profesorem okulistyki przy New-York Policlinic and Hospital w Nowym Jorku.

Dr Fr. Best habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie w Giessen.

Dr hr. Magawly, dyrektor uniwersyteckiej kliniki okulistycznej w Petersburgu, przeszedł w stan spoczynku.

Prof. Dr van Millingen w Konstantynopolu umarł w kwietniu b. r. w następstwie zapalenia płuc po grypie.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

Z *WSPÓŁUDZIAŁEM* PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj

→ ROCZNIK DRUGI ←

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Wągr oka w Polsce.

Zebrał i nowemi spostrzeżeniami uzupełnił

DR JÓZEF TALKO.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. lek. lubels. d. 5 lutego 1900 roku).

Dokończenie.

Prócz nieprawidłowości wrodzonych, zdarzają się twory w ciele szklistem i nabyte, szczególnie u krótkowzrocznych. Kol. T. Bałłaban spostrzegł u 70letniego lekarza, krótkowidza, około tarczy lewego oka twór z cewek przeświecających o podwójnych zarysach, podobny do przewodów półkolistych ślimaka, który odbywał ruchy przy poruszaniu okiem, bez zmiany swego miejsca; nie miał on postaci bańki, a więc nie był wągrem; okiem tem liczył palec na 3 m. Chory ten odczuwał, że przy poruszeniu okiem pływał w niem robak, utwierdził go w tem przekonaniu pewien lekarz, który przed laty badał oko. Twór ten bez wątpienia był nabytym przy krótkowzroczności wysokiego stopnia; możliwe, że podobne

zmiany w ciele szklistem, jak twierdzi i Wecker, są wynikiem dawnego doń krwotoku, który — jak wiadomo — wytwarza z czasem maczugowate, kuliste i cewkowate utwory, jakie po większej części bywają równoległymi do podłużnej osi oka. Wszystkie podobne utwory, wprowadzające w błąd lekarzy, nazwałbym fałszywymi wągromi (*pseudo-cysticerci corp. vitrei*). Do takich zaliczam i mój przypadek, spostrzegany w Kijowie (1864 r.) — jak o tem niżej.

Do rozpoznawczych danych wągra w ciele szklistem Wecker dodaje, że bywa możliwem wykazać miejsce wyjścia pasożyta — przerwanie siatkówki<sup>1)</sup>. Jednakże rzadko kto widział otwór w siatkówce, który może być obwodowym, t. j. poza granicami wziernikowego pola widzenia. Zresztą bywają rzadkie przypadki pierwotnego rozwoju wągra w c. szklistem, prawdopodobnie wychodzi on wtedy z naczyń ciała rzęskowego. Zdarzały się przypadki pomyłek w rozpoznaniu, gdzie za wągra przyjmowano retinitis, szczególnie albuminurica, proliferans i wewnątrzoczne nowotwory (*sarcoma, glioma retinae*), przy których amaurotyczne oko ma wygląd »kocięgo oka« i wśródoczne ciśnienie często się zwiększa, lecz to się więcej odnosi do rozpoznania podsiatkówkowego wągra. Zaznaczyć tu muszę, że w kilku przypadkach tego ostatniego dna oka dawało też odbłask złocisto-żółty (Jacobson, Leber i inni); bywa to przy otorbionych wągromach, utrudniających rozpoznanie.

Przy opisie przypadków podsiatkówkowego wągra będzie podane parę słów o patognomicznym objawie wewnątrzocznego pasożyta — o falistych ruchach jego, nie tylko widzialnej głowy i szyi, lecz i pęcherza, nawet gdy te są jeszcze ukryte.

#### V. Wągr podsiatkówkowy (*cysticercus subretinalis*).

Zdaniem operatorów łatwiej jest wydobyć pasożyta uwięzionego w tylnym odcinku oka pod siatkówką, którego przed

<sup>1)</sup> Miejsce, gdzie usadawiał się wągr pod siatkówką, przedstawia się pod postacią dużej niebiesko-szarej plamy z białymi smugami zmętnień, bez widzialnej wyniosłości (Leber).

laty A. v. Graefe radził nie tykać, a nawet przedsiatkówkowego (*c. praeretinalis*), ale nieuruchomionego, aniżeli wtedy, gdy on jest pływający, t. j. ruchomy w ciełe szklistem, zwykle rozmiękczone, gdzie go łapać na chybił trafił nie tak łatwo, jeśli sam nie wypłynie, uniesiony prądem wyciekającego ciała. — Zwykle objawia się pod postacią pojedynczego pęcherza w ulubionem zwykłym miejscu, w okolicy plamki żółtej, niedaleko tarczy nerwu wzrokowego. Przypadki podwójnych pęcherzy nie są tak rzadkie; znamy kilka już w literaturze<sup>1)</sup>, do nich zaliczamy jeden nasz, opisany przez kol. Kamockiego, mającego szczęście wogóle do wągrów, a nawet do bliźniaczych. Jako osobliwość spostrzegął Dr Schoebl w Pradze (1893 r.), a mianowicie: przy dyssekcji oka znalazł cysticercus subretinalis triplex. U świń bywają jeszcze w większej liczbie: Hirschberg w oku jednej świni znalazł 12 pęcherzy, inni znajdowali do 16.

Przystępuję do poszczególnych spostrzeżeń polskich okulistów.

1. Dr W. Jodko-Narkiewicz (Warszawa) pierwszy spostrzegwał wągra podsiatkówkowego. Było to w r. 1865. Pęcherz mieścił się u kobiety między siatkówką i naczyniówką na zewnątrz od plamki żółtej i był 4—5 razy większy od tarczy. Radził — jak było to wówczas pobożnem życzeniem — zabić go igłą, lecz sprzeciwił się temu znany warszawski chirurg Le Brun, a to dlatego, »aby nie pozbawiać chorej wzroku« (»Pamiętnik posiedz. Tow. lek. warsz.« 1865. LIII, str. 473).
2. Dr W. Kamocki spostrzegł przypadek przypuszczalnego podwójnego wągra pod siatkówką lewego oka u 23letniej bony, Antoniny S.; jeden w postaci owalnego, zielonawego i kurczącego się pęcherza poniżej plamki żółtej, przyczem wysuwała się szyja z główką; drugi, większy, zupełnie oddzielony i wyżej od pierwszego, nie zdradzał życia (nieruchomy), szaro-białawy, miał mniej

---

<sup>1)</sup> O. Becker, Alf. Graefe, Gradenigo, Dufour, Cohn i in.

prawidłową postać i »przypuszczalnie« przyjęty był za drugi okaz pasożyta. Chora, która wzrok tego oka utraciła, nie zgodziła się na wyjęcie gałki i przestała odwiedzać oftalm. instytut.<sup>1)</sup> («Gazeta Lekarska«, 1882, Nr 29, z ryciną dna ocznego. Br. Wagner zapisuje go pod Nr 2 tablicy II).

3. Dr Bol. Wicherkiewicz w 1879 r. spostrzegał w Poznaniu podsiatkówkowego wągra u 14letniego Izraelity, który nie zgodził się na operację. Wspomina o tym przypadku kol. Bałłaban w swym dopisku («Przegląd Lek.» 1898, Nr. 38, str. 474). Przedstawiony był na posiedzeniu poznańskiego Tow. Przyjaciół Nauk.
- 4-5. Prof. L. Rydel, który »bodaj pierwszy rozpoznawał w klinice Arlt'a wągra śródocznego w Austrii« (Sroczyński<sup>2)</sup>), dopiero w końcu 1889 i w 1890 r. spostrzegał w Krakowie klinicznie dwa przypadki podsiatkówkowego wągra; w pierwszym wyjęto go z gałki, w drugim pozostał w niej nadal.

Przypadek a) miał miejsce u 37letniego J. S., komisarza z Dąbrowy Górniczej. Przez rozszerzoną źrenicę, przy użyciu silnej (1½-calowej) soczewki odsłonił się w prawym oku klasyczny obraz pasożyta, który pod postacią elipsoidalnego, zielono zabarwionego pęcherza zasłaniał tarczę, dotykając prawie równika gałki ocznej; zdradzał on się ruchami szyi i głowy, osobliwie wieczorami. Operację wykonano d. 31 grudnia 1898 r. podług Arlt'a, z tą różnicą, że cięcie twardówki zrobiono w tylnym górno-wewnętrznym oktancie gałki, począwszy od równika między mm. prostym górnym i wewnętrznym, długość rany wynosiła 1 cmt.; po rozwarciu jej haczykami, ujęto pęcherz szczypczykami wśród odpływu

---

<sup>1)</sup> Przypadek ten zapisany został w Bibliografii wągra u Dra A. Kraemera.

<sup>2)</sup> Dr C. Hirsch z Pragi czeskiej twierdzi, że pierwszy O. Becker przedstawił w Tow. lek. przypadek wągra ocznego w Wiedniu (Prag. med. Wochenschr. XXII, 1897, Nr 26-27).

kilku kropel cieczy wodnistej, prawdopodobnie wysięku, gdyż operacja odbyła się podsiatkówkowo; ranę twar-dówki zszyto jednym szwem jedwabnym, który zdjęto czwartego dnia, spojówkę zszyto osobno. Po 2 tygodniach chory opuścił klinikę: napięcie gałki prawidłowe, rozpoznaje tylko ruchy ręki wskutek zmętnień ciała szklistego i oderwania siatkówki.

b) Cztery miesiące później spostrzegano w klinice krakowskiej przypadek drugi. W lewym zezującym oku u 22letniego J. N., urzędnika z Chrzanowa, przy oderwanej siatkówce w całej dolnej połowie, wykryto w miejscu plamki żółtej kulisty zielonawy pęcherz, wielkości  $2\frac{1}{2}$  tarczy; zmieniał on kształt bez okazywania szyi i głowy. Ś. p. Rydel operował go sposobem Alfr. Graefe'go przy znieczuleniu kokainą, wstrzykniętą pod spojówkę. Pomimo odpreparowania m. zewnętrznego ku tyłowi, trudno było ciągnięciem pętli, zaciśniętej na jego ścięgnie, odsłonić tylny biegun, trzeba było nadto szczypczykami odciągać zewnętrzną komisurę powiek. Przez ranę twar-dówki, długą 4 mm., przez którą zaczęło wyciekać ciało szkliste, do 6 razy wprowadzano szczypczyki bezskutecznie w różnych kierunkach: wągra nie złapano. Dzięki antyseptyce odczyn był bardzo nieznaczny, po 11 dniach oko mało się różniło od zdrowego; wskutek zmętnienia ciała szklistego chory operowanym okiem rozpoznawał tylko światło. Niepowodzenie operacji tłumaczono sobie chybieniem odpowiedniego południka i ruchami gałki (chory nie był uśpiony, wskutek napadów duszności).

»Tak więc ostatecznie na 2 operacje raz nam się tylko szczęście uśmiechnęło. Na pociechę powiedzmy sobie, że uśmiechnęło się tu, o ile mnie wiadomo, pierwszej wogóle operacji wągra w głębi oka« (Dr Fr. Sroczyński. Dwie operacje wągra podsiatkówkowego w »Przeglądzie Lekarskim«. 1890. Nr 42—43).

Ostatni wyraz podkreślono, bo rzeczywiście nieodżałowanej pamięci Rydel był pierwszym u nas, któremu

udało się szczęśliwie wydobyć podsiatkówkowego węża, wogóle pasożyta z głębi gałki ocznej.

6. Dr W. Kamocki (Warszawa) opisał w swych »Zmianach anatomo-patologicznych przy wężrze wśródocznym« węża wykrytego między naczyniówką i siatkówką u 20-letniego kucharza J. S., który utracił wzrok prawego oka wskutek bolesnego zaniku. Przy dyssekcji ciało rzęskowe odłuszczone było na całej przestrzeni, odklejoną była na całej przestrzeni i naczyniówka; przestrzeń pod nią wypełniona galaretowatym przesiękiem, około zanikowego nerwu wzrokowego znajdowała się niewielka kostna blaszka. Przestrzeń między naczyniówką a odklejoną od niej siatkówką wypełniona zbitą tkanką, obfitującą w gwiaździste i wrzecionowate komórki i rozproszone ciała barwika. Ciało szkliste uległo przeistoczeniu włóknistemu. Podsiatkówkowy wąż, zauważony poza równikiem gałki, od strony skroniowej, w postaci 6—8 mm. gruszkowatej torbieli, więcej przyrośnięty do naczyniówki, aniżeli siatkówki; rozpoznano charakterystyczną chitynową błonkę węża, lecz głowy z haczykami nie można było odszukać. (»Pamiętnik pos. Tow. lek. warsz.«, 1893. LXXXIX, z lit. tabl. ryc. Br. Wagner zapisał go pod Nr. 4, tabl. II.).

Jakkolwiek przypadek ten kol. Kamocki opisał i odrysował w 1893 r., spostrzegął go jednak w warsz. ocznym instytucie w r. 1889.

7. Siódmy przypadek spostrzegął, operował i szczegółowo opisał Dr Ziemiński w warsz. ocznym instytucie. Przypadek ten jest ciekawszy, że wąż usadowił się u 30letniej żony szewca, Kazimierzy B. z Warszawy, w obu oczach; jest to drugi przypadek znany w literaturze <sup>1)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Hirschberg, Bałaban i in. pierwszy przypadek zaliczają do spostrzeganych w Niemczech. Kraemer (l. c. p. 100) powiada, że obucznego węża widziano »nur in einen Fall aus Italien«.

Chorą przyjęto do instytutu 10 marca 1898 roku. W prawem oku poczucie światła: w ciele szklistem nieruchomo błoniaste zmętnienie, w stronie zewnętrznej odklejenie całej skroniowej części siatkówki; przy zwróceniu oka ku górze i na zewnątrz widzialny był w okolicy tylno-zewnętrzno-górnego oktanta owalny pęcherz trzech średnic tarczy, z połyskującymi brzegami barwy zielonkawo-żółcistej, z wyraźną plamką żółtą, z szybkimi ruchami głowy i szyi. W lewem oku, którem liczy palce na 2 metry, znaleziono też błoniaste męty, oderwanie siatkówki w tylno-zewnętrznym odcinku oka, w której widzialne były drobne metal. połyskujące plamki; z pod siatkówki przeświecał szaro-niebieski pęcherz do 5 mm. średnicy, główki nie było widać, lecz spostrzegano jakieś faliste poruszenie się zmętnień ciała szklistego i samej siatkówki. 21 marca z prawego oka, po uspieniu chorej, wydobyty został wąż: po przecięciu m. prostego zewnętrznego i odprowadzeniu gałki w dół i ku nosowi, rozcięto twardówkę w kierunku południkowym w górno-skroniowym oktancie, długości 10 mm., od tyłu ku przodowi; podczas wahadłowego ruchu nożyka około jego osi, po wypłynięciu wodnistego wysięku z pod siatkówki, sam wypadł pęcherz. Operacja, jak i u Rydla, dokonana była ściśle podsiatkówkowo. Po zszyciu mięśnia, połączono trzema szwami ranę spojówki, rany twardówki nie zszyto. Operacja i opatrunek ściśle aseptyczne. Szwy wyjęto po tygodniu. 16 kwietnia chociaż odklejona siatkówka znacznie się spłaszczyła, jednak pozostał taki sam wzrok, jak przed operacją (ilościowe poczucie światła); tak samo i 5 miesięcy po operacji. Na drugie oko — liczy palce na  $1\frac{1}{2}$  metra — chora nie chciała poddać się operacji. (\*Przegląd Lekarski«. 1899. Nr 2. Dr Wagner zapisał go pod Nr. 9, tabl. II).

8. Dr W. Kamocki listem z d. 2 lipca 1898 zawiadomił mnie, że d. 28 marca r. b. wyjął jednego węża z pod siatkówki prawego oka u 55letniej Wandy W. z Grodzi-



ska, osoby dotkniętej jednocześnie tasiemcem. Pasożyt znajdował się w dolnym odcinku przedniej części gałki. Chorą operował w warszawskim ocznym instytucie bez narkozy, w obawie wymiotów. Po oddzieleniu mięśnia dolnego prostego, spojówki i twardówki u dołu, pasożyt ukazał się w ranie, jak i w przypadku Ziemińskiego, i ujęty został szczypcami. W kilka godzin po operacji nastąpiły silne wymioty i obfity krwotok do wnętrza gałki i na zewnątrz. Zagojenie bez dalszych przypadłości, ale wzrok (do operacji  $\frac{5}{24}$ ) ograniczony do uczucia światła i projekcji od zewnątrz i od dołu. Prawdopodobnie nastąpiło oderwanie się siatkówki. Przypadku tego kol. K. nie ogłosił szczegółowo drukiem, wspomina o nim kol. Br. Wagner w swej rozprawce pod Nr. 9, tabl. II.

9. W ocznym szpitalu w Wilnie rozpoznano w r. 1897 raz podsiatkówkowego wagra. Doniósł mi o tem kol. Ignacy Strzeмиński. Od asystenta tego szpitala, Dra Lachowicza, otrzymałem następnie zawiadomienie, że przypadek miał miejsce u 25letniego włościanina, co do którego ambulatoryjnie postawiono rozpoznanie przypuszczalne, drugi raz jednak chory wcale się nie pokazał.
10. Przypadek Dra W. Kamockiego, którego opis przesłany mi w rękopisie dosłownie tu podaję.

Spostrzeżenie z warszawskiego ocznego instytutu.

» 9/XII. 1899 próbowałem wyjąć wagra z pod siatkówki u 15letniej panią Janiny G. (z Warszawy), umieszczonego pod plamką żółtą. Historia jest następująca: trwająca od kilku miesięcy utrata ukośnego widzenia bez innych objawów. Przy badaniu wziernikiem znalazłem odklejenie siatkówki w okolicy samej plamki żółtej białozielonawej barwy, od dołu pęcherzowatej postaci, od góry przechodzące w zdrową siatkówkę przy nieprawidłowej granicy; w sąsiedztwie odklejenia wybroczyny krwawe w siatkówce. Ciało szkliste w tylnych warstwach okazuje zmętnienie w postaci drobnego pyłu. Powierz-

chnia odklejonej siatkówki = około 6 powierzchni tarczy n. wzrokowego. Ruchy niewidoczne. W pięć dni później odklejenie znacznie większe, nerw mocno przekrwiony, granice jego niewyraźne, ciało szkliste mocniej zmętniałe, powierzchnia odklejenia okazuje zmianę połysku niezależną od ruchów gałki.

W cztery dni później jeszcze znaczniejsze zmętnienie ciała szklistego.

Jeszcze w sześć dni zmętnienie ciała szklistego tak znaczne, że nerw zaledwie jest dostrzegalny; granica odklejenia środkowego, sięgając teraz nosowej strony nerwu wzrokowego, również mniej widoczna, z wyjątkiem dolnego brzegu pęcherzowato wypuklającego się. Wyniosłość odklejenia robi wrażenie stosunkowo płaskiej, niepodobna jednak dokładnie jej określić dla zmętnienia ciała szklistego. Charakterystycznych dla wągra ruchów ssących i tym razem nie widać, tylko falowanie powierzchni odklejenia i zmianę połysku. Wybroczyny w sąsiedztwie znacznie większe. Chorą badałem wspólnie z kolegami: Gepnerem sen., Ziemińskim, Holcem, Etingerem, Beinem i Wagnerem; pomimo braku ruchów (wyraźnych), ze względu na obraz wzornikowy, przebieg kliniczny i charakterystyczne męty ciała szklistego przystąpiliśmy do rozpoznania wągra podsiatkówkowego i przystąpiliśmy do operacji. Po głębokim uśpieniu chorej, przeciąłem m. rectus externus, nałożywszy na obwodowy odcinek pętlę, podminowałem obszernie spojówkę, aż do pionowego południka i zaczepiwszy podwójnym ostrym haczykiem za umyślnie obcięty dość szeroko przyczep m. r. externi i ściągawszy gałkę jak najbardziej ku nosowi, obnażyłem całą zewnętrzną powierzchnię gałki; pomimo nieodzownego przecięcia jednej *venae vorticosae* i kilku tętnic rzęskowych krwotok był bardzo mały. Chciałem koniecznie zobaczyć nerw wzrokowy, okazało się jednak niemożliwym zluksowować tak mocno gałkę; namacałem tylko haczykiem do strabotomii i obliczywszy się z poło-

żeniem wagra, wkłółem nożyk Graefego tak daleko ku tyłowi, jak tylko pozwalał brzeg oczodołu, i przedłużyłem cięcie ku przodowi. Od razu wypłynęła żółtawa ciecz surowicza, ale nie ciało szkliste, czego jestem pewny, jak niżej się okaże. Wągr się nie ukazał; przedłużyłem ranę ku tyłowi, kierując nóż ukośnie pod brzeg oczodołu i roz-tworzyłem ranę, ustawivszy w niej nóż poprzecznie; gdy i to nie pomogło, przedłużyłem cięcie jeszcze nieco ku przodowi do długości blisko centymetra. W przednim końcu rany ukazała się przytem czarna naczyniówka, wypchnęła przez ciało szkliste, galaretowatej zbitości, zaniechałem więc dalszego rozszerzania cięcia. Przecięty mięsień i ranę zaszyłem. Przebieg pooperacyjny zupełnie spokojny — odczyn nie większy niż po zwykłej tenotomii.

Chorą oftalmoskopowałem po raz pierwszy w cztery dni po operacyi. Ciało szkliste wyczyściło się znakomicie; odklejenie siatkówki, mniejsze mniej więcej o  $\frac{1}{3}$ , zupełnie płaskie. Rana widoczna doskonale tylnym końcem dosięga przedniego i górnego brzegu odklejenia; w sąsiedztwie jej niewielkie wybroczyny, w przednim końcu widać obnażoną czarną naczyniówkę. W tydzień po operacyi: ciało szkliste zupełnie przezroczyste, odklejenie jeszcze mniejsze, zupełnie płaskie, nie przypominające bynajmniej już wagra. Odklejenie, które w chwili operacyi sięgało nerwu wzrokowego, obecnie odsunięte od niego na średnicę do  $1\frac{1}{2}$  tarczy nerwu wzrokowego; nieco mniej od tylnego końca rany. Wzrok od skroni palce na 2 m. — przerwa w polu widzenia mniejsza niż przed operacyą, chora utrzymuje również, że widzi lepiej. Szwy wszystkie zdejte.

Corpus delicti, to jest przypuszczalnego wagra, nie wy-dostałem wprawdzie, gniazda bowiem nie podobna było absolutnie dosięgnąć i szeroko otworzyć, ze względu jednak, że płyn, jaki zaraz po nakłóciu gałki w ilości kilku kropel wystąpił, przypominał zupełnie znany wy-

gląd podsiatkówkowego płynu, bynajmniej zaś nie ciała szklistego, które zresztą pomimo bardzo długiej rany wcale się nie ukazało; przypuszczam, że tylny koniec cięcia dotknął jednak gniazda wągra i że tam pasożyt musiał chyba zostać przedziurawionym, inaczey bowiem nie podobna sobie wyjaśnić spłaszczenia zupełnego odklejenia siatkówki. Zapomniałem dodać, że wygląd nerwu obecnie prawidłowy.

Nie przeczę, że przypadek ten jest niezupełnie jasny, nie widzę jednak możności wytłómaczenia go sobie inaczey. Gdyby odklejenie siatkówki nie było spowodowane przez wągra, nie wiem, jak objaśnić wybroczyny w jego sąsiedztwie, szybki wzrost i nagle powiększające się męty w ciele szklistem. Nie rozumiem też, jakim sposobem, przyjąwszy jakieś zapalne pochodzenie tych objawów, wytłómaczyć sobie wyczyszczenie ciała po operacyi, która w takim razie po nakłóciu zapalnego ogniska powinna była raczej spotęgować te objawy. Ostatniemi czasy stwierdzono: odklejenie siatkówki pozostało płaskiem i przybrało białawą barwę; liczy palce od zewnątrz na 1 metr; oko niebolesne, bez podrażnienia. — Przypadek ten dotąd nieopisany.

11. Dr St. Cetnarowicz wspomina w statystycznej tablicy o jednym przypadku podsiatkówkowego wągra, spostrzeżanym przez niego w r. z. w Suchedniowie<sup>1)</sup>. Zapytany o nim, szan. kolega odpisał mi, że dotyczy on 31letniej Sury Gliksmann, żony blacharza ze Staszowa, chorej na lewe oko od półtora roku. Usadowiony prawie w okolicy plamki żółtej, nieco na zewnątrz i ku dołowi od niej, wągr posiadał wyraźne zarysy, a także charakterystyczne ruchy, nie pozwalające wątpić w rozpoznaniu pasożyta. Siła wzroku tego oka =  $\frac{1}{\infty}$ , przy  $\frac{20}{20}$  prawego.

---

<sup>1)</sup> Kilka jego uwag z powodu ruchomego oddziały okulistycznego w Suchedniowie (Nowiny Lek., zeszyt 3, 1900).

Na rękoczyn operacyjny chora nie zgodziła się. Zapisana w księdze ambulatoryjnej w d. 1 sierpnia 1899 r.

12. Dwunasty przypadek wągra podsiatkówkowego ja spostrzegłem w Lublinie przez dość długi czas (1897—98) Udało mi się go wydobyc dość szczęśliwie: operację wykonałem 10 czerwca 1898 r.
13. W czasie druku mego artykułu kol. W. Kamocki d. 10 maja nadesłał mi jeszcze jedno świeże spostrzeżenie, jest ono więc 13 przypadkiem wągra podsiatkówkowego, który jednak pod okiem lekarzy przeszedł do ciała szklistego.

17letnia Rosyanka, pokojówka, nagle zauważyła zaćmienie wzroku lewego oka i zwróciła się do kol. Gepnera sen., który ją zwrócił do miejscowego (warsz.) instytutu ocznego. W chwili przyjęcia zauważono błądź i obrzęk tarczy nerwu wzrokowego, zamglenie okolicy plamki żółtej, przypominające nieco towarzyszące zatowrowi tętnicy środkowej wysięk białawy, przykrywający częściowo art. tempor. int. retinae. W okolicy plamki żółtej prócz tego widoczne były dwie półksiężycowate plamki białe silnie lśniące i kilka drobniejszych, punkci-kowatych. Robiły one jednak raczej wrażenie odbłasków świetlnych od pozałanywanej siatkówki, aniżeli plam. wysiękowych lub zwyrodnieniowych. Nie mogąc na razie postawić dokładnego rozpoznania, lecz mając prawdopodobnie do czynienia z poczynającym się centralnem odklejeniem siatkówki, kol. K. zaaplikował natr. salicyl., opaskę uciskającą i leżenie, — ze względu zaś na silną ogólną niedokrewność chorej, pozostawił ją przy użyciu zapisanych jej poprzednio przez innego kolegę pigułek Blacarda z arsenikiem. Po tygodniu stan poprawił się o tyle, że wzrok z leczenia palców na 4—5 m. podniósł się do  $\frac{1}{16}$ . Błądź nerwu i obrzęk ustąpiły, natomiast w plamce żółtej część plamek (odbłaskowych) zniknęła, pozostała jedna tylko półksiężycowa, cała zaś plamka przy zupełnej przezroczystości siatkówki lekko szarawa rysowała się wyraźnie, jakby cyrklem zakreślone koło.

Stopniowo cała plamka przyjęła obraz płaskiego, ostro zarysowanego odklejenia siatkówki (zawsze najdokładniej przezroczystej); za siatkówką ukazało się maleńkie obłoczkowate białe ciało owalne, a na powierzchni odklejonej siatkówki ukazały się, jak na spoconej szybie, przezroczyste jak gdyby kropelki, nadające jej szagrynowaty wygląd; widoczne to było zwłaszcza przy badaniu w obrazie prostym. Jednocześnie ciało szkliste nieco zmętniało, a wzrok obniżył się ponownie. Stan ten trwał kilka tygodni bez zmiany. »Chciałem — pisze mi kol. K., — idąc za radą szan. kolegi, spróbować faradyzacji, gdy w tem domniemany dotąd wągr zaczął się sam poruszać zupełnie wyraźnie i wyciągać główkę«. Następnie wągr przysunął się do samego n. wzrokowego, przed tygodniem zaś siatkówka pękła i wągr przedostał się do ciała szklistego.

»Lubo pod koniec rozpoznania było zupełnie już pewnem — pisze wkońcu kol. K., — wstrzymałem się od operacji, wągr bowiem był i jest jeszcze bardzo maleńki, a jak przy jednej z poprzednich operacji przekonałem się, dosięgnąć plamki żółtej jest prawie niepodobieństwem«.

A więc moje spostrzeżenie będzie z porządku (nie chronologicznie) ósmym przypadkiem udanej w Polsce operacji pozasoczewkowego wągra, a piątym wągra podsiatkówkowego: pierwsi bowiem operowali wągra podsiatkówkowego prof. Rydel (31 grudnia 1889 roku), Bol. Wicherkiewicz (1889 r.), potem Ziemiński (21 marca 1898 r.), Kamocki (28 marca 1898 r.) i Talko Józef (10 czerwca 1898 roku). Wogóle rok 1898 był pod tym względem szczęśliwym: operowano bowiem trzy przypadki podsiatkówkowego wągra i wszystkie trzy z pomyślnym wynikiem. Ostatni przypadek kol. Kamockiego (9 grudnia 1899 r.), niestety, nie uwieńczył się pożądanym wynikiem. Tak więc w Polsce do dziś dnia 6 razy operowano podsiatkówkowego wągra — 5 razy z dobrym wynikiem i raz z ujemnym.

W cesarstwie rosyjskiem do tej pory żadnemu z okulistów nie udało się wyjąć podsiatkówkowego wągra: na 11 takich przypadków raz go operował w Moskwie prof. Braun (1869 r.), lecz pasożyt dostał się do ciała szklistego, skąd go nie wyjęto. Nie udały się też podobne operacye moskiewskim profesorom Kriukowowi (1897 r.) i Makłakowowi (1893); cięcie było dokonane w kierunku południkowym.

W Czechach pierwszy spostrzegł wągra ocznego Hasner r. 1870, siedział on między tęczówką i soczewką, wyjąć pasożyta nie udało się profesorowi. Jak twierdzi ś. p. Dr Jan Mitvalsky, a za nim C. Hirsch, w ostatniem dwudziestopięcioleciu spostrzegano 15 przypadków wągra, z nich 5 podsiatkówkowych; z tych ostatnich szczęśliwie wydobyto trzy (Sattler w 1890, Mitvalsky i Bayer). Czwarty przypadek dobrego zejścia po wydobyciu cystic. subretinalis przez Czermaka opisał asystent pragsko-niem. ocznej kliniki, Dr Camil Hirsch<sup>1)</sup>. Obszerną o tem rozprawę napisał nieodżałowany młody nasz przyjaciel Mitvalsky p. t. Die Erfahrungen über Augencysticerken in Böhmen, — pracę, drukowaną w »Centr. f. prakt. Augenheilkunde« 1893, Juli-Heft.

*Cysticercus subretinalis*. Wydobywanie pasożyta. Wyleczenie. *Taenia solium*. (Spostrzeżenie autora).

Jeśli do bogatej literatury niemieckiej wągra ocznego można dziś już zastosować słusność twierdzenia Wecker'a, że na opis zasługują tylko takie przypadki wągra, w których szczęśliwie dokonano wydobywania wnętrzaka z zachowaniem kształtu gałki i w części przynajmniej czynności oka, to do naszej, skromnej jeszcze w spostrzeżenia, tego twierdzenia nie możemy jeszcze zastosować. Spostrzeżenia polskich lekarzy są dość nieliczne, szczególnie co do operacyi wewnątrzocznych wągrów, i to powinno zachęcić ich do ogłaszania swych spostrzeżeń w »Postępie Okulistycznym«, aby zebrać odpowiedni

---

<sup>1)</sup> Patrz jego przypadek: *Cysticercus subretinalis*. Extraction. Heilung (l. c.).

materyał przedmiotu, z którego moglibyśmy z czasem wyciągnąć praktyczne wnioski co do naszego kraju.

10 grudnia 1897 r. przyjechała do mnie ze wsi Dratów, z pod Łęczny gub. lubelskiej, Nadzieja Gołdajewicz, żona nauczyciela wiejskiego, prosząc o poradę z powodu utraty wzroku prawego oka. Była to 22letnia szczupła, dość nerwowa osoba, dotąd nierodzająca, z pochodzenia Małorosyanka, urodzona w pow. łuckim. Niedawno przyjechała do Królestwa Polskiego z powiatu rówieńskiego, gdzie przed pół rokiem zachorowała na oko. Inteligentna chora tak mi przedstawiła na piśmie początek swej choroby i następcze podmiotowe objawy w oku:

»Okolo 12 lipca 1897 r., w dzień słoneczny, przy schyłaniu się dla obejrzenia kwiatów, nagle zauważyłam, że oczy jakby zaciągnęło białą płachtą, która utrudniała rozpoznawanie przedmiotów. Narazie pomyślałam, że coś wpadło do oka, a więc przemyłam oczy wodą, lecz przeszło kilka dni a płachta nie usuwała się z przed oczu. Przedtem dużo płakałam, przeto pomyślałam, że to stało się od płaczu. Stan taki trwał przez 2 tygodnie. Pewnego wieczora przypadkowo zakryłam lewe oko i przekonałam się, że plama istnieje tylko w prawem oku i to pośrodku, wokoło plamy można było widzieć. Plama powoli powiększała się. Po miesiącu zaczęły latać w oku czarne punkciki od nosowego kąta do góry w stronę przeciwną; robiły one wrażenie jakby stado wróbli zrywało się i leciało w górę. Przy ogniu i na słońcu było mi bardzo nieprzyjemnie i to zmusiło nosić dymne konserwy. Po 4 miesiącach podobnego stanu zauważyłam, że pośród plamy utworzył się czarny punkcik wielkości grochu, który nieustannie ruszał się, co zresztą po upływie miesiąca znikło. Po pół roku w skroniowej części pola widzenia zauważyłam jakby pęczki siana, zwieszające się nad okiem — widziałam je tylko przy pewnem położeniu gałki. Skoro znikł ten objaw, znowu się pokazały czarne, latające, niby muchy, punkciki, a potem poczęła mnie prześladować złocista obwódka. Objaw ten tak się robił: u dołu gałki pokazywał się błyszczący punkcik, który powoli rozdawał się, wydłużał, obchodził naokoło oko i u góry, łącząc się, wytwa-



rzał kółko, obwódkę, — trwało to 4—5 sekund. Potem znowu poczęły latać punkciki, lecz nie czarne, jak dotąd, ale złocisto-ogniste; jednocześnie z nimi powrócił czarny punkt, ciągle będący na osi wzrokowej. Niedługo przed operacją wszystkie te denerwujące mnie objawy znikły, oko zaciągnęło się czarną zasłoną, która pozostawiła tylko wąską obwodową przestrzeń dla światła.

Nie było wątpliwości, że spisane powyższe entoptyczne objawy, które przez kilka miesięcy powiększały nerwowy stan chorej, były wynikiem podrażnienia siatkówki i wytworzenia się środkowego ubytku, który stopniowo się powiększał. Chora tem okiem zaledwo liczyła palce w odległości 3 stóp i to w części obwodowej pola widzenia. Zwężenie jego miało postać owalną, owal głównie był ciemnym w dolnej części pola widzenia.

Po rozszerzeniu niezmienionej źrenicy atropiną, zapomocą wziernika przekonałem się, że łąniące środki gałki, o prawidłowem napięciu, były przezroczyste, niezmienione, tarcza wzrokowa prawidłowa. W odległości dwóch średnic tarczy od dolno-wewnętrzznego jej brzegu (obraz odwrotny) widzialny był pęcherz szaro-błękitnawy z zielonawym odcieniem, o ostro odgraniczonych błyszczących zarysach, wielkości 3 D. tarczy; na powierzchni pęcherza przebiegały naczynia siatkówki, a więc wyrastał pod takową. Pomimo to, że kurczliwych czyli falistych ruchów pęcherza nie można było zauważyć, ze względu jednak na charakterystyczny obraz wziernikowy — wykluczwszy inne patologiczne zmiany dna ocznego — rozpoznałem, że mam do czynienia z klasycznym przypadkiem podsiatkówkowego wągra, co natychmiast oznajmiłem mężowi chorej. Do podobnego rozpoznania upoważniły mnie i powyższe objawy choroby i liczne ryciny dna ocznego, przedstawiające wągra w rozmaitych odmianach. Jedyny podobny przypadek, jaki widziałem w klinice A. v. Graefe'go, przedstawiłem na rycinie w artykule moim »Wągr w oku« (»Klinika«, 1870. Nr. 12—13), — był to więc drugi przypadek w mojej praktyce, a pierwszy mojej własnej. Nic więc dziwnego, że się nim zainteresowałem. Muszę przy-

znać, że jedno, co mnie zastanowiło: od czasu, jakem na berlińskiej klinice widział charakterystyczne ruchy (Undulirende Bewegungen), tak mi utkwiał w pamięci ten piękny obraz, że, zdawało się, mam prawo oglądać go w każdym podobnym przypadku, skoro ciało szkliste nie ma znacznych zmętnień. Rozpoznanie bowiem wągra bez wykazania kurczliwości pęcherza, w braku innych objawów, spoczywa na kruchej podstawie, — jak słusznie powiedział jeden z okulistów naszych. — Jednakże nie tylko moje i kol. Kamockiego (Nr 10), ale i innych lekarzy spostrzeżenia przekonywają, że objaw ten, to jest samoistne ruchy pęcherza (nie mówię tu już o wahadłowych ruchach szyi i zmieniającej postać głowy), nieomylny objaw wągra, nie we wszystkich przypadkach bywa spostrzegany, chociaż pasożyt jest żyjącym. »Są przypadki — powiada Dr Kraemer, — gdzie objaw ten spostrzega się bardzo rzadko, albo wcale nie«. Tak było i w moim przypadku: pomimo częstego wzziernikowania po kilkanaście minut, z przestankami, w dzień i wieczorami, ani razu nie udało mi się zauważyć ruchów pęcherza. Ostatnimi czasy przybywa nowy rozpoznawczy objaw wągra: De Vincentiis przerywanym prądem wywołał silne kurczenie się pasożyta pod siatkówką<sup>1)</sup>.

Jak wiadomo barwa wągrowego pęcherza bywa zwykle błękitno-zielonawa, jak i w moim przypadku; zdarzają się jednak barwy białopopielatej, popielato-zielonawej, zielonej, a nawet żółtej. Trzeba pamiętać o możliwych tych odmianach. Otóż proszę zwrócić uwagę na fig. 104 atlasu Jaeger'a (1869 r.): przedstawia ona w okolicy plamki żółtej, w otoczeniu żółtem, owalną, ostro odgraniczoną, wyniosłą plamę (długość 2 D. Pup., szer. 1½ D.), którą on nazwał zapaleniem naczyńki. Ze podobnej postaci ograniczone zapalenia tej błony bywają w tem ulubionem miejscu usadowienia się wągra, o tem przekonałem się i ja osobiście, przedstawiając taki przypadek z mej praktyki, objaśniony ryciną: w okolicy plamki żółtej poprzeczno-owalna, srebrno-błyszcząca plama miała wymiar 6 D., były to

<sup>1)</sup> Annali di Ottalmologia, 1899, fasc. 2.

ograniczone wypociny naczyńiówki, powoli zresorbowane<sup>1)</sup>). Takie obrazy oftalmoskopowe mogą w błąd wprowadzić początkujących praktyków, przeto zwracam na nie uwagę.

Wracam do mojej chorej.

Po raz drugi przyjechała do mnie 24 grudnia. Wziernikowałem ją wraz z kolegami Seidenmannem i synem Włodzimierzem, którzy dotąd ani razu nie oglądali wewnątrzocznego wagra. Pęcherz powiększył się nieco, przybliżając się do tar-



czy. Granice szaro-błękitno-zielonawego pęcherza, ostro odgraniczone, połyskują barwami tęczy (*irisiven*), otoczone — jakby w oprawie — waziatką srebrną obwódka, prawdopodobnie wskutek zaniku barwika naczyńiówki. W prawej stronie pęcherza dość wyraźna biała plamka — głowa pasożyta. U góry i u dołu na powierzchni jego dwie punkcikowe wybroczyny krwi w siatkówce, w dali od jej naczyń. Ruchów w pęcherzu wszyscy trzej nie zauważyliśmy żadnych. Wokoło siatkówka

<sup>1)</sup> Kaukazki Medicinskij Zbornik, 1870, Nr 9.

nieczo obrzękła (*oedema retinae*), a tarcza wzrokowa prze-krwiona.

Trzeci raz odwiedziła mnie chora 10 lutego 1898 r. — w dniu tym odrysowałem dno jej oka, przy pomocy silnej o  $1\frac{1}{2}$  ogn. lupy, które tak się przedstawiało na rycinie w kierunku odwrotnym. Jak widzimy, błękitno-zielonawy pęcherz ma postać poprzeczno-owalną, leży poniżej linii, przeprowadzonej poziomo przez dolny brzeg tarczy, od której odległy zaledwo na jeden poprzecznik takowej. Ciemniej zabarwione brzegi jego są naokoło ostro odgraniczone — chora bardzo wyraźnie entoptycznie go widzi w postaci ciemnej w polu widzenia płamy, »otoczonej złocistą obwódką«. Wziernikując, rzeczywiście można było widzieć tęczowo mieniające się barwy brzegów pęcherza, między którym a brzegiem tarczy pokazały się równoległe z nim dwie złocisto połyskujące smugi.

Jak przedstawia rycina, pęcherz naokoło, jakby w oprawie, otoczony był wąską, srebrno-błyszczącą obwódką, która u góry rozszerzała się, przybierała do pewnego stopnia odcień błękitnawy, mając wygląd nieruchomych szyi i głowy pasożyta; w grudniu sama wyniosła błękitno-biała część tego była jakby oddzielona jeszcze od pęcherza mostkiem prawidłowej siatkówki, przez który przechodziły naczynia takowej, obecnie jednak mostek ten przybrał również białobłękitną barwę i zlał się z obwódką wągrowego pęcherza. Przypuszczam, że było to oderwanie siatkówki, a może droga, po której posuwał się pasożyt<sup>1)</sup> i następnie, rozrastając się, podniósł takową. Bądź co bądź, w każdym razie jak srebrna obwódka pęcherza, tak i ta nad nim sąsiadująca zmiana dna ocznego miały wygląd zmian podsiatkówkowych: po ich powierzchni przechodziły grube naczynia siatkówki, z których od dołu i od góry rozgałęziały się

<sup>1)</sup> Pasożyt porzuca niekiedy swoją pierwotną siedzibę z przyczyn, zależnych od zmian w ścianach torbieli i od zaburzeń w odżywianiu, zdolnych grozić życiu jego\* (De Berardinis w Neapolu, *Étude clin. et anatomopath. sur les cysticerques intraoculaires* — art. w *Annali di Ophthalmologia*, 1899, fasc. 2—3, recenzja jego w *La Clinique Ophthalmolog.* 1900, Nr 1).

na powierzchni wągra cienutkie naczynka. Na ten raz widoczną była dość wyraźnie błękitno-biała plama w pęcherzu — uwieczona i nieruchoma głowa pasożyta.

Czwarty raz chora przyjechała do Lublina d. 24 marca, uskarżając się, że skotoma znacznie się rozszerzyło, że widzi od czasu do czasu złociste obwódki, że od góry do dołu ku stronie nosa wisi przed okiem jakby pęk siana, a ruchliwa okrągła plamka nieustannie biega w oku, przytem dwuwidzenie zmusza chorą zawiązywać oko. Gałka ma wygląd niezmieniony, przekrwienia zewnętrznego niema wcale, ciało szkliste jeszcze przezroczyste. Zielono-błękitny pęcherz zdaje się jakby więcej rozdęty, naczynia siatkówki na jego powierzchni ścięły się, nieruchome, jak zawsze, nieco się przybliżył do tarczy (w odległości  $\frac{1}{2}$  D.). Ta ostatnia niewyraźna, ponieważ, jak również i sąsiednie części siatkówki, silnie są przekrwione.

17 kwietnia z trudnością odróżniała palce w stronie skroniowej, skarżąc się na bóle głowy (oko niebolesne wcale) i na widzenie ognia, jakby wychodzącego w oku z góry i od zewnątrz, t. j. odpowiednio umiejscowieniu wągra. Pęcherz powiększył się do  $2\frac{1}{2}$  D. tarczy, granice jego wyraźne, ruchów żadnych nie udało się i tym razem spostrzedz. W ciele szklistem pokazało się mnóstwo zmętnień pod postacią pajęczych nitek. Tn. gałki prawidłowy. Refrakcja dna oka 5 D., środka pęcherza 9 Dioptr.<sup>1)</sup>

Obawiając się, że pasożyt lada dzień przerwie siatkówkę i wejdzie do ciała szklistego, t. j. z postaci uwieczonej stanie się ruchomym, a więc trudniej mogący być ujętym, zaproponowałem ostateczny dzień operacyi. Do myśli o operacyi chora powoli przyzwyczajała się, widząc postęp choroby, pomimo zwykle w tych razach zalecanych bez skutku kali jod. wewnątrz i rozmaitych antihelminica do środka i zewnątrz.

---

<sup>1)</sup> W jednym przypadku Leber'a przy hyperopii dna ocznego 2 D., najwyższy punkt pęcherza wynosił 6 D., to jest miał wysokość 2 mm.; w przypadku Hirsch-Czerma'ka przy refrakcyi brzegu tarczowego 3 D., wyniosły środek pęcherza oznaczony był 11 D.

Chorą umieściłem w osobnym numerze szpitala św. Wincentego a Paulo i wykonałem operację wyjęcia wągra cięciem południkowym w d. 10 czerwca 1898 r., przy pomocy kolegów: Sejdenmanna, Dobruckiego, Majewskiego, Czerwińskiego i mojego syna Włodzimierza. Przyznaję się, że do operacji przystępowałem z pewną obawą, po pierwsze bałem się zepsuć gałkę oczną u młodej przystojnej osoby, po drugie obawiałem się, aby, nie wydobywszy wągra, nie skompromitować się przed towarzyszącymi mi kolegami, z których trzech wierzyło w tym razie *in verba magistri* (tylko Dr S. i syn mój wziernikowali operowaną).

Po sprawdzeniu umiejscowienia wągra wziernikiem, chora była uśpioną. Po przemyciu powiek i worka spojówki rozcynem sublimatu i znieczuleniu oka kokainą, oznaczyłem południk cięcia pętlą, przeprowadzoną przez spojówkę na brzegu rogówki; potem w stronie skroniowej wstrzyknąłem do tkanki oczodołowej poza gałkę antyseptyczno-znieczulający płyn Schleicha Nr 3.<sup>1)</sup> za pomocą skrzywionej rureczki *ad hoc* strzykawki. Wstrzyknięcia w danym przypadku użyłem za poradą kol. Wicherkiewicza, a to dla wysadzenia gałki ocznej, a więc dla łatwiejszego wywrócenia i obnażenia jej okolicy tylnobiegunowej. Oznaczywszy każdemu z towarzyszących mi kolegów jego rolę, przystąpiłem do samej operacji. Najprzód obciąłem spojówkę gałki koncentrycznie do zewnętrznego górnego brzegu rogówki, w odległości od niego na 8 mm, a więc w pobliżu równika, potem prostopadle do tej rany rozciąłem ją w kierunku oznaczonego pętlą południka i odłączyłem płaty od twardówki aż do załamka przejściowego. Po zatamowaniu krwotoku z pod spojówkowej tkanki, za pomocą mocnej pętli, doprowadzonej pod m. prosty zewnętrzny, odciągnięto i wywrócono gałkę oczną,

<sup>1)</sup> Mamy 3 recepty tego płynu: 1) Coc. mur. 0,2, morph. mur. 0,025, natr. chlor. sterilis. 0,2, aq. dest. steril. 100,0, adde ac. carbol. 5% gtt. 2 (mocny rozczyn); 2) Coc. mur. 0,2, morph. mur. 0,025, natr. chl. 0,2, aq. destill. ster. 100,0, adde ac. carb. gtt. 2 (średni rozczyn); i 3) Coc. mur. 0,01, morph. mur. 0,025, natr. chl. 0,2, aq. destill. 100,0, ac carboll. gtt. 2 (słaby rozczyn).

o tyle, o ile się dało, ku stronie nosa. Pnia jednak nerwu wzrokowego nie można było ujrzeć, tak, że zmuszony byłem wyciągnąć go zapomocą tępego *ad hoc* haczyka i tym sposobem ułatwiłem ustalenie gałki. W odpowiedniem miejscu, między mięśniami prostym zewnętrznym i górnym, między równikiem gałki i nerwem wzrokowym zapomocą wąskiego nożyka zrobiłem cięcie 8—9 mm. dług., tnąc warstwami twardówkę i leżącą pod nią naczyniówkę. Po przecięciu tej ostatniej wydzielilo się kilka kropeł żółto-surowiczego płynu, który przekonał mnie, że jestem w okolicy podsiatkówkowego wągra; tego jednak nie zobaczono, pomimo, iż brzezi twardówkowej rany dostatecznie rozciągnięte były podwójnymi ostrymi *ad hoc* haczykami, jakich w podobnym razie użył skutecznie Dr Czermak w Pradze<sup>1)</sup>. Po parokrotnem wprowadzeniu do głębi rany szczypczyków, przekonałem się, że wągr uszedł, czyli wpadł przez pękniętą, przytem ścięconą siatkówkę, pogrążając się w wierzchnich warstwach c. szklistego. Nie tracąc czasu, wprowadziłem do tego ostatniego szeroką kataraktalną łyżeczkę i jakaż była moja radość, gdy za pierwszym razem udało się złapać całkowity pęczerek wągra, którego pokazałem w łyżeczce towarzyszącym mi kolegom. — Utrata ciała szklistego była przytem minimalną. Po oczyszczeniu zszyłem ranę twardówkową dwoma powierzchownymi szwami z jedwabiu sublimatowego, następnie połączyłem kilkoma szwami rozciętą spojówkę i ustawiłem gałkę w swoim miejscu. Krwi w komórcie oka nie było, jak to spostrzegali niektórzy operatorowie. Oko obmyto sublimatowym roztworem, zasypano jodoformem i nałożono lekko uciskającą antyseptyczną opaskę.

Operowana całą następną dobę doznawała mdłości i wymiotowała, uskarżając się na silny ból głowy — było to wynikiem długiej, głębokiej narkozy, operacja bowiem trwała blisko godzinę. Na trzeci dzień objawy te ustąpiły po użyciu *tinc. valerianae*.

<sup>1)</sup> Leber używa w tym celu tępych haczyków, jak podaje Seyfert (Archiv f. Oph. 1892, 38, Abth. 2). Czermak — jak mi pisze — używa nie tylko zweizinkige, ale vierzinkige Häkchen, ostre i dość delikatne.

11 czerwca. Opaski nie zmieniono; chora uskarża się na ból w oku. Ciepłota 37,6, tętno 72.

12 czerwca. Spała dobrze, bólów nie uczuwa. Rogówka przezroczysta, niewielka chemosis, górna powieka nieco obrzęknięta i bolesna przy dotyku. Ciepłota 37,4.

13 czerwca. Obrzęk górnej powieki niewielki, ciastowaty; chemosis znaczna, nie zakrywa jednak brzegów rogówki. Niewielkie wysadzenie gałki pooperacyjne ustąpiło. Komórka oka czysta, czarna źrenica rozszerzona. Samoczucie doskonałe. C. 37,2, tętno 72.

14 czerwca. Chemosis nieznaczna, przez rozszerzoną źrenicę widać krew wylaną do ciała szklanego podczas operacji. Wzrok = 0, ciepłota 37,4.

15—16 czerwca. Chemosis tylko w przejściowych załamkach spojówki, z której wyjęto wszystkie szwy. Ciepłota prawidłowa, chora czuje się doskonale, chodzi po pokoju.

17 czerwca. Opaska zdjęta i zastąpiona konserwami. Choć pocieszą siebie chora, że rozpoznaje ruchy palców, przekonałem się jednak, że operowane oko posiada zaledwo czucie światła. Rozszerzona źrenica (*mydriasis paral.*) ma postać nieprawidłowo okrągłą, lecz ukośnie owalną od góry i wewnątrz na dół i zewnątrz.

Po zdjęciu jednak opaski chora wkrótce poczęła odczuwać ból w oku i sama prosiła o zawiązanie go znówu. Na drugi dzień stwierdziłem powiększenie przekrwienia się spojówki gałkowej, a w przedniej komórce znalazłem wylanie się krwi (*hyphaema*), niecałkowicie zakrywające źrenicę. Hypotonia — 1. Uciskająca opaska.

19 czerwca. Chora czuje się podrażnioną, nie spała i płakała całą noc, uskarżając się na ból w oku, które jednak okazało się w stanie zadawalniającym: krew nawet doszczętnie została wessaną. Objawił się katar nosowy. Po zapuszczeniu kilku kropel kokainy ból oka zupełnie ustąpił.

24 czerwca. Z pod górnego obrzękniętego załamka spojówki wydzielili się dwa głębokie szwy, którymi zszyto ranę twarzędówki. Poczem wkrótce obrzęk i przekrwienie spojówki znikły



doszczętnie. Hypotonia — 1; przez owalnie ukośną, rozszerzoną (ale już mniej) źrenicę widać czerwoną barwę ciała szklistego, wskutek wylanej doń krwi; wylanie to nastąpiło z rany, t. j. z zewnętrzno-górnej strony, ponieważ wylew ma kształt promienisty, idący z tej strony w dół ku nosowi. Stosowano tylko okłady z roztworu kwasu borowego.

27 czerwca. Chora opuściła szpital: okiem rozpoznawała ruchy palców, wzniemkiem dają się spostrzegać niewyraźne kontury tarczy nerwowej.

5 lipca. Ambulatoryjnie rozciąłem wąski przyrost załamka spojówkowego do zabliznionej nadtwardówkowej rany, pod którym przechodził zgłębnik, a co wywoływało niewielkie zwężenie szpary powiekowej, przytem zaleciłem chorej, aby przez kilka dni sama odciągała górną powiekę od gałki. Poczem obustronne szpary powiek stały się jednakowymi i nikt nie mógł dopatrzeć różnicy między oczami młodej osoby.

W miesiąc potem zapisałem: Tensio bulbi — 2, przez czarną 6 mm. źrenicę widać biało-błyszczącą oderwaną siatkówkę, której dolna połowa zakryta wybroczyną; nieznaczny ból w gałce. Zaleciłem zimne okłady i zapuszczanie pilokarpiny.

Po paru miesiącach (wrzesień): na powierzchni oka najmniejszego przekrwienia, ruchy gałki prawidłowe, T. — 1, źrenica zwężyla się do  $4\frac{1}{2}$  mm. i jest już okrągłą; poza przezroczystą soczewką błyszczy biała oderwana siatkówka; bólów żadnych. Chora odwiedziła mnie z obawy o lewe oko, które się męczy przy czytaniu, a co tłumaczyło się silną niedokrewnością i ogólnem osłabieniem pacjentki; od trzech tygodni miewa wydzielinę solitera (*taenia solium*). Prawdopodobnie więc u operowanej miało miejsce t. zw. samozakażenie jajami własnego solitera, z których jedno dostało się do oka i rozwinęło się pod postacią cyst. subretinalis. Zapisałem korezeń granatowy do picia.

Po raz ostatni pacjentka, po pozbyciu się solitera, zasięgała mojej porady w listopadzie r. z., w 17 miesięcy po operacji: operowana gałka ma wygląd i ruchy prawidłowe; nawet źrenica nie różni się od lewej, przy bocznem oświetleniu wy-

kryłem w niej synechiae posteriores. Wzrok = 0. A więc miał wielką słuszność jeden z autorów, twierdząc, że: »Die beste Prothese ersetzt nicht ein natürliches, wenn auch anaurotisches Auge«.

Wyjęty z oka wąż w kształcie białego, napelnionego przezroczystym płynem pęcherzyka, mającego długości 8 mm., przedstawiony był kolegom, na posiedzenie wprowadzonym, przy małym powiększeniu drobnowidem: głowa czerwiocha (*scolex*) otoczona czterema sysawkami, nasadkami czyli banieczkami (*ventouses s. oscula*) i ugarniowana haczykami pod postacią, zwaną rostellum. Kol. Seidenmann utrwalił ten piękny okaz, zachowawszy go w balsamie kanadyjskim; tak zwany ogonowy s. embrionalny pęcherzyk skurczył się do wielkości kulki przeszło 1 mm. w średnicy mającej, z której sterczy ukośnie szyja (długości  $1\frac{1}{2}$  mm., szer. nitki) z główką pasożyta, dość dobrze widzialne gołym okiem.

Tak więc do tej pory spostrzegano w Polsce 48<sup>1)</sup> przypadków węża (w tej liczbie 2 podwójnych, *c. duplex*), a mianowicie 14 pod spojówką, 2 razy w oczodole, 2 razy

---

<sup>1)</sup> Jak mi doniósł Dr Brudzewski, były asystent kliniki okulistycznej w Krakowie, dnia 10 kwietnia r. b., prócz wspomnianych przeze mnie dwunastu przypadków węża podspojówkowego, ostatniemi czasy operowano w Krakowie jeszcze dwa: jeden przez Doc. Dra Sroczyńskiego na prawem oku 10letniej dziewczynki, Izraelitki (między caruncula i rogówką); drugi przez prof. Wicherkiewicza u 40letniego Izraelity; u tego ostatniego wąż rozrastał się nad *rectus externus*, tuż przed przyczepem mięśnia\*).

Tak więc do zebranych i opisanych przeze mnie 46 przypadków dodać trzeba te 2, wszystkich więc przypadków będziemy mieli po dzień dzisiejszy 48, prawie pół setki.

---

\*) Przypadek ten właściwie do statystyki się nie nadaje — gdyż po wykluczeniu innych pęcherzy klinicznie rozpoznano »węża podspojówkowego« — przy operacji atoli żadnych części pasożyta nie znaleziono. W.

w komórce oka, 17 razy w ciele szklistem i 13 pod siatkówką. Kol. T. Bařfaban znaną mu liczbę przypadków 17 podnosi do 20. Ja tę liczbę podwajam, co stanowi blisko siódmą część bibliografii przedmiotu A. Kraemera i  $7\frac{1}{4}$  część spisu zebranego przez Bařfabana. Z tej liczby najwięcej przypada u nas przypadków wagra ocznego na kobiety, t. j. 33, u mężczyzn spostrzegano tylko 14 razy, w 1 spostrzeganiu płęć nieoznaczona<sup>1)</sup>. Izraelitów było 11, chrześcijan 34; w 3 przypadkach narodowość nieoznaczona. U dzieci zwykle zdarzają się wagry pod spojówką (od 3—14 lat), a także w oczodole, wagr do komórki dostaje się po 20 roku życia (25 lat, przyp. Jodki; 28 lat, przyp. Kolińskiego), między 20—35 roku spostrzega się w c. szklistem (najstarsza chora 37 lat), w tychże latach i nieco później najczęściej widzialny jest wagr podsiatkówkowy (najstarsza chora 55 lat).

Z liczby tych 48 przypadków wydalono pasożyta z oka w 24 przypadkach: 13 podspojówkowych, raz z oczodołu, 2 razy z komórki oka, 3 razy z c. szklistego i 5 podsiatkówkowych; 1 wypadł sam i 1 wydzielił się przez ropienie; 3 wykryto przy dyssekeji oka; reszta, 19 (pozasoczewkowych), pozostała nadal w oku, aby wywołać irido-kyklitis, irido-chor., z następczym zanikiem gałki ocznej, lub też otorbić się i zamrzeć we wnętrzu gałki.

Dane te wyprowadzam z spostrzeżeń polskich lekarzy, na obszarze ziem dawnej Polski zebranych.

Przypadkiem moim kończę szereg spostrzeżeń wagra ocznego, zebranych z czasopism lekarskich krajowych, a także

<sup>1)</sup> Inaczej ta statystyka przedstawia się u Niemców co do płci: tak na 80 przypadków v. Graefe'go było mężczyzn  $\frac{2}{3}$  i kobiet  $\frac{1}{3}$ , u Hirschberg'a na 41 przypadków mężczyzn było 21, kobiet 20, u Leber'a w Getyndze na 19 przypadków liczono 13 mężczyzn i 6 kobiet. Widzimy więc, że u Niemców mężczyźni częściej kultywują wagra w oku, aniżeli kobiety. W guberniach rdzennie rosyjskich mężczyźni i kobiety w jednakowym stopniu chorują na wagra oka.

ze sprawozdań i łaskawie mi udzielonych przez życzliwych kolegów listownie, za co im składam serdeczne podziękowanie. Kto był pierwszym z nas, któremu się udało rozpoznać pasożyta w oku? Kol. Bałłaban cześć tę przypisuje ś. p. prof. Szokalskiemu (wągr w c. szklistem w 1867 r.), drugi przypisuje mnie (1864 r.). Twierdzę, że słusznie to pierwszeństwo należy ś. p. Jodko-Narkiewiczowi (1865 r.). Co do mnie, to rzeczywiście w moim artykule »Wągr w oku« (»Klinika«, 1870. Nr. 12—13) wspomniałem, iż w roku 1864 wraz z kol. Milliotem spostrzegaliśmy w Kijowie u niejakiego Wiszniewskiego (lat 39), z gub. mińskiej, ciekawe oftalm. zmiany w jednym oku: »do środka tarczy zapomocą dłuższej nitki przyczepione było dość znaczne, białobłękitne, błyszczące, wyraźnie odgraniczone ruchome ciało z trzema odrostkami, jakby wąsikami, z przodu przylegającymi do siatkówki« (podobną rycinę można widzieć u Liebreich'a »Arch. f. Opthl.« I. 2). Jak wiadomo, późniejsze badanie tego Graefe-Liebreich'owego chorego przekonało, że to nie był pasożyt, lecz błoniasty twór t. zw. cewkowaty w c. szklistem: Hirschberg znalazł to oko w takim samym stanie po 12 latach. Mój podobny przypadek spostrzegłem na początku mej lekarskiej kariery, gdy o wewnątrzocznym wągrze mieliśmy jeszcze dość skąpe wiadomości. Dziś, krytycznie rozpatrując się, mniemam, że był to także twór cewkowaty, a to tem bardziej, że pacjent od urodzenia był krótkowidzem w wysokim stopniu (nosił — 4), posiadał w obu oczach staph. posticum, a do tego i cataracta polaris posterior, przy której te twory (osobliwie art. persistens) nie są rzadkimi. Był to więc twór w c. szklistem stały, t. zw. pseudocysticercus, którego dziś do przypadków naszych zaliczyć nie mogę.

Tak więc przypadek mój kijowski z r. 1864 wymazuję obecnie z bibliografii ocznych wągrów. Czy w następnych latach znalazł kto z lekarzy kijowskich wągra? Zapytany w tej sprawie kol. Rumszewicz, tak mi pisał w d. 17 sierpnia 1898: »prócz przypadku Chodina w c. szklistem z r. 1888 (extr-

patio bulbi), nikt z nas wągra tu nie spostrzegał. Jeden z kolegów upewnia, że go widział, chociaż nie operował, lecz rękę, że kłamie. Przypadek wągra pod siatkówką widziałem dawno na klinice Iwanowa, był to Niemiec z Berlina, nie operowano go«.

Kiedy mowa o wągrze na Ukrainie, jako o białym w tych stronach kuku, nie mogę nie odnieść tego i do Litwy. Widziano go tam 2 razy tylko, lecz nikt spostrzeżeń nie opisał.

»Wągra w oku — pisze mi kol. Strzemiński d. 30 czerwca b. r. — ja ani razu nie widziałem w Wilnie. Kol. Hłasko, mieszkający tu od końca r. 1889, na 18 tysięcy chorych (nie licząc chorych w izraelskim szpitalu) spostrzegł raz wągra zwapniałego w ciele szklistem; oko to z trudnością widziało ruchy ręki. W drugim przypadku, przedstawiającym oddzielenie siatkówki lewego oka, podejrzewał on istnienie wągra pod siatkówką; później zjawiono się obrzmienie wątroby i śmierć przy objawach zaburzeń wątrobianych. W przypadku tym prawdopodobniejszym był nowotwór, aniżeli wągr<sup>1)</sup>. W szpitalu ocznym wileńskim od r. 1884, kiedy przeniesiono go do zbudowanego na ten cel domu i odkąd prowadzi się prawidłowe zapisywanie chorych, na przeszło 36,000 chorych, dopiero w ostatnim czasie, jak słyszałem, rozpoznano raz podsiatkówkowego wągra.

»Ja przez trzynaście lat pobytu w Wilnie (od 1885 r.) spostrzegłem około 20,000 chorych i w szpitalu św. Jakóba przez ostatnie trzy lata około 4,000; nie wymieniam spostrzeżonych w szpitalu ocznym, gdyż się mieszczą w powyżej podanej liczbie.

»Oto wszystko, co mogę powiedzieć o Wilnie, do którego przybywają z znacznej liczbie chorzy oczni z całej Litwy. — Na 71,000 chorych ocznych dwa przypadki wągra.

<sup>1)</sup> Kol. Strzemiński niezapreczenie miał rację, jednak kol. Hłasko w liście z d. 14 stycznia r. b. obstaje przy swem rozpoznaniu — pacjent był urzędnikiem pocztowym z prowincyi — chociaż w książce swej zapisał: »tumor subretinalis ze znakiem ?, przyczem T. + 1, V. = 0 i silne bóle gałki«.

Operacyi nie robiono ani razu. O innych miejscowościach Litwy nie posiadam żadnych w tym względzie wiadomości«.

Dane te uzupełniam listem ś. p. Jodko-Narkiewicza, pisanym z Bobowni (pow. nieświeski) d. 29 czerwca 1898 r., a więc na 4 miesiące przed śmiercią nieodżałowanego naszego przyjaciela: »Miło mi bardzo, że chociaż z powodu wagra<sup>1)</sup> mnie przypomniałeś, niestety bez korzyści, bo przez cały czas pobytu tutaj nie stwierdziłem napewno ani jednego pewnego przypadku, a nawet większych i dokładniejszych przypuszczeń nie było. Zresztą ja od trzech lat już się praktyką nie zajmuję i żadnych nie mam zapisków«.

Kol. Przybyłski operował i opisał jeden przypadek na Podolu. W Królestwie Polskiem spostrzegano wagra w następujących miastach: w Lublinie 3 przypadki (jedna chora Wołynianka), w Łodzi 2 przypadki, w Radomiu 1 przypadek, w Słazowie 1, reszta w Warszawie, lecz nie tylko u chorych z Warszawy, ale z Włocławka, Grodziska i innych z guberni warszawskiej. Najszczęśliwszym pod tym względem z warszawskich okulistów jest Dr Kamocki, na jego dołę przypada najwięcej spostrzeżeń, nawet podwójnych wagrów; kol. Z. Kramsztyk, cieszący się obszerną klientelą, ani razu nie spostrzegał ocznego wagra, ani w szpitalu starozakonnych, w którym pracuje lat 27, ani w prywatnej praktyce, dopiero pierwszy raz miał możność spostrzegać go — jak mi mówił — w roku zeszłym, i to prawie naraz u 3 pacjentów. W Krakowie spostrzegano wagra 8 razy, we Lwowie 5 razy. W Poznaniu widział prof. Dr Bolesław Wicherkiewicz za swej tamże działalności — jak mi sam pisze — tylko dwa przypadki ocznego wagra, wspominałem też o nich w odpowiednich działach. — Zliczając te dane, wypadnie, że dotąd na Litwie było 2 przypadki wagra, na Podolu 1, w W. Ks. Poznańskim 2 przypadki, w Galicyi i Lodomeryi 13, reszta, 30 przypadków, wypada na Królestwo Polskie, a w tej

---

<sup>1)</sup> W oryginale: »bąblowca«.

liczbie 23 na Warszawę i warszawską gubernię, t. j. połowa spostrzeganych na całym obszarze ziem polskich<sup>1)</sup>.

Dr Bron. Wagner w swem sprawozdaniu »O wągrze ocznym na podstawie danych statystycznych, opartych na materiale szpitalnym za okres czasu od 1 października 1870 r. do 1 kwietnia 1899«<sup>2)</sup>, przyszedł do wniosku, że w ciągu 28½ lat w warszawskim ocznym instytucie na ogólną liczbę 134,304 chorych ocznych zaznaczono (ostrożne wyrażenie!) tylko 12 przypadków wągra, czyli, że jeden przypadek ocznego wągra przypada na 11,192 innych chorób ocznych. Taki prawie stosunek podaje ś. p. Mitvalsky dla Austrii (1:10,000). Wiadomo, że kiedy dawniej w Berlinie na 1000 ocznych (v. Graefe) znajdowano raz wągra, a nawet na 850 (Hirschberg) raz, dziś w ostatniem sześcioleciu na 46,000 chorych ocznych wykryto wągra tylko 2 razy. Schweigger i Virchow stwierdzają też, iż zachorzenia wągrem w Berlinie rzadziej się dziś spotyka. Hirschberg tłumaczy to ściśłością weterynaryjnych oględzin. Biorąc z tego pochop, kol. B. Wagner, zestawiając ostatnie 6 lat, na które w ocznym instytucie wypada 1 przypadek na 2500 chorych ocznych, wy-

---

<sup>1)</sup> Dr Lobasow donosi mi, że ostatniemi czasy w warszawskim ujazdowskim szpitalu, gdzie jest ordynatorem ocznego oddziału, ani razu nie znaleziono wągra u popisowych i rekrutów. Z kraju przychodzących było 2: referent jednego z pułków Gołubjew z wągrem w cieleszkliem, urodzony w gub. kałuskiej, nieoperowany; i pokojówka z wągrem w c. szklislem lewego oka, ur. w gub. siedleckiej. Jest to podobno przypadek opisany przez kol. Kamockiego pod nrem 13.

W tymże wojskowym szpitalu spostrzegany był w r. 1893 pewien przypadek, którego opis z ryciną nadesłał mi kol. Wadzyński z Wilna, a który on rozpoznał jako wągra podsiatkówkowego; mojem zdaniem nie był to wągr, lecz jakiś inny patologiczny nitkowaty na swobodnym końcu rozszerzony wytwór dna ocznego. Był to zresztą żołnierz dopiero co przyśłany z gub. tambowskiej. Jestem upoważniony przez autora do wydrukowania jego spostrzeżenia w »Postępie Okulistycznym«, czytelnicy przeto sami będą mogli postawić swe wnioski.

<sup>2)</sup> Kronika Lekarska, zeszyt 13 z 1 lipca 1899.

powiada zdanie, że w rzeźniach w Królestwie Polskiem weterynaryjny nadzór powinien być ściślejszym i wzorować się na przepisach, obowiązujących w krajach ościennych, przede wszystkim w Prusiech. C. Hirsch jednak, opierając się na materiale ocznej kliniki Czermaka, gdzie 1 przypadek wągra zdarza się na 18,000 do 20,000 ocznych chorych, wypowiada zdanie, wprost przeciwne mniemaniu Hirschberg'a i B. Wagnera; rzadkość wągra — powiada on — nie tłumaczy się ścisłym weterynaryjnym nadzorem mięsa, czego się wcale nie robi nie tylko w Pradze, ale i na prowincyi Czech, lecz »jest to zależnem od trybu życia narodowego« (l. c. <sup>1</sup>).

Bądź co bądź, godnym uwagi jest fakt, że gdy za życia A. v. Graefe'go wągr bywał częstym gościem oka w Berlinie, jakby na urągowisko okulistom, że go nie umiano wydobywać z głębi takowego, po jego śmierci daje się rzadko spostrzegać nad Sprewą. U nas, w czasach ś. p. Szokalskiego i Jodko-Narkiewicza, którzy pierwsi widzieli go w Warszawie, a bali się go operować, wągr był wielką rzadkością w Polsce;

---

<sup>1</sup>) Dawniej wedle obowiązującego §. 355 ustawy policyjnej wzbroniona była w Królestwie Polskiem sprzedaż mięsa z trzody chlewnej, dotkniętej chorobą wągrową w wyższym stopniu (p. Rom. Sobolewski: Weterynaryja popularno-gospodarcza. Warszawa. 1876, str. 638—639). Dziś od r. 1897 obowiązuje u nas rozporządzenie ministra spraw wewnętrznych nr 517, które głosi, że wągrowate i z innymi pasożytami (z wyjątkiem trychin) mięsne produkta dopuszczane być mogą w handlu li tylko warunkowo, a mianowicie, jeżeli pasożyty znajdują się w słabym stopniu (chwiejna ustawa!), przyczem powinno się uprzedzać o tem kupujących, by mogli zapomocą wysokiej ciepłoty (gotowanie, smażenie i przypiekanie) uczynić je nieszkodliwymi, lub też zrobić to sami w rzeźni. Zdaniem jednakże świątłych naszych weterynarzy (Sobolewski, Seifman, Serafiński) nierogaczyna, dotknięta wągrem w najmniejszym nawet stopniu, spożywaną być nie powinna pod żadnym pozorem.

Mówiąc o zarażeniu się człowieka wągrem, wspomnę zarazem o hipotezie, jaką wypowiedział O. Hanus w r. 1896, a mianowicie, że jest możebnem przypuszczać przejście zarodka, embryon hexacanthus, z worka spojówki do tkanki podspojówkowej (Contribution à l'étude du cysticerque sous-conjonctival. Thèse de Nancy), a więc mógłby się tam dostać i z wody.



po ich jednak śmierci, a szczególnie w ostatnich latach, wągra oka stał się popularnym u nas, a szczególnie w Warszawie, chociaż mamy dziś dzielną broń w postaci cięcia południkowego w twardówce. Jaka rzeczywiście przyczyna, że dawny biały kruk w praktyce okulistów naszych stał się dziś od r. 1897 częstym gościem na ziemiach polskich, orzec stanowczo dość trudno.

Ze znanych mi spostrzeżeń ułożyłem następujące zestawienie 46 przypadków wągra w Polsce:

| Rok: | Liczba przypadków: |
|------|--------------------|
| 1865 | 1                  |
| 1867 | 1                  |
| 1872 | 1                  |
| 1873 | 1                  |
| 1875 | 1                  |
| 1876 | 1                  |
| 1877 | 1                  |
| 1879 | 1                  |
| 1880 | 1                  |
| 1882 | 2                  |
| 1883 | 1                  |
| 1889 | 4                  |
| 1890 | 2                  |
| 1892 | 1                  |
| 1894 | 1                  |
| 1895 | 1                  |
| 1896 | 1                  |
| 1897 | 8                  |
| 1898 | 8                  |
| 1899 | 10                 |
| 1900 | 2                  |

Dr Lutkiewicz w czasopiśmie »Wracz« (Nr 12, 1898) od 1860 do 1897 r. zebrał 37 przypadków wągra, »opisanych przez rosyjskich lekarzy«. Jeśli odliczyć od nich przypadki moje, Jodki, Szokalskiego, Przybylskiego i innych,

które ogłoszone były w czasopismach polskich, to na rosyjskie czasopisma pozostanie tylko 29. Od tego czasu przybyło u nich jeszcze kilka spostrzeżeń (Kriukowa i Sniegirowa w Moskwie, Prokopenki w Charkowie, Krajskiego w Kiszyniewie i innych). Tak, że do dziś dnia spostrzegano w cesarstwie rosyjskiem nie mniej 34 przypadków wągra ocznego: cokolwiek zamało na przeszło stumilionową ludność! — co niektórzy (Magawly i inni) tłumaczą tem, że w guberniach rdzennie rosyjskich tasiemca rzadziej się spotyka, niż w guberniach Królestwa Polskiego<sup>1)</sup>. Nie można tu jednak nie uwzględnić słusznego twierdzenia Dra Krajskiego (l. c.), że ta rzadkość tłumaczyć się może w części i tem, że tacy chorzy, zwykle tracąc wzrok jednego oka i nie doznając w niem bólu, nie szukają porady lekarskiej, lecz prędzej udają się do znachorów i znachorek, którzy nawet operują (nożykiem lub sztydłem) podspojówkowe torbiele; a jak już boli, to trzeba robić enukleację: w takich oczach znalazłoby się niemało wągrów!

Godnym uwagi jest fakt, że u nas (Kamocki i Talko) tyleż razy (2) spostrzegano jednocześnie wągra w oku i tasiemca (*taenia solium*) w jelitach, co i w guberniach cesarstwa rosyjskiego (przypadki Rabinowicza i Serebrennikowoj). —

W literaturze polskiej znalazłem tylko 6 przypadków wągra w innych częściach ciała, a mianowicie w mózgu 4 przypadki i 2 w skórze i pod skórą<sup>2)</sup>. Jeśli więc w oku spostrzegano dotąd 48 przypadków wągra, to wypada, że u nas na ziemiach polskich w oku spotyka się go 12 razy częściej, aniżeli w mózgu, i 24 razy częściej, aniżeli w skórze.

W tymże spisie polskich prac lekarskich znalazłem 20 przypadków bąblowca (*echinococcus*) w rozmaitych częściach

---

<sup>1)</sup> Lutkiewicz (l. c. p. 347) twierdzi, że najczęściej spotyka się w Rosyi *taenia lata* (5,51%), rzadziej *taenia mediocanellata* (0,58%), najrzadziej *t. solium* (0,53%).

<sup>2)</sup> P. Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich od roku 1831 do 1890 włącznie (Warszawa, 1897, str. 305 i in.), a także każdy coroczny lutowy zeszyt »Pam. Tow. lek. warsz.« do r. 1899 włącznie.

ciała, a mianowicie 18 razy w wątrobie, raz w sutku kobiecym<sup>1)</sup> i jeden tylko przypadek w oczodole. Kol. J. Koliński przedstawił w Tow. lek. m. Łodzi w r. 1897 »błony bąblowca, wydobyte z oczodołu 2letniej dziewczynki po usunięciu wysadzonej i zropiałej gałki«; torbiel rozrastała się szybko, po 2 miesiącach w wysadzonej gałce przedziurawiła się rogówka i wypadło ciało szkliste. Operacya zrobiona późno wskutek oporu rodziców; torbiel pasożyta usadowiła się w wierzchołku lejka mięśniowego.<sup>2)</sup>

Mamy więc dotąd 48 spostrzeżeń wągra ocznego na 2 przypadki bąblowca ocznego (podspojówkowego i oczodołowego), spostrzegane tylko w Łodzi, czyli, że bąblowiec (*echinococcus*) 24 razy rzadziej nawiedza u nas organ wzroku, aniżeli wągr (*cysticercus cell.*).<sup>3)</sup>

Na tem kończę moją pracę. Jeśliby mi kto z naszych najserdeczniejszych robił zarzut za jej tytuł »Wągr w Polsce«, odpowiem słowy Leroy-Beaulieu: »Chociaż Polska wymazaną została z liczby państw samodzielnych, nie przestała na chwilę okazywać swej żywotności narodowej przez swą sztukę i przez swoje piśmiennictwo<sup>4)</sup>«. Niechże i ja tu dołożę moją cegiełkę, polecając te luźne lekarskie zapiski względem łaskawych czytelników »Postępu Okulistycznego« w roku jubileuszowym naszej prastarej Alma Mater, która oby świeciła pierwszorzędną gwiazdą w plejadzie wszechnie światowych przez długi jeszcze szereg wieków!

<sup>1)</sup> P. Czasopismo Lek. Łódzkie, maj, 1900, str. 191.

<sup>2)</sup> Gazeta Lekarska, Nr 13, 1898.

<sup>3)</sup> W rosyjskiem piśmiennictwie podano do 1895 roku 4 przypadki bąblowca oczodołu (p. tablicę powyżej cytowanej rozprawy Mandour'a). Liczbę tę podwaja A. Natanson w rosyjskim przekładzie Eulenburg'a »Realnaja Encyklopedja Medic. nauk« (Petersburg, 1898), cytując 9 przypadków, spostrzeganych przez rosyjskich lekarzy. A więc bąblowiec oczny  $4\frac{1}{2}$  razy częściej się zdarza w guberniach cesarstwa rosyjskiego, aniżeli w ziemiach polskich, gdy przeciwnie wągr oka częściej bywa widziany wśród ludności tych ostatnich, aniżeli w ziemiach rdzennie rosyjskich.

<sup>4)</sup> Revue des Revues (zeszyt styczniowy 1900 r.).

## II. STRESZCZENIA.

*O sprawach, odbywających się w siatkówce przy barwnem oświeleniu równego nasilenia.* Dr Ed. Pergens (Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. II. Z. 2).

Autor przechodzi w porządku historycznym prace o sprawach w siatkówce i zbiera wyniki tychże w następujące punkty:

1. Wędrówka barwiku jest najsłabsza w barwie czerwonej, najsilniejsza w niebieskiej według Bolla; jednakże barwy między nimi leżące nie całkiem tak się zachowują, jak podał Boll. Nasilenie światła barwnego ma tylko ograniczony wpływ.

2. Wędrówka barwiku odbywa się, podług Engelmana i Angelucci'ego, w obydwu oczach, chociaż tylko jedno jest oświetlone; tak samo kureczenie się czopków; ubytek zaś nukleiny tylko w oku oświetlonym.

3. Pręciki i czopki okazywały ten ubytek nukleiny w każdym barwnem oświeleniu i nie nie wskazuje na istnienie trzech rodzajów elementów nerwowych, jakie Helmholtz przyjmuje.

4. Ubytek nukleiny towarzyszy zmniejszaniu się powinowactwa protoplazmy dla zasadowych barwików anilinowych, prawdopodobnie właśnie wskutek ubytku nukleiny rozpuszczonej w protoplazmie.

5. Żadna ze zmian w siatkówce dotąd znanych nie wyjaśnia odczuwania barw.

6. Krzywe wędrówki barwiku, ubytku nukleiny i zmniejszanie się powinowactwa protoplazmy dla zasadowych barwików są prawie równe i wskazują na wzajemną ich zależność; kureczenie się czopków odbywa się według innych prawideł.

7. Barwa ultra-fioletowa między L i M okazywała najsilniejsze kureczenie się czopków, najmniejszy ubytek nukleiny, największe powinowactwo dla zasadowych barwików, a wędrówkę barwiku, jak w barwie pomarańczowej.

8. Pod działaniem promieni Roentgena przez pół godziny zachowywała się siatkówka, jak w bezwzględnej ciemności. —

Najnowsze badania i własne doświadczenia autora dają takie wyniki:

1. Barwy widma i barwy otrzymane z kombinacyi szkieł barwnych nie zawsze jednakowo działają na siatkówkę.

2. Barwa czerwona ma największy wpływ na ubytek nukleiny.

3. Zmiana co do długości czopków jest zawsze pierwszym skutkiem przy oświeleniu barwnem i t. zw. bezbarwnem.

4. Barwne światło może zadziałać na siatkówkę, nie wywołując wędrowki barwiku.

5. Gdzie można było stwierdzić ubytek nukleiny w jądrach czopków, tam krzywe dla czopków i pręcików były równe; pręciki jednak zużywają więcej nukleiny, więc zdaje się, że odgrywają czynniejszą rolę.

6. Ponieważ różnice w każdej barwie stwierdzone poruszają się w granicach takich, jak w innych barwach innego nasilenia, przeto żadnego z wymienionych działań nie można uważać jako specyficzne dla poczucia barw. Zarazem upada teoria poczucia barw w różnej głębokości siatkówki.

7. Niebieska barwa daje przy równym nasileniu najsilniejszą wędrowkę barwiku, najmniejszy ubytek nukleiny, a przy nasileniu  $\frac{1}{4}$  świecy Helfnera i poniżej najsłabsze kureczenie się czopków.

8. Wogóle wzmagą się wędrowka barwiku, ubytek nukleiny i kureczenie się czopków wraz z nasileniem oświetlenia barwnego.

*Dr Jan Kreutz.*

*Objaw Bella* (Ueber das Bellsche Phaenomen. Beitrage zur Physiologie. Festschrift zum 70. Geburtstage des Herrn Geh. Rathes Prof. Dr Fick). J. Michel. (Muenchener Med. Wochenschrift. 43. 1899).

W roku 1823 ogłosił Bell spostrzeżenie, że równocześnie ze zamknięciem powiek zwracają się gałki ku górze. Objaw ten, ściśle biorąc, składa się z następujących aktów: Przy każdym zamykaniu powiek najprzód poruszają się gałki ku górze i wewnątrz, potem na zewnątrz do góry, a równocześnie powieka górna opada więcej. Objaw ten składa się zatem:

1. Z czynnego kureczu mięśnia obrączkowego i biernego zluźnienia mięśnia unoszącego powiekę.

2. Z czynnego kureczu mięśni unoszących gałkę i biernego zluźnienia mięśni pochylających gałkę.

Stosunek obopólny tych mięśni bywa nieraz ustalony jak we śnie.

Bordier i Frenkel zjawisko to opisują jako coś nowego, nieznanego, i nadają mu pewne znaczenie rozpoznawcze przy porażeniach nerwu twarzowego.

Przy dobrotliwych obwodowych bowiem porażeniach objaw ten, zdaniem tych autorów, nie miałby występować, gdy przy innych, połączonych ze znakami zwyrodnienia, daje się stwierdzić. Przy powrocie ruchliwości mięśnia twarzowego miałoby zboczenie ku górze z chwilą zamykania szpary powoli stawać się słabszem, a to znowu przemawiałoby za ustępowaniem porażenia.

Inni autorowie przyznają objawowi Bella wyłącznie znaczenie

fizyologiczne, a Mendel tłumaczy go sobie tem, że górny facialis powstaje z tylnego odcinka jądra okoruchowego tejże strony, lubo Koelliker wykazał, że okoruchowy nie oddaje żadnych włókien twarzowemu. Atoli spostrzeżenia kliniczne przemawiają znowu za zapatrywaniem Mendla, a mianowicie osłabienie okrężnego przy porażeniach okoruchowego.

Michel spostrzegał trzy przypadki porażenia mięśni unoszących gałkę, w których w dwu przyrodzonych przypadkach mięsień obrączkowy był czynny, w trzecim zaś tylko biernym; tutaj zaś zachodziło obustronne, prawdopodobnie wskutek wynaczynienia przy międzycy tęcznic, jądrowe porażenie okoruchowego nerwu u 59letniego mężczyzny. Gałązki tego nerwu do zwieracza źrenicy i m. rzęskowego nie brały udziału w porażeniu. Gdy jednak anatomicznie nie można wykazać połączenia nerwów twarzowego i okoruchowego, przeto autor odnosi ów stosunek obopólny obu nerwów do kory mózgowej i przyjmuje obrazenie ośrodków kojarzenia (*Stoerung der Associationscentren*). —

II.

*O wpływie zimna na ośrodki łamiące oka.* Michel. (Tamże).

Gdy zabę poddamy ciepłocie poniżej 0°, występuje przed jej śmiercią zmętnienie soczewki, przedstawiające się mikroskopowo zupełnie tak samo, jak zaćma, wytworzona przez podanie soli kuchennej.

Soczewki świńskie, końskie i cielęce przedstawiają się w stanie zmrożonym zupełnie białe. Zmiany te, tak chemiczne, jak fizyczne, wyrównują się w przeciągu kilku sekund. Wodne atomy występują po odciągnięciu ciepłika jako krople, a każda znowu przy dostępie ciepła powraca na swe miejsce.

W połączeniu z poprzedniemi znanemi zjawiskami badał autor wpływ zimna na inne ośrodki łamiące, a wynik badania streszcza w następujący sposób:

1. Przez wystąpienie wody z tkanek, obfitujących w białkany, światło załamuje się w inny sposób i dlatego ciało takie przedstawia się zmętnione, przy dostatecznej odcywiście ilości wody i białka w tkance.

Rogówka i soczewka zupełnie jednako zachowują się pod tym względem, a tak samo i białko kurze. — Ciecz wodna i ciało szkliste z powodu nieznacznej zawartości białka nie ulegają zmętnieniu.

2. Zmętnienie wskutek zmrożenia nie jest połączone ze zmianą budowy anatomicznej. — Przypomnieć trzeba, że skład białkanów przytem się nie zmienia.

II.

*Czarne nerwy wzrokowe* (Schwarze Sehnerven). Dr L. Pick z Królewca. (Archiv f. Augenheilkunde. 1900. T. XLI. Z. I.).

Autor opisuje ciekawą anomalię barwиковą nerwu wzrokowego, odkrytą przypadkiem u 7letniej dziewczynki, leczonej w królewieckiej klinice chorób wewnętrznych z powodu krwotocznego zapalenia nerek. Dziecko posiada ciemną cerę, włosy barwy ciemno-brunatnej, obie tęczówki szaro-zielonawej barwy. Zmiana dotyczy oka lewego, okazującego zez zbieżny i znaczny stopień krótkiego wzroku (15 D). Bystrość wzroku znacznie upośledzona: palec na 1,5 m. Wziernik wykazuje przedewszystkiem typowe włókna rdzenne, otaczające szeroko tarczę nerwu wzrokowego. Naczynia, tak żyły, jak i tętnice, gubią się tu i ówdzie wśród tych białych włókien nerwowych. Na samej tarczy uderza w samym środku w miejscu fizyologicznego zagłębienia — plama kształtu skośnie owalnego barwy ciemno-brunatnej, prawie czarnej, a na tle tego zabarwienia rysują się dość wyraźnie prawidłowe żyły i tętnice. Barwik ten w środku tarczy nagromadzony okazuje wyraźnie prążkowany, promienisty układ. Od brzegu tarczy odziela ciemną plamę pas białawej tkanki, sam zaś brzeg jest skąpo i blade zabarwiony. Naczynia w obrębie ciemnej plamy środkowej widzialne kończą się ostro na jej brzegu i giną pod białym pasem, otaczającym tę plamę i stanowiącym obwód tarczy, a wynurzają się dopiero gdzieś wśród włókien rdzennych, tarczę okalających. Nawiązując do przypadku tego, przytacza autor 6 podobnych spostrzeżeń, opisanych dotychczas w literaturze, — najciekawszy Forstera, bo dotyczący 18letniej albinoski. W przypadku tym czarne zabarwienie tarczy było jedyną dostrzegalną kępą barwika w ustroju. Wspólną cechę wszystkich tych przypadków stanowi wrodzone ciemne zabarwienie samego środka tarczy w miejscu, odpowiadającym fizyologicznemu zagłębieniu, które w prawidłowym stanie bywa zazwyczaj najjaśniejsze zabarwione, najczęściej całkiem białe. Powstanie tego zбочenia odnosi autor do bardzo wczesnego okresu rozwoju płodowego. Już u 7tygodniowych płodów, u których właściwe włókna nerwu wzrokowego nie są jeszcze wytworzone, wykazał on smugi barwika, od barwиковej warstwy gałki ocznej ku zawiązkowi nerwu wzrokowego sterczące. Jest zatem prawdopodobnem, że wyżej opisana zmiana barwиковa polega na przetrwaniu tego w płodowym rozwoju nadmiernie obficie wytworzonego barwika. —

Dr K. W. Majewski.

*Teorje akomodacji* (Les théories de l'accomodation). Dr M. Uribe-Troncoso z Meksyku (Annales d'Oculistique, 1900, III).

W r. 1894 ogłosił Tscherning wyniki swoich doświadczeń, na podstawie których postawił teorię, że przednia powierzchnia

soczewki przybiera podczas akomodacji postać stożkową (lenticonus anterior). Tę zmianę postaci błonaczy Tscherninga napięciem więzadła Zinna i obecnością niepodatnego jądra wśród miękkiej kory. Jądro to przez usunięcie się warstwy korowej ku równikowym częściom sprawia owo wypuklenie środka przedniej powierzchni soczewki przy równoczesnem spłaszczeniu części obwodowych<sup>1)</sup>. Dr Uribe-Troncoso zwraca uwagę, że już w roku 1881 profesor fizjologii w Meksyku Dr Carmona y Valle postawił teorię akomodacji, zbliżoną do teorii Tscherninga, a różną zasadniczo od teorii Helmholtza. Teoria jego nie dostała się jednak do literatury światowej i pozostała nieznaną poza granicami Meksyku. Dr Carmona opiera swą teorię również na różnicy, jaka istnieje między zbitością kory i jądra soczewki. Przypuszcza on jednak, że przez skurcz okrężnych włókien mięśnia rzęskowego soczewka za pośrednictwem przednich włókienek więzadła Zinna zostaje na całym równiku uciśniętą tak, że podatna kora, usuwając się przed tem ciśnieniem, gromadzi się w środku źrenicy pod torbką przednią i zwiększa w ten sposób krzywiznę i łamliwość przedniej powierzchni soczewki. Dr Carmona przyjmuje, że soczewka w chwili akomodacji posuwa się cokolwiek ku przodowi, przez co wypycha brzeg źreniczny tęczy i zmniejsza głębokość przedniej komory. Tscherning, jak wiadomo, w doświadczeniach swych nie mógł tego ruchu soczewki wykazać.

W dalszym ciągu swej pracy zajmuje się Dr Uribe-Troncoso sprawą opadania soczewki przy wysiłku akomodacji. — Wanschler, Hess i Heine wykazali, że przy różnych położeniach głowy soczewka w chwili akomodacji wykonywa ruch zawsze w kierunku pionowym ku dołowi, że zatem widocznie ulega w tych warunkach sile ciężkości. Zwolennicy teorii Helmholtza wyszukują ten fakt na jej korzyść, twierdząc, że właśnie zwolnienie więzadła Zinna pozwala soczewce opuścić się własnym ciężarem ku dołowi. Coccius ogłosił spostrzeżenia swe, odnoszące się do przypadku, w którym wykonał szeroką irydektomię dobrzezną. Miał on sposobność przekonać się, że odległość brzegu soczewki od wyrostków rzęskowych jest tem większa, im większy jest wysiłek akomodacji. Inni, jak Hjort i Hocquard, doszli do odmiennych wyników, stwierdzili mianowicie, że odstęp ten podczas akomodacji nie ulega żadnej zmianie, co jednak musiałoby być następstwem owego opadania soczewki, stwierdzonego zapomocą katoptrycznych obrazków. Otóż Dr Uribe-Troncoso utrzymuje, że ruch tych obrazków lepiej daje się wytłumaczyć w myśl teorii Carmony: zdaniem

<sup>1)</sup> Por. »Postęp Okulistyczny«. R. 1899, str. 38.



jego nie soczewka w całości, lecz tylko gęsto-płynna jej warstwa korowa (*de consistance gonaneuse*), nagromadzona pod przednią torebką, obsuwa się podczas akomodacji pod wpływem siły ciężkości ku dołowi. — *Dr K. W. Majewski.*

*Hydrostatyka oczna* (L'hydrostatique oculaire). Nicati. (Archives d'Ophthalmologie, Luty).

Po krótkim opisie sposobów badania napięcia gałki ocznej (manometrya, palpacya i sklerometrya) przyrządami Drów Maklakoffa, Hammera i in.) opisuje swój sklerometr wraz z podaniem rysunków tego przyrządu, którego działanie polega na wzajemnej (*reciproque*) deformacji gałki i kalibrowanej sprężyny przyrządu. Badając tym przyrządem napięcie, dochodzi N. do różnych wniosków: mianowicie, że ani atropina, ani kokaina, ani pilokarpina i nikotyna nie zmieniają namacalnie napięcia gałki prawidłowej. Doświadczenia nad różnicą napięcia w komorze przedniej i w ciełe szklistem wykazały to, co wykazali manometrami Adamueck, Bellarminow, Hamburger i inni, to jest, że nie ma różnicy żadnej między napięciem przedniego a tylnego odcinka gałki.

Nie zmienia się również napięcie gałki po 25 roku życia; twierdzenie bowiem utrzymywało się, że oko w miarę dochodzenia do późnego wieku twardnieje, jak ścięgna. Tymczasem badania przemawiają przeciw temu; owszem ucisk śródoczny rośnie od urodzenia aż do dojrzałości i potem się nie zmienia. Nie jest zatem zależny od wieku.

Chociaż jest niższem od parcia krwi w naczyniach włosowatych, to mimo to napięcie śródgałkowe stoi w pewnym stosunku zależności do parcia naczyń. Podwiązanie carotis sprawia znaczne obniżenie parcia śródgałkowego po tejże samej stronie; po stronie przeciwej napięcie gałki się po tym zabiegu nie zmienia. Podrażnienie nervi pneumogastrici, przecięcie rdzenia przedłużonego obniżają parcie w carotis, i równocześnie można stwierdzić obniżenie napięcia gałki. Ten sam skutek wywołują toksyczne dawki opium, chininy, digitaliny i t. p.; również po śmierci ucisk śródoczny opada, ale do zera dochodzi dopiero po kilku godzinach po śmierci. Podwiązanie aortae descendentis, podrażnienie rdzenia przedłużonego, drażnienie nerwów czuciowych podnosi parcie naczyń i podnosi napięcie gałki. W ten sam sposób wpływ wywiera na oko podwiązanie i v. vorticosae, szczególnież to ostatnie w wysokim stopniu. Oddechy nie są bez wpływu, tętno również: szczególnież przy otwartej komórce przedniej da się to stwierdzić (Weber, Leber, Adamueck, Hippel).

Wszystkie te wahania potwierdza sklerometrya Nicatego tak na człowieku, jak i u zwierząt.

Napięcie śródgalkowe należy uważać za barometr parcia śródnaczyniowego naczyń włosowatych, a że u dużych zwierząt parcie w naczyniach jest większe, niż u małych, zatem zrozumiałem jest, że i napięcie w pierwszym przypadku jest wyższe, niż w drugim. Ponieważ parcie wśródnaczyniowe zwiększa się przy wzroście parcia atmosfery, więc i oko więcej jest napięte. Stwierdził to N. u ludzi, pracujących w dzwonach nurkowych w porcie Marsylii. To też N. nie waha się powiedzieć, że parcie oka jest miarą parcia naczyń włosowatych i jest proporcjonalne do parcia w tętnicach, dalej zauważyć można wyraźny stosunek między parciem śródocznem a objętością ciała osobnika badanego, przyczem także znaczny wpływ na oscylację parcia śródgalkowego wywiera ciśnienie atmosferyczne. Że zaś nie widać w środku gałki w warunkach prawidłowych tętna, to polega tylko na kompensacyjnych zmianach ścian oka; że ściany gałki mogą się kontrahować, dowód w tem, iż po wyjęciu gałki oko twardnieje, oraz, że twardnieje wskutek faradyzacji oko wyjęte; jest zatem wyraźnie kurczliwe; a mięśnia *constrictor bulbi* należy szukać w naczyniówce; czynność mięśnia tego jest czysto odruchowa. Nerwy III, IV i VI para nie wpływają wcale na T., bo nie znaleziono nigdy zmian napięcia przy kompletnem porażeniu mięśni zewnętrznych oka — jak również i atropina, porażając mięśnie wewnętrzne oka, parcia śródgalkowego nie zmienia. Drażnienie nerwu trójdzielnego podnosi parcie śródgalkowe — ale przez podnośzenie parcia w naczyniach; przecięcie tegoż nerwu daje wprawdzie krótkotrwałe podniesienie się T., ale za to następuje potem hypotonia.

Narkoza chloroformowa, znosząc funkcję nerwów czulnych, znosi tym sposobem ewentualny wpływ na parcie śródnaczyniowe, a tem samym nie zmienia nic a nic parcia śródgalkowego.

Przecięcie n. sympatici wywołuje szybkie podniesienie się T., ale w późniejszym okresie oko mięknie, co polega na stałym obniżeniu parcia śródnaczyniowego przez porażenie naczyń. Bez skutku są wyniki drażnienia gangl. ciliar. (Housen, Voelkers, Adamueck).

Zatem jedynie w oku samem znaleźć można centrum regulacyjne parcia śródgalkowego. Mueller opisał cały szereg komórek nerwowych w naczyniówce jako plexus chorioid. superficialis i profundus, który to plexus Nicati pragnie nazwać *ganglion chorioidae Muellera*.

Włókna tych komórek nerwowych gubią się jużto w ścianach naczyń, jużto w włóknach mięsnych gładkich i one to są tem centrum nerwowem, które, podrażnione przez zmiany w parciu krwi, dają impuls do skurczów *constrictoris bulbi*. To też zapomocą sfi-

gmografu wykazać można, że temu parciu wśród naczyń odpowiada słaby ucisk śródgałkowy. Że zaś u ludzi z wadą serca i wysokiem parciem w tętnicach napięcie oka jest prawidłowe, to nie dziwnego, bo owo wysokie parcie tętnic dużych jest tylko objawem kompensacyi, li tylko, by w naczyniach włosowatych utrzymać napięcie prawidłowe, a tem samem i w oku. To też spadek nagły t. w tych razach idzie w parze z objawami inkompensaty serca.

Wszystkie stany, gdzie parcie śródgałkowe i parcie krwi są w oku w niestosunku, są patologiczne i one to są ową hyper- lub hypotonią, dla których N. Chee nazwy: »spasmus, insufficientia i paralysis chlorioidae«.

Że »spasmus« spotykamy się czasem po operacyi katarakty, podczas operacyi wypada ciało szkliste w cięższych razach, lub występuje ból w oku, podobny do kolki wątrobowej w lżejszych.

Pod nazwą »accès glaucomateux spasmodique« znany jest cały szereg objawów napadu jaskry; a jego podstawowym objawem jest twardość zwiększona oka, podczas gdy oko drugie często okazuje napięcie niskie, zatem całe to cierpienie nie polega na twardości gałki, ale na niestosunku równowagi między uciskiem śródgałkowym a parciem naczyń włosowatych. »I miękkie oko może być jaskrowem, jeśli parcie we włóściach jest małe«. Twardość oka nie jest ilością określoną, bezwzględną, ale względną (ze względu na parcie w naczyniach). Konstatowano różnicę między napięciem w komórce przedniej i w ciele szklistem na korzyść tegoż, co tłumaczy wypadnięcie soczewki i tęczówki ku przodowi. Ból w jaskrze jest podobny do różnych kolek (wątroby, nerki), zatem podobny do bólu, występującego przy skurczu mięśni gładkich, i jest istotną kolką naczyńiówki. Tak jak akomodacyi towarzyszy skurcz źrenicy, tak rozszerzenie tejże idzie w parze ze skurczem naczyńiówki. Ta mydriaza, rozkurcz oftalmotoniczny jest objawem, spotrzegany w każdym silnym bólu, zatrzymaniu oddychania, spraw których następstwem jest zwiększenie parcia tętnic, a tem samem i parcia w gałce ocznej. Gdy oko twarde bez objawów innych, to mamy do czynienia z glaucoma simplex; to polega na braku odruchu naczyńiówkowego, na niedomodze tejże. Do tej samej przyczyny odnosi N. glaucoma haemorrhagicum jako wyższy stopień niedomogi naczyńiówki, zaś najwyższy stopień niedomogi ma wywoływać wysięki surowicze podsiatkówkowe i oderwanie siatkówki.

Wreszcie miękkość gałki zupełna jako następstwo zejścia jaskry i oderwanie siatkówki (phthisis) jest następstwem zupełnego porażenia naczyńiówki. Tożsamo tamże odnieść należy powolne

dystrofie po choroiditis lub uveitis. Miętkość oka jest złym znakiem, bo wskazuje na duże zmiany w naczyniówce. —

(Praca duża, której szczegóły nie dadzą się dobrze streścić. Ref.)  
*Dr Brudzewski.*

*Jeszcze o rozkworach oliwnych* (Encore les collyres huileux).  
Serini (Archiv d'Ophthalmologie. Luty. 1900).

Nie jest tak dalece pracą oryginalną, ale raczej drobną polemiką z Valude, wobec którego S. stara się dowieść, że rozczyzny oliwne myotyków i mydryatyków są lepszo, niż wodne, szczególnie, że colyrium oliwne czeryny mniej drażni, niż wodne, i powoduje się na większą publikację, wydaną o tym przedmiocie przed rokiem.

*Dr Brudzewski.*

*O możliwości oglądania zapomocą wzornika okolicy ora serrata i wyrostków rzęskowych* (Ueber die ophthalmoskopische Sichtbarkeit der Ora serrata und der Processus ciliares).  
Dr M. Reimar z Brunświku (Archiv f. Augenheilkunde. 1900. T. XL. Z. 1).

Według badań Groenouwa widzialność obwodowych części dna oka nie zależy bynajmniej od krzywizny rogówki, a przednia granica dostrzegalnego wzornikiem obwodu siatkówki posuwa się tem dalej, im soczewka leży bliżej rogówki, czyli im płytszą jest przednia komora. Przy braku soczewki rozległość wzornikowego pola widzenia zależy jedynie i to, rozumie się, w prostym stosunku od wielkości źrenicy. Jeżeli łączówki nie ma zupełnie (*tauridia*) lub na pewnej przestrzeni dobrzeźnie jest wyciętą, wtedy można wzornikiem dotrzeć bardzo obwodowo. Autorowi udało się w kilku podobnych przypadkach dostrzedz *ora serrata*, a nawet wyrostki rzęskowe. Dodaje też do swej pracy kolorową tablicę, która przedstawia obraz tych niedostępnych zazwyczaj dla wzornika okolic dna oka. Naczyniówka w tych miejscach bywa bledszą, bo uboższą jest tu i w naczynia i w barwik. Naczynia jej układają się w równoległe wiązki, przebiegające w kierunku południków. Ora serrata przedstawia się jako ciemny, a wąski pas barwikowy, którego przednia granica ma kształt szeregu arkad regularnych, wypukłością ku tyłowi zwróconych, a porozdzielanych ciemnymi, barwikowemi wypustkami. Srebrzysto-szary połysk, tej okolicy właściwy, przypisuje autor począłkom więzadełka Zinna. Od *ora serrata* jeszcze bardziej obwodowo widzimy blado-różową naczyniówkę z promienisto w południkowym kierunku rozciągniętymi naczyniami. Jeszcze dalej, już niejako u stóp ciała rzęskowego spotykamy się z nowym wieńcem barwikowym. Nareszcie ukazują się same wyrostki rzęskowe, które w podobnych przypadkach daleko łatwiej jest oglądać w świe-

tle przepuszczonem jako czarne sylwetki na tle czerwonego dna oka. W świetle odbitem przedstawiały się one autorowi jako duże wyniosłości, dające bardzo znaczne paralaktyczne wychylenia i okazywały jasno-czerwoną barwę ze stalowo-szarym połyskiem. —

Tak obwodowo położone części udawało się Drowi Reimarrowi oglądać w obrazie odwrotnym tylko w oczach, pozbawionych soczewki, a zatem najczęściej po operacyi zaćmy, połączonej z możliwie dobrzezną irydektomią. Nakoniec zwraca autor uwagę na okoliczność, że, jeżeli w zwyczajnych warunkach zaledwie do *ora serrata* dosięgnąć możemy, to i przedmioty światła zewnętrznego na bardziej obwodowych częściach dna oka także dyoptrycznych obrazków wytwarzać nie mogą, co byłoby zresztą zupełnie zbytecznem, bo *ora serrata* stanowi obwodową granicę, poza którą nie ma już wrażliwych na światło pierwocin siatkówki. —

Dr K. W. Majewski.

*Iridochoiritidis insidiosa: etyologia, rozpoznanie i leczenie* (Iridochoiritide insidieuse; étiologie, diagnostic et traitement). Prof. Dr Panas (Semaine Médicale, 1900, 13).

Za treść jednego z wykładów swoich w klinice okulistycznej w *Hôtel Dieu* obrał prof. Panas sprawę etyologii, rozpoznania i leczenia zapalenia przewlekłego jagodówki, któremu nadaje nazwę „*choroidite insidieuse*“. Zwraca on uwagę na przypadki, w których chorzy zgłaszają się do nas z zarośniętą już częstokroć źrenicą, a, wypytani, nie mogą przypomnieć sobie, żeby kiedykolwiek doznawali bólów, łzawienia, światłowstrętu i innych objawów zapalnych, lub nawet, żeby zauważyli choć raz jeden zaczerwienie oka. Jedyna rzecz, na którą się skarżą, to stopniowe pogarszanie się wzroku. Hutchinson nazywa takie zapalenie „*quiet iritis*“ (*iritis tranquilla*).

Prof. Panas opisuje trzy przypadki, które w ostatnich czasach spostrzegął, a w których za niewątpliwe tło cierpienia uważa gruźlicę, a raczej „gruźlicze usposobienie“. Wszelkie inne skazy ogólne zdołał w przypadkach tych wykluczyć, a wywiady wykazywały natomiast obciążenie dziedziczne w kierunku gruźlicy. U samych jednak chorych w mowie będących wyraźnych objawów gruźliczych nie było, za usposobieniem zaś gruźliczem przemawiały prócz obciążenia dziedzicznego jedynie niedokrewność i wejście skrofuliczne. Prof. Panas wyraża przekonanie, że w wielu podobnych przypadkach, gdzie napróżno szukano objawów wrodzonej lub nabytej kiły, rzeczywiste tło choroby stanowiła gruźlica i tego rodzaju schorzenia analogicznie do parasyfilitycznych objawów Fourniera zalicza do gromady schorzeń paratuberkulicznych. —

Jako leczenie poleca pobyt w górach lub u morza, zimne

wycierania, mięsienie całego ciała i obfite pożywienie, zwłaszcza dużo mleka. Ze środków leczniczych poleca szczególnie jodoform, który podaje na wewnątrz w proszku stosownie do wieku po 0,15 do 0,30 gr. na dawkę, dwa proszki dziennie. Dla usunięcia nieprzyjemnej woni mięsza jodoform w proszkiem kawy. Prócz tego zachwala codziennie zastrzykiwania miąższowe dwujodku rtęci w małych ilościach (po 4 mlgr.). Co do miejscowego leczenia, przeprowadza je Panas wedle ogólnie przyjętych zasad, a zatem stosuje głównie mydralica i ciepłe okłady. — *Dr K. W. Majewski.*

*Syndrom Benedikta* (Le syndrome de Benedikt). Prof. Dr Gilles de la Tourette i Dr Jan Charcot. (Semaine Médicale, 1900, Nr 16).

W obszerniej tej pracy omawiają autorowie pewną postać ogniskowego porażenia mózgowego, na którą zwrócił po raz pierwszy uwagę prof. Maturcy Benedikt z Wiednia w r. 1889, opierając się na trzech spostrzeżeniach klinicznych, z których w jednym przyszło do oględzin pośmiertnych. W ogólnych zarysach postać ta przedstawia się jako porażenie nerwu okoruchowego, połączone ze skrzyżowanym porażeniem przeciwnej połowy ciała i z drżeniem części porażonych. W jednym z przypadków Benedikta przyszło z początku do porażenia nerwu okoruchowego po stronie prawej z równoczesnym porażeniem lewej połowy ciała i wybitnymi ruchami drgawkowymi lewego porażonego ramienia. Po pewnym zaś czasie porażenie uzupełniło się w ten sposób, że wystąpiła *ptosis* i zez rozbieżny na oku lewym, a równocześnie powstał niedowład prawej połowy ciała. Spostrzeżenie to liczy Benedikt dlatego nie bez słuszności za dwa spostrzeżenia. W innym przypadku Benedikta przyszło do sekcji, która wykazała ognisko gruzlicze wielkości gołębiego jaja, zajmujące dolną powierzchnię prawego *pedunculus cerebri* i niszczące tuż okok położony wspólny pień prawego nerwu okoruchowego. — W r. 1893 prof. Charcot w jednym ze swych wykładów, przedstawiając uczniom swym chorego, okazującego wyżej opisany zbiór objawów, nazwał tę postać porażenia syndromem Benedikta, który od znanego już dawniej i o wiele częściej zdarzającego się syndromu Webera różni się tylko drżeniem części porażonych. Autorowie omawianej pracy dodają do trzech spostrzeżeń Benedikta i jednego spostrzeżenia Charcota dwa własne bardzo szczegółowo badane przypadki i ze względu, że w dostępnej im literaturze więcej podobnych opisów nie znaleźli, podnoszą rzadkość tej odmiany porażenia. Pierwsze z ich spostrzeżeń odnosi się do 39letniego Murzyna z Martyniki, dotkniętego od lat 16 prawostronnem porażeniem połowiczem, połączonym z ruchami ateto-

tycznymi w zakresie porażonych części. Lewe oko chorego okazuje zupełne porażenie wszystkich mięśni, które zaopatruje nerw okoruchowy, nie wyłączając zwieracza źrenicy i mięśnia rzęskowego. — Drugi przypadek odnosi się do 20letniego dziewczęcia, jest również wybitny i typowy, a różni się od poprzedniego tylko odwrotnym rozkładem porażenia. U chorej tej porażenie wystąpiło w 9 miesiącu życia. —

Jakkolwiek w przypadkach swych autorowie nie mieli sposobności dokonać pośmiertnego rozbioru zwłok, to jednak z całą stanowczością umiejscawiają ogniskową zmianę w mózgu w jednym z *pedunculi cerebri*, czemu przypisują połowicze, skrzyżowane porażenie i mimowolne ruchy drgawkowe, — a bliskim sąsiedztwem pnia nerwu okoruchowego tłumaczą wystąpienie porażennych objawów na oku tej samej strony. Samo się przez się rozumie, że syndrom Benedikta wystąpi w każdym przypadku tak umiejscowionej ogniskowej zmiany, bez względu na to, czy to będzie kilak, czy ognisko gruźlicze, nowotwór złośliwy, czy krwotok. Od natury ogniska zależy jedynie przebieg cierpienia, a tem samem rokowanie i leczenie. —

*Dr. K. W. Majewski.*

*Operacja wrodzonego opadnięcia powieki, podana przez Motais (Traitement du ptosis congénital par le procédé de Motais). Prof. Dr Dianoux (Annales d'Oculistique, 1900, III).*

Prof. Dianoux opisuje w pracy tej przypadek, w którym zastosował z powodzeniem sposób operacji, podany przez Motais. Jest on zdania, że mięsień czołowy niezbyt się nadaje do roli zastępczej przy wrodzonym braku lub niedowładzie mięśnia unoszącego górną powiekę. Motais podał operację, zapomocą której czynność unoszenia górnej powieki powierzamy mięśniowi prostemu górnemu. W przypadku swym, odnoszącym się do 23letniej służącej, dotkniętej obustronnem wrodzonym opadnięciem powieki górnej, wykonał prof. Dianoux operację w sposób następujący: W narkozie chloroformowej przeciął skórę powieki górnej na płycie Jaegera równolegle do brzoju i wyciął kawałek mięśnia obręczkowego, ażeby obnażyć chrząstkę. Następnie zrobił w chrząstce otwór poziomy postaci wrzecionowatej. Po założeniu rozwórki, odstąpił w zwyczajny sposób mięsień prosty górny i podłożywszy pod ścięgno jego hak tenotomijny, przeciął to ścięgno częściowo, poczem zapomocą dwóch cięć podłużnych wykroił z brzusca mięśnia języczek wąski a długi i przez jego koniec przewiół nitkę, uzbrojoną w igielki na obydwu końcach. Zapomocą nitki tej przeciągnął języczek mięsny przez otwór, zrobiony w górnym załamku spojówki, jakoteż przez otwór, wycięty w chrząstce, poczem, prowadząc obie

igły po kolei między chrząstką a mięśniem obrączkowym, wykłuł je tuż ponad dolnym brzegiem powieki górnej i związał nitki na wateczku z waty. Jakkolwiek na jednym oku przyszło z przyczynu ubocznych do powstania wrzodu rogówkowego, który spowodował znaczne upośledzenie wzroku, to jednak okoliczność ta w niczem nie uwłacza dobroci metody, bo wynik kosmetyczny, jakoteż czynnościowy nie tylko bezpośrednio po operacji był zadawalniający, ale jeszcze po upływie pół roku bynajmniej się nie zmniejszył. Autor zachęca bardzo do używania tego sposobu i zapewnia, że osłabienie mięśnia górnego prostego nie przyczyni się do upośledzenia ruchomości gałki ku górze (czego tem bardziej możnaby się obawiać ze względu, że przy wrodzonym opadnięciu górnej powieki bardzo często nie tylko *levator palpebrae superioris*, ale i właśnie *musculus reclus superior* bywa niedowładnym; przyp. ref.). Dla oznaczenia stopnia ptosis i ocenienia wydatności zabiegu operacyjnego poleca autor wraz z Drem Mittry użycie perimetru, mianowicie oznaczenie w stopniach położenia najwyższego punktu, jaki chory widzieć jeszcze może na pionowo ustawionym łuku przyrządu. W przypadku swym znalazł on przed operacją punkt ten 3—4<sup>o</sup> poniżej 0, po operacji zaś 35 do 40<sup>o</sup> powyżej zera. —

Dr K. W. Majewski.

*O sztucznych plamach rogówki.* Dr K. Zujew (Wojsnomedicynskij Żurnał, zeszyt styczniowy, 1900).

W pismach lekarskich polskich już niejednokrotnie potrącono tę sprawę, ja sam pisałem w „Gaz. Lek.” (1881 r. Nr 7) o uszkodzeniach prawego oka u popisowych, a na zjeździe lekarzy w Pradze (1882 r.) czytałem rozprawę o uszkodzeniu prawej rogówki pijawkami u starozakonnych, stających do popisu (p. Pam. Tow. lek. warsz. 111, 1882). W literaturze wojskowo-oftalm. rosyjskiej sprawa uszkodzeń prawej rogówki jest na porządku dziennym. — Praktykują je *larga manu* starozakonni, i to prawie tylko na prawej rogówce, ponieważ prawe oko głównie zwalnia od służby. Obszerną rozprawę temu przedmiotowi poświęcił Dr Z., który niemało spostrzegł sztucznych plam u Izraelitów popisowych w Mitawie i w Mińsku litewskim. Nie robią plam czarnych, bo trudno je zauważyć, nie zabarwiają też czerwoną ani błękitnie, bo jasne dowodziłyby naśladowania; robią plamy ciemno-brunatnymi zapomocą ugru, którym nie robią tatuażu, lecz go wstrzykują zapomocą sikawki Pravaz'a w niższą rogówki, poczynając od jej obwodu, jak to udowadnia rycina, na której do limbus conj. do okolicy żrenicznej widzialny był żółty kanał. Plamy te niezawsze bywają pojedyncze, czasami bywa ich po kilka, jak to Dr Z. odrysował na figurze 3. Sztuczne plamy rogówki nie tylko naśladowane bywają u popiso-



wych ze zdrowieni oczami, lecz nawet przy nieprawidłowościach refrakcyjnych, żeby powiększyć obniżenie bystrości wzroku. Swoje wyniki autor popiera kilkoma badaniami popisowych w ocznych oddziałach szpitala. Opierając się na twierdzeniu Froelich'a, autor wspomina, że szluzne barwienie rogówek u popisowych praktykowanem bywa nie tylko w Rosyi i Królestwie Polskiem, ale także w Galicyi, szczególnie w okręgach zaleszczyckim i czortkowskim.

*Dr J. T.*

### III. LECZNICTWO.

16. Podspojówkowe zastrzykiwania oliwnych rozczyńców dwujodku rtęci poleca Rollet przy zakaźnych zapaleniach tęczówki i rogówki. Zastrzykuje on rozczyzn 4:1000  $\frac{1}{4}$  sikawki Pravaza, a zatem 1 mm. rtęci. (Lyon med. 5 fevrier. 1899).

17. Dyonina w okulistyce. Na podstawie 200 przypadków podaje A. Graefe z Berlina wyniki swych doświadczeń, zrobionych z tym środkiem jako lymfagogen. Środek ten, indywidualnie przedźnij lub wolniej działający, sprowadza wogóle siły zastój żywy w postaci zaczerwienienia spojówki i nabrzmienia, które po kilku minutach ustępuje, gdy w innych razach wzmagą się do tego stopnia, że powiek utworzyć nie podobna. Chemosis trwa pół godziny, ale czasem aż do 24 godzin, łatwo natomiast następuje przyzwyczajenie. W wielu razach występowało długo trwające kichanie. Środek ten bywał zastosowywany już to jako proszek, już też w rozczyznach 10—20%. Wyniki swe zestawia G. w następującem orzeczeniu.

Dyonina korzystnie działa w następujących zachorzeniach:

1. W starych zapaleniach rogówkowych z wykluczeniem jaglicowego.
  2. W przewlekłych lub suchych nieżytach spojówkowych.
  3. W zapaleniach tęczówki i tęczówko-rzęskowych.
  4. W zaćmieniach ciała szklistego.
  5. Może i przy zapaleniach naczyńkowo-siatkóvkowych.
- (Deutsche med. Wochenschrift. 1900. Nr 12).

18. Sapodermin. Pod tą nazwą wyrabia fabryka chemiczna rad. Pfersee (pod Augsburgiemi) mydło, zawierające 2% rtęci. Mydło to, według doświadczeń Dra Sacka, ma być znakomitym środkiem przeciw rozmaitym sprawom zapalnym skóry pochodzenia bakteryjnego lub pleśniowego (Acne, impetigo coccogenes, sycosis barbae, furunculosis, trichophytis, eczema mycoticum). Najlepiej mydło to skutkowało, gdy gęstemi burzowinami miejsca chore pokryto. Po zeschnięciu mydło tworzyło błonę ochronną, leczącą. Znakomicie usuwać ma mydło to wszelkie zajęcia skóry syfilityczne. (Therap. Monatsschrift. 1900. Nr 3).

19. Nerwicę nadoczodołową leczy Peters, podając sporysz z chininą, w następującej postaci:

Rp. Secalis cornuti 1.0, Chinini muriat. 2.0, ferri sulf. 5.0, Extr. Gent. q. s. ut f. pil. N. 100 DS. 3 razy dziennie po 2 pigulki. — (Deutsche Praxis. 1900. Nr 8).

20. Anticeltyna, połączenie rtęci z mocznikiem. Doświadczenia tym środkiem robił Morgano do podspojówkowych zastrzykiwań przy rozmaitych sprawach zakaźnych gałki ocznej, tam, gdzie był wskazany sublimat. Pół sikawki rozczyntu 1:1000 u królika nie wywołało żadnych zapalnych objawów. U człowieka rozczynt pół tak silny, zastrzyknięty w ilości pół sikawki, dobrze działał.

Połączenie to ma przed sublimatem te posiadać zalety, że nie wywołuje bólu ani zapalenia i że nie pozostawia w tkance żadnego chemicznego lub mechanicznego podrażnienia. Doświadczenia atoli autora nie są dość liczne, by można dziś już jakiegokolwiek wysnuwać z nich wnioski. — (Rassegna internazionale della Medicina Moderna. 1900, a także The ophthal. Review. London. May. 1900). IV.

#### IV. ROZMAIŃOŚCI.

##### *Srebrzyca spojówki, wywołana protargolem.*

Dr Pergens z Brukseli zamieszcza w »Klin. Monatsblatter f. Augenheilk.« (kwiecień 1900) krótką wzmiankę o całym szeregu przypadków, w których spostrzegał wybitną srebrzycę spojówki po dłuższem stosowaniu słabych (2%) rozczyntów protargolu. Za przyczynę tego ujemnego działania cennego zresztą środka uważa on tę okoliczność, że protargol nie wywołuje żadnego silniejszego odczynu ze strony spojówki. Chory, nie doznając po zapuszczeniu protargolu żadnych dolegliwości, uważa lek ten za zupełnie niewinną wodę oczną i nadużywa jej niejednokrotnie, wymywając nią sobie oczy zupełnie tak, jak wodą borową. Ten brak zadrażnienia, zdaniem Dra Pergensa, sprawia, że protargol łatwiej wywołuje srebrzycę niż azotan srebrowy w równych ilościach i równie często do oka wkraplany, ten ostatni bowiem, wywołując silne łzawienie, ulega przez to samo natychmiastowemu rozcieńczeniu, a równocześnie chemicznemu zobojętnieniu działaniem soli, we łzach zawartej. — Wreszcie azotan srebrowy, strącając białko, sam sobie zagradza drogę do głębszych warstw spojówki. Dla protargolu wszystkie te czynniki nie istnieją i dlatego to on, zdaniem Dra Pergensa, tak łatwo czerni spojówkę. — K. W. M.

*Błona śluzowa pochwy jako materiał do pokrycia braków spojówki.*

Dr Gallemacertś podaje opis przypadku całkowitego przyrośnięcia powiek do gałki, gdzie po oddzieleniu powiek udało mu się przeszczepić celem wytworzenia załamek błonę śluzową pochwy, wziętą od pewnej, równocześnie operowanej kobiety, gdyż jego chory był mężczyzną. Błony śluzowej pochwy dostarczył mu kolega ginekolog, który u owej kobiety wykonał był kolporafię. Ponieważ błona śluzowa była za grubą, ażeby mogła być wprost użyta, przeto zcięto z niej warstwę powierzchowną na podobieństwo płatków Thierscha i włożono je tymczasowo do letniego fizyologicznego roztworu soli. Po ułożeniu kawałków we właściwym miejscu, przszyto je do rąbka spojówki, jaka pozostała jeszcze dookoła rogówki, do brzegu powiek i w załamek. Tak utworzono z jednego płatka górny, a z innego dolny załamek. Przeszczepiona błona śluzowa przyjęła się zupełnie dobrze i chory mógł następnie nosić na osłepłej gałce oko sztuczne. (Według »Annales d'Oculistique«, 1900, IV).

Przy sposobności możemy nadmienić, że Dr Kozłowski w Kijowie do plastyki powiekowej, gdy chodzi o pokrycie ubytku w skórze, używa oddawna z dobrym skutkiem skóry napletka (*praeputium*). (Przyp. ref.)

K. W. M.

**Wpływ widzenia jednoocznego na malarstwo.** Dr Fenoalte wykazał różnicę, objawiającą się pomiędzy rysunkami, które wykonał artysta najprzód mając otwarte oba oczy, a potem przy zamkniętym jednym oku. Z porównania tego wnioskuje F. to, co już dawniej wykazywano, a mianowicie, że widzenie jednooczne, zwłaszcza u osobników, które jedno oko straciły w wieku już dojrzałym, wywołuje błędy w ocenianiu odległości przy rysunkach z natury i niedokładności w oddaniu półwypukłości. Oczywiście usterki te mogą zniknąć u malarzy na jedno oko ślepych po dłuższej artystycznej karyerze, jak to n. p. miało miejsce u d'Asaro i Guercino.

(Archivo di Ottalmologia anno V. vol. 5 fasc. 7).

**Zącny przyjądrowe** są następstwem wyłącznie krzywicy (*rachitis*) według statystycznych badań Dra Baehra z kliniki Hirschberga w Berlinie. Na 153 przypadki bowiem zącny warstwowej stwierdzono znamiona krzywizny w 88, t. j. 75% przypadków, a mianowicie: 1. zmiany zębów 54, 4%, 2. kurcze w 40, 4%, 3. ogólną krzywicę w 36%. Ujemny wynik pod względem 1. i 2. był tylko w 14 6%, względnie 6,7%.

(D. Med. Wochenschrift. Nr 9. 1900).

Année Ophthalmologique 1898—1900. Pod tym tytułem począł wydawać Dr Lepinco z Bourges szczegółowy, w system ujęty przegląd całej literatury okulistycznej, jaka się w poszczególnych latach ukazała. Na razie daje taki przegląd literatury za ubiegłe dwa lata. Jest to więc naśladownictwo sprawozdań Nagla, bardzo cenne dla tych, którzy szybko chcą się rozpatrzeć w pojawach odpowiednich działów okulistycznych.

Wydawnictwo to wychodzi u znanej firmy A. Maloine w Paryżu. W.

### Sprawozdanie kuratorji carowej Maryi Aleksandrówny o ślepych za r. 1898.

Ruchomych okulistycznych oddziałów w ciągu roku urządzono w Rosyi 36, a stałych oftalmicznych punktów i lecznic, utrzymywanych z zasiłków kuratorji, było 63. Własnych ocznych szpitali kuratorja posiada obecnie 10, w 6 szpitalach innych dekastoryi utrzymuje własne łóżka, a pozostałych 47 stałych ocznych punktów urządzonych jest przy ziemskich i wiejskich szpitalach.

Ruchome oddziały udzioliły porady 50,222 chorym, wykonano 17,092 operacyi. W stałych lecznicach i ambulatoriach przyjęto 40,835 chorych i wykonano 7,327 operacyi (wyd. zaćm 872, irydektomii 561).

Dr J. T.

### Sekcyja okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

W dalszym ciągu zgłoszono:

8—10. Dr Kazimierz Noiszowski: *a)* Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę, jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłej (z przedstawieniem sposobu operowania). *b)* O patologii jaglicy. *c)* Przedstawienie asymetrycznej oprawy dla okularów.

11. Dr Józef Talko (Lublin): *Meningokele orbitalis.*

12. Dr Bałłaban (Lwów): „Bardzo rzadka postać przyblonkowego torbiela spojówki gałki ocznej z okazaniem preparatów drobnowidowych, fotogramów i obrazów świetlnych zapomocą skioptikonu“.

Dodajemy, że temat do obrad, wybrany przez Dra Bednarskiego, brzmi: *Siderosis bulbi.* Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, z okazaniem preparatów reakcyi mikrochemicznej na żelazo.

Zgłoszenia dalsze przyjmuje Zarząd sekcyi okulistycznej Zjazdu.

sekretarz  
Dr K. W. Majewski.

przewodniczący  
Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz.

XIII. międzynarodowy zjazd lekarzy w Paryżu. (Od 2 do 9 sierpnia 1900).

Sekcja okulistyczna:

1. Skład wydziału sekcji:

Prezes: Panas (Paryż).

Wiceprezes: Javal (Paryż), Gayet (Lyon).

Sekretarz główny: Parent (avenue de l'Opéra 26. Paryż).

Sekretarze zastępcy: Chevallereau (Paryż), Rochon-Duvigneaud (Paryż).

Członkowie: Abadie (Paryż), Badal (Bordeaux), Bruch (Algier), Chibret (Clermont), Dor (Lyon), Hocquard (Besançon), Jocqs (Paryż), Lagrange (Bordeaux), Landolt (Paryż), De Laperonne (Lille), Meyer (Paryż), Romer (Nancy), Terson (Paryż), Trousseau (Paryż), True (Montpellier).

2. Tematy referatów:

- a) Neuritides n. optici pochodzenia zakaźnego i toksycznego. Sprawozdawcy: Nuel (Liège), Uhthoff (Wrocław).
- b) Ośrodek korowy wzroku. Sprawozdawcy: Bernheimer (Wiedeń), Angelucci (Palermo), Henschen (Upsala).
- c) Wartość enukleacji w porównaniu z operacjami, podaniem celem jej zastąpienia. Sprawozdawcy: Snellen (Utrecht), Swanzy (Dublin), De Schweinitz (Filadelfia), Pflüger (Berno).
- d) Obecny stan naszych wiadomości o mechanizmie akomodacji. Sprawozdawca: Hess (Marburg).
- e) Reforma zapisywania (wyrażania) bystrości wzroku. Sprawozdawca: Javal (Paryż).
- f) Jaskra w oczach, operowanych na zaćmę. Sprawozdawca: B. Wieherkiewicz (Kraków).

Referaty te, wydrukowane *in extenso* w języku francuskim, zostaną zawczasu rozdzielone między kolegów, którzy się zgłoszą do udziału w zjeździe. Na posiedzeniach odczytane będą tylko krótkie ich streszczenia i ostateczne wnioski, poczem bezzwłocznie nastąpi dyskusya. — Kolegów, którzy mają zamiar wziąć udział w dyskusyi, uprasza się, aby już przed posiedzeniem ułożyli i napisali swe przemówienie, a na posiedzeniu takowe zechcieli odczytać, a to w celu nadania rozprawom jak największej jasności i zrozumiałości.

Jeśli który z kolegów zamierza za treść własnego odczytu obrać przedmiot, pozostający w związku z treścią któregośkolwiek z wyżej wymienionych referatów, to powinien rzecz swą wygłosić podczas odnośnej dyskusyi, gdyż zjazd nie może tych samych przedmiotów dwukrotnie poruszać.

3. Odczyty.

Uprasza się kolegów o jak najwcześniejsze nadsyłanie tytułów odczytów, które zamierzają na zjeździe wygłosić. Te odczyty, których

rękopis *in extenso* zostanie przysłany sekretarzowi seceki przed 1 lipca, będą miały przed innymi pierwszeństwo. Uprasza się przytem w razie, jeśli odczyt nie ma być wygłoszony po francusku, dołączyć do rękopisu krótkie jego streszczenie o ile możności w dwóch językach: niemieckim i francuskim, lub angielskim i francuskim.

Zo względu na przypuszczalnie wielką liczbę odczytów, należy starać się rzecz przedstawić wedle możności krótko i zwięźle.

4. Sekretarze seceki streszczać będą dokładnie dyskusye, które to streszczenia nazajutrz po każdym posiedzeniu ukażą się w „Dzienniku Zjazdu“.

5. Posiedzenia seceki okulistyecznej będą się odbywać w Hôtel Dieu (place du Parvis-Notre-Damo).

6. Koledzy, pragnący wziąć udział w zjeździe, mają zwrócić się do swego komitetu narodowego<sup>1)</sup>, załączając swą kartę wizytową i 25 fr., a rzeczą tego komitetu będzie załatwić potrzebne formalności i dostarczyć im karty udziałowej.

Za komitet seceki okulistyecznej:

Sekretarz  
*Dr Parent.*  
Avenue de l'Opéra, Paris.

---

## V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Eversbusch z Erlangi powołanny został, na miejsce Rothmunda, do Mnichowy.

Prof. L. Guaita z Sienny został dyrektorem kliniki okulistyecznej we Florencyi.

Doc. Dr Bernhoimer z Wiednia mianowany profesorem okulistyki w Insbruku.

Dr Deschamps otrzymał polecenie wykładania okulistyki w szkole lekarskiej w Grenoble.

Prof. Hess z Marburga powołany został na profesora okulistyki w Wyreburgu.

---

## VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

P. Sgrosso, docent okulistyki w Neapolu, zmarł w następstwie influenzy.

---

<sup>1)</sup> Komitetu narodowego polskiego w Krakowie przewodniczącym jest prof. Wicherkiewicz, sekretarzem Dr A. Kwaśnicki (Basztowa, 4), skarbnikiem Doc. Dr Kryński (Franciszkańska, 1).

## Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

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

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**  
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

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

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

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

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

**Redakcyja.**

---

### OGŁOSZENIA.

---

## Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

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

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

**BOLESŁAWA GŁADYCHA.**

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

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

---

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁĘBANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYTKA W WARSZAWIE, PROF. MACHKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Czerwiec

—\*— ROCZNIK DRUGI —\*—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

1. Ze szpitala ludowego w Woskresieńskiej Hucie (gub. ufimska).

### Nowy sposób leczenia gradówki (chalazion).

Podał

JÓZEF IDZIKOWSKI

Ta ngl pierwszy zwrócił uwagę na gruzlicze pochodzenie gradówki. Jakkolwiek dalsze badania na drodze bakteryologicznej nie były w stanie stwierdzić tego odkrycia, a Deyl, Boucheron i inni potrafili przeważnie z młodych gradówek wyhodować nie laseczники Koch'a, lecz koki z rodziny ropotwórczych, — to na drodze anatomo-patologicznej zdania mało się różnią co do charakteru tkanki tego nowotworu. Panuje, mianowicie, jednolitość w tem, że gradówka »nie jest torbielem w istotnem tego słowa znaczeniu« (Lagrange<sup>1</sup>), lecz »wytworem przewlekłego zapalenia swego rodzaju« (Fuchs<sup>2</sup>)

<sup>1</sup>) Felix Lagrange: Précis d'ophtalmologie. Paris, 1897.

<sup>2</sup>) Ernst Fuchs: Lehrbuch der Augenheilkunde. Fünfte vermehrte Auflage. 1895.



i posiada budowę, »ściśle odpowiadającą budowie gruzłka gruźliczego, z komórkami olbrzymimi i t. d.« (Parisotti<sup>1</sup>). Każdy zaś musi przyznać, że od takiej zgodności na gruncie anatomo-patologicznym już bardzo blisko do ostatecznego rozstrzygnięcia pytania, dotąd dostatecznie niewyjaśnionego, lecz też niewykluczonego ze sporu przez ujemne wyniki badań i dowodzenia Deutschmann'a, Weiss'a, Strzemińskiego<sup>2</sup>), Poroszyn'a) i in.: czy mamy do czynienia z gruźlicą, czy też z innym swoistem zapaleniem przewlekłym. Chodzi tylko o poważną liczbę klinicznych i doświadczalnych spostrzeżeń, szczególnie zaś o częstsze sprawdzanie badań przez szczepienie zawartości gradówki do komórki przedniej królika (Ginzburg<sup>3</sup>).

Ważne pod tym względem dane podał Towarzystwu oftalmologów francuskich wzmiankowany powyżej Parisotti) na posiedzeniu 1 maja 1893 r. Rzecz dotyczyła: 1. jego asystenta, który niejednokrotnie poddawany był operacji wyłuszczenia licznych gradówek, a w kilka miesięcy później zmarł na gruźlicę; 2. pewnego preparatora, u którego gradówki rozwinięły się po zakażeniu trupiem, a który pochodził z rodziny, uważanej za gruźliczą; 3. wreszcie 18 podobnych, choć mniej jaskrawych, spostrzeżeń.

Zanim jednak nagromadzenie danych rozjaśni sprawę ostatecznie, praktyka życiowa, mając na celu raczej usunięcie cierpienia, niż wyjaśnienie jego jako zjawiska, musi tymczasem opierać się na mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeniach. Przyjmując hipotezę o gruźliczem pochodzeniu gradówek, oparłem na niej sposób leczenia, który uzyskał tyle rozgłosu w terapii gruźlicy stawów, kości i t. p., gdzie również

<sup>1</sup>) Société française d'ophtalmologie. Onzième session t. à Paris du 1-er au 4 mai 1893. (Semaine méd. Nr. 28. 1893).

<sup>2</sup>) Ignacy Strzemiński: Przypadek pierwotnej gruźlicy skóry lewej powieki górnej i t. d. (Postęp Okulistyczny, luty, 1899).

Autor ten zresztą nie zaprzecza, że »w niektórych, rzadkich wypadkach chalazion przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych, także rzadkich, kily« (str. 55).

<sup>3</sup>) VII Zjazd lekarzy rosyjskich w Kazaniu (Wracz, Nr 21, 1899).

nieraz można postawić rozpoznanie tylko hypotetyczne i aż nadto często użalać się na niedokładność badań bakteriologicznych i doświadczalnych. Sposób ten polega na wstrzykiwaniu 10% roztworu jodoformu w eterze. Po obmyciu powieki i zaciśnięciu jej w szczypce Desmarres'a, przez grubszą igłę Pravaz'a staram się wydobyć choć cokolwiek płynu z gradówki, poczem, pozostawiając igłę na miejscu, wstrzykuję — zwykle pod dość wysokiem ciśnieniem — 1 lub 2 krople roztworu. Zabieg taki powtarzam co 3—4 dni.

Dotąd rozporządzając przeważnie materiałem szpitala ludowego, gdzie wypadki kosmetyczne (do takich niewątpliwie zaliczyć należy gradówkę) dostają się w znacznej mniejszości, zaledwie cztery razy miałem możność stosowania powyższego sposobu. Niemniej spieszę z opublikowaniem odnośnych wypadków, zachęcony niespodziewanie pomyślnym wynikiem i myślę o pożytku, jaki ten łatwy i dostępny sposób przynieść może w leczeniu chirurgicznym ludu, który, jak wiadomo, z całą ścisłością zwykł ważyć trudność zabiegu i dolegliwość cierpienia.

1. M. J., lat 26, żona oficera ze Sterlitanaka, zjawiła się do szpitala w 4 miesiące po zauważeniu wyniosłości na prawej górnej powiece, co z początku przyjęła za jęczmień (*hordeolum*). Chora żyje w ciągłej obawie o swe zdrowie i, pamiętając o tem, że jej matka, mając zaledwie 22 lata, zmarła na gruźlicę, co roku leczy się kumysem; zresztą z przeszłości swojej nie może przytoczyć żadnej poważniejszej dolegliwości, choć rzeczywiście nie wygląda na dostatecznie dobrze odżywianą i silną. Rodziła dwa razy — dwoje skrofulicznych dzieci, które zmarły na biegunkę letnią. Gradówka, siedząca prawie pośrodku powieki, wielkości grochu polnego, mieści się pod zupełnie zdrową, łatwo przesuwalną i odciganą skórą. J. operację odrzuca w obawie przed blizną. Wobec tego 7 i 11 lutego 1896 r. zastrzyknięto w woreczek gradówki po 2 krople jodoformu eterowego. Po pierwszym zastrzyknięciu wyniosłość nieco zwiększyła się wskutek obrzmienia powieki, po następnem zmalała do maleńkiego, jak główka szpilki, guzeczka, usadowionego na chrząstce, niewidzialnego dla oka. Zupełne zni-

knięcie owego guzeczka nastąpiło dopiero po 2 miesiącach. Zawartość gradówki była płynną.

2. A. B., lat 22, ze wsi Bieregówki, d. 4 marca 1898 r. została przyjętą do szpitala z powodu gruźliczego zapalenia okostnej szóstego żebra prawego w okolicy łopatki i powstałego stąd ropnia opadowego. Dziedziczność niewyjaśniona. Ciepłota ciała  $38^{\circ}$ — $38,4^{\circ}$ . W płucach ognisk zapalnych nie stwierdzono. Chora poprzednio żadnego poważniejszego cierpienia nie przechodziła. Czteromiesięczne dziecko, urodzone już podczas choroby, zdrowe i dobrze odżywione. Ropień utworzył się 5 miesięcy temu — w ostatnich tygodniach ciąży, — a jednocześnie prawie na prawej górnej powiece (pośrodku) zjawiała się wyniosłość, powstała, jak i ropień, bez jakiegokolwiek bólu. Po stwierdzeniu gradówki wielkości grochu cukrowego, zaproponowano chorej jednoczesne leczenie obu dolegliwości wstrzykiwaniem jodoformu eterowego. Gdy jednak ropień nie zmniejszał się nawet po 6 wstrzykiwaniach i usunięty być musiał dopiero na drodze operacyjnej (*resectio costae*), to gradówka znikła dla widza już po dwóch zabiegach, wykonanych 7 i 10 marca. Zawartość gradówki była płynną.

3. M. N., l. 31, włościanka z Wierchotorskiej Huty, posiadała gradówkę na zewnątrz od środka lewej powieki górnej, wielkości grochu polnego, istniejącą od 7 miesięcy. Kilka tygodni temu wyniosłość nieco zmniejszyła się, przyczem miało miejsce kilkodniowe zapalenie oka (widocznie nastąpiło przebiecie się gradówki przez spojówkę), lecz wkrótce zaczęła znowu nabrzmiwać. Dnia 11 stycznia 1900 r. gradówka doszła do wielkości grochu cukrowego; spojówka w odpowiednim miejscu była wypukłona i, jak zwykle, zaczerwieniona; otworu niepodobna było odszukać; skórę nad gradówką łatwo można było przesuwac. — Dopiero po czterech zastrzyknięciach — 12, 17, 21 i 24 stycznia — wyniosłość na powiece zniknęła. Przy pierwszym zabiegu chora uczuła silne palenie w oku, prawdopodobnie skutek przedostania się rozczyń eterowego przez otvorek w spojówce. Zawartość w gradówce była płynną.

4. E. A., l. 23, włościanka z Woskresieńskiej Huty, nosiła na prawej powiece gradówkę przez rok cały. 15 stycznia 1900 roku gradówka, nie większa od grochu polnego, nie wykazywała najmniejszej skłonności do przebicia się przez spojówkę lub skórę. Ambulatoryjnie, jak w 1 i 3 przypadku, zastrzyknięto 2 krople jodoformu eterowego, po bezowocnem usiłowaniu wydobywania choćby nieznacznej ilości płynu z gradówki, widocznie wskutek jego zgęszczenia. Ponieważ parcie tłoka musiało być dość znaczne, nastąpiło pęknięcie woreczka i wystąpienie eteru na zewnątrz, co wywołało silny, choć chwilowy, ból w powiece. 18 stycznia, zgodnie z umową, chora zjawiała się znowu, lecz, usłyszawszy z poczekalni krzyk usypanego chloroformem dziecka, zawróciła do domu. Dopiero 10 lutego t. r. spotkałem przypadkowo chorą i przekonałem się, że jedno zastrzyknięcie wystarczyło, by gradówkę zmniejszyć do maleńkiej, niewidzialnej dla oka, wyniosłości na chrząstce.

Wogóle należy zauważyć, że zabieg opisywany bólu nie wywoływał, jeżeli eter nie przedostawał się na zewnątrz woreczka gradówki (wypadki 3 i 4).

W żadnym z trzech przypadków, w których udało się wydobyć nieco płynu, laseczników Koch'a nie wykryto.

Uznając za słuszne, że 4 przypadki nie wystarczają jeszcze do wysnuwania całkiem pewnych wniosków, niemniej uważam za możliwe zwrócenie uwagi kolegów na ten łatwy sposób, nie pozostawiający blizny, nie dopuszczający (z opisywanych przypadków dwa przez długi czas spostrzegać mogłem) nawrotów, a przedewszystkiem jedynie możliwy i trafiający do przekonania chorego w praktyce ludowej.

2. Przyczynek do artykułu Dra J. Talki:

### Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych<sup>1)</sup>.

Podał

DR K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Otrzymałem do zbadania anatomicznego: 2 gałki oczne, 2 cząstki tkanki oczodołowej, 2 kawałki opony twardej mózgowej i cząstki wypociny z zatoki czołowej. Wszystkie te części były przechowane w 4% roztworze formaliny.

Badanie anatomiczne wykazało zmiany następujące: W spojówce gałki, której, przy wyjęciu gałki, dość znaczne zostawiono części, znalazłem bardzo znaczne przekrwienie naczyń, zwłaszcza żył, nadto bardzo obfite nacieczenie tkanki przez komórki okrągłe. Te same zmiany znalazłem również w tkance nadtwardówkowej, nadto nie tylko w przednich częściach gałki, lecz również dalej ku tyłowi. Co do rogówki, znalazłem tkankę jej tylko w lewym oku, właściwie tylko pas jej najbardziej obwodowy. W pasie tym, jakoteż w przyległym pasie twardówki, znalazłem nacieczenie przez komórki okrągłe, które mogłem wysledzić do samego przewodu Schlemma, wzdłuż naczyń, zespalających go z żyłami spojówkowymi. W nielicznych resztkach tęczówki, znalazłem, obok przekrwienia naczyń, bardzo znaczne nacieczenie drobnokomórkowe. Dokładniejsze zbadanie zmian, w tęczówce zaszlętych, jakoteż wogóle zawartości gałek, wysoce utrudniała okoliczność, że gałki otrzymałem już poprzednio rozcięte. Soczewek, jak widać z historii choroby, gałki już wcale nie zawierały, w lewym oku napotykałem jednak strzępki torebki, obok której znajdowały się niekiedy włókna soczewkowe.

Bardzo znaczne zmiany znalazłem w ciele rzęskowym. Było ono bardzo spęczniałe, na co składały się: przekrwienie naczyń i nacieczenie drobnokomórkowe, które wprost rozsuwało

---

<sup>1)</sup> Patrz »Postęp Okulistyczny« Nra 9 i 10 z r. 1900.

pęczki mięśnia zastosowawczego i posuwało się ku tyłowi za rąbek zębaty. Znaczne też zmiany znalazłem w obrębie części rzęskowej siatkówki. O ile w tylnej warstwie barwikowej tęczęwki żadnych zgoła zmian dostrzedz nie mogłem, o tyle w obrębie ciała rzęskowego pierwociny siatkówki uległy bardzo znacznym zmianom. Warstwa jej wewnętrzna była bardzo zgrubiała i stanowiły ją komórki postaci wrzecionowatej. W warstwie jagodówkowej, która również była zgrubiała, komórki ułożone były w długie wyrostki, skierowane do istoty ciała szklistego. W kierunku ku wierzchołkom wyrostków komórki traciły stopniowo barwik i wydłużały się, stając się raczej podobnymi do komórek warstwy wewnętrznej. Nowo powstałych naczyń obok wyrostków nie spostrzegałem. W ciele szklistem, nie tylko w okolicy wyrostków rzęskowych, lecz wszędzie, nawet w cienkich warstwach jego, zawartych w załamkach oderwanej siatkówki, znajdowałem bardzo liczne komórki okrągłe. W błonie nadnaczyniówkowej, w przedniej jej części, blaszki były bardzo od siebie odsunięte i obficie pokryte okrągłymi komórkami. Dalej ku tyłowi, w obrębie naczyniówki właściwej, zmiany znacznie mniejsze były, nawet naczynia mniej były przekrwione, natomiast w podścielisku liczba komórek niezabarwionych stanowczo była zwiększoną. Za życia oderwanie siatkówki nie było widocznem, nie spostrzeżono go również po rozcięciu gałki podczas obdukcji, prawdopodobnie wskutek opadnięcia gałki, na cięciach wszakże było ono zupełnie wyraźnem<sup>1)</sup>. Zresztą w siatkówce, prócz zmian w naczyniach krwionośnych, o których później powiem, innych zmian wybitnych nie było, tylko w częściach jej oderwanych brakowało pręcików i czopków. Wyjątek stanowiły tylko części siatkówki, obok samego nerwu wzrokowego położone. W tych znalazłem bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe, zwłaszcza w warstwie włókien nerwowych. Miejsce wejścia obu nerwów wzrokowych było bardzo wydatne ku przodowi,

---

<sup>1)</sup> Zapisano przy obdukcji oderwanie siatkówki tylko w prawem oku, w lewem nie było takowe widocznem. (Przypisek Dra J. T.)

a w tkance łącznej pomiędzy pęczkami włókien w samej tarczy, jakoteż w błonie sitowatej i dalej na odległość przeszło 1 ctm. ku tyłowi (czyli, o ile tylko pozostawiono nerwów przy gałkach) w tkance, pomiędzy włóknami nerwowymi położonej, znalazłem bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe i silne przekrwienie naczyń krwionośnych. Przewód międzypochewkowy nerwu był znacznie rozszerzony i wypełniony włóknikiem, który zawierał liczne drobne komórki okrągłe; widocznym był nadto rozrost śródbłonka przewodu.

Bezwarunkowo najbardziej znaczne zmiany znalazłem w tkance oczodołowej. Już gołem okiem widoczne w niej były liczne punkty ciemne, większe lub mniejsze. Badanie drobnowodowe udowodniło, iż były to najczęściej wynaczynienia w istocie samej tkanki, jakkolwiek dość liczne były również zakrzepy żył, zarówno najcieńszych, jakoteż grubszych. Dokoła żył zatkanych, jakoteż dokoła wynaczynień, spostrzegano obfite nacieczenie drobnokomórkowe, na którym nie zbywało zresztą zgoła nigdzie, chociaż w mniejszym znacznie stopniu w całej tkance oczodołu.

Nadto widoczne były zmiany w naczyniach krwionośnych. Mianowicie w małych tętnicach śródbłonek często składa się z 2—3 warstw, co oczywiście dowodziło rozrostu śródbłonka. W żyłach zmiany takie w śródbłonku były bardzo niewyraźne, natomiast dokoła ścian żył, przeważnie cienkich, często napotykałem bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Opisane zmiany w naczyniach napotykałem nie tylko w tkance oczodołowej, lecz nadto w spojówce, w ciele rzęskowym, w naczyniówce i zupełnie wyraźnie nawet w siatkówce, zwłaszcza w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego.

Badanie na drobnoustroje było bardzo utrudnione z powodu przechowania części, podczas sekeyi wyjętych, w 4% roztynie formaliny. Wszelako barwienie sposobem Grama i błękitem metylowym wykryło, wewnątrz komórek okrągłych położone, zaczynniki (*cocci*). Szczególniej były one widoczne w komórkach, które otaczały zatkane żyły opony twardej móz-

gowej. Natomiast ani w wynaczynieniach, w które tak obfitowała tkanka oczodołowa, ani też w samych skrępkach drobnoustroje nie mogły być wykryte. Przy badaniu zawartości zatoki czołowej w skrępkęj masie znajdowały się nieliczne komórki przybłonkowe i w wielkiej liczbie komórki okrągłe, w których jednakże na próżno szukałem drobnoustrojów.

Tyle tylko tych nielicznych danych dostarczyć mogło badanie anatomiczne. W literaturze znajdujemy również bardzo nieliczne badania zmian anatomicznych przy zgorzeli powiek. Mitwalsky <sup>1)</sup> w jednym przypadku (u 77letniej kobiety) spostrzegł zatkanie przez drobnoustroje tętniczki łuków tarczowych powiek; znaleziono je (*streptococci*) nadto nie tylko w ropie jamy otrzewnowej, lecz również w tkance podskórnej i w naczyniach włosowatych wątroby. Udała się też zupełnie hodowla na galarecie. Bock <sup>2)</sup> w swej obszernej pracy o zgorzeli powiek spostrzegł w pierwszym przypadku najpierw streptokoki w wydzielinie, następnie drobnokomórkowe nacieczenie w powiekach dokoła gruczołów i przewodów, nerwów, cebulek włosowych i naczyń krwionośnych. Z pomiędzy tych liczne pozbawione były światła wskutek zapalenia śródtętniczego, śródżylnego i dokoła żył. Drobnoustrojów nie udało się znaleźć, chociaż części, do badania przeznaczone, były przechowane w wysokoku bezwodnym. W drugim przypadku, w którym nastąpiło wyzdrowienie, znalazł w ranie w okolicy ciemienia i w ropie, z powiek wziętej, *streptococcus pyogenes*, hodowla wszakże nie powiodła się. Przy powtórnym zakażeniu przez *staphylococcus*, które w przypadku tym miało miejsce i spowodowało owrzodzenie skóry na piersiach i zapalenie płuc, Bock znalazł *staphylococcus* nie tylko w ropie, lecz wyhodował go na galarecie i ziemniaku.

<sup>1)</sup> »Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. 1893.

<sup>2)</sup> »Wiener med. Wochenschrift«. 1898.



### 3. Aspiryna w okulistyce.

Przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Do środków, mających niepospolitą wartość w lecznictwie, należy niewątpliwie aspiryna, która, jak wiadomo, jest połączeniem kwasu salicylowego i octowego. Wyrabia ją firma fabryczna Fr. Bayer i Sp. w Elberfeldzie, która przez swego przedstawiciela przesłała mi pewną ilość środka tego do doświadczeń.

Nie spieszyłem się z podaniem mego na wartość tego leku zapatrywania, gdyż pragnąłem zdanie me objawić dopiero po dość wyczerpujących doświadczeniach. Dziś, kiedy pod tym względem sąd już sobie wyrobiłem, nie chciałbym dłużej ociągać się ze zaznaczeniem tego, co na wzmiankę zasługuje.

Zanim przystąpię do właściwego przedmiotu, niechaj mi wolno będzie poprzednio kilka ogólnych uczynić uwag, środka tego dotyczących, jakoteż zaznaczyć to, co w ostatnich czasach o środku tym ogłoszono.

Aspiryna, czyli acetyl kwasu salicylowego, stanowi proszek biały, krystaliczny, w wodzie słabo rozpuszczalny, bo tylko w stosunku 1%, i to przy ciepłocie wody 37°. Kwasy nie mają żadnego na środek ten wpływu, natomiast rozpuszczają go łatwo płyny alkaliczne. W ten sposób podawana aspiryna — żołądka, o ile ten jest w stanie prawidłowym, nie drażni, a rozpuszcza się dopiero w jelitach, we krwi i łympie. Posiadając, według orzeczenia Dra Wohlgemutha, który środka tego doświadczał z polecenia prof. Leydena<sup>1)</sup>, te same własności, co sodan salicylu, nie dzieli jego ujemnych wpływów, to jest nie ma wywoływać dolegliwości żołądkowych, nudności i braku łaknienia.

Ważną okoliczność stanowi porównawcze działanie obu

---

<sup>1)</sup> »Therap. Monatsh.« Nr. 5. 1899.

środków na serce. Wiadomo, że pod tym względem kwas salicyłowy, a tak samo i sodan salicyłowy, przez osoby, dotknięte jakąkolwiek słabością sercową, źle bywa znoszonym. Według dotychczasowych spostrzeżeń Witthauera<sup>1)</sup>, Lengyela<sup>2)</sup>, i Piotrowskiego<sup>3)</sup> z oddziału Dra Krokiewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie — aspiryna wolną jest od tego wpływu. Odpowiada to zresztą spostrzeżeniom doświadczalnym, zrobionym przez prof. Dresera<sup>4)</sup>. Według Dresera sodan salicyłowy w równym składzie molekularnym obniżał działanie serca, gdy aspiryna, przeciwnie, podnosi je.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych aspiryna byłaby wskazaną tam, gdzie wogóle salicył dotychczas był używany. Działanie przychodzi do skutku dopiero po rozpadzie środka na składniki, to jest na kwas salicyłowy i octowy. Już po upływie 3 kwadransy po zażyciu aspiryny, kwas salicyłowy występuje w moczu<sup>5)</sup>.

Filippi referował b. r. w *accademia medico-fisica fiorentina* o drogach wydzielniczych dla aspiryny. Wiadomo, że aspiryna rozkłada się na powyżej przytoczone składniki tylko przy zetknięciu z alkalicznymi. Oddziaływanie na kwas salicyłowy rozpoczyna się w mazi stawowej (synowii), ale też dłużej trwa: w moczu 54 godziny, w synowii 77 godzin po podaniu środka. W mazi stawowej oddziaływanie jest ostrzejsze, ponieważ tutaj akumulacja leku bez wątplenia przychodzi do skutku.

Dotychczas stosowano aspirynę przeciwko goścowi stawowemu i mięśniowemu przy zapaleniu opłucny, przy dnie, a nadto sławi działanie kojące środka tego Weil<sup>6)</sup> przy bólach, spowodowanych rakiem macicy, odbytnicy, przy tabes i nerwicy nerwu V niewiadomego pochodzenia. Bardzo silne

<sup>1)</sup> »Heilkunde«. Nr. 7. 1898).

<sup>2)</sup> »Heilkunde«. Nr. 8. 1899).

<sup>3)</sup> »Przegl. Lek.« Nr. 8. 1900).

<sup>4)</sup> »Arch. f. d. g. Physiologie«. 1899, p. 76 we farmakologicznym zakładzie.

<sup>5)</sup> Piotrowski: l. c., p. 90).

<sup>6)</sup> »Allg. med. Central. Zeit.« Nr. 4. 1900.

bóle zwalczano ze skutkiem zawsze po podaniu 1 gr. aspiryny, a napady występowały nadto coraz rzadziej, z czego można było wnioskować, że podstawą cierpienia był gościec.

Nie będę zaznaczał działania w innym kierunku, pragnąłbym jedynie kilku słowami podnieść działanie aspiryny w leczeniu okulistycznym.

Tu doświadczenia już robiono, a mianowicie Wolffberg<sup>1)</sup> w 20 przypadkach przy glaukoma, przy iritis gonorrhoeica, episcle-ritis, to samo Schmeichler<sup>2)</sup> przy iritis rheumatica, za-  
ćmieniach ciała szklonego i nerwicy nervi supraorbitalis.

Otóż od 6 miesięcy stosuję środek ten, tak w mej klinice uniwers., jakoteż w praktyce prywatnej, dosyć często przeciw najrozmaitszym cierpieniom ocznym. Nie będę wyliczał poszczególnych przypadków, by nie powtarzać rzeczy już ogłaszanych i znanych, ograniczę się raczej na zaznaczeniu tego, co mi się przy stosowaniu środka wydawało uwagi godnem.

Materyał, na którym doświadczenie moje opieram, obejmuje przeszło 100 przypadków; a doświadczenie wyrobiło we mnie przekonanie, że aspiryna stanowi cenny nabytek także w leczeniu okulistycznym, o ile, oczywiście, cierpienia oczne zależne są od ogólnych zmian chorobowych ustroju naszego. —

Przedewszystkiem ze skutkiem stosowałem aspirynę we wszystkich cierpieniach, zależnych od gośceca, dny, lub przerzutowego zakażenia rzeżączkowego.

Postacie zajęć ocznych były najrozmaitsze, a mianowicie:

1. Zapalenie spojówki chroniczne na podstawie przebytej rzeżączki cewki moczowej. I tak chory 30letni, leczony poprzednio najrozmaitszymi środkami przez rozmaitych lekarzy, ale z żadnym lub nieznacznym skutkiem, uwolnił się od cierpienia, które mu wiele miesięcy dokuczało, dopiero po użyciu aspiryny.

2. Zapalenie tęczęwki, jakoteż tęczęwko-rzęskowe (*iritis et iridokykklitis*).

---

<sup>1)</sup> »Wochschr. f. Therap. u. Hyg.« 47. 1899.

<sup>2)</sup> »Wiener Med. Wochenschrift«. 38. 1899.

Co do pierwszej postaci, to znamienym był między innymi przypadek, dotyczący mężczyzny 40letniego, u którego ostre zapalenie gościcowe tęczówki zniknęło bardzo szybko, bo już po tygodniu, gdy obok atropiny, zastosowanej do oka, podawałem choremu aspirynę wewnątrznie.

Ale i zapalenia ciała rzęskowego, połączone ze zaćmieniem ciała szklanego, ulegały korzystnie wpływom aspiryny, i to niejednokrotnie tam, gdzie inne środki poprzednio bez skutku były używane.

Znamiennym pod tym względem był przypadek, dotyczący chorego p. W. z Królestwa Polskiego, 58letniego, który, będąc krótkowzrocznym, na lewym oku od dłuższego czasu zauważył znaczne zaćmienia w ciele szklanym, tak, że jeden z okulistów zagranicy oświadczył, iż oko to uważać trzeba za stracone. Chory, przybywszy do mnie, skarżył się na peryodycznie występujące większe zaćmienie, połączone ze zaczerwienieniem oka. Badanie wykazało dość wybitne nastrzyknięcie rzęskowe, oko bolesne na dotyk w okolicy rzęskowej. Zaćmienia dość liczne, większe i mniejsze, ciała szklanego zasłaniały dno, które tylko jak przez mgłę było widzialne. Już jednorazowa dawka 1 gr. aspiryny tak poskutkowała obok atropiny i skopolaminy, iż chory oświadczył, że nigdy napad tak szybko nie ustępował. Po kilku dalszych dawkach męty ciała szklanego poczęły się wyjaśniać, a po kilku tygodniach chory powrócił zadowolony do domu ze znacznie podniesionym wzrokiem.

3. Zapalenia twardówki, tak powierzchowne, jakoteż głębokie, przystępne są leczeniu aspiryną, o ile polegają na podstawie gościcowej, lub dny.

4. W razie surowiczego zapalenia jagodówki z wysiękiem do ciała szklanego i następowymi objawami jaskrowymi działa aspiryna w odnośnych przypadkach zadziwiająco dobrze. Z pomiędzy kilku przypadków pozwolę sobie przytoczyć po krótko jeden, jako bardzo znamieny.

V., kupiec, izraelita, 59letni, przybył do mnie 12 grudnia z. r. ze zapaleniem prawego oka: Irido-choroiditis serosa cum glaukomate consecutivo. V. = palce na 1 mt., tonus + 2.

Cierpienie trwało rzekomo już 3 tygodnie i chorego w najwyższym stopniu męczyło. Silne bóle pozbawiały chorego snu.

Przepisałem pilokarpinę do oka i aspirynę. Już nazajutrz chory z radością oświadczył, iż pierwszą noc spokojnie przeżył. Wzrok podniósł się do  $\frac{4}{60}$  Mp. 0,5. Pod wpływem tego samego leczenia, później skopolaminy i ciepłych okładów, sprawa szybko ustępowała. Gdy chory w kilka miesięcy i na lewym oku tę samą przechodził sprawę zapalną, lubo mniej silnie rozwiniętą, ten sam sposób leczenia w przeciągu kilku tygodni tak dalece zapalenie opanował, iż gdy chory w maju b. r. przedstawił się po raz ostatni, na prawem oku zaledwo nieznaczne zmętnienia na błonie Descemeta i lekkie zaćmienie płytkowe ciała szklстого obok kilku tylnych przyczepów tęczówki można było rozpoznać. Lewe zaś oko, po silnem również zapaleniu, ale wcześniej i stosownie leczonem, zaledwo dostrzegalne przedstawiało ślady. Wzrok prawego oka wynosił  $\frac{5}{10}$  Hp. 2 J. 4, lewego prawie  $\frac{5}{5}$  Hp. 2,25 J. 2 przez 4,5.

5. Jaskra ostra okazała się również przystępną leczeniu aspiryną, a zadziwiającym pod tym względem był skutek u kobiety 77letniej, która 4 marca b. r. przybyła do mnie, podając, iż już od kilku tygodni wzrok oka lewego podupadł. Chodziło o jaskrę ostrą lewego oka, którego wzrok obniżył się do rozpoznawania palców na odległość 2 mt. Ból szalony, pozbawiający chorą od kilku dni snu. Oko przedstawiało typowy obraz jaskry ostrej, dla której lekarz domowy podawał już pilokarpinę. Z powodu bardzo płytkiej przedniej komórki i szerokiej źrenicy, wstrzymałem się od wykonania irydektomii.

Ograniczając się pierwszego dnia na miesiąeniu oka, zapuszczeniu eseryny i wkraplaniu pilokarpiny, podałem przytem 2 gr. aspiryny dla zmniejszenia bólu.

Chora wkrótce zasnęła, a przebudziwszy się rano, zaznaczyła, że nie tylko ból oka ją opuścił, ale nadto boleści głuche, jakie od dawna miała w ramieniu prawem, ustąpiły zupełnie. Wobec tego podawałem chorej ten środek tembardziej, że oko stawało się coraz więcej prawidłowem. Zmętnienie rogówki znikło, napięcie stało się prawidłowem. Wzrok podniósł

się do  $\frac{6}{21}$  bez szkła  $\frac{6}{18}$  Mp. 1 J. 2 przez + 1,5. Tylko źrenica małego się zwężyła; to zaś spowodowało mnie, dla zapobieżenia nawrotom, do wykonania irydektomii. Przebieg był prawidłowym, ale wzrok, z powodu początkującej zaćmy, która w równym stopniu i w prawem oku się rozwijała, więcej się nie podniósł.

6. Niemniej skuteczną okazywała mi się aspiryna przy nerwicach nerwu trójdzielnego, czy to pojedynczych jego gałęzi, czy też całego pnia.

Oczywiście tylko w przypadkach czysto goścencych można się spodziewać skutku po wyłącznem stosowaniu aspiryny, — tam zaś, gdzie podstawą jest malarya, zastąpić ją trzeba chininą, albo użyć trzeba połączenia obu środków. —

Co do sposobu stosowania aspiryny, to podawałem ją zazwyczaj rano i wieczorem po 1 gr. Ponieważ aspiryna mało jest rozpuszczalną w płynach, przeto najlepiej podawać ją w opłatkach, albo po wzięciu do ust splukać wodą. Nie chcąc obciążać żołądka, unikać trzeba podawania równocześnie bikarbonatu sody lub alkalicznych płynów.

Wogóle chorzy środek ten znoszą dobrze, nie miewają żadnych dolegliwości. Zdarzyło mi się jednak kilka razy widzieć, iż w niektórych przypadkach proszek sprawiał mdłości, tak, że zniewolony byłem od dalszego stosowania aspiryny odstąpić. Co było powodem tego objawu, nie dało mi się stanowczo stwierdzić, lubo przypuszczałem, iż niedokwas żołądka lub przypadkowa zawartość w żołądku płynu jakiego alkalicznego, sprawiającego wcześniejszy rozkład środka, winna była być obwinioną.

Wogóle jednak aspiryna może być długo używaną bez żadnych ujemnych objawów, czego o salicylu, salolu i t. d. powiedzieć nie można.

Dawka zwykła wynosiła 1—2 gr. dziennie, ale stosowałem aż do 4 gr. bez żadnych ujemnych skutków.



## II. STRESZCZENIA.

*Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej.* Dr Szulistański Adam. (Osobna odbitka z »Przeglądu Lekarskiego«. 1900. Nra 21, 22 i 24).

Zadanie, jakie sobie autor stawił, jest niewątpliwie wielkiej wagi nie tylko ze stanowiska czysto naukowego, ale wynik doświadczeń łączy się ściśle z praktyką, a ma i praktyczne znaczenie dla lecznictwa okulistycznego.

Gdy z jednej strony źródło cieczy przez prace Deutchmana, Nicatięgo, Greeffa i innych należycie zostało odślone, a także i drogi odpływowe przez innych poważnych pracowników, jak Schwalbe, Leber, Staderini i t. d., zostały ściśle oznaczone, to jednak z drugiej strony pozostało szerokie jeszcze pole odkryć odłogiem. Nieznana była ilość płynu wydzielanego, nieznane i rozmaite okoliczności, jakie na zmniejszenie lub podwyższenie tej ilości wpływają.

Do badania tego terenu zabrał się autor skrzętnie przy pomocy znanego już z wielu prac cennych fizyologa lwowskiego prof. Becka i w tegoż pracowni, a zarazem starał się odpowiedzieć na nierozstrzygnięte jeszcze pytanie, czy ciecz wodna jest wytworem rodzaju gruczołu, za jaki chciano uważać ciało rzęskowe<sup>1)</sup>, czy też rodzajem lymfy?

Dla rozstrzygnięcia pytania co do istoty cieczy, oparł się Sz. na wynikach doświadczeń Heidenheina o wytwarzaniu się lymfy, a mianowicie pod wpływem t. zw. lymphagoga, t. j. ciał, które bez podniesienia ciśnienia w naczyniach krwionośnych sprowadzają nieraz bardzo silne zwiększenie ilości lymfy. Jedne z tych ciał zwiększają ją przez przesączenie przyspieszone surowicy z krwi (wyciągi z mięśni raków, z pijawek, muszli rzecznych, wątroby i jelit, pepton i białko kurze), inne przez odciągnięcie wody pierwocinom tkankowym, jak eukier gronowy, mocznik, sole w większej ilości do krwi wstrzyknięte. Jeżeli ciecz wodna jest lymfą, badanie zmiany ilości wydzielonej pod wpływem zmienionych warunków fizyologicznych przez owe ciała powinno dać wyniki dodatnie. Zadanie to przeprowadził autor bardzo starannie za pomocą zręcznie obmyślanej metody doświadczałnej, którą tutaj dla braku miejsca i niezrozumiałości tejże bez podania szczegółowego rysunku, pominąć musimy. Natomiast pozwolimy sobie streścić po krótko wyniki tych badań.

1. I tak przekonał się autor, że nagłe mechaniczne obniżenie

<sup>1)</sup> Boucheron, Nicati, Greeff.

ciśnienia śródocznego sprowadza bezwzględne podwyższenie wydzielania cieczy, natomiast podwyższenie ciśnienia śródocznego przy niezmiennem ciśnieniu krwi sprowadzało zwolnienie, a w końcu zatamowanie wydzielania cieczy wodnej.

Ucisk śródoczny podnieść można także przez drażnienie nerwu współczulnego, co, według Hippa i Gruenhagena, ma być zależnem od zadrażnienia mięśni gładkich oczodołu, a zatem przez wywarcie ucisku na gałkę. I tu doświadczenie wykazało, że drażnienie powoduje przyspieszenie wydzieliny po stronie drażnionej, a przy silniejszym także po stronie przeciwnej. Po ustaniu drażnienia natychmiast wydzielina ustawała, z czego możnaby wnosić, że nie chodziło przy tem podrażnieniu o wzmożenie wydzielania, ale o mechaniczne wypychanie zawartości przedniej komórki, toby zaś odpowiadało założeniu Hippa i Gruenhagena. Występujący przy podrażnieniu współczulnego nerwu skurcz mięśni gładkich oczodołu sprowadza nadto bierne zwężenie naczyń o wiotkich ścianach, a zatem żył odpływowych, co znowu sprowadza, wskutek utrudnionego odpływu, podwyższenie ucisku śródocznego. W takich to warunkach można sobie wystawić korzystne niekiedy działanie resekcyi nerwu współczulnego szyi przy jaskrze.

2. Wpływ atropiny i pilokarpiny na wydzielanie doświadczał w ten sposób autor określił, iż atropina opóźnia, pilokarpina względnie ezeryna przyspiesza wydzielanie cieczy wodnej. Gdy pod wpływem zastrzyknięcia w żyły 10 gr. cukru gronowego występuje znaczne przyspieszenie wydzielania, wzmożone jeszcze przez zastrzyknięcie  $2\frac{1}{2}$  mgr. pilokarpiny, ustępuje takowe po wprowadzeniu podskórnem 5 mgr. atropiny, a nawet występuje obniżenie napięcia śródocznego. (Uważał takowe już Weber dla tylnego odcinka, Pflueger dla całej gałki jako wpływ atropiny, co obecnie przez doświadczenie subtelne dowodnie zostało stwierdzone). (Ref.).

Autor nie bez słuszności wnosi, że obniżenie napięcia i zatamowanie wydzielania jest skutkiem zwężenia naczyń śródgałkowych, które atropina powoduje.

3. W dwóch przypadkach irydektomii stwierdzono po stronie operowanej słabsze wydzielanie cieczy tak w warunkach prawidłowych jakoteż w razie drażnienia nozdrzy za pomocą zgłębnika lub przez rozpylanie eteru i t. d., co na drodze odruchowej powoduje podwyższone ciśnienie w naczyniach śródgałkowych. Co jednak do osłabienia wydzielania bezpośrednio się przyczynia, nie zostało stwierdzone. Nam się zdaje, że już wyeliminowanie pewnej części tęczówki, która przy wydzielaniu bierze także udział obok innych mniej znanych czynników, jak przecięcie nerwów, wytworzenie się blizny filtracyjnej, może tego być powodem.



4. Różnica ciśnienia krwi i ciśnienia śródecznego stanowi również pobudkę do wydzielania cieczy. Im większa różnica, tem silniejsza wydzielina. Ciśnienie krwi może być podwyższone przez drażnienie nerwów, n. p. dośrodkowego końca nerwu kulszowego, albo też przez wprowadzenie odpowiednich ciał do krwi. Wstrzymanie sztucznego oddechania u zwierząt kuraryzowanych znaczne powoduje przyspieszenie wydzielania jako wyraz podwyższonego ciśnienia krwi. Co do przetworów, wprowadzonych do krwi, to przedewszystkiem wyciąg nadnercza 5 gr. 1% roztwór powoduje z wystąpieniem znacznego ciśnienia krwi bardzo znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy wodnej.

Te same własności posiada nikotyna, która nie tylko miejscowo do worka spojówkowego wpuszczona miejscowe ciśnienie w naczyniach śródgałkowych, ale więcej jeszcze, gdy wstrzyknięta do krwi, ciśnienie ogólne krwi podnosi. Równocześnie z wystąpieniem ciśnienia wyższego i przyspieszonego wydzielania rozszerza się żrenica, a rozszerzenie trwa aż do wyrównania tych warunków, doświadczalnie stworzonych.

W warunkach fizyologicznych ciśnienie krwi nieraz się wznaga. Z niem następuje więc wzmózona wydzielina, ale takowa powoduje znowu wzmózone ciśnienie śródeczne, które z swej strony ogranicza wydzielanie i przyspiesza wydalanie cieczy. Ta samopomoc naszego małego przyrządu trwa dopóty, dopóki nie wystąpi jakie zaburzenie w tym mechanizmie, a mianowicie dopóki drogi odpływowe pozostają sprawne.

5. Ciekawym okazał się wpływ środków, przyspieszających obieg limfy, czyli, jak je autor nazywa, >limfopędnych<. Wyciąg jelita psa obniżył ciśnienie krwi i przyspieszył wydzielanie w pierwszych dawkach, dopóki ciśnienie krwi nie opadło zbyt silnie. Ze znacznym bowiem upadkiem ciśnienia występowało zatamowanie wydzielania.

Wstrzyknięcie cukru gronowego spowodowało znaczne przyspieszenie wydzielania cieczy.

Wprowadzenie roztworu soli kuchennej podnosi ciśnienie krwi, a równocześnie przyspiesza wydzielanie cieczy.

Wstrzyknięcie 40 gr. 12% roztworu mocznika spowodowało obok obniżenia ciśnienia krwi wyraźne przyspieszenie wydzielania, co by przemawiało za pewnem swoistem działaniem mocznika na wydzielanie, niezależnie od ciśnienia krwi.

Także i podmiety termiczne mają wpływ niepomierne na wydzielanie cieczy. Strumień ciepłej wody, o 45—50°, na rogówkę puszczony, sprowadza obniżenie wydzielania cieczy, gdy takież zimnej wody, przeciwnie, je przyspiesza.

Wobec tego łatwo też zrozumieć dodatni wpływ takiego obniżenia wydzielania przez ciepło, a także, jak z powyższego wynika, przez atropinę w przebiegu zapalenia tęczówki, ciała rzęskowego, a dodajmy nadto i przy zapaleniach rogówki. Obniżenie bowiem tego wydzielania przyczynia się także do obniżenia napięcia śródgałkowego, a tem samem do osłabienia ucisku na błony cierpieniem dotknięte.

Ponieważ środki »limfopędne« działają równorzędnie i na ciecz wodną i na limfę, a nie wywierają tego wpływu w równym stopniu na gruczoły, jak tego dowiodły doświadczenia, wykonane w pracowni prof. Becka, ponieważ dalej pomiędzy limfą a cieczą wodną w składzie chemicznym nie zachodzą różnice jakościowe, tylko ilościowe, a różnice te ilościowe wyrównują się, skoro wydzielanie cieczy wodnej odbywa się w podobnych warunkach, co wydzielanie limfy, t. j. skoro zmniejszymy znacznie lub znieśmy ciśnienie wśródoczne, przeto nie trudno dopatrzeć się analogii obrotu cieczy, różniących się od wydzieliny gruczołowej. W ostatniej znajdujemy niektóre istoty we większej ilości, aniżeli we krwi, lub takie nawet, których krew nie posiada, a które mogą być tylko przeróbką gruczołu samego.

Tabelaryczne zestawienie przebiegu doświadczeń, bardzo sumiennych i subtelnych, daje z jednej strony możliwość postępowania za wywodami autora, z drugiej zaś strony świadczy bardzo korzystnie o metodzie, przeprowadzonej w lwowskim zakładzie fizyologicznym.

III.

*Drogi, któremi ciecz wodna opuszcza oko.* (Des voies d'élimination des liquides intra-oculaires hors de la chambre antérieure et au fond de l'oeil). Nuel et Benoit. (»Archiv. d'Ophthalm.« Kwiecień, 1900).

Do doświadczeń użyto: psów, królików, kotów, kur i żywych ludzkiech oczu, które musiały być enukleowane. Autorowie zastrzykiwali kroplę mieszanki tuszu chińskiego w okolicę bieguna tylnego soczewki i po 2—5 godzinach wyjmowali oczy, stwardniali je i badali drobnowidem, gdzie się ziarenka tuszu znajdowały, przyczem odbarwiali barwik oka wodą chlorową, by otrzymać dokładne preparaty. Ponieważ oczy kotów, psów i królików różnią się co do budowy przedniego odcinka gałki znacznie od siebie i od oczu ludzkich, przeto i wyniki badań, zależnie od zwierzęcia, na którym doświadczenia robiono, dają różne wyniki. Praca niniejsza jest bardzo obszerna, zawiera bowiem anatomie porównawczą topografii kąta rogówko-tęczówkowego u kota, psa, kury i królika i ilustrowana jest licznymi rysunkami. Wyniki badań, w szczegółach bardzo ciekawe, dadzą się zebrać w następujące grupy:

Największa część cieczy wodnej opuszcza gałkę przez przedni odcinek oka. Jedynie u królika część dość znaczna odpływa przez nerw wzrokowy wzdłuż naczyń środkowych. U człowieka, psa, kota i kury ta droga wcale nie istnieje. Najmniejsza część zdaje się podążać wzdłuż dużych pni naczyń siatkówki. U człowieka opuszcza ciecz wodna przednią komórkę przez kanał Schlemma, oraz przez żyły ciała rzęskowego. — również powierzchnia przednia tęczęwki, zwłaszcza u jej nasady, bierze w tej eliminacji żywy udział. Wszędzie płyn dostaje się wreszcie do naczyń przez sączenie przez tkanki, a nie przez już istniejące pierwiej otwory; tak samo wchodzi ciecz do kanału Schlemma, który jest zatoką żywną. U psa tęczęwka i kanał Schlemma odgrywają tę samą rolę, co i u człowieka; u kota tęczęwka mniejszy w wessaniu bierze udział. Zato tutaj, u kota, naczynia ciała rzęskowego są silnie rozwinięte i one też więcej wysysają, niż u psa. U królika rola ciała rzęskowego i tęczęwki jest mała bardzo, a główna droga odprowadzająca dąży do tylnego bieguna gałki.

Ponieważ autorowie mieli do dyspozycyi oczy jaskrowe, które w kilka godzin po zastrzyknięciu mogli wyjąć, przeto mogli się przekonać, że drogi, któremi się ciecz wodna z przedniej komórki wydziela, są niedrożne, a jeżeli przez tęczęwkę i ciało rzęskowe wessanie się odbywa, to jest nader zwolnione.

Porównania własnych doświadczeń z poprzedniami innych autorów ilustrują pracę tę bardzo dobrze i robią ją nader zajmującą i jasną. Ponieważ i szczegóły drobne tej pracy są bardzo ciekawe, przeto w danym razie należy się odnieść do oryginału.

*Dr Brudzewski.*

*Bujanie tkanki łącznej po krwotoku, czy też pozostałość po art. hyaloidea?* (Prolifération connective post-hémorragique ou reliquats hyaloidiens. Colobome central.). Van Duysse. — (»Archiv. d'Ophth.«. Kwiecień, 1900).

Autor podaje kazuistyczny przyczynek do wady rozwojowej gałki wraz z utworzeniem tkanki łącznej na tarczy n. wzrokowego, sterzającej ku jamie gałki obok nieprawidłowego wyjścia naczyń.

Rozwodząc się szerzej nad przypadkiem, dochodzi autor do wniosku, że opisane (i wyrysowane) przez niego zmiany na dnie oka są pochodzenia embryonalnego, a nie następstwem krwotoków, jakby to po obrazie klinicznym w pierwszej chwili przypuszczać można.

(In extenso była ta praca ogłoszoną w »Annal. de la soc. de med. de Gand.« Grudzień, 1899).

*Dr Brudzewski.*

*Badania nad rozwojem dróg łzowych u człowieka i u zwierząt.* (Recherches sur le développement des voies lacrymales chez l'homme et chez les animaux). Stanculéanu. (»Archiv. d'Ophthalmol.« Marzec. 1900).

St. podaje opis przewodu noso-łzowego u zarodków tak ludzkich jak i zwierzęcych (owca, kura, królik), ilustrowany licznymi rysunkami przekrojów drobnowidowych licznych embryonów, które miał do dyspozycyi z licznych zakładów położniczych Paryża, przy czem jako główny punkt stawia twierdzenie, że przewód noso-łzowy powstaje z bruzdki noso-łzowej, która się zamyka, później wypełnia komórkami, te giną i powstaje przewód, który się później otwiera do jamy nosa — miejsce otworu zaznacza zawsze widoczna zastawka »Valvula Cruveilhieri«

(Szczegóły pracy należy poznać z oryginału).

Dr Brudzewski.

*Stożek rogówkowy, wywołany uderzeniem iskry elektrycznej* (Ueber die Ursache des Blitzkeratoconus). Dr Rudolf Plaut. (»Klin. Monatsblätter«. 1900. V).

W kwietniowym zeszytu »Postępu Okulistycznego« (Rocznik II, str. 142) streściłem pracę Dra Rudolfa Plauta o zgrubieniu rogówki przy keratoconus. Ołecnie ogłasza tenże sam autor nowy szereg doświadczeń, w których mu się udało za pomocą silnych wyładowań elektrycznych wytworzyć również stożkowate zgrubienie rogówki u królika. O zjawisku tem wspominał już w roku 1888 prof. Hess na siódmym międzynarodowym zjeździe okulistów w Heidelbergu, podając wyniki swoich doświadczeń nad zaćmą, wytworzoną uderzeniem iskry elektrycznej. Dr Plaut wykonał cztery doświadczenia w ten sposób, że oko królika wystawiał na działanie silnych isker, których dostarczała połączona cewka indukcyjna. Uderzenie iskry starał się zawsze kierować w środek rogówki. Oprócz ogólnych objawów mózgowych, jak kuczka, śpiączka, *mouvement de manège* i t. p., występowały w następstwie tych wyładowań elektrycznych znaczne zaburzenia w oku i tak: zaćmienie środków łamiących, zwężenie źrenicy, obrzęk tęczówki, włóknikowa wypocina w przedniej komorze, silne obniżenie spojówki (*chemosis*). Autora jednak zajmowały głównie zmiany na rogówce. Zmiany te były trwałe, podczas gdy zakurzenia wyżej wymienione po krótszym lub dłuższym czasie bez śladu znikwały. Rogówka zaćmiewała się z reguły, a powierzchnia jej traciła połysk i gładkość. Fluorescyna wnikała w miejscach zajętych w głąb miąższu rogówki i dawała wyraźne zabarwienie zielone. Po kilku godzinach rogówka okazywała w miejscu iskry dotkniętem wyraźne dość znaczne wypuklenie stożkowate, co zarówno w bocznem oświetleniu, jakoteż

za pomocą keratopskopu można było stwierdzić. Zajmowało ono zazwyczaj nie sam środek, lecz obwodową część rogówki. Po kilku-nastu godzinach autor wyjmował oko, stwardniał je, przecinał, a wreszcie robił skrawki z rogówki dla badania drobnowidowego. W ten sposób mógł się przekonać, że to stożkowe wypuklenie zależało od zgrubienia rogówki przy niezmienionej krzywiznie tylnej jej powierzchni. Badanie mikroskopowe rogówki wykazało, podobnie jak w przypadkach, ogłoszonych w poprzedniej pracy, uszkodzenie warstwy śródbłonkowej w miejscu uderzenia iskry, podczas gdy sama błona Descemet'a okazała się we wszystkich przypadkach nienaruszoną.

Dr K. W. Majewski.

*O sympatycznym oddziaływaniu źrenicy i o paradoksalnem oddziaływaniu świetlnem źrenicy przy postępowem porażeniu.* Dr Hirschl. (»Wiener Klin. Wochenschrift«, 1899. Nr 22).

Autor przeprowadził badania swe na tabetykach i paralitykach psychiatrycznej kliniki Krafft-Ebbinga, i to w przeciągu dwóch lat. Pokazało się przytem, że sympatyczny refleks, t. j. rozszerzenie źrenicy, wskutek drażnienia nerwu sympatycznego przez klucie lub prąd przerywany prawie bez wyjątku nie da się wykazać tam, gdzie występuje objaw Argyll-Robertsona.

Sympatyczny refleks często nie towarzyszy postępującemu porażeniu przy leniwej reakcyi źrenicy na światło, często jednakże przy zupełnie zachowanej reakcyi. Sposzczenie kilku przypadków wykazało, że utrata sympatycznej reakcyi źrenicy prawie zawsze poprzedza utratę reakcyi światła.

Na podstawie 10 przypadków histologicznego badania pojedynczych części systemu nerwowego, dochodzi autor do następujących wniosków:

1. Z objawem Argyll-Robertsona połączony jest bez wyjątku brak sympatycznego oddziaływania źrenicy.

2. Równolegle z tem napotykamy zanikowe zmiany w pasmie przykręgowem n. sympatycznego w części szyjowej, także zmiany w zwojach sympatycznego n. szyi, a pojedynczo także zanik bocznych grup komórek w przednim rogu (*Vorderhorn*) mlecza w okolicy najniższego kręgu karkowego, a najwyższego grzbietowego.

3. Tak zwana paradoksalna reakcyja źrenicy na światło występuje: a) przy objawie Arg.-Robertsona, gdy sympatyczne oddziaływanie źrenicy zupełnie utrzymane; b) przy A.-R. i sympatycznej nieruchomości źrenic wtenczas, gdy w związku z niedowładem mięśni wewnętrznych przy oświetleniu odwodzenie gałki powstaje.

Oba rodzaje tego dziwnego oddziaływania źrenicy nie mają właściwie w sobie nic zagadkowego. W pierwszym bowiem razie ciepło źródła świetlanego wywołuje oddziaływanie sympatyczne, — w drugim zaś przypadku powstaje odwodzenie gałki, a równocześnie stosowne rozszerzenie źrenicy. II.

*O tak zwanym objawie Bella przy środkowym porażeniu nerwu twarzowego.* Dr Margulies. (»Wiener Medicin. Wochenschrift«. Nr 5. 1900).

Podczas kiedy ze strony kilku francuskich, a także włoskich autorów objawowi Bella przypisywano pewne znaczenie rozpoznawcze i rokujące przy obwodowych porażeniach n. twarzowego, wykazuje autor na podstawie trzech przypadków środkowego porażenia tego nerwu, że i w tych razach objaw Bella znika, występuje zaś dopiero z chwilą ustępowania porażenia.

Przy tej sposobności zaznacza autor zapatrywania swego szefa prof. Picka, a mianowicie: wbrew rozpowszechnionym zapatrywaniom można przy świeżych mózgowych porażeniach półowiecznych wykazać współudział gałęzi czołowo-orbikularnej nerwu twarzowego; tak samo można w starych przypadkach stwierdzić ów współudział tej gałęzi, lubo nie w tym stopniu, jak obu dolnych gałęzi. Brak współudziału gałęzi górnej przy porażeniu środkowym przez długi czas uchodził za dogmat. W rzeczywistości często przy typowych hemiplegiach wewnętrznej puszkii rzeczywisty zachodzi brak porażenia tej gałęzi, albo uchodzi naszej uwadze. — Z tego to powodu położenie gałki przy zamierzonem zamykaniu oka przy porażeniach środkowych nerwu twarzowego w przeciwstawieniu do porażeni obwodowych i u zdrowych nie bywało spostrzegane, albo dostatecznie oceniane. II.

*Pierwotny wrzód kłowy na spojówce gałki.* (Le chancre syphilitique de la conjonctive bulbaire). Sour dille. — (»Archiv. d'Ophthalmologie«. Marzec. 1900).

Cierpienie to jest rzadkiem bardzo zjawiskiem i autor zaledwie znalazł 12 przypadków w literaturze. Zdarza się równie często u kobiet, jak i u mężczyzn. Przyczyną były: jużto prysnięcie płynu do oka przy przemywaniu pochwy, pocałunki w oczy i t. p., albo nie można drogi zakażenia wcale wykazać.

Objawy: z początku objawy nieżyłu z wydzieliną dość obfitą, później zjawia się małe owrzodzenie spojówki, o brzegach nieprawidłowych, jużto jedno, jużto ich kilka. Spojówka tamże zaczyna grubieć i nabiera barwy różowo-żółtawej; ognisko to jest twarde, prawie chrząstkowate; dookoła spojówka jest obrzmiała i silnie na-

strzykana; wydzielina skąpa; bólów ani światłowstrętu nie zauważono. W 7 lub 8 dniu zauważono obrzęk gruczołu limfatycznego przeduszynowego, a nawet pod szczęką tejże strony; obrzęk ten jest typowy: gruczoły duże, twarde, niebolesne, ruchome. Po 15—20 dniach owrzodzenie zabliznia się, ale podstawa, na której było, twardnieje jeszcze więcej, tak, że staje się prawdziwym guzem wielkości orzecha małego. Spojówka ciągle różowa, obrzmiała i zgrubiła. Nie jest to jednak chemosis surowicza, ale naciek, sięgający do tkanki przytwardówkowej tak, że na gałce przesunąć się nie da. Teraz może się zjawić i bolesność, nawet rogówka może się, odpowiednio do siedliska nacieku, nieco zaćmieć, wydzieliny jednak nie ma — to trwa jeszcze 15—20 dni. Późem zaczyna się wessanie, tak, że w 40—50 dni od zaczęcia się sprawy wszystko do prawidłowego powraca stanu. Pozostaje jednak zawsze blizna żółtawa. Z opisu tego nie można nie poznać cierpienia, jeśli się tylko o niem pomyśli w danym razie. Z szankrem miękkim trudno to cierpienie pomieszać, bo w przypadkach szankra miękkiego znachodzi się: bolesność znaczna od razu — wydzielina śluzoworopna bardzo obfita — gruczoły niepowiększone, albo też prawdziwe bubony, brzegi wrzodu ostro cięte, brak stwardnienia dna — i wreszcie bakterjologicznie stwierdzić można prątek Ducrey-Ulmy. Jeszcze mogłaby być omyłka ze względu na papulę syfilityczną, ale że nie ma zrostów z gałką, brak obrzęku gruczołów, nie ma nacieków spojówki, obecność więc zmian innych na skórze uchroni od omyłki. Kilak spojówki różniłby się znowu rozpadem, drażącym w głąb i szerzącym się, dalej anamneza wskazałaby obecność starego zakażenia. Szankier twardej pierwotny spojówki goi się prawie sam przez się i nie pozostawia groźnych następstw w oku. Co zaś do ciężkości przebiegu późniejszych zmian ogólnych, to autor odsyła do dzieł specjalnych. Ponieważ wycięto w spostrzeganym przez S. przypadku mały kawałek guzka, miał autor i materiał mikroskopowy, który dał te wyniki, jakie Virchow i Cornil uważają za znamienne dla szankra twardego. —

Leczenie miejscowe jest nader proste. Unikać środków drażniących, jak *argentum* i t. p., a tylko stosować słabe rozczyzny przeciwnie jako płukanie spojówki i maść jodoformową lub kokainową, leczenie zaś ogólne swoiste powinno być — podług autora — zastosowane z tą chwilą, gdy rozpoznano syfilityczny charakter cierpienia. Następuje szczegółowy opis przypadku spostrzeganego, oraz 12 dawniejszych innych autorów.

*Dr Brudziński.*

*Przybliżone nowotwory rogówki.* (Tumeurs épithéliales de la cornée). Kall. (»Archiv. d'Ophthalm.« Marzec, 1900).

K. nawiązując do opisu histologicznego guza rogówki ocenę ogłoszonych dotychczas nowotworów rogówkowych i, poddając opisy te krytyce, dochodzi do zdania, że z opisanych nowotworów, jako epithelioma, zaledwo dwa zasługują na to miano; przeważna część ich należy do epitheliomów (papilloma i hypertrophia simplex), do których i jego przypadek zaliczyć należy. (Cała ta rozprawa, przeważnie treści histologicznej, nie nadaje się do szerszego referatu).

*Dr. Brudzewski.*

*O związku między skrofulozą a jaglicą.* Dr S. Baeck w Gliwicach. (»Muenchener Med. Wochenschrift.« Nr 8. 1900).

Wobec tego, że bardzo często przy znanych objawach skrofulicznych ócz występuje ziarninowe zgrubienie spojówki na oku zajętem i że zajęcie to równocześnie ze zapaleniem skrofulicznym znika, wnioskuje autor, że jaglica polega na skrofulicznym usposobieniu.

Wytworzenie ziarn, czyli mieszków, na spojówce nie stanowi absolutnie nie typowego dla jaglicy.<sup>1)</sup>

Najrozmaitsze zakażenia bakteryjne mogą spowodować obraz jaglicowy, jak gonokoccus, diplokokcus pneumoniae i t. d.

Ponieważ skrofuloza i jaglica często razem zachodzą, ponieważ klinicznie bardzo do siebie są podobne, przeto autor wnioskuje, że jaglica właśnie osoby skrofuliczne przeważnie nawiedza.

Jak Axenfeld doszedł do przeświadczenia, że nie jeden rodzaj bakterji wywołuje zapalenia skrofuliczne ócz, tak autor dochodzi do przekonania, że i trachoma u osobników do tego usposobionych przez najrozmaitsze drobnoustroje bywa wywoływaniem. Dlatego właśnie dotychczas nie udało się właściwego znaleźć drobnoustroju.

Trachoma jest tylko warunkowo zaraźliwym, t. j. jeżeli napotka na osobnik odpowiednio usposobiony. Casalio, True: terrain predisposé.

Stąd wniosek terapeutyczny, że ani lekowe, ani operacyjne leczenie cierpienia nie usunie, jak go nie usunie izolowanie; do skutecznego zwalczania jaglicy potrzeba naprawy stosunków społecznych.

W.

<sup>1)</sup> Oczywiście, że nie.



*O przebiegu włókien wzrokowych i miejscu ich zakończenia w podkorowych ośrodkach ludzkiego mózgu.* (O chodzie zritielnych wołokon i miestie ich okoneczanija w podkorkowych centrach czełowieczeskiego mozgu. — Odbitka z »Medicin. Pribawlenje k morskomu Zborniku«. Maj. 1899. Str. 32, z 9 ryc.). — Aleks. Poniałowski.

Autor, Rosyjanin, ordynator Mikołajewskiego morskogo szpitala (gub. chersońska), znany jest w piśmiennictwie lekarskim z rozprawy inauguralnej: »O mózgowych ośrodkach węchowych nerwów« (1895). W mało dostępnym miesięczniku ogłosił niedawno dość ciekawe własne poszukiwania drobnowidowe nad zawiłą i zawsze dotąd sporną sprawą skrzyżowania się nerwów wzrokowych i dośrodkowego zakończenia ich włókien. Poehop do tej pracy dał przypadek mięsaka prawej górnej szczęki u 16letniego dziewczęcia, a także prawego oczodołu (exophthalmus, amaurosis), skąd nowotwór przez fissurę orb. sup. dostał się do czaszki; chora zmarła wskutek rozmięczenia prawej skroniowej części mózgu, długość 8 i szer. 2 centm., niedochodzącego do wzrokowego pagórka blisko 1 centm. Mózg włożono na 4 doby do mieszanek formaliny i płynu Millera, w t. zw. Formol-Miller, zmniejszającej łunliwość mózgowej masy; po stwardnieniu pokrajano go w poprzecznym kierunku na części grubości 4 mm., które pogrążono w płynie Marchi, zawierającej kwas osmowy; następnie preparaty przemysłowano w wodzie, wysuszano w wysoku i utrwalano cellulidyną.

Autor przytacza poglądy rozmaitych badaczy w sprawie krzyżowania się włókien nerwów wzrokowych (badania Biesiadeckiego są mu nieznanne), umiejscowienia ich w tracie wzrokowym i wreszcie o miejscu, gdzie się one kończą w istocie podkorowej w mózgu. Dziś prawie wszyscy są zdania, że włókna wzrokowe niecałkowicie się krzyżują. Pod tym względem zasługuje na uwagę doskonała praca szwedzkiego uczonego Henschedena (1890—92), a także rosyjskiego lekarza Pribytkowa (1895): w chiasma krzyżujące się włókna leżą w oddziale dolnowewnętrznym, proste zaś, które leżały w zewnętrznej stronie nerwów wzrokowych, w chiasma układają się w oddziale górnośrodkowym; takie ułożenie włókien znajdujemy i w tractus opticus, tuż poza chiasmą. Co do wzrokowych ośrodków, to rozmaite miejsca były wskazywane jako takie: corp. geniculatum ext., corp. quadrigemina ant., pulvinar, a także ganglion opticum basale, lamina perforata ant., lamina cinerea, crus cerebelli, ganglion habenulae, jądra nerwów okoruchowych i t. d. Najwięcej jednak danych mają trzy pierwsze miejsca mózgu, a szczególnie pierwsze; Henscheden przyjmuje dwa pierwsze za ośrodek wzrokowy.

Badając obustronne preparaty z mózgu wzmiankowanej dzie-

wazy, a mianowicie poprzeczne przekroje nerwów wzrokowych, ich krzyżowanie się (chiasma), tractus opticus, thalamus opticus, corp. quadrigemina i t. d., które Dr P. przedstawił w rycinach, autor robi następujące z nich wnioski:

1. Przypadek ten stwierdził niecałkowite skrzyżowanie się nerwów wzrokowych. Gdy lewy nerw wzrokowy okazał się prawidłowym, prawy (z tej strony mięsak i rozmiękczenie mózgu) wskutek rozpadu myeliny — włókna zabarwiała się prawie na czarno — przedstawiał typowe zwyrodnienie, które było dość widoczne w odpowiednich miejscach ułożenia się jego włókien w chiasma i w lewym trakcie wzrokowym.

2. Dzięki temu skrzyżowaniu zwyrodniałe włókna prawego nerwu znaleziono w tractus opticus nie tylko z prawej, lecz i z lewej strony poza chiasma. Prawidłowe włókna znajdowały się też w obu traktach. Trakty zwyrodniałe były obustronnie, lecz mniej po prawej, aniżeli po lewej stronie na  $\frac{4}{5}$ ; w lewym trakcie najwięcej zdegenerowanych włókien okazało się w dolnej części (gdzie głównie schodzą się włókna prawego nerwu wzrokowego), w prawym — w górnej. Kellerman twierdzi, że na 1 część prostych włókien wypada tu 2 części krzyżujących się; Wieting przypuszcza 4 części prostych na 5 części skrzyżowanych, kol. P. mniema też, że liczba włókien prostych do skrzyżowanych ma się tak, jak 4:5.

3. Co się tyczy ośrodków wzrokowych, to degeneratywne zmiany włókien nerwowych mózgu w przypadku kol. P. nie dają mu prawa do wypowiedzenia stanowczych wniosków. Pytanie pozostawia otwartem. W każdym razie stwierdził autor prawidłową budowę corporis geniculati medialis, pedunculorum cerebri i wszystkich składowych części pulvinar, z wyjątkiem jąder nerwów okoruchowych i powierzchniowej warstwy przednich wyniosłości ciał czworaczych. Zdaniem jego główna część włókien wzrokowych zakończy się w corp. genicul. ext.; wtórnymi ośrodkami wzrokowymi prawdopodobnie są: przednie wyniosłości corp. quadrigemini (w tylnych już nie ma włókien), główna część wzrokowych włókien wchodzi do nich drogą brachii corp. quadr. anter. (Gudden, Bechtierow). Pulvinar thalami optici, zdaniem P., nie powinien być zaliczanym do ośrodków wzrokowych.

Kol. P. stwierdził przytem, że ani jedno włókno traktu wzrokowego nie przechodziło do sąsiednich części mózgu, a więc jest całkowicie odosobnionem; dalej, że bezpośredniej łączności między siatkówką i jądrami nerwów okoruchowych nie wykryto żadnej, takich więc odruchowych źrenicznych włókien nie ma wcale; trzeba więc przypuścić istnienie pośredniej odruchowej drogi, która bierze

swój początek od przedniej wyniosłości corp. quadrigemini, kierując się ku jądrom nerwów okoruchowych w głębokich częściach ciała czworaczego.

Dr J. T.

*Torbiel krwotoczna ciała rzęskowego; samoistne wyleczenie.* (Haemorrhagische Cyste des Corpus Ciliare mit Ausgang in spontane Heilung. — Inaugur. rozprawa. Monachium. 1899). — Fr. Meyer.

Autor wziął za przedmiot rozprawy, obejmującej 22 stronicę i objaśnionej 3 rycinami, przypadek, jaki spostrzegął u 14letniego chłopca. Wskutek urazu przed 8 laty została zranioną od strony nosa twardówka z wypadnięciem tęczęwki. Przy badaniu źrenicy za pomocą Westien-Zehender'owskiej lupy — odpowiednio stronie byłej rany gałkowej — wykryto ciemno-brunatny guz, zwrócony wypukłą częścią ku środkowi źrenicy i wychodzący z corpus ciliare. Przytem lekkie zwężenie soczewki; dno oka prawidłowe. W. =  $\frac{6}{21}$ , — 3 D sph. =  $\frac{6}{18}$ . Było to w r. 1895. W r. 1899 stwierdzono, że z guzkowatej wyniosłości w nosowej części ciała rzęskowego nie pozostało ani śladu, przyczem wzrok prawie się nie zmienił wskutek krótkowzroczności.

Zastanowiwszy się nad różniczkowem rozpoznaniem rzadkiego wytworu, przypominającego melanotyczny mięsak (dodałbym i opisaną przeze mnie przed laty melanoma rzęsk. wyrostków), Dr M. jest zdania, że miał do czynienia z krwawą torbielą ciała rzęskowego, która sama pękła i takim sposobem samoistnie znikła z pola źrenicy.

Biorąc pochop z wytwarzania się surowicznych torbieli tęczęwki wskutek urazu, Dr M. mniema, że i w danym przypadku w sąsiedztwie rany twardówkowej, dzięki urazowi, powstał w odpowiednim odcinku c. rzęskowego krwotok, z którego powoli wytworzyła się torbiel (Umwandlung d. Blutung in einen cystenartigen Hohlraum). Na dowód, że rozpoznanie było prawdziwe, przytacza on 2 przypadki wytwarzania się torbieli w ciele rzęskowem, które opisała Kerschbaumer w »Graefe's Archiv«, pochodzenia urazowego. Greef uważa torbiele c. rzęskowego jako wynik zaniku takowego wskutek długotrwałego zapalenia rzęskowo-tęczęwkowego. Samoistne zniknięcie takiej torbieli zostaje w analogii z takowem wyleczeniem i torbieli tęczęwki, jakie stwierdzili Kisch i Eversbusch, dzięki pęknięciu ściężczkowej ścianki torbielowej.

Dr J. T.

*Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych.* Dr J. Piltz z Lozanny. (»Medycyna«. 1900. Nr 12).

Na wstępie wylicza autor pokaźny szereg znanych już i wielokrotnie opisanych rodzajów odruchu źrenicznego. Następnie opi-

suje zjawisko nowe, które po raz pierwszy zauważył u pewnego chorego na porażenie postępowe. Spostrzegł on mianowicie, że, gdy na dany rozkaz chory ten zamknął oczy, ściskając silnie powieki, a następnie znowu je otworzył, źrenice okazały się silnie zwężone i po chwili dopiero zaczęły się stopniowo rozszerzać. Nadto u tegoż samego paralityka stwierdził drugi objaw, polegający na tem, że źrenica silnie się zwęża w chwili, gdy chory usiłuje zamknąć powieki, a ktoś drugi, rozchylając je palcami, przeszkadza mu w tem. Dr Piltz zaczął poszukiwać za tymi objawami u ludzi zdrowych i chorych i przekonał się, że pierwszy objaw zdarza się w różnych chorobach nerwowych, najczęściej jednak przy bezwładzie postępowym (*paralysis progressiva*, 57<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); u ludzi zdrowych znachodzi się tylko wyjątkowo (2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Drugi objaw też wspólny różnym chorobom nerwowym, ale również najczęstszy u paralityków (70<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), przydaje się jednak nierzadko także i u zdrowych (41<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Dwa są możliwe sposoby wyjaśnienia tych zjawisk: zwężenie źrenicy przychodzi do skutku albo z powodu napływu krwi do tęczówki przy kureżem ściskaniu mięśnia obrączkowego, albo przez równoczesne drażnienie wspólnego ośrodka okornuchowego dla zwieracza źrenicy. To ostatnie tłumaczenie wydaje się autorowi prawdopodobniejszem, gdyż widział on przy zamykaniu powiek jednego oka — zwężenie źrenicy na drugiem. Okoliczność ta przemawia przeciw naczynioruchowej przyczynie zjawiska. — W dalszym ciągu swej pracy omawia autor już dawniej znany, przez Budgego w r. 1855 po raz pierwszy opisany objaw, polegający na tem, że źrenice zwężają się pod wpływem samego tylko wyobrażenia światła, natomiast rozszerzają się w chwili, gdy badany w myśli wyobraża sobie ciemność. Autor przeprowadził cały szereg doświadczeń, które urządził w ten sposób, ażeby zupełnie usunąć przy spostrzeganiu i zapisywaniu zjawisk wszelki wpływ podmiotowych wrażeń i mimowolnej sugestyi. Za pomocą tak wykonywanych doświadczeń przekonał się, że pomiędzy ruchami źrenicy a pracą duchowej wyobraźni panuje niewątpliwie wyżej wzmiankowany psychofizyologiczny związek.

Dr K. W. Majewski.

*Znaczenie zapalenia tęczówki dla rokowania w przebiegu kiły.* (Valeur pronostique de l'iritis dans la syphilis). Dr Troustou. («Annales d'Oculistique». 1900. V.).

Pojawienie się przypadków ocznych w przebiegu kiły uchodzi wogóle za niedobry znak dla chorego i bywa uważane powszechnie za znamię kiły złośliwej. Zapatrywanie to wprowadzone przez Fournera nie opiera się jednak na ścisłej statystyce, a tylko jest wynikiem ogólnego wrażenia, odniesionego z przeglądu licznych

spostrzeżeń wieloletniej praktyki syfilidologicznej. — Dr Trousseau zebrał w przeciągu lat siedmiu 40 dokładnych spostrzeżeń, w których śledził przebieg choroby przez lata całe i pilnie robił zapiski. Spostrzeżenia te odnosiły się tylko do kiłowego zapalenia tęczówki, którego prognostyczne znaczenie autor w powyższej pracy rozbiiera. Z wyjątkiem sześciu chorych, którym kiła, pomimo, że wywołała zajęcie tęczówki, nie dała się już później bardzo we znaki, we wszystkich pozostałych 34 przypadkach iritis była zwiastunką groźnych powikłań, najczęściej ze strony układu nerwowego. Ciężkie te zaburzenia występowały pomimo wczesnego i energicznego stosowania środków rtęciowych. Autor przytacza ciekawe historie chorych, które nie dadzą się jednak przedstawić w krótkim streszczeniu. Na 40 spostrzeżeń w 6 przypadkach kiła nie okazała się złośliwą; w 9 była ciężką, ale nie dotknęła przynajmniej układu nerwowego; w 3 przyszło do porażenia postępowego; w 12 przypadkach wystąpił wiał rdzenia; w 8 różne zaburzenia mózgowę; a dwaj chorzy zmarli wskutek ciężkich zmian trzeciorzędnych.

Dr K. W. Majewski.

*Przypadek rzeżączki, powikłanej zapaleniem stawów, zaburzeniami nerwowymi i zapaleniem tęczówki.* (Un cas de blennorrhagie compliquée de rhumatisme, de troubles nerveux et d'iridocyclite). Dr H. Kucharzewski z Warszawy. (Paryż, 1900).

Zaburzenia w odległych organach w przebiegu rzeżączki cewki moczowej nie należą do rzadkości. Znanie jest zapalenie stawów, zapalenie śródsierdzia, zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego na tło rzeżączkowe. Dr Kucharzewski opisuje przypadek, w którym u 22letniego rzeźnika, dotkniętego podostrą rzeżączką cewki moczowej, przyszło do całego szeregu powikłań. Zaznaczyć należy, że chory ten nie okazywał żadnej ogólnej skazy, ani też obciążenia dziedzicznego. Objawy zapalenia stawów, mianowicie kolanowego i nadgarstkowego, wystąpiły w czasie, kiedy rzeżączka przechodziła z okresu podostrego w okres przewlekły. W kilka dni potem rozwinęło się obustronne zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego z łagodnym przebiegiem. Na lewym oku jednak, pomimo atropinowania, zapalenie pozostawiło tyne zrosty i upośledzenie wzroku ( $\frac{5}{15}$ ) z powodu zaćmień w c. szklistem. Prócz kolana i stawu nadgarstkowego uległy w następstwie zapaleniu i inne także stawy, a nadto przyszło do zaburzeń w zakresie układu nerwowego, mogących, zdaniem autora, uchodzić za objawy lekkiej *polyneuritis gonorrhoeica*. Przypadek ten uważa Dr Kucharzewski za ciekawy i wyjątkowy z powodu tylu i tak rozmaitych powikłań, towarzyszących rzeżączce cewki moczowej. Dodatkowo należy nadmienić, że badanie bakte-

ryologiczne wydzieliny cewki moczowej wykazało obecność dwoinek Neisserowskich.

Dr K. W. Majewski.

*Drożdże piwne jako środek przeciw jęczmionom.* (Sur Pemploi de la levûre de bière contre les orgelets). Dr Albert Terson z Paryża. (La Clinique Ophthalmologique. Nr 3, 1900).

Przed kilku miesiącami zalecano drożdże piwne na zewnątrz przy pewnych skórnych chorobach, zwłaszcza przy anthrax i furunculosis, na tej zasadzie zastosował autor drożdże piwne w dużych dawkach przy niewielkich gradówkach powiek i przy jęczmieniach w celu leczniczym. Gradówki nie znikwały nawet po długotrwałem używaniu drożdży. Inaczej sprawa poszła z jęczmieniami, które, powracając często, tyle — jak wiadomo — ze strony chorego wymagają cierpliwości. W 6 (na 10) przypadkach jęczmieni, już nazajutrz po spożyciu dużej dawki drożdży, obrzęk się zmniejszył, jęczmień niknął przy zupełnem niemal złagodzeniu bólu. W pozostałych przypadkach, choć nie nastąpiło przerwanie zapalnej sprawy, bóle — towarzyszące zazwyczaj tworzącemu się jęczmieniowi — zmniejszyły się w bardzo wysokim stopniu. Autor przypuszcza, że drożdże okazały się skutecznymi i przy innego rodzaju cierpieniach nie samych powiek tylko, lecz i oka, n. p. przy ciężkich wrzodach, w początkach panophthalmitidis i t. d. Jeśli nie ma pod ręką świeżych drożdży, można zalecić wysuszone, a następnie sproszkowane, podając proszek 3—6 razy dziennie, przed jedzeniem w ilości 1 gr. 50.

Włodz. T.

*Mięsienie wibracyjne w oftalmiatryji.* Dr Korkaszewili  
(»Więstnik Oftalmologii«. Zeszyt I, r. 1900).

Wibracyjne mięsienie oka uskutecznia się piórem Edissona, w którym, zamiast »pióra«, obsadzić należy gałkę ze słoniowej kości. Przyrząd wprowadza się w ruch za pomocą 2—3 elementów Greneta, gałkę umieszcza się bezpośrednio na oku, które w wyjątkowych tylko razach należy kokainować. Chorzy przyzwyczajają się bardzo szybko do mięsienia, po którym doznają tylko bardzo krótko, bo przez 1 do 3 minut, nieprzyjemnego uczucia w oku. Autor w przeciągu 1½ roku zastosował mięsienie na 40 oczach, i do następujących przychodzi wniosków: 1. mięsienie wibracyjne, stosowane nie dłużej nad 10 minut przy ostrych objawach ze strony rozmaitych części oka, nie powoduje zadrażnienia, raczej łagodzi je i usmierza bóle; 2. mięsienie wylecza zupełnie zapalenie twardówki (episcleritis) w mniej więcej krótkim przeciągu czasu; 3. przy miąższowem zapaleniu rogówki mięsienie czasami przynosi wielką korzyść; 4. mięsienie zwiększa wessanie ropy z prze-

dniej komórki; mięsienie powiększa zmętnienie soczewki po dyscysji i przyspiesza wessanie części korowych; na tej zasadzie przy dyscysjach przezroczyściej soczewki, dokonywanych w wysokich stopniach myopii, powinno mieć mięsienie szerokię zastosowanie.

(Przy tej sposobności zaznaczę, iż Dr Sniegirioff napisał rozprawę, poświęconą omawianej sprawie, t. j. sprawie oddziaływania wibracyjnego mięsienia na przebieg rozmaitych chorób oka. Przyp. ref.)

Włodz. T.

*Dwa sposoby operacyjne, majace na celu ułatwienie włożenia oka sztucznego w przypadkach, gdzie to poprzednio było niemożliwem* (Zwei Operationsmethoden zum Einlegen künstlicher Augen in Fällen, wo dies bisher unmöglich war). — Dr Fukala z Wiednia (\*Wiener Medicinische Wochenschrift\*, 1900. Nr 12).

Gdy chory utraci jedno oko, czy przez wyjęcie, wskazane grożącym niebezpieczeństwem zapalenia współzucznego, lub niedającymi się inaczej usunąć bólami, czy gdy ktoś już z jednym okiem na świat przyszedł i pragnie nosić oko sztuczne, to we wielu razach kieruje się przytem jedynie względem kosmetycznym. Ale zachodzą nieraz przypadki, gdzie noszenie sztucznego oka stanowi dla dotyczącego konieczny warunek bytu. Jednookie służące niechętnie bywają po domach widziane i nieraz trudno im przychodzi znaleźć sobie służbę. Aktor, gdyby straconego oka nie mógł w danym razie zastąpić protezą, musiałby się wyrzec swego zawodu. Podobnych przykładów można wiele przytoczyć. Zdarzają się jednak wypadki, gdzie, czy to wskutek nieoględnie wykonanej operacji wyjęcia gałki, czy też z powodu zrostów, powstałych n. p. po oparzeniu, które spowodowało utratę oka, noszenie oka sztucznego połączone jest z trudnościami, lub staje się wprost niemożliwe. Fukala zwraca uwagę na okoliczność, że nieraz po kilku lub kilkunastoletniem noszeniu protezy zaczyna się dolny załamek stawać coraz płytszym tak, że oko sztuczne przy lada sposobności wypada, a wreszcie zupełnie w oczodole utrzymać się nie może. Aby ten przykry stan rzeczy usunąć, poleca autor dwa sposoby operacyjne. Pierwszy z nich polega na tem, że rozdziela się dolną powiekę cięciem międzykrawędziowem na dwa listki: skórnomięsny i chrząstkospojówkowy. Następnie ten ostatni zesuwa się o ile możności jak najniżej i przyszywa do warstwy skórnomięsnej w tem nowem położeniu. W ten sposób wytwarza się głęboki załamek dolny i noszenie oka sztucznego staje się natychmiast możliwem. — Na pomysł drugiego sposobu operacyjnego naprowadziło Dra Fukalę spostrzeżenie, że w niektórych przypadkach wadliwość dolnej powieki, przeszkadzająca w noszeniu protezy, polega na nagromadzeniu się wiotkiej

Tkanki łącznej pomiędzy skórą a chrząstką, która górną tylko krawędzią do skóry przylega, a poniżej coraz bardziej od niej się oddala, tworząc z powierzchnią skóry kąt mniejszy lub większy, nieraz nawet prosty. Z tego powodu dolna krawędź protezy nie ma należytego oparcia i wciąż się z oczodołu wymyka. Druga operacya polega zatem na usunięciu owej wiotkiej tkanki z pomiędzy chrząstki i skóry i na przszyciu dolnej krawędzi chrząstki ku przodowi tak, ażeby całą przednią powierzchnią do skóry przylegała. Przez to dolny załamek znacznie się pogłębia, a tem samem cel zamierzony zostaje osiągnięty. Autor przyłącza cały szereg przypadków, w których operował z pomyślnym wynikiem bądźto jednym, bądźto drugim z wyżej opisanych sposobów.

*Dr K. W. Majewski.*

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

**Obrady Towarzystwa oftalmologów zjednoczonego królestwa.**  
(Proceedings of the Ophthalmological society of the United kingdom <sup>1</sup>). — Thursday, October 18, 1899).

Przewodniczy G. Anderson Critchett. Podziękowawszy za wybór, poświęca kilka słów swym poprzednikom, a zwłaszcza Drowi Wiliamowi Bowmanowi, któremu Towarzystwo swój początek zawdzięcza. Następnie kreśli rozwój operacyi wydobywania zaćmy, którą zapoczątkował — jak wiadomo — Daviel w 1745 roku. Z krótkiej przemowy, którą zakończył prezes wypowiedzeniem nadziei, iż w niedalekiej zapewne przyszłości ogół okulistów trzymać się będzie jednego sposobu przy wydobywaniu zaćmy, przytoczę małoznaczący szczegół, kiedy i przy jakich warunkach postanowiono stosować przy ekstrakcyach irydektomię. Kiedy wszeczwładnie panowało wydalanie zaćmy przez cięcie płatowe, przy którym jednak bardzo często otrzymywano wypadanie tęczówki, a sam zabieg operacyjny często wikał się ropieniem, pewien lekarz w Moorfields, mniej wprawny operator od innych, otrzymywał wyjątkowo dobre wyniki po ekstrakcyach zaćmy — jak się okazało — jedynie przez zwykłe dokonywaną wypadkowo irydektomię. Fakt ten rozpoczął nową erę.

Mr. Lawford: o miąższowem zapaleniu rogówki w następstwie nabytej kiły.

<sup>1</sup>) Patrz zeszyt styczniowy z b. r. »The American Journal of Ophthalmology«.



Autor przytacza 5 przypadków (4 męz. i 1 kob.), w trzech stwierdzono przymiot, w dwóch sub dubio. W jednym przypadku kerał. parench. zjawilo się po upływie zaledwie 4½ miesiąca od chwili zarażenia; ulcus indur. umiejscowionym był na lewej powiece oka, które następnie zachorowało na zapalenie mięsaszowe. W drugim przypadku upłynęło od chwili zjawienia się na penis ulcus indur. 11 miesięcy; w trzecim przerwa była o wiele dłuższą. Mr. Lawford zwraca uwagę na cechy, odróżniające zapalenie mięsaszowe rogówki, powstałe na tle nabytego przymiotu, od powstałych wskutek odziedziczonej kiły: okres trwania choroby przy pierwszych bywa zwykle mniej długotrwały, objawy chorobowe mniej silne, zwykle zajętem bywa jedno oko, rokowanie znacznie lepsze, restitutio ad integrum — rzecz zwykła.

Mr. Lang: stosowanie ciepła okazuje zwykle wpływ dobroczynny i skraca przebieg choroby.

2. Thursday, November 9. 1899.

Przewodniczy G. Anderson Critchett.

Mr. E. Treacher Collins i Mr Devereux Marshall podają 2 przypadki pierwotnego nowotworu nerwu wzrokowego, operowane przez siebie.

U 5letniego chłopczyka, znajdujacego się w opiece lekarskiej, trzeszcz wzmógł się znacznie: Hp. z 4 D. powiększyła się do 9 D., a to oczywiście wskutek spłaszczenia przez tylny nowotwór przednio-tylnej osi gałki. Usunęło nowotwór nerwu wzrokowego, przeciąwszy go przy samem wejściu do gałki. Drobnowidowe badanie wykazało, iż nowotwór składał się z gęstej miękkiej osłony, wzrostu włóknistej tkanki w nerwie, w którym włókna nerwowe uległy niemal całkowitemu zanikowi, tworząc miejscami wakuole.

Drugi przypadek, niemal identyczny, spostrzegano u 46letniej kobiety.

Autorowie zwracają uwagę Tow. na różnaitość nazw nowotworów nerwu wzrokowego, z jaką spotykamy się w literaturze. W nowotworach, spostrzeganych przez autorów (6 sztuk), czasami przeważał układ włóknisty, czasami znów układ komórkowy, zmian atoli, właściwych służakowi (myxoma), nie spostrzegali. Natura 6 nowotworów (gdyż autorzy okazali i uzbierane pozostałe 4) zasadniczo jest jednakową i różni się tylko w szczegółach. Autorzy sądzą, iż, ze względu na miejsce powstania nowotworów (nerwie), nazwą właściwą byłaby glioma. Autorzy powstają przeciwko twierdzeniu tak często spotykanej nazwy »włóknisko-mięsak« i są za ujednolajnieniem nomenklatury nowotworów nerwu wzrokowego, co

osiągnąć można niewątpliwie z łatwością, byle nie błędzić w drobiazgach.

Mr. John Griffith: o zapaleniu tęczówki w następstwie rzeżączki (urethritis). Autor odczytuje sprawozdanie z przebiegu 12 przypadków iritis, leczonych przez niego. Iritis wytwarzała się zwykle w 7 albo i więcej lat po urethritis. Przymiot można było stanowczo wykluczyć w 9 przypadkach, w 3 pozostałych przymiot był, atoli autor sądzi, iż zapalenie tęczówki było raczej następstwem urethritis, gdyż objawy goścenne pojawiły się dopiero po tryprze. Na 12 leczonych przypadków — w 9 miał autor do czynienia z goścem; w 8 przypadkach gośca przed rzeżączką nie było. Co do goścennego zapalenia tęczówki autor sądzi, iż w wielu przypadkach zależało ono niewątpliwie wprost od urethritis. W końcu przytacza Mr. John Griffith historię powrotnego zapalenia opłucnej, niewątpliwie na tle rzeżączkowym.

Prezes sądzi, iż istotnie w wielu razach obwiniany rzeżączkę.

Mr. Treacher Collins zajmował się ongi tego rodzaju przypadkami, jednak zawsze znajdował podkład dnawy.

Mr. Lang sądzi, iż zapalenia tęczówki pochodzenia rzeżączkowego mają wygląd odmienny, gdyż tworzy się charakterystyczny wysięk do przedniej komórki, podobny do zwichniętej soczewki.

*Włodz. Tulko.*

---

#### IV. LECZNICTWO.

21. **Argentamina.** O prątkobójczem działaniu i wpływie na głębokie warstwy tkanki podaje Hoor w „Centrbl. f. pr. Augenheilk.“ (1899. Sierpień) swe doświadczenia, robione argentiną, fosfat etylonodiaminowy srebra, przewyższający o wiele pod powyższym względem saletrzan srebra. Gdy ostatni środek w odnośnem doświadczeniu wnika tylko na głębokość 1 mm., roztwór argentaminy dochodzi do głębokości 10 mm. Świeżo kawałki wątroby króliczej, włożone w roztwór argentaminy, w całej swej grubości przesączone były tym środkiem, gdy takież włożono w roztwór saletrzanu srebra tylko w powierzchniowej warstwie 1 mm. grubej okazywały działanie srebra. Starsze atoli roztwory argentaminy nie dają tak wybitnych skutków. Stąd wskazówka, by zawsze w celach leczniczych używać środka świeżo sporządzonego<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> To samo dotyczy protargolu.

*Ref.*

Wobec tego można przypuszczać, iż argentanina także i na drobnoustroje zawarte w osłonkach (*Kapseln*) i komórkach prędocy może działać zabójczo, aniżeli inne środki, których wpływ jest tylko powierzchowny (saletrzan srebra). —

22. Wyciąg nadnercza zastosowuje Darier do spojówki, posługując się przytom proszkiem z nadnercza w równej części z wodą destylowaną przez aptekarza Jaqueta w Lyonie dostarczany w ampułkach aseptycznych. Skuteczność tego środka zachwała Darier w całym szeregu cierpień ocznych, zwłaszcza już to jako środka rozpoznawczego, gdyż po zbłędnięciu spojówki przez zastosowanie wyciągu tego łatwiej możemy rozpoznać granulacye, pryszczyki, zapalenie wiosenne, zapalenie twardówki, a nawet zapalenie tęczówki maskowane dla mniej wtajemniczonego i wprawnego klinicysty przez przekrwienie lub nabrzmienie spojówki, już to w celu leczniczym. I tak pryszczyki spojówko-rogówkowe ustępują szybciej, gdy zwłaszcza wzmagamy skuteczność leczniczą zwykłych środków. Gdy przy jaskrze pilokarpina, a nawet eseryna niejednokrotnie niewiele okazywały się skutecznymi na obniżenie napięcia, dodanie, a raczej poprzednie stosowanie wyciągu nadnercza dodatni wywierało wpływ.

Darier polecił temuż aptekarzowi Jaquetowi przyrządzenie w ampułkach następującego zestawienia: Pilocarpini mur. 0.03, eserini sulf. 0.02, extr. aqnos. caps. renalis 5.0, aq. dest. 5.0. —

Na poparcie przytacza D. kilka przypadków, w których środek ten, już to sam, już to w połączeniu z innymi, korzystnie działał przeciw jaskrze. W pewnym przypadku jaskry przyostrej, bardzo już posuniętej, otrzymał zupełnie wyleczenie, 6 miesięcy już trwające, po zastosowaniu powyższego rozczynu w połączeniu z podaniem wewnątrznie pastylek nadnercza.

(„La Clinique Ophthalmologique“. Nr 11. 1900).

W.

## V. ROZMAIŃCOCI.

Czy trzeba wypróżniać przewód pokarmowy przed narkozą chloroformową? — Pytanie takie zadał sobie Dr Gorbunow, który miał tę przykrą sposobność wielokrotnie na sobie samym doświadczać skutków narkozy. Mianowicie poddawał się on 11 razy różnym zabiegom operacyjnym z powodu *osteomyelitis* obydwu kości udowych. Każdym razem był chloroformowany — i to częścią po użyciu środka przeczyszczającego, częścią zaś bez takiego przygotowania. Dr Gorbunow przekonał się w ten sposób na własnej osobie, że narkoza niepoprzedzona przeczyszczeniem jest znacznie mniej przykrą, po obudzeniu się nie przechodzi do wymiotów, a chęć do jedła rychłej powraca. Nie poprzestał on jednak na tem osobistem doświadczeniu, lecz przystąpił do poszukiwań statystycznych na matoryale oddziału chi-

rurgicznego prof. Ratyńowa w Petersburgu. Na 1223 chloroformowanych w 95 tylko przypadkach z powodu wskazanego pośpiechu nie przecyzyszczono chorych przed narkozą, ale właśnie u tych chorych podniecenie podczas usypiania było tylko nieznacznie i krótkotrwałe, a dolegliwości po przebudzeniu się mniejsze, niż u innych. („Semaine Médicale“. 1900. Nr 22).  
K. W. M.

**Chloropsya.** Na posiedzeniu wielkobrytyjskiego Towarzystwa oftalmologicznego z dnia 8 marca b. r. przytoczył Dr Dodd 13 przypadków chloropsyi czyli zielonowidzenia. Z zestawienia jego wynika, że w etyologii tego zaburzenia ani wiek, ani płeć, ani wady refrakcyi nie odgrywają żadnej roli. Natomiast ogólny stan ustroju i powne choroby oczne sprzyjają powstaniu chloropsyi. Pośród 13 chorych znalazł Dr Dodd u dwóch migrenę, u dwóch kiłę, u trzech zatrucie ołowiove, a u reszty różne schorzenia oczne, jak: oderwanie siatkówki, zapalenie siatkówki i naczyniówki, zanik i zapalenie norwu wzrokowego. („Annales d'Oculistique“. 1900. IV).  
K. W. M.

**Leczenie krótkowzroczności bez operacyi.** Panas przedstawił paryskiej akademii medycznej dnia 1 maja b. m. wynik tego leczenia otrzymany u dziecka 1-letniego, u którego myopia, wynosząca 2 diop. w dziesiątym roku życia, w chwili badania doszła do 5 diop. na prawem, 4 na lewem oku. Leczenie, polegające na zapuszczaniu ponownem pilokarpiny i zakładaniu na noc opaski uciskowej, miało ten wynik, iż po pięciu miesiącach, mimo, że nauka nie doznała przytem żadnej przerwy, myopia wynosiła na prawem oku tylko 3.5, na lewem zaś 2.75 diop., co się tłumaczy, zdaniem autora, skróceniem osi przedowo-tylnej pod wpływem leczenia. Taki sam pomyslny wynik miał autor przy stożkowatości rogówki (*Keratoconus*).

**Asthma conjunctivale** nazywa prof. Rosenbach objawy, występujące u osób plotorycznych w 40 roku życia i później, a polegające na zmęczeniu i ociężałości głowy, sonności bez snu, niepokoju, tłoczeniu w szyi i na piersiach, co powoduje częste, głębokie, lęklive wdechania. Objawy te, występujące peryodycznie, kojarzą się z przekrwieniem spojówki, mianowicie górnych powiek, a także z przekrwieniem błony śluzowej nosa. Autor zaznacza przytem, że nie umie oświadczyć się, czy i jakie znaczenie przekrwienie spojówki ma w tym szeregu objawów. Czy ono jest wyrazem nieprawidłowości systemu wasomotorycznego, zaburzenia krwi obiegowej w obrębie głowy lub brzucha, czy przekrwienie innym współzależnym jest objawem, czy też wprost wyrazem głównego cierpienia. Nam się zdaje, że teoria ta wogóle jest zbyt śmiała, a przedewszystkiem, że pięć przypadków, przez autora do typowych zaliczanych, nie wystarcza do stawiania takiej hipotezy. („Muench. Med. Wochenschrift“. Nra 20 i 21. 1900).

Zmiany w skrzyżowaniu nerwów wzrokowych w następstwie akromegalii. Dr Holden przedstawił w styczniu b. r. akademii med. w Nowym Jorku pracę, odnoszącą się do trzech przypadków.

W pierwszym przypadku przysadka mózgowa była nieco przerosła, a skrzyżowanie lekko od tyłu i spodu spłaszczone.

W drugim przypadku przysadka mierzyła z przodu ku tyłowi 3.3 cm., a w poprzek 2.7 cm., wypełniała prawie zupełnie tętnicze kółko Willisa. Nerwy wzrokowo były zanikłe, spłaszczone i skręcone, a skrzyżowanie nerwów zmieniło się na pasek błonczkowy, łączący oba nerwy wzrokowe.

W trzecim przypadku przysadka miała w przekroju 2.5 cm. Środkowa część skrzyżowania niezupełnie zanikła, była bardzo ściśniętą, a każdy nerw zdawał się być ciągiem dalszym odpowiedniego pasma nerwów wzrokowych.

Badanie trzech tych przypadków wykazuje, co następuje: przerosła przysadka ścisła tylną powierzchnię skrzyżowania, której część środkowa i tylna jest spłaszczoną i ku przodowi wysuniętą, gdy część przednią osłania powierzchnia kostna, na której spoczywa. Później całe skrzyżowanie bywa wypchnięte ku przodowi i rozciągnięte do tego stopnia, że się zupełnie przedziela.

Zapalenie nerwów wzrokowych, spostrzegane w akromegalii, może się posunąć aż do obrazu, przypominającego zastojową tarcz, a włókna nerwowe zanikają wskutek zapalenia śródmięzowego. — W trzech atoli przez autora przytoczonych przypadkach drobnowidowo nie można było stwierdzić zapalenia nerwów. — (Według „Clinique Ophthalm.“ Nr 11. 1900).  
W.

### Porządek dzienny

posiedzeń sekcji okulistycznej IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników  
w sali wykładowej c. k. kliniki okulistycznej.

I. Sobota, 21 lipca, o 4tej po południu.

Zagajenie przez gospodarza sekcji.

Wybór prezesów i sekretarzy.

1. *»Walka z jaglicą, jako klęską społeczną.*  
Referenci: Dr Kramsztyk, Dr Cetnarowicz, Dr Steinhauz.
2. Dr Noiszowski: *»O patologii jaglicy«.*
3. Dr Noiszowski: *»Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłej« (z przedstawieniem sposobu operowania).*
4. Dr Dudziński: *»Badania bakteriologiczne worka spojówkowego przy jaglicy«.*

II. Poniedziałek, 23 lipca, o 4tej po południu.

5. Dr Januszkiewicz: »Objawy gruźlicy w narządzie wzro-  
kowym«.
6. Dr J. Talko: »Meningokele orbitalis«.
7. Dr Steinhauz: »Zmiany anatomiczne w oderwanej siat-  
kówce«.
8. Prof. Wicherkiewicz: »Przyczynę do etiologii oderwania  
siatkówki«.
9. Dr Majewski: »O czynnikach wpływających na stopień  
niezborności rogówkowej po operacji zaćmy«.
10. Dr Bałaban: »Bardzo rzadka postać przyblonkowego tor-  
biela spojówki gałki ocznej«. (Z okazaniem preparatów  
drobnowidowych, fotogramów i obrazów świetlnych za  
pomocą skioptikonu).

III. Wtorek, 24 lipca, o 9tej rano.

11. Dr Bednarski (ref.): »Ciała obce w oku i technika ich wy-  
dobywania«.
12. Dr Bednarski: »Siderosis bulbi«. Spostrzeżenia kliniczno  
i anatomiczne z okazaniem preparatów reakcyi mikroche-  
micznej na żelazo.
13. Dr Winawer: »Porażenie nerwów odwodzących (dywergen-  
cyi)«.
14. Dr Łuniewski: »O wartości dioniny w terapii okulisty-  
cznej«. Z okazaniem preparatów mikroskopowych.
15. Prof. Wichorkiewicz: »Okazanie preparatów z melanosar-  
coma corneae«.
16. Dr Noiszewski: »Przedstawienie asymetrycznej oprawy  
okularów«.

---

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzwyczajny prof. Dr Hirschberg w Berlinie mianowany  
zwyczajnym honorowym.

Nadzwyczajny prof. okulistyki Dr Birnbacher w Gracu mianowany  
także zwyczajnym profesorem.

Dr Schick habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie  
w Halli.

Dr Landolt w Strassburgu.

Dr Bielschowsky i Dr Birch-Hirschfeld w Lipsku.

Prof. Raehlman opuszcza katedrę w Dorpacie i wyjeżdża  
za granicę.

Dr Diełow, asystent klinicznego wojskowego szpitala w Po-  
torskburgu, mianowany okulistą okręgowym w Turkiestanie.

Doc. Dr S. Klein w Wiedniu przybrał jako autor przydomek  
Baeringer.

---

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Budapeszcie zmarł, mając 79 lat, Dr Leopold Grossmann, nestor węgierskich oftalmologów.

### Omyłki drukarskie.

W art. „O wążrze“ na str. 79, 2gi wiersz od dołu: zamiast 10 razy, winno być 11 razy; na str. zaś 140: zamiast Alfred Graefe, winno być Albrecht Graefe, albo A. v. Graefe.

## Do wiadomości P.P. Współpracowników i Czytelników.

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

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya**  
(p. J. Filipowski, drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

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

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

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

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

**Redakcyja.**

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec

—•— ROCZNIK DRUGI —•—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przyczyny i leczenie gradówki (chalazion).

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI.

Artykuł kol. Idzikowskiego »Nowy sposób leczenia gradówki«, umieszczony w zeszycie czerwcowym »Postępu Okulistycznego«, nasunął mi myśl ogłoszenia wyników leczenia gradówki, które stosuję od pięciu lat.

Najprzód jednak muszę nieco powiedzieć o przyczynach gradówki i przy tej sposobności zaprotestować przeciw twierdzeniu kol. Idzikowskiego, jakoby wykluczał możliwość pochodzenia gruzliczego gradówki<sup>1)</sup>. W artykule moim »Przypadek pierwotnej grzlicy skóry lewej powieki górnej i t. d.«<sup>2)</sup>, wymienionym przez kol. Idzikowskiego, przytoczyłem zdanie Tangl'a, dowodzącego, że każda gradówka jest utworem gru-

<sup>1)</sup> W tekście przynajmniej; w przypisku kol. Idzikowski przyznaje, że nie zaprzeczam, iż w niektórych rzadkich przypadkach gradówka przedstawia wytwór grzlicy.

<sup>2)</sup> Postęp Okulistyczny, luty, r. 1899.



zliczym, i zdanie Deutschmanna i Weiss'a, którzy zbijali Tangl'a, i od siebie dodałem, iż nie możemy zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach gradówka przedstawia wytwór gruźlicy, podobnie jak w innych kiły.

Nie odrzucam tedy możliwości pochodzenia gruźliczego gradówki, lecz nie myślę, aby miało ono miejsce w każdym przypadku tego cierpienia. Chętnie natomiast przyznaję, że niekiedy gradówka jest wpływem gruźlicy.

Zdanie to w wymienionym artykule może za śmiało wypowiedziałem wobec braku przekonującego dowodu, bo za taki nie może służyć obecność w gradówce komórek olbrzymich. Dodam przeto tutaj, że zdanie to oparłem nie na badaniu wyłuszczonych gradówek, które w moich przypadkach nie wykazywało nigdy prątków Koch'a, lecz jedynie koki, przeważnie gronkowce, ale na ogólnym stanie pewnej liczby chorych, zjawiających się z gradówkami. Jedni z nich przedstawiali wygląd suchotniczy bez zmian chorobowych w płucach, inni stwardnienie w szczytach płuc, inni znów żolży; niektórzy, lubo zdrowi w danej chwili, chorowali poprzednio, czasem kilkakrotnie, na zapalenie płuc nieżytowe albo pochodzili z rodziny gruźliczej.

Na 119 cierpiących na gradówkę, których spostrzegałem w ciągu pięciu lat ostatnich, było 6 z wyglądem suchotniczym, 5 ze zmianami w szczytach płuc, 15 żółzowych, 5 chorowało poprzednio na zapalenie płuc nieżytowe, 8 miało gruźlicę w rodzinie. Razem, licząc bez żółzowych, było 24 podejrzanych o gruźlicę, t. j. nieco więcej, niż 20%. Dwoch z pomiędzy nich zmarło później na gruźlicę.

Wszystko to nie stanowi niezaprzeczonego dowodu zależności pewnej części przypadków gradówki od gruźlicy, bo nie każde cierpienie u chorego gruźliczego musi być koniecznie gruźliczem, ale daje zasadę do przypuszczenia, że przynajmniej w niektórych z tych 24 przypadków gradówka była skutkiem gruźlicy.

W znacznej większości moich przypadków gradówki chorezy nie przedstawiali żadnego zboczenia w stanie ogólnym; cierpienie musiało być uznanem za miejscowe, zależne od nie-

żytu spojówki i zapalenia brzegu powieki, które przez zamknięcie przewodu gruczołu Meiboma i zatrzymanie w tym ostatnim wydzieliny wywołują podrażnienie, objawiające się zapaleniem przewlekłym tkanki dokoła gruczołu. Nieżyt zakaźny spojówki, prowadzący do powstawania gradówek, czasem po kilka jednocześnie, albo jednej po drugiej, nazywany przez autorów francuskich »conjunctivite à chalazion«, stale sprowadza zapalenie przewlekłe tylnej krawędzi brzegu powiekowego i przestrzeni międzykrawędziowej, w której otwierają się wyloty gruczołów Meiboma.

Niemiarowość oka, wywołując częste przekrwienie spojówki i nieżyt jej przewlekły, sprzyja powstawaniu gradówek. Priouzeau<sup>1)</sup> u 95% cierpiących na gradówkę znalazł wadliwości refrakcyi, najczęściej nadmiarowość.

Ja dość często znajdowałem u chorych na gradówkę zwężenie przewodu łzowego z następczem zapaleniem brzegu powiekowego, a czasem i nieżytem spojówki. Takich chorych na 119 było 36 (30,25%), z których 2 przedstawiało jednocześnie stwardnienie w szczycie płuc, 2 miało gruźlicę w rodzinie i 5 było zolżowych. Obecnie w każdym przypadku gradówki dokonywałam badania przewodu łzowego.

Nieżyt spojówki i zapalenie brzegu powiekowego w różnych postaciach, bez zwężenia przewodu łzowego, miały miejsce w 72 przypadkach, z których w 4 był jednocześnie wygląd suchotniczy, w 3 stwardnienie w szczycie płuc, w 4 było poprzednio zapalenie płuc nieżytowe, w 6 gruźlica w rodzinie, w 7 zolży.

U 11 chorych było silne przekrwienie spojówki i brzegu powiekowego; z pomiędzy nich 2 miało wygląd suchotniczy, 1 chorował na zapalenie płuc nieżytowe, 3 cierpiało na zolży. —

Wadliwości refrakcyi spostrzegano u 32 chorych (u 13 nadmiarowość, u 16 niezborność nadmiarowa, u 1 niedomiarowość, u 2 niezborność niedomiarowa), co stanowi 27% cier-

---

<sup>1)</sup> Annales d'Oculistique, février, 1898, p. 126.

piących na gradówkę, znacznie przeto mniej, niż u Priouzeau. 17 z nich miało jednocześnie nieżyt spojówki, 9 zwężenie przewodu łzowego z zapaleniem brzegu powiekowego, 5 silne przekrwienie spojówki. Tylko u ostatnich (z których u 4 była niezborność nadmiarowa, a u jednego nadmiarowość) niemiarkowość oka mogła wywołać wyłącznie gradówkę, u innych mogła tylko przyspieszyć wystąpienie tego cierpienia przez podtrzymywanie i pogorszenie nieżyty spojówki i zapalenia brzegu powiekowego.

Widzimy z powyższego, że w wielu przypadkach mogło kilka przyczyn złożyć się na wywołanie gradówki. Mianowicie: U 2 chorych było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego i podejrzenie co do gruźlicy.

- » 3 chorych było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego i zołży.
- » 5 chorych było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.
- » 1 chorego było silne przekrwienie spojówki, brzegu powiekowego, niemiarkowość i podejrzenie co do gruźlicy.
- » 3 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następnie zapalenie brzegu powiekowego i podejrzenie co do gruźlicy (jeden z nich umarł później na gruźlicę).
- » 1 chorego było zwężenie przewodu łzowego, następnie zapalenie brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.
- » 4 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następnie zapalenie brzegu powiekowego i zołży.
- » 1 chorego było zwężenie przewodu łzowego, następnie zapalenie brzegu powiekowego, zołży i wadliwość refrakcyi.
- » 7 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następnie zapalenie brzegu powiekowego i wadliwość refrakcyi.
- » 20 chorych było zwężenie przewodu łzowego, następnie zapalenie brzegu powiekowego i czasem nieżyt spojówki.
- » 15 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powiekowego, podejrzenie gruźlicy (jeden z nich umarł później na to cierpienie).

- U 2 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powieko-  
wego i wadliwość refrakcyi.
- » 5 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powieko-  
wego i żołączy.
- » 13 chorych był nieżyt spojówki, zapalenie brzegu powieko-  
wego i wadliwość refrakcyi.
- » 35 chorych był tylko nieżyt spojówki i zapalenie brzegu  
powiekowego bez innych zmian.

Pierwsze miejsce między przyczynami zajmuje przeto  
nieżyt spojówki i zapalenie brzegu powiekowego (72 przypadki,  
t. j. 60,6%), drugie zwięźlenie przewodu łzowego (36; 30,25%),  
trzecie niemiarowość (32; 27%), czwarte gruźlica (24; 20%)  
piąte żołączy (15; 12,6%), mogące być uważane za postać zła-  
godzoną gruźlicy.

Jako środek leczniczy zalecam we wszystkich przypad-  
kach gradówki, bez względu na jej pochodzenie, następującą  
maść do pomazywania na noc powierzchni skórnej gradówki,  
lekko ją przytem wcierając:

|                      |       |
|----------------------|-------|
| Jodi puri . . .      | 0,20. |
| Kali jodati . . .    | 0,60. |
| Lanolini . . .       | 4,00. |
| Ol. Vaselini . . .   |       |
| Aq. destill. aa. . . | 0,80. |

Początkowo przepisywałem tę maść, bez wielkiej wiary  
w jej skuteczność, chorym, którzy nie zgadzali się na operację.  
Wkrótce jednak przekonałem się, że pod jej wpływem gra-  
dówka w wielu przypadkach znika w zupełności. Wskutek  
tego obecnie w każdym przypadku stosuję z zasady najprzód  
maść, a dopiero przy jej nieskuteczności uciekam się do wy-  
łuszczenia gradówki.

Jak wyżej wymieniłem, miałem w ciągu ostatnich pięciu  
lat 119 chorych z gradówką<sup>1)</sup>; z pomiędzy nich trzech nie chciało  
czekać na skutek leczenia, lecz wołało natychmiast poddać się

---

<sup>1)</sup> Na ogólną liczbę ośmiu tysięcy chorych ocznych.

operacyi, która też została dokonana. Pozostałych 116 leczycie się wymienioną maścią. Oddzielam od nich 27, przedstawiających gradówkę w okresie początkowym, w którym, jak wiadomo, cierpienie to ustępuje dość często samodzielnie bez żadnego leczenia; lubo znikło ono w tych przypadkach przy stosowaniu maści, możemy mieć wątpliwość, czy stało się to wskutek maści, czy niezależnie od niej. Pozostaje tedy 89 chorych, u których gradówka różnej wielkości istniała nie mniej jak 6 tygodni wedle słów chorych, a prawdopodobnie dłużej, bo chorzy zwykle przeocząją początek cierpienia. W przypadkach tych gradówka nie przedstawiała żadnych objawów zapalnych, ani bolesności, i przestała powiększać się. Z wymienionych 89 chorych było 15 mających po 2 gradówki, 6 po 3 i jeden 5 gradówek.

Wynik leczenia maścią jodową był następujący: U 5 chorych gradówka zniknęła w ciągu 2 tygodni; u 9 (z których 3 miało po 2 gradówki) w ciągu 15—30 dni; u 26 (z których 4 miało po 2, a 2 po 3 gradówki, jeden z tych ostatnich zmarł później na gruźlicę) w ciągu 31—60 dni; 15 chorych (z których 2 z 2 gradówkami, a 1 z 3), przeważnie przyjezdnych, straciłem z oczu, skutek przeto leczenia pozostał dla mnie nieznanym. U 25 chorych (z których 3 z 2 gradówkami [z nich jeden zmarł później na gruźlicę], a 1 z 3) cierpienie nie ustąpiło mimo stosowania maści przez trzy miesiące, wskutek czego została dokonana operacya.

U 2 chorych, przedstawiających po 3 gradówki, od maści w 15—40 dni znikły dwie, a jedna u obu musiała być wyłuszczone; u 3 chorych, mających po 2 gradówki, ustąpiła od maści jedna w 18 dni u jednego, w 27 u drugiego, w 35 u trzeciego, druga u trzech była operowana.

Jeden chory miał 5 gradówek jednocześnie, po dwie na każdej z górnych powiek i jedną na dolnej lewej. Pod wpływem maści znikły trzy, dwie zaś (jedna na górnej prawej powiece, druga na górnej lewej) zostały wyłuszczone.

Było 3 chorych, którzy cierpieli na gradówkę kilkakrotnie w różnych odstępach czasu; jeden z nich 3 razy, dwóch po

2 razy. Pierwszy dwa pierwsze razy został uleczony maścią, stosowaną w ciągu 2 i 3 tygodni, za trzecim razem musiał być operowanym; z dwóch drugich jeden dwukrotnie pozbył się cierpienia przy pomocy maści w ciągu 4 i 3 tygodni, drugi pierwszym razem został uleczony po 4 tygodniach, za drugim razem był operowanym.

Po wyłączeniu 15 chorych z nieznanym wynikiem leczenia, pozostaje nam 74, z których u 41, t. j. w 55,4%, maść była dostateczną do usunięcia gradówki; do liczby operowanych (33) wliczyłem tych także, którym przy kilku gradówkach choć jedna została wyłuszczone. Dokładniejsze przeto obliczenie otrzymamy, jeżeli zestawimy nie chorych, lecz oddzielne gradówki. U wymienionych 74 chorych było 103 gradówek; z nich ustąpiło pod wpływem maści 65, operowanych było 38.

Stosunek pierwszych do liczby ogólnej wynosi nieco więcej, niż 63%.

Maść jodowa działa na gradówkę niezależnie od ilości i jakości przyczyn, które przypuszczalnie spowodowały cierpienie, i niezależnie od liczby gradówek, jednocześnie istniejących, podobnie jak liczba gradówek u jednego chorego nie jest w żadnym stosunku do tych przyczyn wywołujących.

Działalność maści polega na jodzie; maść, zawierająca tylko jodek potasu, pozostawała u mnie bez skutku.

Przy gradówce, a także po jej usunięciu, czy to przy pomocy maści, czy operacyjnem, stosowałem w odpowiednich przypadkach leczenie nieżyłu spojówki i zapalenia brzegu powiekowego; przy zwężeniu przewodu łzowego sondowanie, przy niemiarowości oka odpowiednie szkło, wszystko to, aby zapobiedz pojawianiu się gradówek w przyszłości. Przy istnieniu gruźlicy i zołzów zalecano odpowiednie leczenie ogólne.

Maść jodowa nie wywołuje bólu, który może powstawać przy wstrzykiwaniach jodoformu eterowego, nie robi na chorych wrażenia operacji, jak wstrzykiwania i może być stosowaną bez pomocy lekarza, co ma znaczenie szczególnie dla chorych przyjezdnych.

Czy maści tej używają gdziekolwiek przeciw gradówce i z jakim skutkiem, nie wiem, i nie przypominam sobie, abym gdzie czytał o zastosowywaniu jej w tem cierpieniu.

## 2. Jeszcze słowo o syfilitycznym zapaleniu rogówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

W pierwszych zeszytach »Postępu« z b. r.<sup>1)</sup> mówiłem o rzadkich postaciach zapalenia rogówkowego, występujących na podstawie kiły wrodzonej. Dziś przychodzi mi zwrócić uwagę czytelnika na przypadek, przemawiający za tem, że postać przeze mnie nazwana keratitis nodosa syphilitica może także i u dorosłych na podstawie kiły nabytej powstać.

Przypadek ten jest tem ciekawszy, że zapalenie, występujące w klinicznej postaci pryszczykowego, przeszło, przy nie stosownem leczeniu, a raczej nieuwzględnieniu swoistej przyczyny, w niezwykłą postać mięszowego zapalenia, znikło zaś względnie szybko po leczeniu antisyfilitycznem.

Anna D., 50 l., przybyła do krakowskiej kliniki uniwers. w roku 1899 dnia 15 maja, podając, iż przed trzema laty zachorowała na oba oczy, leczyła się u bab wiejskich, które rozpoznały »psie oczy« i »wywierały«, ale bez skutku. Od czasu do czasu miewała bóle w oczach, w czole i głowie; od 10 zaś tygodni nie lewem okiem nie widzi. Przyznaje się, że przed 10 laty przebywała lues; w jakiej postaci i czy w chwili przedstawienia się chorej były jakie tejsze ślady, nie w protokołowej książce nie zapisano.

Rozpoznanie brzmiało wtenczas: *Synechiae circulares posteriores oc. dex. Seclasio pupillae et glaucoma consecutivum oc. sin. post iritidem syphiliticam*. Wzrok wynosił na pr. o.  $\frac{5}{15}$  Em.

<sup>1)</sup> Zob. zeszyty: styczniowy, lutowy i marcowy z 1900 r.

Na l. o. było tylko poczucie światła. Tpr. norm. Lo. + 2. — Dnia 16/V wykonano na pr. o., a dnia 3/VI na lewem irydektomię górą. U lewego oka był krwotok dość znaczny, a napięcie, lubo zmalało, zawsze jeszcze pozostało podwyższonem. Zamierzono wprawdzie powtórnie wykonać operację, ale chora na nią się nie zgodziła. — Przed wypuszczeniem chorej 9/VI wzrok wynosił: pr. o. = palce 5 mt., l. o. = 2,5 mt. Zapisano w książce protokołowej, że u pr. o. tarcz była przekrwioną, ale ciało szkliste czyste; dlaczego wzrok tak niski, z opisu trudno wywnioskować. U l. o. można było granice tarczy rozeznać, T. zawsze + 1. Wypuszczając chorą do domu, przepisano KJ i pilokarpinę do oka lewego.

Dnia 6/XII 1897 przybyła chora po raz drugi do kliniki, gdzie wpisano rozpoznanie: *Conjunctivitis trachomatosu stad. II et III, hypertrophia tarsi, coloboma iridis artif. oculi utriusque. Cataracta corticalis dextri, nucleocort. sin.* — Badanie wzroku wykazało: V. pr. o. = palce dwa metry. L. o. = il. św., lokalizacya od dołu niepewna. Chora zeznała wtenczas, że po operacyach, wykonanych przed 10 laty, widziała dobrze aż do zeszłego roku. Przepisano chorej do domu skopol. z atrop. i zinc. et cupr. sulf.

Dnia 7 stycznia b. r. stawiała się chora z powodu zaostrzenia zapalenia ocz, od dwóch tygodni trwającego, prosząc o pomoc w klinice. Mając sposobność stan oka osobiście bliżej oznaczyć i przebieg choroby szczegółowo śledzić, pozwałam sobie niezwykle przypadek ogłosić. W opisie podam tylko najważniejsze, przedmiotu dotyczące okoliczności, uzupełniając anamnezę tem, że chora miała mieć 9 dzieci, z których 5 straciła w różnym wieku; nadto przechodziła kilka poronień. O przyczynach śmierci dzieci i powodach do poronień bliższych szczegółów przy słabej inteligencyi chorej zasięgnąć nie mogłem.

Na spojówkach powiekowych w obu oczach znaczą się blizny i pozostałe jeszcze jagielki, tu i owdzie zaś dość wybitny przerost ciała brodawkowego.

Prawe oko: spojówka gałki silnie przekrwiona, nieco nabrzmiała. W pobliżu rąbka dołem zewnątrz szereg nalołów



żółtych, ściśle ograniczonych, nad powierzchnię rogówki dość silnie wystających, wielkości łebka od szpilki. Prócz tego zaćmienie znacznie mniej ściśle, stalowo szare, ograniczone ku dołowi linią półkolistą, sięgającą prawie do środka rogówki. Zaćmienie zdaje się leżeć w tylnych warstwach. Przednia komórka głęboka, źrenica wąska dosyć nieruchoma wskutek tylnych przyczepów, w tęczówce coloboma sztuczne górą, a soczewka zupełnie zaćmiona.

Stan spojówki lewego oka ten sam, co i prawego. Rogówka lekko przedstawia zmętnienie. Źrenica wąska zasłonięta częściowo wysiękową błonką łączy się z dość regularną górną szparą tęczówki, zresztą tęczówka w kilku miejscach przedstawia stan zanikowy, tak, że przez nią przebijają soczewka zupełnie zaćmiona. Chora skarżyła się na ciśnienie, ból i łzawienie w prawem zupełnie ślepe oku. Tyle co do ocz.

Błona śluzowa nosa przedstawiała przewlekły nieżyt, a przy nozdrzach wyprysk pozornie skrofuliczny.

Cierpienie, dla którego chora zgłosiła się, miało znamię *keratitis punctata anterior* u osoby, która przeszła jaglicę. Po lecono stosowanie maści kseroformowej, atropiny, ciepłych okładów, zrobiono wyciśnięcie pozostałych jaglic, przestrzykiwano nos lysolem, zasypywano proszkiem boro-taninowym. Gdy sprawa rogówkowa nie się nie zmieniała, gdy nacieki owe swą barwę żółtą i wygląd zachowywały, przypaliłem znacznie-sze galwanokauterem. Ale i ten rękoczyn stanu zapalnego rogówki nie zmienił, gdyż pod strupem pozostała jeszcze warstwa słoninkowata.

Wobec tej uporczywości, a więcej jeszcze wobec niezwykłego wyglądu owych nalotów, poddałem chorą bardzo ściślemu badaniu przez lupę przy ogniskowem oświetleniu i znalazłem przytem, co następuje: Górna część rogówki prążkowano zmętniona. Zmętnienie to ciągnie się od górnego brzegu aż poza środek linią półkolistą, górna część znowu tego zmętnienia pokryta jest dość gęstemi, lecz powierzchownemi naczyniami.

Przy odpowiedniem nastawieniu ogniskowego oświetlenia można było rozpoznać głębokie naczynia pędzelkowate, ciągnące

się poza powierzchownymi naczyniami aż do owego miejsca, gdzie prążkowane zaćmienie rogówki się kończy. Najgłębszej znajdują się owe naczynia po stronie zewnętrznej, gdzie nawet udaje się rozpoznać warstwę tych pędzelkowatych naczyń głęboką czyli tylną i przednią, ale zawsze głębszą od naczyń powierzchownych, t. j. pannusowych. Te głębokie naczynia skierowane być się zdawały do owych nalotów żółtych.

Oczywiście obraz kliniczny bardzo był zatarty już to przez sprawę jaglicową, już to przez galwanokaustykę nalotów, tyle jednak był znamionym, tyle odrębnym od zwykłego zapalenia skrofulicznego czy też jaglicowego, iż skłaniał do przypuszczenia swoistego zajęcia syfilitycznego. Przypomniałem sobie owe syfilityczne zapalenia guzeczkowe, jakie dotychczas tylko u dzieci syfilitycznych spotykałem, a z drugiej strony owo prążkowane głębokie zaćmienie przemawiało znowu za zapaleniem miąższowym, zasłoniętem przez pannus. Wobec anamnezy, a nie mniej wobec uporczywości nie tylko sprawy ocznej, ale także i wyprysku nosowego, skłaniałem się do przyjęcia podstawy syfilitycznej i poddałem chorą stosownemu leczeniu, mianowicie zastrzykiwaniu w pośladki dwujodku rtęci, rozpuszczonego w oliwie. Już po pierwszym zastrzyknięciu, zastosowaniem 5 lutego, oko lepszy przedstawiało wygląd; polepszenie też w miarę dalszych zastrzykiwań postępowało, a z tem i wyprysk nosa znikał.

Po dziesięciu zastrzyknięciach stan zapalny oka prawego zupełnie ustąpił. Owe żółte naloty, o ile poddane były galwanopunkturze, pozostawiły blizny, inne znikły bez śladu, także owo prążkowane zaćmienie rogówki ustąpiło, tylko naczynia głębokie świadczyły o sprawie zapalnej, w miąższu rogówkowym przebytej.

Wzrok oczywiście wobec rozwiniętej już zaćmy nie poprawił się, ale poczucie światła, które na lewym oku było niepewne, z wadliwą lokalizacją, i tu o tyle się poprawiło, że chora i słabe światło dobrze tem okiem mogła rozpoznawać. Z tego możnaby wnioskować, iż oprócz sprawy rogówkowej i owa jaskra miała podstawę syfilityczną. A że syfilis do jaskry

wskutek zmian w naczyniach ocznych usposabia, o tem miałem niejednokrotnie sposobność przekonać się. Odnosny znamieny przypadek przytoczyłem na międzynarodowym zjeździe okulistów w Heidelbergu r. 1888 <sup>1)</sup>.

Wkońcu dodaję, że na zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Dysseldorlie w roku 1898 Peters omówił trzy przypadki kilakowego zapalenia rogówki. W jednym przypadku zachodziły liczne drobne ogniska, w dwóch innych przyszło do pojedynczych większych wytworów w rodzaju guzów rogówkowych <sup>2)</sup>.

---

## II. NOWE PRZYRZĄDY.

### **Przyrząd, służący do aseptycznego przechowywania nici.**

Dr Albert Pflugk, okulista z Drezna, opisuje przyrząd swego pomysłu, za pomocą którego można z łatwością wyjąławić i w jałowym stanie aż do chwili użycia wygodnie przechować jedwabne nici wraz z igielkami. Przyrząd ten składa się z mocnego, mosiężnego, niklowanego drutu, zgiętego w regularny czworobok, którego jeden bok ma mniej więcej 25 cm długości. Dwa przeciwległe boki opatrzone są metalowemi listewkami, w których znajdują się szparowane wcięcia w liczbie 15stu na każdej. We wręby te weiska się końce nitki jedwabiu, pociętych na równe, przeszło 25 cm długie kawałki. W ten sposób nitki te lekko napięte ułożone są w porządku, jak struny arfy lub cytry. Każda może być zaopatrzona nawleczoną już igielką. Tak urządzone ranki wraz z rozpiętymi na nich nitkami wkłada się, chwytając przyrząd za małą metalową rączkę, do wrzącego roztworu sody, po wygotowaniu zaś

---

<sup>1)</sup> Siebenter period. Internat. Ophthalm. Congress. Wiesbaden. I. F. Bayern, p. 284.

<sup>2)</sup> Verhandl. der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte. 70. Versammlung zu S. Duesseldorf. 1898. II. Heefte, p. 268.

przenosi do naczynia wypełnionego wyjałowionym rozezynem soli lub boru. Bezpośrednio przed użyciem chwytła się igiełkę imadłem, nie dotykając nitki palcami, a nitkę nożyczkami odcina się od wrębów, w które końce jej są wetknięte. Taki sposób przygotowywania ma tę zaletę, że po wyjałowieniu aż do chwili użycia zagrożone są one w jałowym płynie, a nadto, że nitki nie zwijają się i nie płączą się ze sobą.

K. W. M.

### III. STRESZCZENIA.

*Badanie wzziernikiem i przeświecanie; część przednia dna oka.* (Moyens d'explorer par l'ophtalmoscopie et par translucidité. La partie antérieure du fond oculaire, le cercle ciliaire y compris). Trantas. («Archives d'Ophtalmol.» Czerwiec. 1900).

Wiadomem jest, że wzziernikiem nie można oświetlić bliższych części dna oka, niż w odległości 7,5 mm. u hyperopów, a 10 mm. u myopów od brzegu rogówki, tak, że okolica c. rzęskowego w zwykłych warunkach jest niewidzialną. Tr. rozszerza silnie źrenicę, i w znieczuleniu kokainowem uciska okolicę ciała rzęskowego palcem, a, zbliżając ją w ten sposób do osi gałki, znajduje możność badania i tych części oka. Obraz jest ten sam, jaki się znajduje w przypadkach iryderemii wrodzonej. Nawet oświetleniem ogniskowem, patrząc skośnie w źrenicę, można części te widzieć. Że widziane w ten sposób części są rzeczywiście c. rzęskowem, przekonać się można, wbijając w c. rzęskowe szpilkę, albo zdrapując jakim narzędziem barwik z c. rzęskowego. Drugi sposób badania tych okolic polega na przeświecaniu. Jeśli ustawimy silne światło, a jeszcze lepiej, jeśli światło, padające z boku gałki, ześrodkowujemy silną (+ 30) soczewką na źrenicy, to po przeciwnej stronie utworzy się na twardówce przez przeświecanie obrazek, poruszający się w kierunku odwrotnym niż źródło światła; obrazek ten w okolicy, odległej na 7 mm. od rogówki, ginie, ale jeśli ucisniemy c. rzęskowe palcem, to jeszcze można przeświecać części dna, leżące zaledwie na 4 mm. od rogówki. Katarakta nie przeszkadza temu badaniu. Używając tej metody, Tr. był w stanie, obok odczuwania urazowego siatkówki, widzieć i oderwanie c. rzęskowego; w tym razie obrazek był nader jasny; twardówka doskonale przeświecała; gdy c. rzęskowe jest prawidłowe, obrazek, choć widzialny, dużo traci w tej okolicy

nałężenia świetlnego, jest ciemniejszy. Jeśli przy obecności katarakty te okolice źle przeświecają albo też wcale nie, to świadczy to o jakimś powikłaniu na dnie oka. Wynaczynionki podspojówkowe nie przeszkadzają temu badaniu.

(Szczegółów należy poszukać w oryginale).

Dr Brudzewski.

*Badania doświadczalne nad wpływem bocznego olśnienia na nasionową bystrość wzroku.* (Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss seitlicher Blendung auf die centrale Sehschärfe). Dr R. Depène z Wrocławia. («Klinische Monatsbl.» 1900. V i VI).

Znanem jest zjawisko, że odległe przedmioty, znajdujące się w tej stronie widnokregu, gdzie w danej chwili słońce nisko świeci, a zatem na wschodzie w rannej, lub na zachodzie w popołudniowej porze, widziane są w zarysach zatartych i bez porównania gorzej, aniżeli przedmioty po przeciwnej stronie widnokregu. Zupełnie podobnie — przedmiotów umieszczonych pod oknem, ponad oknem lub między oknami nie widzimy dość dokładnie, patrząc na nie z głębi pokoju, i dlatego ściana między oknami jest dla obrazów najniekorzystniejszą. Rysów twarzy osoby, odwróconej plecyma do okna, przez które wpada jaskrawe światło, nieraz rozpoznać nie jesteśmy w stanie, jakkolwiek bezwzględne oświetlenie twarzy jest zupełnie wystarczające. Znanem jest również każdemu, że, gdy o zmroku zaświecimy lampę w pokoju, natychmiast czarno się robi za oknem i przedmioty, przed chwilą wcale jeszcze dobrze widzialne, znikają dla oka zupełnie. Tu należy także fakt, że gwiazdy wśród dnia niedostrzegalne widzimy na niebie wyraźnie, patrząc na nie z dna studni lub z głębokiego dołu. —

Wszystkie te codzienne zjawiska znajdują wyjaśnienie w skodliwym działaniu olśniewającego światła na bystrość naszego wzroku. Dr Depène, zachęcony przez prof. Uhlhoffa, który już w roku 1885 rozpoczął badania nad wpływem olśnienia na bystrość wzroku, wykonał szereg nowych doświadczeń, starając się im nadać możliwie największą ścisłość naukową. W tym celu posługiwał się autor następującym urządzeniem: W ciemnym pokoju ustawiony był stół, przy którym zasiadał badany, kładąc brodę na odpowiedniej podporce. Na wprost badanego leży deseczka, opatrzona centymetrową podziałką, po której można przesuwać tarczę z wydrukowanymi na obwodzie liczbami różnej wielkości. W okienku tej tarczy, odpowiednio oświetlonem, można badanemu pokazywać coraz to inne liczby i w ten sposób oznaczyć jego bystrość wzroku. Równocześnie na oko badane skierowany jest wąski promień światła, wychodzący

przez mały otwór w nieprzeźroczystym czarnym płaszczu metalowym naftowej lampy. Snop ten światła, którego natężenie możemy dowoli zmieniać, zbliżając lub oddalając lampę, ma za zadanie wywoływać olśnienie badanego oka. Równocześnie odczytujemy wprost na stole również dowolnie zmienną wielkość kąta, pod jakim światło to wpada do oka.

Doświadczenia urządzał autor w ten sposób, że badał bystrość wzroku u siebie, u prof. Uhthoffa i u kilku słuchaczy medycyny przy niezmiennem oświetleniu tarczy z liczbami, zmieniając tylko natężenie i kąt padania promienia »olśniewającego«. Następnie badał wpływ olśnienia przy różnych stopniach oświetlenia tarczy, służącej do badania bystrości wzroku. Dzięki cienkości promienia »olśniewającego« mógł autor oświetlić nim dowolnie albo pewną okolicę samej tylko twardówki, albo też wpuścić światło do oka przez źrenicę. —

Oto ostateczne wnioski, do jakich *Dr Depène* upoważniają jego doświadczenia:

1. Boczne olśnienie sprawia pewną, co prawda nieznaczną, poprawę naosiowej bystrości wzroku, jeżeli oświetlenie przedmiotów jest dobre. Przyczyną tej poprawy wzroku jest zwięźlenie źrenicy, spowodowane olśnieniem, skierowanym czy to do samej źrenicy, czy też tylko na twardówkę.

2. Boczne olśnienie sprawia upośledzenie naosiowej bystrości wzroku przy słabem oświetleniu przedmiotów oglądanych. Przyczyną tego obniżenia bystrości wzroku leży w upośledzeniu zdolności adaptacyjnej siatkówki olśnionego oka.

Obniżenie wzroku jest tem znaczniejsze:

- a. Im słabsze jest oświetlenie przedmiotu.
- b. Im mniejszy jest kąt olśnienia (*Blendungswinkel*).
- c. Im większe jest natężenie promienia »olśniewającego«.
- d. Im rozleglejsza część siatkówki doznaje olśnienia.

Na zakończenie dodać należy, że już przed *Depènem Urbantschitsch* i *Schmidt-Rimpler* zwrócili byli uwagę na występujące w pewnych warunkach zaostrenie wzroku przy bocznein olśnieniu, ale dopiero w pracy, której treść podajemy, znajdujemy zadawalniające wyjaśnienie tego zjawiska.

*Dr K. W. Majewski.*

*Poszukiwania anatomo-patologiczne nad drogami łzowymi u dorosłego i u noworodków.* (*Recherches sur l'anatomie et la pathologie des voies lacrymales chez l'adulte et le nouveau-né.*) *Rochon-Duvigneaud.* (*Archiv. d'Ophthalmol.* Maj. 1900).

Praca niniejsza, wykonana na podstawie licznych przekrojów mikroskopowych odwapnionych czaszek, jest nader zajmującą i ilu-

strowaną jest licznymi rysunkami topograficznymi, bardzo instruktywnymi, a treść jej daje się sprowadzić do następujących wyników:

Błona śluzowa woreczka i przewodu noso-łzowego podobną jest do błony śluzowej spojówki przez obecność przybłonka cylindrycznego i brak prawdziwych gruczołów. Posiada jednak obfitą ilość przybłonka kubkowego (caliceforme), umiejscowionego przeważnie w załamkach błony śluzowej. Prócz tego zachodzi się w tkance podśluzowej sieć limfatyczną również obfitą jak spojówka, tylko, że podśluzowa przewodów łzowych jest o wiele grubsza i zbita, niż spojówki, oraz o wiele obficiej unaczyniona. Przewód noso-łzowy pierwotnie nie ma połączenia z jamą nosową i jest w dole zamknięty aż do przodu. W przebiegu całego przewodu nie ma rzeczywistych przegród, tylko są silne zwężenia pierścieniowate, i to jest zjawiskiem dość częstym. W tych »przeponach« nieraz otwór jest tak mały, że lekki obrzęk błony śluzowej już go zamknać zdoła i w ten sposób przyczynić się może do niedrożności. Byłaby tutaj zatem przyczyna niedrożności wrodzona. Zwężenia te, częste u noworodka, rzadkie są u dorosłego. Ujście nosowe, chociaż u noworodka zamknięte, przecież rzadko przyczynia się do rozděcia woreczka łzowego — i to tylko tem tłómaczyć należy, że łuszczenie się przybłonka w drogach łzowych nie jest tak obfitem, iżby rozděcie powodować mogło. A chociaż także rozděcie nieraz u noworodka znajdujemy, jednak rzadko, to tego za daeryocystitis uważać nie należy. Dopiero po urodzeniu, gdy ruchy powiek wpędzą do worka łzowego wydzielinę spojówek wraz z zarodkami, które się do spojówki z otoczenia dostają, wtedy do mechanicznego rozděcia dołączyć się może zakażenie, a z niem zapalenie prawdziwe wraz z obecnością ropy. A że znowu z drugiej strony jednorażowe przesondowanie dróg łzowych usuwa sprawę zapalną, to dowodzi, jak sama sprawa zapalna zajmuje stanowisko drugorzędne, a nieoddzielną częścią obrzęku (tumeur lacrymale) jest alteracya przewodu. U dorosłego rzecz się ma odwrotnie — predyspozycya anatomiczna niknie i na plan pierwszy występuje zakażenie; a zwężenia, które znajdujemy, są pochodzenia zapalnego. W zapaleniach dróg łzowych należy rozróżnić 2 typy: 1. Zwężenie lub zamknięcie znajduje się gdzieś w środku drogi. Powyżej zwężenia droga cała jest rozszerzona, poniżej jest prawidłowa. 2. Przewód nosowy jest zupełnie zarośnięty od dołu i zamieniony w postronek włóknisty. Zamknięcie to jest wstępujące (obliteratio ascendens), przyczem tutaj towarzyszą znaczne zmiany na błonie śluzowej nosa, podczas gdy spojówka oka jest najzupełniej prawidłową. Otóż owe zmiany nosowe są przyczyną tej obliteracyi wstępującej. Typy te ustanawia R. na podstawie preparatów anatomicznych, tak swoich, jak i innych

autorów. W tym razie sondowanie musi zawieść i tutaj jedynem leczeniem byłoby wyluszczenie woreczka. Że w tych razach obliteracyi wstępującej nie ma rozdęcia woreczka, to tłumaczy w ten sposób, że zgrubienie ścian istnieje i w woreczku, i zgrubienie to stawia opór silny nagromadzającej się treści. Zejściem tej obliteracyi jest zupełne zamknięcie dróg łzowych odprowadzających. W zwężeniach pierwszego typu zapalenie ogranicza się tylko do miejsca zwężenia; błona śluzowa woreczka nie jest pierwotnie zajęta i podając się nagromadzonej treści, rozszerza się, nie będąc włóknisto zwyrodniałą.

R. chciałby zwrócić leczenie ku ujściu nosowemu i w tym celu resekuje część muszli, odcina załamek błony śluzowej nosa, zakrywającej otwór nosowy przewodu i, podając sposób tegoż zabiegu, radzi tą drogą przywracać drożność przewodu, oraz stosować środki lecznicze.

*Dr Brudzewski.*

*Przyczynek do nauki o torbielach tęczówki.* (Contribution à l'étude des kystes de l'iris). Lagrange («Arch. d'Ophthalmol.» Maj. 1900).

L. miał sposobność operowania 2 cyst tęczówki; jedną pochodzenia urazowego, drugą wrodzoną. Podając dokładnie historię przebiegu obu przypadków i ilustrując ją obrazkami makro- i mikroskopijnymi, dołącza L. opis histologiczny, przytaczając przytem liczne przypadki obcych autorów, albo tłumaczenie ich powstania. Cysty urazowe mogą być przybłonkowe lub śródbłonkowe, a uraz może być najmniejszy, nieraz mikroskopowy odcinek ciała obcego, zranienie tęczówki wśród punkcyi, irydektomia i t. d.

Co do cyst niewrodzonych, ale nieurazowych, to tłumaczy Schmidt-Rimpler ich powstanie zamknięciem się krypt, na powierzchni tęczówki się znajdujących, a dowodziłaby tego obecność śródbłonka na wewnętrznej ścianie cysty (Collins); tak samo twierdzi Ginsberg, że cysty nieurazowe polegają na zatrzymaniu limfy, są zatem retencyjnymi torbielami.

Rozwodząc się szerzej nad histologią cyst, pragnie L. wprowadzić dla torbieli nomenklaturę na podstawie histologicznej, to jest dzielić je na epi- i mezoblastyczne. Epiblastyczne cysty są te, które powstają wskutek urazowego wgłobienia przybłonka do komórki przedniej, albo wrodzonego wpuklenia ektodermu. Mezoblastycznemi pragnie nazwać te, których ściany wewnętrzne wysłane są śródbłonkiem i wytworzone są wyłącznie z elementów mezoblastu, bez względu na etyologię kliniczną.

*Dr Brudzewski.*



*Krwawa cysta ciała rzęskowego ze samoistnem wyleczeniem.* (Haemorrhagische Cyste des Corpus ciliare mit Ausgang in spontane Heilung). Fritz Mayer. (»Muenchener Med. Wochenschrift«. 1899. Nr. 26 i 27).

W r. 1895 przedstawił się w klinice erlangskiej 14letni chłopiec, któremu przed 8 laty odcięto wypadniętą przez ranę rogówko-twardówkową łęczówkę, poczem brzegi szpary przylegały do nosowej granicy rogówko-twardówkowej, w której uwidoczniła się mała fissura. W źrenicy, przesuniętej na bok, widać było poza łęczówką guz przezroczysty, który soczewkę o jej oś pionową okręcił, a przy bocznem oświetleniu części nosowej przedstawiał się oświetlonym, jakoby lampion jaki. Stawiono rozpoznanie cysty ciała rzęskowego. Po czterech latach, t. j. w r. 1899, widać było w tem miejscu już tylko błonkę zwapnioną, którą obejmowały wyrostki ciała rzęskowego. Cysta ta więc, bez wywołania zaburzeń, w ostatnich czasach pękła. Przypadek ten służyć może na poparcie zapatrywania Eversbusha, który cysty takie wywodzi z krwotoków do tkanki.

III.

*Tłuszczaki podspojówkowe.* (Lipomes et dermolipomes sous-conjonctivaux). Lagrange. (»Archiv. d'Ophthalmol.« Czerwiec. 1900).

Przytaczając dość obfitą literaturę, miał L. sposobność operowania 3 przypadków, a poddawszy je badaniu drobnowidowemu, twierdzi, że obok dermolipoma może być i lipoma czyste podspojówkowe. To ostatnie jest rzadkiem bardzo, różni się od dermolipoma tem, że spojówka nie jest z guzem silnie zrosnięta, owszem da się ująć w załamek nad guzem, co u dermolipomów nie jest możliwem. Tam spojówka jest z guzem silnie połączona. Siedlisko jednych i drugich jest podobne od góry zewnątrz, między nasadą muscuł. rect. externi, a gruczołem łzowym. Etiologia jest także ta sama i lipoma, tak, jak i dermolipoma, nie powstaje z tłuszczu oczodołowego, i jest także guzem wrodzonym. W przypadku badanym przez L., mimo bardzo dokładnego badania, nie znaleziono w guzie śladu tworów skóry, tak, że guz wyjęty był zwykłym tłuszczakiem i dał się bardzo łatwo wyłuszczyć. Dr Brudzewski.

*Przypadek zgorzeli powiek i łaszczniki dyfterytu.* — Z ryciną. — (»Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.« Zeszyt majowy).

W ocznej klinice w Tubyndze spostrzegano rzadki przypadek zgorzeli powiek u 6tygodniowego zdrowego i ze zdrowych rodziców urodzonego dziecka. Już w pierwszych dniach po urodzeniu zauważono na dolnej powiece czerwoną plamkę, z której się utworzył po 14 dniach zgorzelinowy pryszczyk, poczem obrzęk powiek, obfite wydzielanie ropy z pryszczyka i wkońcu stwierdzono zgorzel noso-

wych części obu powiek, okolicy worka łzowego, mięska łzowego, zniszczenie spojówki do rąbka powiekowego i zmętnienie rogówki. Szerokość ubytku w powiekach, dochodzącego do okostnej, wynosiła 18 mm., długość (wysokość) 14 mm. Przy użyciu miejscowem jodoformu i wilgotnej opaski sprawa zaczęła się ograniczać i powierchnia ubytku zaczęła brodawkować. Skoro przy bakteriologicznem poszukiwaniu wykryto lasecznik dyfterytu i wstrzyknięto przeciwbłoniczą surowicę, wyzdrowienie poszło szybciej, poczem pozostały blizny w skórze i spojówce, nieznaczne ściągnięcie powiek i symblepharon.

Zdaniem autora przypuszczalnie przyczyną zgorzeli powiek było tu zakażenie prątkiem Loeffler'owskim, którego działanie najsilniejsze było w chwili przybycia chorego dziecka do kliniki.

Dr J. T.

*Bezszenność wskutek wad refrakcyi.* (L'insomnie due aux troubles de la réfraction). Trousseau. (\*Archiv. d'Ophthalmologie\*. Czerwiec. 1900).

T. opisuje 4 przypadki bezszenności, częścią u dzieci, częścią u młodych ludzi, z hyperopią, astygmatyzmem lub niedomogą konwergencyi, gdzie żadne środki lekarskie bezszenności nie usuwały, a dopiero noszenie okularów odpowiednich ustąpiło bóle głowy, stan nerwowy ogólny poprawiło, przyczem bezszenność znikła.

Dr Brudzewski.

*O zawrocie wzrokowym przy braku soczewki.* (Ueber aphakischen Gesichtsschwindel). Doc. Dr Klein-Baeringer. — (\*Wiener Med. Wochenschrift\*. Nr 24. 1900).

Każdemu biegłemu okuliście zdarzają się przypadki, że chorzy na jedno z powodu zaćmy operowani oko szkieł nie znoszą. Przyczyny są dość znane. Autor przytacza atoli przypadek bardzo rzadki, a może jedyny znany dotychczas, gdzie każdorazowe stosowanie szkła dla patrzenia w dal powodowało silny zawrót. Chora 60letnia z cukrzycą, operowana na jedno oko, przy każdym usiłowaniu patrzenia okiem operowanym doznawała silnego zawrotu. Przy dodaniu wypukłego szkła sferycznego + 10, bystrość wzroku wynosiła tylko  $\frac{6}{24}$  z powodu zaćmienia torebkowego. Później operowano i drugie oko, a rozcięciem torebki zgrubiałej poprawiono wzrok wpraw operowanego, ale i teraz chora absolutnie szkieł w dal nie znosiła, natychmiast opanowana przez zawrót. Ani przyzwyczajanie powolne, ani też zabarwienie obwodowych części szkieł wystąpienia zjawiska tego nie zmieniało; natomiast chora z chęcią posługiwała się szkłem do czytania + 18 bez tych ujemnych objawów, co zdaje się popierać zapatrywanie autora, że zawroty wy-

woływane były przy patrzeniu w dal polyopią, spowodowaną obwodowymi promieniami. Chora rzeczywiście skarżyła się, że widzi wiele zegarów, drzwi i t. d., przy czytaniu natomiast uwaga skierowaną jest tylko na obraz wywołany środkowymi promieniami i dlatego polyopii nie ma. Niewytlomaczoną rzeczą pozostanie atoli okoliczność, iż objaw ten tak rzadko występuje, a przynajmniej rzadko stwierdzonym został. Współzawodniczy niewątpliwie pewien stopień nerwowości, łatwo dającej się wytłomaczyć u osoby cukrzycowej. —

W..

*Ciężar wydobytych w torebce soczewek ludzkich.* (Das Gewicht der in geschlossener Kapsel extrahierten menschlichen Linse). Dr K. Grunert. (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. Juni. 1900).

Dotychczas nie znano ciężaru patologicznie zmienionej soczewki, wiadano bowiem tylko, że przez przyjęcie płynu objętość jej się zwiększa, a przez ubytek zmniejsza. Dlatego też autor podjął się dokładnego ważenia 28 wydobytych w torebce przy operacjach zaćm soczewek.

Uwidocznwszy w tablicy wiek, wzrok przed i po operacji, dokładny ciężar każdej bezpośrednio po wydobyciu soczewki, — dalej okres dojrzałości i powikłania, dochodzi do następujących wyników: Przeciętny wiek operowanych 65,5 l., przeciętny ciężar owych 28 soczewek 0,22 gr., t. j. znacznie niższy od prawidłowego, który według Vierordta 0,28—0,29 gr. Najmniej ważyły soczewki przejrzałe zmniejszone (0,093), najwięcej zwichnięte i zarazem zaćmiwające się (0,347). Przeciętny ciężar niepowikłanych dojrzałych = 0,215, niedojrzałych = 0,247. Wszystkich zaś dojrzałych = 0,218, niedojrzałych = 0,239, co dowodzi, że soczewka zaćmiwa się przez przyjęcie płynu (= zwiększeniu ciężaru), a skoro się zaćmi i komórka przednia przybierze prawidłową głębokość, następuje oddawanie płynu (= zmniejszeniu ciężaru). Co do refrakcyi, to u em. przeciętny ciężar = 0,221, u myop. = 0,236, u hypm. = 0,215.

Luniewski.

*Znaczenie blizn twardówki w operacji jaskry.* (Ueber die Rolle der Scleralnarben bei Glaucomoperationen). Andogsky et Selensky. (Knapp. »Arch. f. Augenheilk.« XL. 4. 1900).

Eksperymentalnie starają się A. i S. stwierdzić, czy blizny twardówki pooperacyjne są filtracyjnymi, czy nie. Robiono u królików irydektomie i sklerotomie, i w pewien czas po operacyi (1—145 dni) wstrzykiwano do oka jużto emulsyę tuszu, jużto sole żelazawe pod parciem 30 mm. rtęci odpowiednim przyrządem. Następnie zabijano zwierzęta i badano gałki mikroskopowo, jak zachowuje się

rana pooperacyjna pod względem filtracyi cieczy wodnej. Wyniki tej pracy są ciekawe i dadzą się krótko streścić, jeśli opuścimy komentarze teoryi istniejących o tym przedmiocie, oraz liczną literaturę. Blizny po sklero- lub irydektomii są rzeczywiście bliznami filtracyjnymi, ale tylko przemijająco: przez 8—14 dni po operacyi wykazać było można bardzo obfite ilości tuszu tak w samej bliźnie jak i w tkance pods spojówkowej około bliźny. Znacznie mniejsze ilości barwika znachodzono w 20—40 dni po operacyi; nie było wcale odczynników w bliźnie, gdy wstrzyknięcie tuszu wykonano w 40—145 dni po operacyi — wynikałoby z tego, że bliźna po operacyi (sklero- lub irydektomii) ma własności filtracyjne przemijające, które giną po upływie 4 tygodni. *Dr Brudzeński.*

*Przypadek mózgowego porażenia dziecięcego z porażeniem drugostronnego mięśnia odwodzącego.* (Ein Fall von cerebraler Kinderlaehmung mit wechselstaendiger Abducensparalyse). Dr Eduard Menz. (*Wiener Kl. Wochenschrift*«. Nr 19. 1900).

U 10letniej dziewczynki, która w wieku 6 miesięcy po kilkudniowej gorączce dostała porażenia prawej strony i zezu z lewej strony, porażenie znikło w znacznej części, zez jednakże pozostał. Autor znalazł u tego umysłowo dobrze rozwiniętego dziecka prawą hemiparę z kontrakturami i kurczami odpowiednich kończyn jako zwykły obraz porażenia połowicznego mózgowego, a nadto drugostronne porażenie mięśnia odwodzącego, wskutek czego zez zbliżył się wytworzył. Autor mniema, że porażenie to, niezależne od połowicznego porażenia, przemawia za ogniskiem w pons Varoli, — a wobec tego, że w tym przypadku zachowane były ruchy zespolone oczu obu na lewo, przypuszcza, opierając się na doświadczeniu Gowersa, iż jądro m. lewego odwodzącego nie doznało obrażenia. Jest ono połączone z wiązkami nerwu III dla rectus medialis drugiej strony, który w danym przypadku był sprawny.

Mimo pozornej niezależności przyjmuje autor jednolitość obrażenia, a przypadek ten, lubo niedoszły do autopsyi, czyni równorzędnym przypadkowi Wallenberga, w którym znaleziono ognisko w pniu mózgowym (Hirnstamm). *W.*

*Farmaceutyczne i chirurgiczne (wyciskanie) leczenie jaglicy.* Dr B. Demidowicz. (*Wojenno-medicinskij Żurnał*«. Maj. 1900).

Zdaniem autora doświadczenie, klinika i drobnowid (Rachlman) stwierdzają korzyści wyciskania ziarn przy jaglicy. Stosować je należy przy wyraźnej ziarnistości spojówki, przy elementarnych granulacyach Graefego — wyciskanie bezskuteczne.

Nie robi on go na jednym posiedzeniu, gdyż jest to sposób dość bolesny nawet przy użyciu 10% rozczywnu kokainy, powtarza jednak kilka razy, i to nie więcej, niż na 2 powiekach naraz, poczem pole operacyjne zmywa rozczywnem sublimatu (1:5000) za pomocą waty, obwiniełej na pałeczce. Takim sposobem leczył on 52 szeregowców, którym uskutecznił 202 razy wyciskanie i 15 razy wyskrobanie.

Stosując się do sposobu zapisywania jaglicowych chorych, używanego w wojsku mosk. woj. okręgu, wyprowadza ze swych spostrzeżeń takie porównawcze wyniki: W I. okresie jaglicy średnia liczba oględzin chorych, leczonych farmaceutycznymi środkami, była 74,3, leczonych mechanoterapią 13,5; w II. okresie pierwszych było 60,3, drugich 34,3; w III. okresie pierwszych było 78,0, drugich 72,0; w IV. okresie (blizny) pierwszych było 32,0, drugich 0. — W końcu swjej rozprawy kol. D. tak powiada: »Chociaż mechanoterapia nie rokuje nam wielkich nadziei przy leczeniu jaglicy, jednak nie można nie dać jej pierwszeństwa przed leczeniem farmaceutycznym, że znacznie skraca czas wyzdrowienia«. *Dr J. T.*

#### IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

**Sekcyja okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.** Posiedzenie I. w sobotę 21 lipca b. r. w sali wykładowej Kliniki okulistycznej.

Gospodarz sekcji: prof. Dr Wicherkiewicz. Sekretarz stały: Dr K. W. Majewski.

Początek posiedzenia o godzinie 4 po południu. — Członków obecnych 18.

Prof. Dr Wicherkiewicz, jako gospodarz, przemówił do obecnych temi słowy:

Szanowni Koledzy! Cieszę się, iż przypadł mi z urzędu zaszczyt powitania Panów, zgromadzonych do wspólnej pracy. Witając Panów, serdecznie wyrażam zarazem podziękowanie, żeście Panowie na nasze wezwanie stawili się raczyl.

Od czasu, kiedy w r. 1884 po raz pierwszy zawiązano dla zjazdu lekarzy i przyrodników polskich sekcję okulistyczną, która zresztą, mimo sceptycznych zapatrywań, głoszonych poprzednio, udała się najzupełniej i wykazała uprawnienie takiej sekcji, zbierają się po raz czwarty specjaliści polscy.

Skromną jest strawa duchowa, którą sobie przygotowaliśmy, ale mam nadzieję, że pobudzi ona rozprawy, które rozszerzą nasze

zadanie, pogłębią nasze wiadomości, a przedewszystkiem wskażą drogi, któremi nam kroczyć wypada, byśmy nie pozostali, pod względem naukowym, w tyle za innymi narodami.

Nauka, mówimy powszechnie, nie zna narodowościowych różnic, ona, przeciwnie, narody łączy.

To pewna — ale, jeżeli łączy narody, to tem bardziej łączyć powinna odpowiednie jednostki społeczeństwa, które powinny dla tej nauki porzucić osobiste niechęci, uprzedzenia, wynikające z braku poznania się, i niskie małostkowości, wstrzymujące od wspólnej pracy. Oby w tym duchu pracowała nasza sekcya, oby torowała drogę przyszłym.

Powracając myślą mimowolnie do naszego pierwszego zebrania w r. 1884, przywodzę sobie na pamięć ś. p. prof. Rydla, który wtenczas obok Szokalskiego, ze starszych, tak żywy w zjeździe brał udział, a który, gdyby nie śmierć nieubłagana, byłby dziś naszym gospodarzem. Ale zabrała nam śmierć, przerzedzając od owego czasu znacznie nasze szeregi, w najświeższym czasie młodego współpracownika ś. p. doc. Dra Sroczyńskiego, który czynny zapowiedział na nasz zjazd udział. Zechciejcie, Panowie, powstaniem uczcić pamięć nieodzwołanej pamięci Kolegów.

Proponuję na honorowych prezesów: Dra Talkę Józefa, prof. Macheka i Dra Kramsztyka. Na sekretarzy zaś: Dra Jarnatowskiego, Dra Bałtabana i Dra Cetnarowicza.

Obecni wnioski te przyjmują.

Na zaproszenie gospodarza obejmuje przewodnictwo Dr Józef Talko.

Przewodniczący wspomina o zmarłych koryfeuszach polskiej okulistyki: Szokalskim i Jodko-Narkiewiczu. Zebrani oddają im cześć przez powstanie z miejsc.

Dr Kramsztyk: *Walka z jaglicą, jako klęską społeczną.*

Wnioski:

1. Nie będziesz nazwy »jaglica« nadużywał.
2. Nie będziesz łamał życia niewinnym uczniom, dlatego tylko, że ci się w oczach jaglica przywidziała.
3. Nie będziesz leczył energicznie lekkich chorób spojówki, abyś nie niósł ludziom krzywdy zamiast dobrodziejstwa.
4. Szkoła powinna lekarzy wykształcić w ten sposób, aby posiadali wprawę w leczeniu chorób oczu, jak w innych dziedzinach. Potrzeba koniecznie udoskonalić praktyczne wykształcenie lekarzy, chociażby kosztem pewnych nauk teoretycznych, albo przedłużeniem studyów lekarskich. Wtedy dopiero chorzy będą mogli mieć wszędzie, zawsze należyłą poradę.

5. Oddziały szpitalne dla leczenia chorób oczu, które dziś tylko w stolicach istnieją, powinny być urządzone i w szpitalach prowincjonalnych. Lekarz oddziału będzie mógł w tej gałęzi wyćwiczyć się należycie, a chorzy nie będą zmuszeni tak często dla leczenia i operacji odbywać dalekich podróży.

6. Oddziały ruchome okulistyczne niosą pomoc niedostateczną, bo nierwąką, niedorażną, są zbyt kosztowne; nie odpowiadają dzisiejszym, przynajmniej w naszym kraju, warunkom.

7. Potrzeba niezbędnie urządzić — bardzo skromne — zakłady wiejskie dla chorych na jaglicę. Jest to sprawa dla nas prawie równie ważna, jak sprawa gruźlicy; a że dla krajów zachodniej Europy daleko mniejszą ma wagę, więc czekać na ich inicjatywę i przykład nie należy — sami rozpocząć musimy.

Dr Cetnarowicz: *Leczenie jaglicy.*

Wobec doniosłego społecznego znaczenia szerzenia się jaglicy jako klęski społecznej wśród biednej klasy ludności, wobec szkody, jaką ła klęska przynosi, a niedostateczności przedsięwziętych dotychczas środków walki z wrogiem, proponuję:

1. Przestrzeganie ścisłe czystości ciała wogóle, w szczególności rąk, twarzy, oczu.

2. Z chwilą stwierdzenia granulacji spojówki, postawienie chorego w możliwie dobre warunki higieniczne, więc dostarczenie mu dużo dobrego powietrza, usunięcie od szkodliwości, wynikających z jego zajęcia.

3. Staranne przemywanie pierwszym lepszym oczyszczającym płynem powiek, brzegu powiekowego, worka spojówkowego, dróg łzowych.

4. W przypadkach wiotkich łatwo krwawiących granulacji przy obfitej wydzielinie spojówki użycie roztworu saletrzanu srebra, wobec drobnoziarnistych twardych — siarczan miedzi.

5. Gdzie tylko można, stosować, jako jedyny zabieg operacyjny, wyciskanie ziarn za pomocą szczypczyków Knappa bez poprzednich skaryfikacji.

6. Obficie stosować zimne okłady i przemywania.

7. Łuszczeńka, prócz wyżej wymienionego leczenia spojówki powiekowej, nie wymaga innego leczenia.

8. O ile można, unikać nakładania opaski na oczy jaglicowe.

9. Nie stosować ciepłych rozgrzewających okładów.

10. Gdzie powyższy sposób leczenia przy istnieniu łuszczeńki i przy nieznacznej wydzielinie z worka spojówkowego zawodzi, można ostrożnie zastosować *jequirity*.

11. Ścisłe indywidualizować każdy przypadek, pamięć, iż zadaniem lekarza jest przede wszystkim oszczędzać bólu choremu.

12. Zachęcać lekarzy, praktykujących na prowincyi, do obznajmiania się z leczeniem jaglicy, bądź urządzając dla nich specjalne kursy okulistyczne, bądź delegując ich do czasowego przebywania na klinikach i w lecznicach okulistycznych.

13. Szerzyć wśród ludu wiadomości o jaglicy, obznajomić z jej następstwami za pośrednictwem szkoły, duchowieństwa i lekarzy.

14. Zachęcać i wskazywać konieczność zwracania się o poradę przy najłżejszych objawach cierpienia oczu.

15. Obowiązkowe systematyczne oględziny oczu w szkołach, ochronach, warszłatach i t. p. zakładach.

16. Zakładanie lecznic okulistycznych, oddziałów ocznych przy szpitalach, wysyłanie ruchomych oddziałów okulistycznych.

17. Zawiązanie międzynarodowego towarzystwa walki z jaglicą.

Referat Dra Steinhausa nie przyszedł do skutku z powodu nieobecności sprawozdawcy.

Wnioski według nadesłanego streszczenia brzmią:

1. Jaglicę uznać musimy jako chorobę pasożytniczą, jakkolwiek drobnoustroju swojego dla niej jeszcze nie wykazano.

2. Pomimo różnorodności przebiegu i objawów klinicznych, uważać należy jaglicę za odrębną jednostkę chorobową; różnice przejawów i przebiegu zależeć muszą od stopnia złośliwości zarazka, od wrażliwości gleby i od charakteru ewentualnie przyłączających się zakażeń wtórnych.

3. Jaglica jest zaraźliwa. Zarazek jej przenosi się bezpośrednio z wydzieliną.

4. Ani rasowej, ani osobistej bezwzględnej odporności nie ma.

5. Przypuszczony wpływ klimatycznych warunków niezem udowodnić się nie daje.

6. Dla zarażenia się potrzeba: a) sposobności, t. j. obecności chorego w otoczeniu i możności przeniesienia wydzieliny jego spojówki na swoją i b) odpowiedniej gleby, t. j. podrażnionej przez złe warunki higieniczne lub jakieś poprzednie cierpienia spojówki.

7. Pozornie przemawiające przeciwko swoistości jaglicy przypadki, w których otoczenie dotkniętego jaglicą, zarażając się od niego, dostaje nie jaglicy, lecz ropotoku, lub ostrego zakażenia zapalenia spojówki i t. p., dają się z łatwością objaśnić zakażeniami mieszanymi: z przeniesionych z wydzieliną kilku zarazków przyjmuje się na świeżej glebie n. p. jedna i ten nie musi być koniecznie zarazkiem jaglicy.

8. Ponieważ zaraźliwą jest tylko wydzielina chorej spojówki, zabezpieczyć się można od zarażenia przez usunięcie bezpośredniego zetknięcia z wydzieliną zarażonego (oddzielne ręczniki, chustki i t. p.). Brak środków i ciemnota najczęściej nie pozwalają na przeprowa-



dzenie tego, — stąd endemie jaglicy, od których choć w części uchronić może leczenie zarówno pierwszego zakażenia, jak wszystkich nawrotów w specjalnych zakładach.

Dr Dudziński: *Badania bakteriologiczne worka spojówkowego przy jaglicy.*

Autor zbadał 69 przypadków jaglicy, z tych 60 przewlekłych, a 9 ostrych. W przypadkach przewlekłych prawie zawsze daje się wykryć odmiana prątka z grupy kserozy o pewnych, dość stale występujących, własnościach morfologicznych. Prócz tego rzadziej spotykać się dawały i inne prątki, jak staphylokokki, aeroby, najczęściej *microc. candidans*.

W sprawach, przebiegających z obfitą wydzieliną lub zaostreniami, prócz poprzednich, zdarza się także *diplobac. Morax*, *mic. tetragenens*, oraz częściej trafiają się staphylokokki. W sprawach ostrych bardzo często, bo 7 razy na 9 przypadków, znaleziono prątki Koch-Wecksa, oraz znaleziono *mic. tetrag.*, a raz ostre objawy wystąpiły tylko przy obecności *diplob. Morax*.

Badanie zawartości follikułów dawało zawsze wynik ujemny. Jeżeli spotykano drobnoustroje, to zawsze pochodziły one z powierzchni spojówki.

Następnie autor porównywa wyniki swoje z wynikami Adarica i Gromakowskiego. Następnie rozpatruje w krótkich wyrazach znaczenie poszczególnych drobnoustrojów w przebiegu sprawy jaglicowej.

Odczyty Dra Noiszewskiego odpadły z powodu nieobecności prelegenta, streszczeń zaś tych zapowiedzianych odczytów podać nie możemy, gdyż nie zostały sekcji nadesłane.

Dr Koliński z Łodzi stawia wniosek, aby dyskusję odłożyć do najbliższego posiedzenia, z powodu, że obecni nie usłyszeli wywodów dwóch referentów, mianowicie Dra Steinhausa i Dra Noiszewskiego, którzy mogą jeszcze nadjechać i na następnym posiedzeniu referaty swe wygłosić.

Dr Bednarski życzy sobie natychmiastowej dyskusji.

Prof. Wicherkiewicz popiera ten ostatni wniosek, podnosząc, że dotychczasowi prelegenci dostarczyli już dosyć materiału do rozpraw.

Zebrani zgadzają się na podjęcie dyskusji.

Diskusya.

Dr Bednarski używał w przypadkach guzów na spojówce przy jaglicy przypalań suchem gorącym powietrzem z przyrządu Hollaendera z wynikiem dodatnim i sposób ten zaleca.

Prof. Wicherkiewicz: Nawiązując do pięknych, dopiero co wygłoszonych referatów, pozwolę sobie kilka z mej strony dołączyć uwag:

Co do opanowania endemii jaglicowych w internatach, to najważniejszą sprawą jest higiena ocz, odnosząca się do ręczników, miednic, czyszczenia lokali szkolnych, sypialni i t. d. Mowca przytacza odnośną endemię w zakładzie głuchoniemych w Poznaniu, trwającą lata, a obejmującą prawie wszystkie dzieci w liczbie przeszło 200. Dopiero ścisłe przeprowadzenie przepisów danych przez mowcę położyło koniec endemii.

Co do szczypców Knappa, to są one zupełnie zbędne: za pomocą paznokci, przy odpowiedniej wprawie, daleko oględniej wykonujemy operację konieczną. Szczypce te nie tylko drą i zdrową część spojówki, ale nadto łączą z użyciem niebezpieczeństwo zakażenia dla operatora, za czem dość liczne, znane mowcy, przypadki przemawiają.

Prelegent bardzo szeroko rozwodził się nad terapią od najdawniejszych czasów, a jednak pominął niejedyn szczegół, niejednego autora.

Nie zamierzam rozwodzić się nad terapią wogóle, chciałbym atoli zaznaczyć skuteczność jadu rzeżączkowego, polecanego, jak Panom wiadomo, przeciw jaglicy. Jest to środek heroiczny i pewno mało kto z nas zdecyduje się go używać, lubo działanie jest skuteczne, o czem miałem sposobność przekonać się przypadkowo. — Przez nieoględność służby 10 osób, dotkniętych ciężką postacią jaglicy z naczyniami na rogówce, dostało w przeciągu trzech dni zakażenia rzeżączkowego od dwóch osób, znajdujących się równocześnie podówczas w mej klinice dla ubogich w Poznaniu. Dzięki izolowaniu chorych i energicznemu osobistemu leczeniu dniem i nocą, udało mi się zapobiedz przykrym następstwom; tylko w jednym przypadku na jednym oku przyszło do wrzodu rogówkowego z perforacją. Sprawa zakończyła się atoli pokojowo z wytworzeniem zrostu przedniego. Natomiast jaglica w przeciągu kilkotygodniowego leczenia rzeżączki zupełnie znikła, gdy, według wszelkiego prawdopodobieństwa, byłaby do usunięcia wymagała co najmniej kilku miesięcy.

Wkońcu chciałbym jeszcze na jedną okoliczność zwrócić uwagę, dziwnym zbiegiem okoliczności albo wcale nieuwzględnianą, albo z niedostatecznym naciskiem.

Otóż zdarza się, że po wyleczeniu jaglicy i zmniejszeniu zmętnień rogówkowych chorzy nasi na jedno lub drugie oko nie widzą tyle, ileby wobec zmian rogówkowych widzieć powinni. Nie tylko wzrok naosiwoy ograniczony, ale także i pole dośrodkowo zwężone. Badając napięcie, przekonamy się, że mamy do czynienia

z podniesieniem mniej więcej znacznym, w każdym razie wyraźnym. Jest to więc jaskra zwyczajna przewlekła, która niespostrzeżenie wobec objawów rogówkowych przebiegała. Jeżeli w podobnych razach na tę ewentualność zważać będziemy, nie zaskoczy nas niespodzianka. Przyczyny podniesienia napięcia i jego następstw szukać trzeba, zdaniem mojem, w ścieśnieniu dróg odpływowych przez sprawę jaglicową sklerotyczną, toczącą się w otoczeniu rogówki (episcleritis). A zapobiedz możemy jedynie przez wczesną irydektomię lub też sklerotomię. Wreszcie podnoszę, że jaglica często ma podstawę skrofaliczną lub nawet syfilityczną, co przy leczeniu winno być uwzględnionem.

Dr Koliński: Różnica w wynikach statystycznych pochodzi stąd, iż jedni, jako unitaryści, wszelką nierówność na spojówce nazywają jaglicą, inni zaś są dualistami. K. jest unitarystą, na zasadzie długiego szeregu liezb konfrontacyi, uczynionych na chorych. Trachoma jest w związku z zakażeniem dwoinką Neissera, która widocznie z czasem traci swą energię, a nawet zewnętrzny wygląd. Najwięcej świeżych wypadków jaglicy spostrzegał w wieku od 16—40 lat życia, to jest w peryodzie największego napięcia czynności płciowych. Protargol okazuje się skutecznym w świeżych wypadkach tak jaglicy, jako też i blenorrhoa neonotorum.

Celtnarowicz jest zdania, iż w etyologii jaglicy gra rolę wiele bardzo czynników: już sama budowa anatomiczna spojówki jako tkanki gruczołowej sprzyja niemal fizyologicznej sprawie tworzenia się mieszków, a od tej do folliculosis i do jaglicy droga bardzo bliska. Wszak każde podrażnienie spojówki sprowadza rozszerzenie naczyń i przyływ krwi, stąd i zapalna sprawa i leukocytoza, tę zaś równie dobrze mojem zdaniem wywołać jest w stanie lasecznik Neissera, Weeks'a i Morax'a i wiele innych, szkodliwie na spojówkę działających wpływów. Nie znaleziono dotychczas, pomimo licznych poszukiwań, lasecznika jaglicy dla tej prostej przyczyny, iż go niema. Prócz przyczyn, działających bezpośrednio na spojówkę, istnieją i warunki konstytucyi organizmu, te grają, zdaniem wielu autorów, że wspomnę Panas'a, ważną rolę w powodowaniu jaglicy, więc serophulosis, tuberculosis i syphilis.

Są to więc czynniki różne i wielorakie, które mogą wywołać zmiany w spojówce, odpowiednio zaś do nich raz granulacje mogą być zaraźliwe, drugi raz nie.

Dr Bałłaban poleca przy ostrej jaglicy zmywania spojówek słabym roztworem sublimatu i trzy razy dziennie położenie worka z lodem. Przy silnym ropieniu 5% argentamine.

Przy przewlekłej formie wygniecenie jagieł, przy twardym zaś naciekku spojówki i znacznym przeroście brodawkowym wycięcie

spojówki z jagłami i następowe szwy. Przy powikłaniach ze strony rogówki to samo leczenie zamiast zimna stosuje ciepło. Przy zbliznowaceni i wyschnięciu spojówek mięsienie maściami przeciwzapalnymi.

Po zniknięciu ostrego stadyum przepisuje słaby rozczyń siarkanu miedzi, glicerynę i następowy okład z lodem. Rozczynu siarkanu miedzi i azotanu srebra nie stosuje z powodu silnego drażnienia. Dobry wynik daje mięsienie równemi częściami zwykłej oliwy z naftą. Kol. Bałłaban nie zgadza się z kol. Kolińskim i Cetnarowiczem i jest dualistą, a to dlatego, że pomimo iż postacie przejściowe pomiędzy Conj. follic. i jaglicą są bardzo często zbliżone do siebie, to anatomicznie rzecz biorąc, musimy zawsze uważać jagły jako nowotwory spojówki, podczas gdy ziarna przy folikularce są tylko hyperplazją istniejących fizyologicznie ziarn.

Prof. Wicherkiewicz:

Co do mnie, zaznaczyć muszę, że jestem zwolennikiem dualizmu, i to na podstawie nie tylko długoletniej praktyki, ale przede wszystkim badań szczegółowych, podjętych w szkołach, gdy wybuchła epidemia w Poznaniu w r. 1888. Otóż na 11 tysięcy dzieci znalazłem 25% prawdziwej jaglicy, inne przypadki były zapaleniem mieszkowem, które niem pozostało, gdy zapalenia papilarne często przechodziły w zapalenia jaglicowe, jak naodwrot jaglicowe kończyły się później papillarnemi.

We wszystkich przypadkach, gdzie rozpoznanie brzmiało conj. gran., później stwierdziłem blizny, gdy we folliculosis — bo tak nazywam stan samego tylko nabrzmienia wystąpienia mieszków, — lub po conj. follic., ślad nie pozostał.

Zapalenie mieszkowe ostre często bardzo podobnie do jaglicy ostrej występuje, przy dokładnem atoli obejrzeniu często nam się uda różniczkowanie, a ważna to sprawa nie tylko pod względem rokowania, ale także i leczenia. W razie jaglicowego zapalenia od razu wycierania silniejszymi środkami odkażającymi są wskazane, gdy conj. follicie. wymaga łagodnego leczenia.

Co do protargolu, to i ja uznaję jego skuteczność, ale nie tylko przeciw rzeżączce, lecz także i przeciw jaglicowemu zapaleniu, lubo nie przyznaję, aby obie postacie zapalenia miały być pokrewne. Wszakże po jaglicy zawsze blizny, po rzeżączce nigdy ich nie ma, jeżeli leczenie było odpowiednie.

Otóż właśnie leczenie nieraz obraz zaciera.

Co do arg. nitr., to nie podzielam zdania kol. Bałłabana i wyznaję, że jak już na posiedzeniu pierwszej sekcji okulistycznej polskiej w Poznaniu w r. 1884, tak też i dziś mógłbym oświadczyć, że nie chciałbym wykonywać praktycznie okulistyki bez tego środka.

Jeżeli szkody widzimy, to dlatego, że środka tego nie stosujemy należycie. Zaczynamy od słabszych; po silniejszych, gdy je chorzy znoszą, wypłukujemy po 10 minutach spojówkę, a będziemy w odpowiednich przypadkach bardzo zadowoleni ze skutku.

Protargol, tak samo i argentamina, powinny być świeże, bo rozkładając się, łatwo powodują podrażnienie, które czasami przedstawia się nawet w postaci pseudodoftleryi.

Dr Brudzewski zapytuje prof. Wicherkiewicza, czy w przypadkach jaskry, występującej w przebiegu jaglicy, nie było wyłączenia rogówki (keratektazji), spowodowanego długotrwałą łuszczką. Taka keratektazja byłaby dostatecznym usprawiedliwieniem podniesienia parcia śródocznego.

Prof. Wicherkiewicz: Często, lecz nie zawsze. Jaskra występuje wskutek zatkania przez zapalenie przytwardówkowe, towarzyszące jaglicy rogówkowej w postaci episcleritis, żył rzęskowych, ale także przestwór Fontany i kanał Schlemma wskutek niespostrzeżonej irido-cyclitis, kerato-iritis mogą doznać zwężenia, co oczywiście do jaskry się przyczynia.

Uchodzi to naszej baczności, gdy rogówka zakryta. Dlatego stawmy sobie zadanie, by zawsze w takich razach badać napięcie galki, a łatwiej unikniemy w czas następstw niemiłych.

Dr Koliński broni unitaryzmu, twierdząc, że zasada ta nigdy choremu szkody przynieść nie może. Bierze również w obronę szczypeczyki Knappa, które mi się chętnie posługuję i które mi dobre oddają usługi. Następnie gorąco zaleca wypalanie ziarnistości jaglicowych za pomocą galwanokautera, który u niego nie opuszcza nigdy ordynacyjnego stołu. Bliźny, które po galwanokaustyce występują, są nieznaczne i nie sprowadzają szkodliwych następstw. Nakoniec wypowiada zdanie w myśl zapatrywań unitarystów, że jaglica nieleczona ustępuje w cięższych przypadkach bez pozostawienia bliźn na spojówce.

Prof. Wicherkiewicz: Kol. Kolińskiemu odpowiem, że właśnie jaglica zawsze bliźny pozostawia, nawet, gdy nie jest leczona, to jest, gdy nastąpiło samowyleczenie, jak się tyłokrotnie miałem sposobność przekonać, badając osoby towarzyszące chorym, osoby, które wypierały się, by kiedykolwiek chorowały, a u których ślady przebytego zapalenia jaglicowego pozostawały.

I ja stosuję galwanokaustykę, ale nie wspominałem o tem, gdyż nie wyczerpujemy tutaj tematu leczenia.

Dr Talko: Jaglica jest ciężką plagą, trapiącą ludzkość. Jeśli spojrzemy na rozpowszechnienie się jej geograficzne wśród krajów Europy, to niewiele znajdziemy okolic wolnych od tej plagi, natomiast nasze ziemie, jak Galicya i Królestwo, prócz tego znaczna

część Rosyi bardzo ciężko pod tym względem są nawiedzone. Ruchome oddziały okulistyczne, jakkolwiek oddają niezaprzeczone usługi tam, gdzie chodzi o jednorazową pomoc, lub o operacye tak efektywne, jak n. p. operacya katarakty, to jednak nie są w stanie sprostać swemu zadaniu i okazują się wprost, jako nie odpowiadające celowi tam, gdzie chodzi o zwalczanie chorób tak przewlekłych i tak długiego wymagających leczenia, jak jaglica. W leczeniu jaglicy uznaje ważność mechanicznych sposobów usuwania ziarnistości, które w każdym wypadku skłonny jest uważać za jaglicowe, należąc razem z Drem Kolińskim i Drem Cetnarowiczem do obozu unitarystów. Do wygnięcia używa zamiast szczypek Knappa zgrabniejszych i wygodniejszych szczypek Donberga, niedawno zabitego profesora okulistyki w Petersburgu.

Dr Kramsztyk stawia wniosek o zamknięcie posiedzenia ze względu na zmęczenie uczestników, żąda jednak, aby następne posiedzenie rozpoczęło podjęciem w dalszym ciągu rozpraw nad tyle ważną sprawą zwalczania jaglicy.

Wniosek przyjęło.

Konice posiedzenia o godz. 6:15.

## V. LECZNICTWO.

23. Działanie validolu przeciw mroczkom lśniącym (*scotoma scintillans*). Na podstawie dodatnich wyników, osiągniętych przez stosowanie validolu w 5 przypadkach mroczków lśniących, zachęca Neustätter do dalszych doświadczeń nad działaniem tego środka. Validol ma według niego równie dobrze działać przeciw mroczkom, jak i przeciw towarzyszącym bólom głowy. Validol jest połączeniem kwasu kozłkowego z montolem. Przedstawia się jako ciecz oleista, o woni otorycznej, a podany na cukrze, odznacza się przyjemnym, orzeźwiającym smakiem.

Środek ten, zresztą zupełnie nieszkodliwy, podaje się w ilości 15—20 kropli na mialkim cukrze.

„Ophthalmologisches Klinik“. 1900. Nr. 12).

Schayer.

24. Wyprysk powiek przy silnym niezycio spojówkowym i zapaleniu brzegu powiekowego leczy U n n a opaską z muślinu cyukiechtyolowego albo też muślinem, posmarowanym maścią z cynku i tlenku rtęci. Muślin taki pokrywa się odpowiednim wacikiem, umaczanym w płynie, stosownie do cierpienia, n. p. w wodzie borowej, ołowiowej, rumiankowej, kniunkowej i przytwierdza stosowną opaską.

„Monatshefte f. Dermatologie“. T. XXIX. Nr 1.

25. *Larginę* stosuje Almkvist z dobrym skutkiem przy rzo-  
żączce dzieci i dorosłych. 4—5 razy dziennie pędzkuje po oczyszczeniu  
spojówkę 2% roztworem. Skutek miał być w świeżych przypadkach  
dobry, mniej chwali go autor, gdy przyszło do wrzodów rogówkowych,  
albo gdy *larginę* już dłuższy czas, choćby w ciemnym nawet miejscu,  
była przechowywana. Pod tym względem i ten środek dzieli tę samą  
własność z protargolem i argentiną, o której w przeszłym zeszytzie  
„Postępu“ mówiliśmy. W.

## VI. ROZMAIŃCOCI.

Nagminne zapalenie spojówki, wywołane zakażeniem w kąpielach.  
W jednym z ostatnich zeszytów „Berliner Klin. Wochenschrift“ czyni  
Dr Schulz wzmiankę o 18 przypadkach jaglicy, spostrzeganych  
w miesiącach sierpniu i wrześniu z. r. w poliklinice Dra Settegasta  
w Berlinie u młodych ludzi, którzy równocześnie uczęszczali do pe-  
wnego berlińskiego zakładu kąpielowego (Ostbad przy Palissadenstrasse).  
Kąpali się oni w dużym basenie do pływania, w którym zarząd zakładu  
tylko 2 razy na tydzień poleca zmianę wody. — Dr Fehr, I asystent  
polikliniki Hirschberga, podał na listopadowym posiedzeniu ber-  
lińskiego towarzystwa oftalmologicznego sprawozdanie z 40 przypad-  
ków zapalenia spojówki, spostrzeganych w poliklinice Hirschberga  
w tym samym mniej więcej czasie i pochodzących niowątpliwie z tego  
samego źródła, co tamte. Wszyscy ci chorzy, po większej części ludzie  
młodzi, chodzili się kąpać do wyżej wspomnianej pływalni. Jakkolwiek  
obraz zapalenia ludzko był do ostrej jaglicy podobny, to jednak roz-  
poznanie to postawiono tylko z zastrzeżeniem. Dalszy przebieg uspra-  
wiedliwił tę ostrożność rozpoznawczą, bo we wszystkich przypadkach  
pod wpływem stosowania azotanu rtęciowego w krótkim stosunkowo  
czasie przyszło do wyłoczenia bez pozostawienia jakichkolwiek blizn.  
Postać tę zatem zapalenia spojówkowego należy uważać za *conjuncti-  
vitis infectiosa*, mimo, że badania bakteriologiczne wypadły z reguły  
ujemnie. W jednym tylko przypadku wykazano w wielkiej ilości prątki  
pseudodifterteryjne. Prątkowi temu jednak nie można przypisać zna-  
czenia etyologicznego, gdyż, jak wiadomo, znajdują się on w worku  
spojówkowym także w warunkach prawidłowych. K. W. M.

*Pannus trachomatosus crassus* znikł prawie zupełnie u 22letniej  
dziewczyny po przebyciu róży twarzy, — jak donosi Dr Baeck  
w „Centralbl. f. Augenheilk“. Luty.

Hygiena oczna a pisma okulistyczne peryodyczne. Herm Cohn  
słusznie zali się w „Ophthalm. Klinik“. 1900. Nr. 1—5 na niewzględ-

dnianie zasad higieny ze strony pism, które są w pierwszym rzędzie do tego powołane. I tak na 10 pism oftalmologicznych niemieckich, tylko 3 odpowiadają najniższemu wymogom higieny. Autor domaga się, aby petit znikł ze wszystkich pism fachowych okulistycznych, aby każdy egzemplarz miał ciemny druk, a czcionki same były grubsze. Mybyśmy dodali jeszcze, aby i papier był odpowiedni, przedewszystkiem, aby unikano papieru mocno połyskującego, na jakim n. p. drukowany jest podręcznik *Fuchs'a*.

Odczepienie siatkówki przy chorobie Brighta badał Goldzieher i dochodzi na podstawie odnośnego przypadku do wniosku, że odczepienie jest następstwem nabiegu wodnisteo (oedema) siatkówki z wykluczeniem wszelkiego ciągnięcia ze strony ciała szklisłego. „*Ophthalm. Klinik*“. 1900. Nr. 3—5.

Irydektomię przeciw jaskrze przewlekłej zwyczajnej polecają na podstawie nowych doświadczeń *True* i *Chauvin*, zaznaczając, że po tym rękoźynie sprawa chorobowa nie postępowała więcej. —

„*Arch. d'Ophthalm.*“ 1900. Nr 1.

To cierpienie leczy *Allard* galwanizowaniem nerwu współczulnego, używając do tego silnych prądów. Skutek leczenia objawia się: w opadnięciu napięcia śródocznego, ustąpieniu albo zwolnieniu bólesci i podniesieniu wzroku, o ile nerw wzrokowy nie uległ zbyt znikowi. Przy wczesnie rozpoczętym leczeniu może nawet naosiowy wzrok i pole widzenia powrócić do stanu prawidłowego.

„*Ophthalm. Klinik.*“ 1900.

*W.*

Słówo o sideroskopie. Sideroskop, którym — właściwie igielką magnetyczną — dopiero od lat 20 posługujemy się w praktyce okulistycznej w celu wykrycia ciał stalowych i żelaznych, uwięzionych w głębi oka, głównie dzięki odpowiedniemu przyrządzeniu i zastosowaniu go przez *Asmus'a* (1894), którego aparat ulepszyli *Wachsmuth* i *Axenfeld* (1899), znany już był dawno w polskim piśmiennictwie. Tak *Teodor Narbut*t, znakomity historyk Litwy, ogłosił w „*Dzienniku Wileńskim*“ rozprawę p. t. „Sideroskop, nowe narzędzie magnetyczne, wynalazku p. *Le Baillif*“. 1829. U S. IV. 131, — jak o tem wspomina *Dr J. Bieliński* w cennem swem dziele p. t. „*Stan nauk lekarskich za czasów Akad. medyko-chirurg. wileńskiej*“. 1889. Str. 164.

*Dr J. Talko.*

## VII. SPRAWY OSOBOWE.

*Dr Kazimierz Noiszewski*, właściciel oftalmicznej lecznicy w Dźwińsku (Dynaburg), po obronie rozprawy p. t. „*Włoskowate czucie*



skóry“ w petersburskiej wojenno-lekarskiej Akademii, otrzymał r. b. w maju stopień Dra medycyny.

Dyrektorem i naczelnym lekarzem petersburskiej ocznej lecznicy naznaczono Dra T. Schroedera, byłego starszego ordynatora tejże lecznicy.

### VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

We wtorek dnia 20 czerwca (3 lipca) dokonano w Petersburgu zamachu na życie okulisty prof. Hermana Donberga podczas udzielania porady chorym w jego gabinecie. Prof. D., raniony dwukrotnie kulą w brzuch, zmarł nazajutrz. Urodzony w roku 1852, był profesorem oftalmologii w klinicznym instytucie w. ks. Heleny Pawłówny i konsultantem przy zakładach imienia cesarzowej Maryi.

### Omyłki drukarskie.

Na str. 212 „Postępu Okulistycznego“ w przypisku powinno być zamiast 1900 r. — r. 1899.

---

### OGŁOSZENIA.

---

## Przegląd Farmaceutyczny

czasopismo,

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

Wychodzi każdego 1 i 15 miesiąca w Warszawie

pod redakcyą

**BOLESŁAWA GŁADYCHA.**

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

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

---

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

*ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA W KRAKOWIE, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W RIJOWIE, DOC. DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.*

Sierpień

→ ROCZNIK DRUGI ←

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Walka z jaglicą, jako klęską społeczną.

Referat, odczytany na posiedzeniu Sekcji okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie dnia 21 lipca 1900 roku.

Podał

ZYGMUNT KRAMSZTYK.

Nieznamość wroga każdą walkę utrudnia, a o jaglicy właśnie wiemy bardzo mało: wszak istnieje nawet wątpliwość, czy ta nazwa oznacza jakąś jedną i zawsze tę samą chorobę. Przypuścić więc można, że — wskutek warunków zewnętrznych, albo, mniej jeszcze branych w rachubę, warunków, leżących w danym organizmie — rozmaite sprawy zapalne spojówki przybierają przebieg bardzo uporczywy, prowadzą do obfitej infiltracji, a następnie do bliznowatego przerodzenia błony śluzowej, do wrzodów i łuszczeni na rogówce i do wykoszlawienia powiek. Wobec takiego poglądu — który ja też podzielam — nie można mówić o wstępnych okresach jaglicy, ani z nieznanymi zmian chorobowych przewidywać ciężkie w przyszłości następstwa.

Tak samo mówić nie można o swoistej zaraźliwości jaglicy w tem rozumieniu, że gdy ze spojówki chorej dostanie się zarazek do zdrowego oka, do równie ciężkich następstw musi doprowadzić.

Jeżeli ten pogląd okaże się słusznym, to oczywiście błędem będzie nadawanie lżejszym postaciom chorobowym nazwy »jaglica«, i — co za nazwą idzie — ich traktowanie. Sądzę, że pod tym względem niezmierną panuje dziś przesada. Bardzo wielu ludziom prawie zdrowym, a w każdym razie dla otoczenia niegroźnym, lekarze utrudniają albo łamią życie, usuwając ich ze szkół, z kolonii letnich, z okrętów i rozmaitych zakładów zbiorowych.

Bardzo często leczymy spojówki zdrowe albo prawie zdrowe bez potrzeby środkami żrącymi i operacjami dlatego tylko, że zmianom dostrzeżonym nadajemy nazwę jaglicy. Zdaje się, że nomenklatura chorób spojówki, choć trochę przewlekłych, ograniczyła się dziś do tej jednej groźnej nazwy. Mówię nie tylko o naszych stosunkach, bo ta przesada istnieje dziś w całej Europie, przedewszystkiem w Niemczech. Nawet najbardziej fanatyczni pogromcy jaglicy przyznać muszą, że u ogromnej liczby chorych walczą z niebezpieczeństwem, które w danej chwili istnieje tylko w ich przewidywaniu; a wobec niezmiernie przewlekłego biegu choroby może ani razu lekarz nie widział, jak ze zmian lekkich i niewinnych rozwija się jaglica. Leczenie jaglicy z pewnością bardzo często choremu pomaga, ale nieraz też zapewne szkodzi, a gdyby można położyć na szale — na jednej pomyślnie skutki leczenia, na drugiej zaś szkody z niego wynikłe, to nie wiem, na którą stronę wagaby się przechyliła. Jaglica jest z pewnością klęską społeczną, ale dzisiejszy sposób walki klęski nie złagodził, lecz ją powiększył, bo przesada w walce szkodę przynieść musi. Tak pan Jan nosa nadwzrężył, chcąc ze zbytnim impetem zabić muchę, co laźła po nosie.

U nas walka z jaglicą dopiero się rozpoczęła, dopiero pierwsze uzbrojono zastępy, ale zaczęto od błędu: wprowadzono dziwaczną na dzisiejsze stosunki instytucję: ruchome oddziały

okulistyczne. Z pewnością lekarz w przeciągu paru tygodni może niejednego chorego uleczyć, może przedewszystkiem przez operacye wzrok niejednemu przywrócić i w okolicy efekt sprawić niemały, ale jest to sposób leczenia bardzo kosztowny dla społeczeństwa, nietrwały i niedorażny. I niewiadomo, dlaczego stworzono jedynie okulistyczne oddziały ruchome — równie potrzebne, albo równie niepraktyczne byłyby oddziały laryngologiczne, ginekologiczne..., jeżeli naprawdę lekarze, tak gęsto dziś po świecie rozsiani, tych wszystkich chorób specjalnych leczyć nie potrafią.

Nowy a ważny kierunek leczeniu wskazali lekarze wobec suchot płucnych. Zrażeni do rozmaitych środków leczniczych, postanowili je zarzucić, czy zmniejszyć ich stosowanie, a liczyć na sam organizm, jeśli mu się tylko dostarczy najpomysłniejszych warunków higienicznych. Jest to piękny objaw mądrej skromności, pewne zwątpienie o swojej potędze, a votum zaufania dla urządzeń organizmu, w którym tem więcej spotykamy warunków obrony, im lepiej go poznajemy. Coraz też częściej słyszymy wezwanie, aby, na wzór uzdrowisk dla suchotników, urządzić podobne zakłady dla chorych na rozmaite choroby przewlekłe. Sądzę, że u nas, gdzie ciężkie choroby spojówki, gdzie jaglica jest bez porównania więcej rozpowszechniona, niż w szczęśliwych krajach zachodu, należą się jaglicy w pierwszym rzędzie po suchotach podobne zakłady wiejskie. Potrzeba pewnego wysiłku ze strony lekarza, aby się od energicznego leczenia powstrzymał; kto jednak na ten wysiłek się zdobędzie, przekona się, że lżejsze postaci przewlekłych chorób zapalnych spojówki leczą się najlepiej bez żadnych prawie środków aptecznych na świeżem powietrzu. Możliwym kąpielom rzeczonym, obok świeżego powietrza, najlepszy wpływ przypisał. A każdy chyba lekarz się zgodzi, że w cięższych postaciach jaglicy, które leczyć można i należy, te doskonałe warunki sanitarne ogromnie ułatwiają i skracają leczenie. Początek takim zakładom masimy dać sami, nie możemy czekać, aż nas Niemcy czy Francuzi wyprzedzą, aby ich naśladować i na nich się powoływać, bo dla Niemców i Francuzów sprawa tych uzdrowisk

nie jest ani w części tak ważna, jak dla nas: tę sprawę myśmy rozpocząć powinni.

Z tych wszystkich powodów zasadnicze warunki walki z jaglicą ująć pragnę w następujące przykazania i wnioski:

1. Nie będziesz nazwy »jaglica« nadużywał.

2. Nie będziesz łamał życia niewinnym uczniom, wypędzając ich ze szkół za to jedynie, że ci się w ich oczach jaglica przywidziała.

3. Nie będziesz lekkich chorób spojówki leczyć energicznie, abys nie niósł ludziom krzywdy zamiast dobrodziejstwa i aby ci nie przypomniano, że »zapał zbyteczny nierozsądku znakiem«.

4. Szkoła powinna lekarzy wykształcić w ten sposób, aby posiadali wprawę w leczeniu chorób oczu, jaką posiadać też powinni we wszystkich dziedzinach. Potrzeba koniecznie udoskonalić praktyczną naukę medycyny, chociażby kosztem pewnych nauk teoretycznych, albo przedłużenia studiów lekarskich. Wtedy chorzy będą mieć ciągle należyta pomoc lekarską, a nie dorywczo przez parę tygodni w przeciągu lat wielu, jak niosą oddziały ruchome.

5. Oddziały szpitalne dla leczenia chorób oczu, które dziś tylko w stolicach istnieją, urządzić wypada i w większych miastach prowincjonalnych. Lekarz oddziału wyewiczy się na leżycie w okulistyce, — chorzy na oczy nie będą zmuszeni odbywać długich i kosztownych podróży, będą mieć pomoc zawsze na miejscu i w lepszych warunkach, niż w zainprowizowanych przez oddziały ruchome szpitalach.

6. Oddziały ruchome okulistyczne należy zwinąć, jako niewystarczające, nieekonomiczne, do dzisiejszych warunków, przynajmniej w naszym kraju, nieprzystosowane, więc i z rozsądkiem niezgodne. Ich fundusze można zużytkować z daleko większą dla chorych na oczy korzyścią.

Potrzeba niezbędnie zbudować, chociażby bardzo skromne, zakłady wiejskie dla chorych na jaglicę; są one dla nas prawie równie ważne, jak zakłady dla suchotników.



Z uniwers. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiewicza  
w Krakowie.

## 2. O czynnikach, wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy.

Podat

DR KAZIMIERZ WINCENY MAJEWSKI,

I asystent teje kliniki <sup>1)</sup>,

na podstawie 300 pomiarów astygmometrycznych.

Jednem z nieuniknionych powikłań w przebiegu gojenia się rany po operacji zaćmy jest niezborność rogówki, która w znacznym stopniu przyczynia się do obniżenia wyniku optycznego, jaki zapisujemy przy pierwszym badaniu wzroku, wypuszczając operowanego po dziesięciu dniach, a najwyżej po dwóch tygodniach z naszej bezpośredniej opieki. Ten wynik optyczny stanowi jednak zazwyczaj jedyny element ogólnej statystyki operacji zaćmy zwłaszcza, kiedy chodzi o materiały klinik i lecznic bezpłatnych, albowiem chorzy w zakładach tych operowani po większej części ubodzy, a z dalekich stron przybywający w bardzo małej liczbie zgłaszają się później powtórnie i nie można dlatego zapisywać u nich późniejszego lub ostatecznego wyniku operacji, który głównie z powodu wyrównania się rogówkowej niezborności, a także i z innych przyczyn bywa przeważnie znacznie korzystniejszy i lepszy, aniżeli wynik doraźny. Wprawdzie dzięki niespożytej zasłudze Dondersa, który w roku 1864 podał sposób wyrównywania niezborności za pomocą szkieł walcowatych, jesteśmy dziś w stanie nawet z oka okazującego znaczny stopień niezborności wydobyć zadawalniającą bystrość wzroku, to jednak właśnie niezborności po operacjach zaćmy szkła walcowate bardzo często nie są w stanie w całości wyrównać, jak się o tem najpewniej można

<sup>1)</sup> Odczyt, wygłoszony (w skróceniu) w sekcji okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

przekonać porównując bystrość wzroku uzyskaną za pomocą połączenia szkieł sferycznych i walcowatych z bystrością, jaką takie niedawno operowane oko uzyskuje, gdy je uzbroimy w hydrodiaskop Lohnsteina. Przyrząd ten znosi, jak wiadomo, zupełnie działanie optyczne rogówki, a tem samem znosi też w danym razie szkodliwy wpływ rogówkowej niezborności. Oto kilka przykładów:

Chora S. T., lat 38:  $V_{po} = \frac{6}{18}$  z + 10 D  $\odot$  cyl 2 D 90° t.  
przez hydrodiaskop =  $\frac{6}{6}$ .

$V_{lo} = \frac{6}{18}$  z + 12 D  $\odot$  cyl 3 D 60° t.  
przez hydrodiaskop =  $\frac{9}{8} - \frac{6}{6}$ .

Chora T. M., lat 45:  $V_{po} = \frac{6}{24}$  z + 8 D  $\odot$  cyl 6 D 35° t.  
przez hydrodiaskop =  $\frac{6}{8}$ .

Chora R. M., lat 60:  $V_{po} =$  palce: 6 m z + 12 D; szkła walcowate nie poprawiają.

przez hydrodiaskop =  $\frac{6}{24}$ .

W dalszym ciągu niniejszej pracy postarany się wytlómaczyć to zjawisko, tymczasem podnieść tylko muszę, że nasi operowani i tej korzyści nie odnoszą, jakoby im dawały szkła walcowate, ponieważ zapisujemy im albo same tylko szkła sferyczne, przy pomocy których mniej widzą<sup>1)</sup>, a nieraz n. p. zupełnie jeszcze nie są w stanie czytać, albo nie dajemy im okularów zupełnie, polecając zgłosić się po dobór tychże za miesiąc, za dwa miesiące lub nawet za kwartał, a czynimy to właśnie z powodu tej tak wielkiej zmienności, jaka znamionuje astygmatyzm pooperacyjny. Wyjątkowo tylko odmawiamy choremu zrazu przepisania szkieł w tym celu, ażeby go przez to zniewolić poniekąd do powtórnego zgłoszenia się, co jednak czynimy, mając jedynie dobro operowanego na oku. Ze względu na te wszystkie niekorzystne okoliczności nie wahałem się niezborności rogówkowej pooperacyjnej nazwać niemilem powikłaniem po operacji zaćmy, powikłaniem, którego nie można uni-

<sup>1)</sup> Przy pierwszym badaniu same szkło sferyczne bardzo często nie daje choremu nawet  $\frac{1}{10}$  prawidłowej bystrości wzroku, dopiero dodanie odpowiedniego szkła walcowatego poprawia wzrok od razu do  $\frac{1}{3}$  lub  $\frac{1}{2}$ .

knąć w zupełności, ale powinniśmy się starać wedle możności zmniejszyć jego doniosłość i szkodliwe skutki. Ważność tego zadania ocenił już dawno szef mój prof. Wicherkiewicz i kierując się zasadą, że chcąc skutecznie zaradzić złemu, trzeba przedewszystkiem poznać naturę złego, polecił mi jeszcze w roku 1898 badać pilnie wszystkich chorych przed i po operacyi na zaćmę za pomocą astygmetru Javala i Schioetza, który to przyrząd oddał mi do dyspozycyi. Wykonując to polecenie, zebrałem od początku 1899 roku po koniec lipca b. r. przeszło 300 dokładnych pomiarów niezborności pooperacyjnej i na tym materiale opieram wnioski, które w dalszym ciągu wyłuszczę. Pomiarów z r. 1898 z rozmysłu nie wciągam do tej statystyki z obawy, że były one jeszcze z powodu braku wprawy, której się dopiero z czasem nabywa, niedosyć ściśle, a w części może nawet mylne. Zarówno za zachęte do tej wdzięcznej pracy, jakoteż za dostarczenie mi przyrządu, którego usług na tak długi czas dla mej wygody się pozbawił, składam na tem miejscu szefowi memu serdeczne podziękowanie. —

Nad niezbornością rogówki, powstającą po operacyi zaćmy, pracowali już różni autorowie. Jednym z pierwszych był Laqueur<sup>3</sup>, który na 35 przypadkach opiera swe wnioski. Po nim wielu innych autorów zajmowało się tą sprawą, jak Scimeni<sup>5</sup>, Bajardi<sup>9</sup>, Wojnow<sup>1</sup>, Pfingst<sup>17</sup>, Clark<sup>20</sup>, Dołganow<sup>12</sup>. Niektórzy jednak, jak n. p. Neuschueller<sup>8</sup>, którego praca nie jest zbyt dawną, bo wyszła w r. 1891, nie używali nawet astygmetru, a żaden nie opierał się na odpowiednio wielkiej liczbie spostrzeżeń. Najobszerniejszą z prac, które mi były woryginale dostępne, jest praca Dołganowa<sup>12</sup> z r. 1894, który za pomocą astygmetru Javala i Schioetza wykonał w każdym ze swych 20 przypadków po kilka pomiarów niezborności, mierząc rogówkę najpierw przed operacyą, a potem kilkakrotnie w mniej więcej równych odstępach czasu po operacyi, dopóki się nie przekonał, że niezborność stała się już niezmienną. W ten sposób był w stanie ocenić trwałą zmianę krzywizny, jakiej rogówka skutkiem operacyi w różnych połu-



dnikach doznaje. Na podstawie swych pomiarów dochodzi on do wniosku, na który godzą się zresztą wszyscy inni autorowie prac dotyczących tego przedmiotu, że trwała zmiana postaci rogówki, spowodowana cięciem płatowem, polega na zwiększeniu łamliwości w południku równoległym do cięcia, a zmniejszeniu tejże w południku doń prostopadłym. Ten trwały skutek cięcia tylokrotnie i tak zgodnie przez różnych badaczy stwierdzony natchnął już dawno niektórych autorów myślą operacyjnego leczenia wrodzonej niezborności rogówkowej. Rzecz oczywista, że, jeżeli cięcie płatowe zrobione górną zmniejsza krzywiznę rogówki w południku pionowym, to w danym razie może ono usunąć doszczętnie wrodzoną niezborność prostą (*astigmatismus rectus*), przy której ten właśnie południk rogówki okazuje łamliwość zbyt wielką. W analogiczny sposób można w każdym przypadku regularnej niezborności rogówkowej obmyśleć i wybrać kierunek cięcia, któreby oddziaływało wyrównywiająco na zachodzącą różnicę krzywizn. Pracowali w tym kierunku różni autorowie, jak Bates<sup>13</sup>, Faber<sup>16</sup>, Pflueger<sup>18</sup>, Aschheim<sup>22</sup>, a zwłaszcza Reymond<sup>21</sup> z Turynu, który silił się nawet na wyrobienie i ujednostajnienie metody operacyjnej. Usiłowania te jednak nie przyniosły dotychczas spodziewanych owoców z powodu, że w praktyce okazało się rzeczą bardzo trudną przewidzieć dokładnie wielkość i wydatność trwałej zmiany promienia rogówki w poszczególnych południkach, czyli innemi słowy dawkować skutek operacji. A zresztą wiadomo, jak często odgrywa tu rolę niezborność soczewki, której operacya ta zmienić nie może.

Bądź co bądź jednak sprawa trwałej i ostatecznej niezborności rogówkowej, wywołanej wpływem cięcia, a obracającej się zazwyczaj w granicach od 0,25 do 2,0 D, została już wielokrotnie i szczegółowo roztrząśnioną tak, że uznałem za odpowiednie usunąć ją w mej pracy na plan drugi, a całą baczość zwrócić na owe wysokie, czasami nadzwyczaj wysokie stopnie niezborności rogówkowej, spostrzegane w pierwszych czasach po operacji i przyémiewające wspaniałały zresztą i niemający niemal w chirurgii równego sobie doraźny skutek ope-

racyi. Być może, że w pracy tej znajdują się dla powołanych szczególnie, mogące utworować drogę do dalszego wydoskonalenia operacyi nieśmiertelnego Daviela.

Ponieważ w pierwszych tygodniach po operacyi zaćmy stopień niezborności rogówkowej jest z reguły bardzo wysoki, dochodzi bardzo często do 10 D, a niezbyt rzadko, zwłaszcza przy niektórych powikłaniach, przekracza 15 D, przeto astygmatyzm, jaki już przed operacyą mógł istnieć, nie odgrywa tu żadnej prawie roli, podczas gdy poznanie rodzaju i stopnia jego posiada dla ocenienia *trwałego* wpływu operacyi na postać rogówki pierwszorzędną wagę. Miałem jednak z przyczyn na wstępie wyłuszczonej tylko w niewielu stosunkowo przypadkach sposobność oznaczenia za pomocą astygmetru niezborności być może już trwałej, jaka pozostaje zwykle po upływie trzech miesięcy do pół roku od dnia operacyi. Mając na względzie te późniejsze pomiary ostatecznej niezborności (małego stopnia), badałem każdego bez wyjątku chorego przeznaczony do operacyi zaćmy za pomocą keratostopu Dra Placido, sposobem, który pozwala przy pewnej wprawie z łatwością wykryć astygmatyzm rogówki większy od 1 D — i w tych przypadkach, gdzie zauważyłem taką wyraźną już niezborność, dokonywałem ścisłego jej pomiaru. Przypadki te jednak, przynajmniej muszę, były bardzo nieliczne.

Największą liczbę danych astygmetrycznych zebrałem z okresu wczesnego, to jest w drugim tygodniu po operacyi. Liczba tych pomiarów wynosi 141. Powtórne mierzenie w drugiej połowie pierwszego miesiąca po operacyi wykonałem 48 razy. Z drugiego miesiąca po operacyi rozporządzałem 21 pomiarami. Wreszcie posiadałem 17 pomiarów niezborności pooperacyjnej trwałej z okresu od trzeciego miesiąca do czterech lat od czasu operacyi. Prócz tego w celu wytworzenia sobie pojęcia o przebiegu niezborności pooperacyjnej, — a jest ona tak zmienną, że można śmiało mówić o jej przebiegu, — mierzyłem rogówkę u wielu operowanych wielokrotnie w krótkich odstępach czasu, n. p. co kilka dni. Dla porównania skutków cięcia pławowego z wpływem cięcia liniowego wykonałem szereg

pomiarów po irydektomiach i operacjach zaćmy miękkiej (*extractio simplex*).

Wyniki wszystkich tych badań zestawione zostały w szereg tablic, w których zostało uwzględnione wszystko, co tylko może mieć bliższy lub dalszy wpływ na stopień i rodzaj nieźborności pooperacyjnej, a za tem: wiek i płeć operowanego, rodzaj i metoda operacji, szczegółowy opis cięcia, długość czasu, który upłynął od chwili operacji do chwili wykonania pomiaru, wzmianka o wszelkich powikłaniach podczas operacji i o złozeniach od prawidłowego przebiegu pooperacyjnego, dalej stopień znalezionej nieźborności rogówkowej, t. j. różnica w łamliwości obydwu południków głównych, następnie kierunek głównych osi, wreszcie znaleziona bystrość wzroku oraz siła i ustawienie szkła walcowatego, dającego choremu największą poprawę wzroku. — Nie widzę najmniejszego powodu nużyć czytelnika nieskończonemi kolumnami liczb i wypełniać nimi szpalty »Postępu«, zwłaszcza, że rzecz nie zyskałaby przez to bynajmniej na przejrzystości. Ograniczę się tylko na niektórych zestawieniach liczbowych, sporządzonych na podstawie mych statystycznych tablic. Rzucają one pewne światło na znaczenie różnych czynników, wpływających na stopień pooperacyjnej nieźborności. —

#### **Wpływ czasu.**

Stare przysłowie: czas najlepszy lekarz, sprawdza się dosadnie na pooperacyjnej nieźborności. Istotnie, najwyższe nawet stopnie astygmatyzmu pooperacyjnego maleją z biegiem czasu bardzo prędko, a niejednokrotnie w przeciągu kilku miesięcy znikają prawie bez śladu. Liczby wykażą najlepiej ten szybki spadek różnicy w krzywiznie poszczególnych południków rogówki. Dla lepszego przeglądu podzielimy sobie pomiary nasze na cztery grupy ze względu na okres czasu, w którym zostały wykonane, i podziału tego będziemy się także trzymali rozpatrując znaczenie innych jeszcze czynników. Do pierwszej grupy zaliczymy pomiary wykonane w ciągu drugiego tygodnia, t. j. w czasie, w którym zazwyczaj operowani na kataraktę

opuszczają klinikę, jeżeli w przebiegu pooperacyjnym nie zaszły nadzwyczajne powikłania. W przeważnej liczbie przypadków wykonywałem to pierwsze mierzenie między 9tym a 11tym dniem po operacji, a zatem przeciętnie dnia 10tego. Takich też pomiarów posiadam najwięcej. Do drugiej grupy należą dane astygmmetryczne z drugiej połowy pierwszego miesiąca po operacji (przeciętnie po upływie trzech tygodni). Zebrałem je, badając operowanych, którzy z jakichkolwiek powodów musieli swój pobyt w klinice przedłużyć, albo u chorych miejscowych, którzy mogli bez trudności każdego czasu pojawić się w klinice. Trzecią grupę stanowią pomiary wykonane w ciągu drugiego miesiąca po operacji (przeciętnie po upływie sześciu tygodni). Wreszcie czwartą i ostatnią tworzą pomiary pochodzące z czasów późniejszych, dokonane na oczach operowanych przed kilku miesiącami, przed rokiem, lub nawet jeszcze dawniej.

Zmniejszanie się stopnia niezborności pooperacyjnej wykazują następujące liczby:

Przeciętny astygmatyzm wynosił:

w I grupie pomiarów — 8,67 D (średnia ze 141 spostrzeżeń);  
» II » wynosił — 6,37 D ( » z 48 »  
» III » już tylko — 4,19 D ( » » 21 »

Z IV grupy posiadam tylko 17 pomiarów, ale ponieważ w liczbie tej jest wiele przypadków powikłanych, wykazujących dlatego stosunkowo znaczny stopień niezborności, przeto nie możemy wysnuwać ze średniej, obliczonej na podstawie tych danych, ogólnych wniosków. Pomiary te posłużą nam raczej do wykazania wpływu różnych powikłań nawet na stopień niezborności następowej trwałej. Dla uzupełnienia zaś przeglądu pozwolę sobie przytoczyć liczby z wybornej pracy Dołganowa<sup>12</sup>, który pomiary swe podzielił co do czasu ich wykonania w sposób zupełnie podobny do wyżej opisanego. Otóż wedle Dołganowa ostateczna trwała niezborność rogówki wyraża się w następujących danych: z liczby 20 badanych przez niego przypadków w trzech krzywizna południka pionowego wróciła do stanu, jaki istniał przed operacją. W czterech

przypadkach łamliwość południka tego wzrosła o 0,25 do 1,25 D. W 13 pozostałych przypadkach krzywizna ta zmniejszyła się o 0,25 do 3,75 D (przeciętnie o 1,70 D). W południku poziomym tylko dwa razy stwierdzono nieznaczne przybliżenie (0,25 D i 0,50 D), w 18 zaś przypadkach znaleziono zwiększenie łamliwości, wahające się między 0,5 a 5,5 D (średnio 2,2 D).

### Położenie i rodzaj cięcia.

Autorowie, którzy dotychczas zajmowali się niezbornością pooperacyjną, nie zwracali zbyt wielkiej uwagi, o ile z dostępnej mi literatury mogą wywnioskować, na wpływ, jaki wywiera położenie cięcia płatowego na stopień następowego astygmatyzmu. W czasach, kiedy pisano wiele o zaletach i wadach cięcia rogówkowego z jednej strony, a twardówkowego, jakie polecał Graefe przy swej *extractio linearis modificata*, z drugiej, zastanawiano się głównie nad większą lub mniejszą skłonnością tęczówki do wypadywania, nad rychlejszem lub powolniejszym zrastaniem się brzegów rany, wreszcie brano w rachubę częstsze lub rzadsze występywanie zakażenia pooperacyjnego. Dziś, kiedy wiemy, że to ostatnie nie od rodzaju cięcia, ale od zachowania chirurgicznej czystości zależy, — a przy cięciach obwodowych umiejętnie wykonaną irydektomią i starannem odprowadzeniem tęczówki umiemy wrośnięciu jej w ranę skutecznie zapobiegać, kierujemy się w wyborze cięcia głównie względem na skłonność rany do szybkiego zablizniania się i oddajemy dlatego pierwszeństwo cięciu twardówkowemu, które umożliwia utworzenie płata spojówkowego, ułatwiającego w wysokim stopniu rychłozrost. — Otóż liczne pomiary astygmetryczne, jakie wykonałem, wykazują niezbicie, że do zalet cięcia twardówkowego musimy zaliczyć jeszcze i tę, że po cięciu tem powstaje znacznie mniejszy stopień niezborności rogówkowej, aniżeli po cięciu poprowadzonym na granicy rogówko-twardówkowej, a tem bardziej aniżeli po cięciu położonym w samej rogówce, czy to w całości, czy też choćby tylko jednym końcem wkraczającym w obręb rogówki (punkeya w rogówce, a kontrapunkeya w twardówce lub na granicy, albo odwrotnie)

Innemi słowy *astygmatyzm pooperacyjny jest tem większy, im mniej obwodowo wykonano cięcie*. W ten sposób przekonałem się na podstawie liczbowych zestawień o tem, na co szef mój, prof. Wicherkiewicz, już dawno niejednokrotnie zwracał uwagę, opierając się na ogólnem wrażeniu, wyniesionem z bardzo licznych spostrzeżeń przebiegu po operacjach zaćmy. Dla przekonania się o tem, proszę rozważyć zestawienie w następującej tablicy:

| Grupa pomiarów                                | Przeciętny stopień astygmatyzmu — w dyoptryach. |                               |                                |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
|                                               | Cięcie twardówkowe                              | Cięcie na granicy             | Cięcie rogówkowe               |
| Grupa I.<br>(około 10 dnia po operacji)       | 7,57 D<br>(średnia z 98 pomiarów)               | 9,87 D<br>(średnia z 23 pom.) | 12,65 D<br>(średnia z 20 pom.) |
| Grupa II.<br>(po 3 tygodniach)                | 4,90 D<br>(średnia z 30 pom.)                   | 8,55 D<br>(średnia z 9 pom.)  | 9,11 D<br>(średnia z 9 pom.)   |
| Grupa III.<br>(po 6 tygodniach)               | 3,65 D<br>(średnia z 14 pom.)                   | 4,37 D<br>(średnia z 4 pom.)  | 6,50 D<br>(średnia z 3 pom.)   |
| Grupa IV.<br>(po kilku miesiącach lub latach) | 3,17 D<br>(średnia z 11 pom.)                   | —                             | 6,60 D<br>(średnia z 6 pom.)   |

Jak widać z tej tablicy, stopień niezborności maleje wprawdzie z biegiem czasu, ale pierwotny stosunek zależny od położenia cięcia pozostaje niezmienny i odbija się jeszcze wyraźnie także na ostatecznej niezborności trwałej.

Znaczenie położenia cięcia i wpływ jego na stopień niezborności wykazuje również jaskrawo następujące zestawienie: Na 141 pomiarów wykonanych około 10tego dnia po operacji (grupa I) znaleziono astygmatyzm przekraczający 10 D, a za-

tem już niezwykle wysokiego stopnia — 70 razy; z tego przy cięciu twar-

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| dówkowym . . . na 98 operacji — 34 razy, t. j. około 34 %, |
| przy cięciu na gra-                                        |
| nicy . . . . . » 20 » — 15 » » » » 75 %,                   |
| przy cięciu zaś ro-                                        |
| gówkowym . . » 23 » — 22 » » » » 91,3%.                    |

Sądzę, że liczby te nie potrzebują już dalszych komentarzy, bo mówią same za siebie.

Kiedy jednak mowa o wpływie cięcia, nie od rzeczy będzie wspomnieć jeszcze pokrótce o cięciu liniowym. Wszyscy autorowie, którzy zajmowali się bliżej niezbornością pooperacyjną (a w szczególności Laqueur<sup>8</sup>, Reymond<sup>21</sup>, Scimeni<sup>5</sup> i Pflingst<sup>17</sup>), zgadzają się na to, że cięcie liniowe prawdopodobnie dzięki temu, że bywa zazwyczaj krótkie, w bez porównania mniejszym stopniu wpływa na zmianę postaci rogówki, niż to czyni cięcie płątowe. Moim zdaniem, jest to także po części zasługa noża grotowego. Pomiaru moje w zupełności potwierdzają zdanie wyżej wyliczonych autorów. W badaniach moich zwróciłem jednak uwagę również na położenie liniowego cięcia.

W liczbie 21 pomiarów wykonanych w czasie od 4-go do 10-go dnia po operacji (zatem średnio po tygodniu) przeciętny stopień niezborności wynosił przy cięciu twar-dówkowym (irydektomia z powodu jaskry) — 1,73 D (średnia z 13 pomiarów). Przy cięciu rogówkowym (*extractio linearis simplex*) astygmatyzm wahał się w granicach od 2,5 D do 18,0 D, czyli wynosił przeciętnie 7,66 D\*) (średnia z 8 pomiarów). Jak widzimy z tego zestawienia wpływ położenia cięcia jest tu co najmniej równie wybitny jak przy cięciu płątowym. Późniejszych pomiarów po cięciu liniowym nie wykonywałem.

---

\*) Przyznać muszę, że to niektóre powikłania w kilku przypadkach sprawiły tu tę niezwykle wysoką wartość średnią astygmatyzmu, ale i bez powikłań przeciętny astygmatyzm po cięciu liniowym rogówkowym jest stanowczo większy, niż po twar-dówkowym.

### Płat spojówkowy.

W naszych księgach klinicznych, w których zapisujemy i opisujemy szczegółowo wszystkie wykonywane operacje, przy opisie każdej płatowej operacji zaćmy nie zaniedbujemy nigdy zaznaczyć, czy przy cięciu płat spojówkowy został utworzony, czy też nie. Rozporządzając dość znaczną liczbą pomiarów astygmetrycznych, nie dziw, że chciałem wypośrodkować z nich znaczenie spojówkowego płatka dla niezborności rogówkowej pooperacyjnej. Rozpatrując jednak w tym kierunku materiał statystyczny, wnet spostrzegłem, że musiałbym się niepotrzebnie powtarzać, chcąc wpływ utworzenia lub nieutworzenia płatka spojówkowego znowu w liczbowych zestawieniach wyrazić. Jest bowiem rzeczą oczywistą, że operator, zdając sobie sprawę z wielkich korzyści płata spojówkowego, wytwarza go zawsze, jeżeli tylko jest to możliwem. Otóż możliwość utworzenia płatka spojówkowego zależy w pierwszym rzędzie od położenia cięcia. Przy cięciu, które rozpoczynamy i kończymy w rogówce, utworzenie jego jest niemożliwe. W tym względzie zatem brak jego odbija się na stopniu niezborności pooperacyjnej zupełnie w ten sam sposób, jak wpływ cięcia rogówkowego wogóle. Przy cięciu, poprowadzonym na samej granicy rogówko-twardówkowej, gdzie spojówka gałki właśnie się kończy, utworzenie tego płatka bywa trudne i zazwyczaj się nie udaje. Natomiast przy cięciu twardówkowym można powiedzieć, że niemal trudno jest nie zrobić płata spojówkowego i że czasem nawet wycina się nam płat większy, aniżeli sami sobie tego życzymy. I istotnie, przeglądając opisy operacji i porównując z opisem blizny, zanotowanym w dniu wyjścia chorego, przekonałem się, że cięciom twardówkowym towarzyszył niemal zawsze mniejszy lub większy płatek spojówkowy. Tak więc zestawienia cyfrowe, odnoszące się do wpływu utworzenia płatka spojówkowego na stopień niezborności pooperacyjnej, pokryłyby się najzupełniej z zestawieniami, wykazującymi wyższość, jaką w tym kierunku posiada cięcie twardówkowe nad cięciem granicznym i rogówkowym. Być może zresztą, że ta wyższość cięcia twardówkowego jest właśnie zasługą płata spojówko-



wego, a przyczyną większej niezborności po cięciu granicznym i rogówkowym jest nie co innego, jak właśnie brak tego unaczynionego mostka, rzuconego przez ranę i spajającego szybko i gładko jej brzegi. Wątpliwość tę rozstrzygnąćby można jedynie, porównując przypadki cięcia twardówkowego z płatem spojówkowym z przypadkami tegoż samego cięcia bez płata. Te ostatnie jednak przypadki są bardzo nieliczne i odnoszą się prawie wyłącznie do chorych niespokojnych, którzy sprowadzili sobie już podczas operacji takie powikłania, że właśnie tych spostrzeżeń do porównania użyć nie można. Ale i bez tego znaczenie płata spojówkowego daje się już samem rozumowaniem dostatecznie ocenić.

#### **Powikłania przy operacji i w przebiegu pooperacyjnym.**

Już Dołganow<sup>12</sup> podniósł w swej pracy niekorzystny na stopień niezborności pooperacyjnej wpływ różnych powikłań, jakie się zdarzają tak podczas, jak i po operacji i w swej statystyce 20stu przypadków liczbowo związek ten wykazał. Uważałem za swój obowiązek i w tym kierunku wyzyskać mój materiał statystyczny, jakkolwiek szkodliwy wpływ powikłań na prawidłowość postaci rogówki można jako rzecz niemal oczywistą z góry przypuścić.

*Wpływ ciała szklistego.* Większą utratę ciała szklistego mieliśmy na szczęście tylko w bardzo nielicznych przypadkach do zapisania. Wliczając jednak i te przypadki, gdzie perła ciała szklistego ukazała się w ranie przy operacji, aby następnie znowu w głąb oka się cofnąć, uzbierałem 10 spostrzeżeń, a pomiary wykonane w drugim tygodniu po operacji wykazały w sześciu przypadkach średnią niezborność — 14,25 D, a w pozostałych czterech, gdzie przyszło do znaczniejszego wypływu, badanie astygnometryczne z powodu niezborności nieregularnej okazało się niemożliwem do wykonania.

*Wrośnięcie tęczówki w ranę.* — Już *a priori* należy przypuścić, że wkleszczenie w ranę tęczówki, jednego lub obydwu ramion szpary irydektomijnej, a tem bardziej wrośnięcie tęczówki po operacji zaćmy bez irydektomii musi w znacznym

stopniu wzmacniać różnicę w łamliwości poszczególnych południków rogówki. Pomiaru grupy I (10tego dnia po operacji) wykazują przeciętny astygmatyzm przy wrośnięciu tęczówki — 10,28 D (średnia z 22 przypadków). W pozostałych przypadkach, gdzie coloboma było zupełnie regularne, względnie źrenica po operacji zaćmy bez irydektomii okrągła i nieprzemieszczona, średni astygmatyzm wynosił przy pierwszym mierzeniu 8,36 D (średnia ze 119 przypadków). Jeżeli komu różnica w stopniu niezborności wydaje się tu stosunkowo niewielką, to niech zważy, że obliczenie to wykonano na podstawie wszystkich przypadków bez względu na różne inne potężne czynniki, jak n. p. rodzaj cięcia lub wiek operowanych. którego znaczenie wypadnie nam jeszcze osobno rozstrząsać. Czynniki te wpłynęły do pewnego stopnia wyrównywająco na powyższe zestawienie. Gdybym zaś dla zasady „*caeteris paribus*“ chciał uwzględnić tylko zupełnie jednorodne przypadki, to liczba ich takby zmalała, że trudnoby było na nich opierać jakiegokolwiek wnioski. —

*Blizna bruzdkowana.* — Przy wypisywaniu operowanego na zaćmę uwzględniamy zawsze szczegółowo wejście blizny po cięciu i zaznaczamy w opisie, czy jest ona gładką, czy wydętą, czy też bruzdkowaną. Bruzdkowaną bliznę zapisano w liczbie przypadków, które objąłem moją statystyką, 21 razy. Nie mogę się przy tej sposobności powstrzymać od zaznaczenia wpływu, jaki na powstanie blizny bruzdkowanej wywiera rodzaj cięcia, jakkolwiek rzecz ta nie stoi z treścią tej pracy w bezpośrednim związku. Oto w liczbie tych 21 przypadków blizny bruzdkowanej cięcie było 9 razy poprowadzone w twardówce, z czego obliczyć można, że na 100 cięć twardówkowych rana 9 razy goi się blizną bruzdkowaną\*). Granicą rogówko-twardówkową poprowadzone było cięcie w przypadkach tych 6 razy, czyli blizna rowkowa występuje przy cięciu granicznym 27 razy na sto. W rogówce cięcie położone było również 6 razy, z czego wynika przy uwzględnieniu ogólnej

---

\*) Wszystkich operacji z cięciem twardówkowym było 98.

liczby cięć rogówkowych, że blizna bruzdkowana wytwarza się po nich najczęściej, mianowicie 30 razy na sto. Jest rzeczą aż nadto widoczną, że przyczyną tego niedokładnego sklejaniasię brzegów rany po cięciach granicznych i rogówkowych nie jest nic innego, jak tylko brak płatka spojówkowego. Co do niezborności rogówkowej przy bliźnie bruzdkowanej, to wykazała ona, jak to z góry można było przewidzieć, przy pierwszym mierzeniu wysoki stopień, mianowicie przeciętnie 10,95 D (średnia z 21 pomiarów).

*Inne powikłania.* — *Jaskra.* — Inne głębsze powikłania przebiegu pooperacyjnego, jak: zapalenie tęczęwki, zarosnięcie źrenicy, oderwanie siatkówki, krwotok śródgałkowy i t. d., pomijam milczeniem, gdyż, nie mogąc przypuścić, aby one mogły mieć jakikolwiek wpływ na zmianę postaci rogówki, nie przeprowadzałem nawet odnośnych obliczeń.

Co do jaskry, jaka występuje czasami po operacji zaćmy, byłoby rzeczą pożądaną, a przynajmniej ciekawą, wysledzić jej oddziaływanie na stopień niezborności pooperacyjnej. Gdy bowiem zważymy, że ze wszystkich ciał brylowatych o równej powierzchni, a najrozmaitszej postaci największą objętość posiada kula, wszelkie zaś stożki, walce, wielościany, a, co nas najbardziej tu obchodzi, wszelkie sferoidy rotacyjne o równej z daną kulą powierzchni, mniejszą od tej kuli mają objętość, wtedy musimy dojść do teoretycznego wniosku, że gałka oczna pod wpływem wygórowanego ucisku śródocznego, usiłując zwiększyć swą objętość, będzie dążyć do przybrania postaci jak najbardziej zbliżonej do kuli (Helmholtz). Już przy zwyczajnej jaskrze ostrej znanym jest objaw wyrównania i zatarcia się kąta rogówko-twardówkowego. Wygładzenie tego płytkiego rowka jest właśnie wyrazem owego dążenia mocno napiętej gałki ocznej do przybrania postaci kulistej. Z uwagi, że w niezborności oka bierze udział, jak wiadomo, nie tylko sama rogówka, ale również cała twardówka posiada postać odpowiednio zmienioną, można w przybliżeniu porównać oko niezborne do elipsoidu rotacyjnego, który tem bardziej różni się od kuli, im większy jest stopień niezborności. — Na podstawie tego ro-

zumowania należy się spodziewać zmniejszenia się pooperacyjnej niezborności rogówkowej z chwilą wybuchu jaskry. Niestety zbyt szczupła ilość odpowiednich, a raczej odpowiednio astygmetrycznie badanych przypadków nie pozwoliła mi na empiryczne stwierdzenie tego przypuszczalnego wpływu jaskry tak, że muszę się na razie ograniczyć do tych czysto teoretycznych uwag. —

### Wpływ zgrzybiałości.

Z dalszych czynników, oddziaływujących na stopień niezborności pooperacyjnej, zasługuje jeszcze na podniesienie wiek operowanych. Ponieważ pomiary astygmetryczne wykonywałem głównie po ekstrakcyach płatowych, a zatem u ludzi podeszłych wiekiem, w każdym razie nie młodych, przeto nie może tu być mowy o porównywaniu wieku starszego z wiekiem młodocianym lub dziecięcym, lecz raczej wypadnie nam porównywać ludzi starych z ludźmi zgrzybiałymi. Istotnie nie starość czyli wiek podeszły, lecz dopiero prawdziwa zgrzybiałość czyli niedołęstwo i charłactwo starcze odbijają się niekorzystnie na stopniu astygmatyzmu pooperacyjnego. Laqueur<sup>3</sup> robi uwagę, że cięcie linijne pozostawia po sobie zawsze pewien stopień niezborności rogówkowej i to znaczniejszy u osobników młodych niż u starszych. Zdania tego ani potwierdzić, ani zaprzeczyć nie mogę, bo rozporządzam zbyt szczupłą liczbą pomiarów po cięciach linijnych u ludzi młodszych, abym mógł poczynić odpowiednie zestawienia porównawcze, ale to wiem na pewno, że po cięciu płatowem u ludzi starszych zachowanie się astygmatyzmu pooperacyjnego ze względu na wiek jest tamtemu wprost przeciwne i że powyższa reguła Laqueura nie ma tu zastosowania.

Nie ulega wątpliwości, że u zgrzybiałych starców wchodzi tu w grę owa wszystkim operatorom dobrze znana hypotonia, po której podczas operacji odgadujemy nieraz sędziwy wiek chorego, choć maska zakrywa nam jego siwiznę i zmarszczki.

Mianowicie w myśl teorii Scimeniego, który działaniu mięśni prostych zewnętrznego i wewnętrznego na zwiótczałe

skutkiem operacji oko przypisuje powstawanie astygmatyzmu pooperacyjnego, — takie wygórowane zwiótczenie gałki musi się przyczynić do tem znaczniejszej deformacji rogówki. Wiadomo, że kokaina, którą zapuszczamy do worka spojówkowego przed operacją katarakty, sprowadza też dość znaczne nieraz obniżenie ucisku śródocznego także i u ludzi młodszych, jakkolwiek szczególnie u zgrzybiałych starców, a wtedy rogówka po cięciu nieckowato się zapada (*collapsus corneae*). Otóż taka sztucznie wywołana i chwilowa tylko hypotonia, nie sędzę, żeby mogła następnie powiększać astygmatyzm rogówkowy. Na to nie posiadam wprawdzie liczbowych dowodów, ale posiadam je za to dla owej hypotonii późnemu wiekowi właściwej, której towarzyszy zarazem cienkość i wiotkość samejże rogówki. Potrzebując dla obliczeń statystycznych koniecznie jakiejś określonej granicy wieku, wybrałem do tego celu 65-ty rok życia, rozdzielając w ten sposób może nieco dowolnie i arbitralnie ludzi starych od zgrzybiałych. Rzecz naturalna, że cyfra lat nie stanowi jeszcze wszystkiego i że niektóry 70-letni starzec czerstwiej wygląda, sił ma więcej, a tem samem, co nas tu głównie obchodzi, jędrniejsze ma tkanki składające gałkę oczną, niż niejeden znacznie młodszy wiekiem cherlak, przedwcześnie zgrzybiały czy to w następstwie chorób przebytych, czy też z powodu jakiej rodzinnej skazy ogólnej. Ponieważ w opisach chorób, w szczególności katarakt, jakie w księgach naszych prowadzimy nie zawsze uwzględniamy wygląkanie, odżywienie, budowę chorego i t. d., przeto w braku tych wskazówek, któreby mi bardzo się były przydały, musiałem jedynie oprzeć się niejako na samej tylko metryce. Przy zapisywaniu chorych wypytując się o rodzaj ich zajęcia zazwyczaj się dowiadujemy, że mężczyźni dopiero 60-letnich utrata wzroku odrywa jeszcze od ciężkiej pracy rąk, izraelitów od żywego udziału w interesach, a dopiero chorzy w drugiej połowie 7-go krzyżyka podają najczęściej, że są przy dzieciach i nie mają już siły pracować. Tem ogólnem doświadczeniem usprawiedliwiam granicę wieku, którą przyjąłem za podstawę mych obliczeń. Następujące ze-

stawienie, owoc tych obliczeń, wykazuje dobitnie wpływ zgrzybiałości na stopień astygmatyzmu pooperacyjnego.

| Pomiary                         | Przeciętny astygmatyzm w dyoptryach. |                               |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
|                                 | Poniżej 65 lat                       | Powyżej 65 lat                |
| Grupa I.<br>(10 dnia po oper.)  | 6,21 D<br>(średnia z 56 pom.)        | 8,92 D<br>(średnia z 36 pom.) |
| Grupa II.<br>(po 3 tygodniach)  | 4,28 D<br>(średnia z 14 pom.)        | 5,40 D<br>(średnia z 15 pom.) |
| Grupa III.<br>(po 6 tygodniach) | 2,72 D<br>(średnia z 9 pom.)         | 5,30 D<br>(średnia z 5 pom.)  |

Z tablicy tej widać, że u ludzi, co przekroczyli 65 rok życia, stopień niezborności jest wyższy, i że nie maleje z biegiem czasu tak szybko, jak u ludzi młodszych. Dodać muszę, że, chcąc porównywać o ile możliwości *caeteris paribus* i przynajmniej wykluczyć równoczesny wpływ położenia cięcia, uwzględniłem w tem zestawieniu same tylko przypadki cięcia twarżkowego (jako najliczniejsze).

#### Extractio sine iridectomia.

Operację zaćmy bez wyjęcia tęczęwki wykonywa prof. Wicherkiewicz stosunkowo rzadko i nazywa ją żartobliwie operacją zbytówną. Z powodu możliwości wypadnięcia tęczęwki, musimy po tej operacji wymagać od operowanych nadzwyczaj spokojnego zachowania się, co u naszych chorych pozostaje bardzo często pobożnem tylko życzeniem. Z porównania moich pomiarów wypada większy przeciętny astygmatyzm po ekstrakcyi bez irydektomii, niż po operacyi zaćmy z wycięciem tęczęwki. Na 17 przypadków *extr. sine iridectomia* wynosił średni astygmatyzm około 10 dnia po operacyi — 11,65 D. Na 124 przy-

padków *extr. cum iridectomia* wynosił on w tym samym czasie przeciętnie — 8,26 D.

Wątpię, żeby tu komukolwiek na myśl przyszło obwiniać samą metodę; ja również daleki jestem od tego, żebym przypuszczał *bezpośredni* wpływ wycięcia lub niewycinania tęczówki na postać krzywizny rogówkowej, ale zachodzą tu dwie okoliczności, działające wprawdzie pośrednio, ale szkodliwie. Pierwszą z nich jest właśnie wypadnięcie tęczówki, które mimo wszelkich wysiłków z naszej strony, aby mu zapobiedz, nawet pomimo wkraplania pilokarpiny do przedniej komory przyrządem Wecker'owskim, przecież z winy samychże operowanych przychodzi czasem do skutku. Oczywiście, że samo już tylko wkleszczenie obwodowej części tęczówki między brzegi rany, powodujące przemieszczenie źrenicy w stronę cięcia, a tembardziej całkowite wypadnięcie tęczówki, powiększa niezmiernie niezborność rogówkową. Kilka takich przypadków właśnie się nam przydarzyło i w ich liczbie znajdują się najokazalsze przykłady astygmatyzmu pooperacyjnego (17D, 26D, 29D), które wpływają na podniesienie średniej wartości przeciętnej i psują w ten sposób całą statystykę ekstrakcyi bez irydektomii. Drugą, nie mniej ważną okoliczność, stanowi zupełnie zresztą uzasadniony zwyczaj wykonywania przy tej metodzie cięcia mniej obwodowego, również w celu zmniejszenia skłonności tęczówki do wrastania między brzegi ranki. Prowadzi się zatem nóż Graefego, jeśli nie w samej rogówce, to przynajmniej na granicy rogówko-twardówkowej, a wiemy już z wyżej przytoczonych zestawień, jaki to przemożny wpływ ma położenie cięcia na stopień niezborności pooperacyjnej i że właśnie cięcia mniej obwodowe, pozbawione płata spojówkowego, dają z reguły astygmatyzm wyższy. Zatem i ta okoliczność, jak sądzę, przyczynia się do tego, że ze względu na pooperacyjną niezborność rogówki (a względ to nie zasługujący na lekceważenie) operacya zaćmy bez irydektomii przedstawia się w mniej korzystnem świetle.

### Wypłukiwanie resztek.

W przypadkach zaćm niedojrzałych, zaćm miękkich i wogóle tam, gdzie po wydobyciu jądra pozostają resztki kory, używamy w krakowskiej klinice metodycznie wypłukiwania ich zapomocą undiny Wicherkiewicza. Wyjątkowo wypłukujemy undiną także krew z przedniej komory. W obliczeniach mych zapędziłem się może zadaleko, zestawiając stopnie niezborności rogówkowej po operacjach z wypłukiwaniem i bez wypłukiwania. Skoro to już jednak uczyniłem, to i wyniki tych zestawień pozwolę sobie przytoczyć. Przy pierwszym mierzeniu (około 10-go dnia po operacji) wynosił przeciętny astygmatyzm po ekstrakcyjach z wypłukiwaniem: 8,03 D (średnia z 58 pomiarów), bez wypłukania: 9,10 D (średnia z 83 pomiarów). Różnicę powyższą uważam stanowczo za czysto przypadkową, a to z powodu, że teoretycznie nie mogę wyobrazić sobie, jaki wpływ mógłby mieć zabieg tak delikatny, jak wypłukiwanie resztek undiną, na gładkość i sposób zablizniania się rany, a powtóre, że w zestawieniu powyższem trudno mi było uwzględnić powtórnie różne inne niewątpliwie potężne czynniki, jak położenie cięcia, rozmaite powikłania, wiek operowanych i t. d., które to czynniki mogły zupełnie przypadkowo przechylić szalę bądź to na jedną, bądź na drugą stronę.

(Dokończenie nastąpi).

---

## II. STRESZCZENIA.

*Przyczynek do wiadomości o sznurkowatej postaci wytworach w ciele szklistem.* (Beitraege zur Kenntniss der strangformigen Gebilde im Glaskoerper). O. Lindenmeyer. Rozprawa inaug. Tubinga. 1900. Str. 24, z 2 rycinami.

Uwagi recenzenta o wyrostkach tarczy wzrokowej.

Szurkowate wytwory w ciele szklistem między tarczą nerwu wzrokowego a tylną powierzchnią soczewki, mające pochodzenie płodowe, były przedmiotem poszukiwań wielu lekarzy. Hannover (1852), Manz, H. Mueller, Hess, Eversbusch, v. Reuss, Fuchs, Schindelka, Jaenner, i wielu innych, opisywali po-



dobne przypadki, mające bezpośrednią łączność z art. hyaloidea pers. i canalis Cloqueti persistens<sup>1)</sup>. W amerykańsko-angielskiem wydawnictwie zebrana cała literatura tego przedmiotu z odpowiedniami rycinami.

Eversbusch dzieli znany materiał na 2 działy: 1. rzeczysta art. hyaloidea persistens, otwarta lub zarośnięta, i 2. błonkowe zmętnienie, znajdujące się odpowiednio miejscu kanału Cloqueta, lecz powstałe wskutek poembryonalnych zmian środkowego przewodu chłonnego ciała szklistego (ślady byłych wybroczyn krwi), do czego głównie ma się przyczyniać krótkowzroczność.

Jaenner zaś odnośne przypadki dzieli na 3 działy: 1. art. hyaloidea pers., otwarta lub zarośnięta, 2. resztki kanału Cloqueta i 3. resztki tego kanału z pozostałościami art. hyaloideae. Resztki kanału Cloqueta przedstawiają się zwykle pod postacią dzwonu lub stożka, który szeroką swą częścią zakrywa całą lub część tylko tarczy nerwu wzrokowego, a ostrym, mniej więcej długim końcem zwrócony bywa ku przodowi, ku c. szklistemu; z szeroką jego częścią (Arca Martegiani canalis hyaloidalis)<sup>2)</sup> przy tarczy wzrokowej podniesioną też bywa i siatkówka. Art. hyaloidea może się rozrywać z czasem wskutek rozrostu ciała szklistego i oddalania się soczewki od tarczy wzrokowej; przerwanie zdarza się albo poza tylną powierzchnią soczewki, albo w pobliżu tarczy, lub też pośrodku tętnicy, — naturalnie wziernikowy obraz będzie w tych razach rozmaity. Przypadek taki spostrzegł przed i po rozerwaniu Unterharnscheidt (1882) u 14letniego chłopca wskutek krótkowzroczności postępowej.

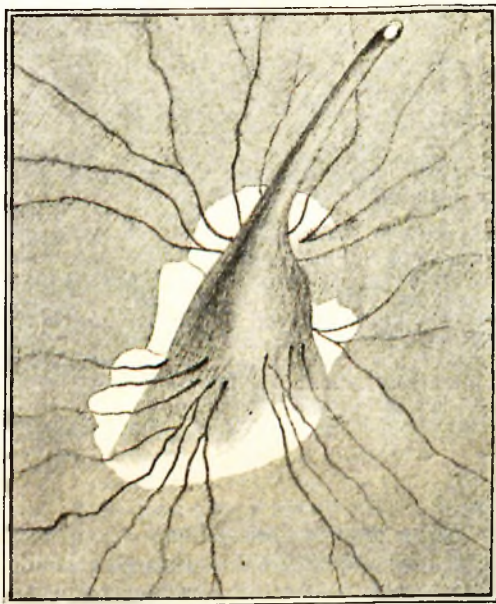
Autor podaje 2 własne z kliniki Schleicha spostrzeżenia, które miały miejsce u dziewcząt (11- i 14letniej), od urodzenia zezujących (strabismus divergens concomitans et nystagmus), a gdzie rozerwanie tętnicy prawdopodobnie miało też miejsce.

U pierwszej w prawem oku, którem liczyła palce na 3 metry, tarcza przedstawiała się tak, jak objaśnia rycina pierwsza. Dolna jej część pokryta była szeroką częścią lejkowatego wytworu, którego przedni koniec pod postacią nieprzezroczystego, cylindrycznego i silnie odbijającego światło sznurka sterczał do c. szklistego, lecz nie w kierunku tylnego bieguna soczewki, ale ku górze i wewnątrz; z przedniego, nieco rozszerzonego jego końca wychodziły cienkie, delikatne niteczki, nie dochodzące do soczewki. Pod tą przykrywką

<sup>1)</sup> Wecker spostrzegł obustronnie zachowany can. hyaloideus persistens. Fuchs — obustronną art. hyal. pers.

<sup>2)</sup> Can. hyaloideus seu can. Cloqueti (Merkel, Mikrosk. Anat. d. Auges).

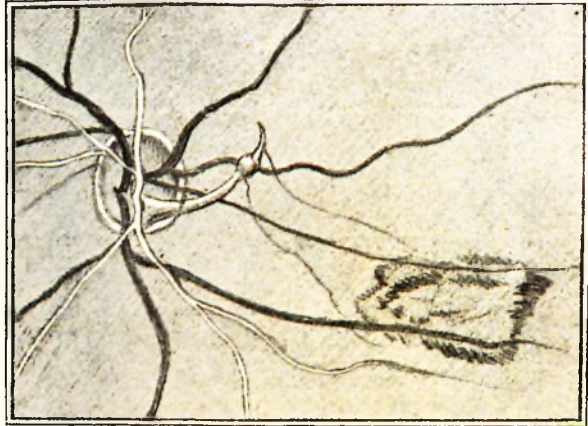
widoczny był ubytek w naczyniówce, a może i coloboma n. optici. Podczas gdy w górnej części tarczy naczynia ułożone były prawidłowo z części przykrytej, niby kloszem, wytworem, środek tego ostatniego przebiegało mnóstwo naczyń, przechodząc niby z góry na



powierzchnię siatkówki. Dr L. wypowiada takie zdanie: wskutek jakiejś przeszkody płodowej w tylnej części gałki nie zakryła się całkowicie szpara, stąd powstało coloboma n. optici resp. choroideae; wywołało to zmętnienie zawartości lub ścianek kanału Cloquet'a, względnie sąsiednich warstw ciała szklistego, z rozszerzeniem t. zw. arca Martegiani kanału; wskutek rozrostu gałki oderwał się przedni przyczep kanału od torebki soczewkowej, następstwem czego był zanik art. hyaloideae. Prawdopodobną przyczyną tego upatruje autor w zapalnej sprawie za życia płodowego, która się toczyła w sąsiedztwie tej tętnicy.

U drugiej chorej wada rozwojowa stwierdzona w obu oczach. W lewym oku ( $V = \frac{5}{50}$ ) znaleziono resztki membr. pupil. perseverans i 2 (jedna w okolicy plamy żółtej) barwikowe plamy dna

ocznego. W prawem — jak wyobraża rycina 2 — z dolno-wewnętrznej powierzchni tarczy wzrokowej wyrasta nieprzezroczysty wytwór w kierunku c. szklistego, na poruszającym się i rozszerzonym końcu którego, haczykowało ku górze zagiętym, przyczepione cienkie nitki,



idące ku przodowi; tylko 2 z nich zawracają się ku tyłowi i przyczepiają się do jednej z 2 barwikowo-zanikowych plam dna ocznego, wielkości  $3\frac{1}{2}$  D. pap. Naczynia dna ocznego miały przytem prawidłowy układ. Chociaż wytwór ten, wychodzący z tarczy, nie miał bezpośredniej łączności z art. centr. retinae, jednak wszystko przemawiało za tem, że była to pozostałość art. hyaloideae. A ponieważ jednocześnie stwierdzono w tym przypadku ślady chorioretinitidis foetalis, to twierdzić można, że ta zapalna sprawa wywarła wpływ na niedostateczny zanik, involutio art. hyaloideae, a że była tu pewna w tem zależność, — dowodzą przyczepy dwóch nitki do jednego z b. miejsc zapalnych. —

Streszczając tę ciekawą rozprawę, nie mogę nie wspomnieć, że przy sekcji wielu gałek ocznych, na setkach trupów dokonanych przeze mnie, znalazłem razu jednego na powierzchni tarczy wzrokowej biały, długi  $2-2\frac{1}{2}$  mm., sz.  $\frac{1}{2}$  mm., wytwór, jakby wyrostek, sterczący do ciała szklistego, w kierunku osi wzrokowej. Było to przed wielu laty, ściślego poszukiwania nie robiłem wtedy, zajmując się innym przedmiotem, dziś zaś przypuszczam, że było to coś bardzo podobnego do wytworów, opisywanych przez Dra Lin-

den Meyera. Takie wyrostki (Zapfenartige Vorspruenge d. papilla optici) znajdujące się u wołów, jako zawartość t. zw. arca Martegiani (H. Mueller i inni); wyrostki te u cieląt zawierają jeszcze naczynia.

Toż samo, długości 3 mm., znalazł Meissner w ludzkim oku, co wziął na karb art. hyal. persistens. Opisane takie przypadki u ludzi zebrał Otto w roku 1892 (Residuen embryon. Glaskörperstränge). Manz odrysował podobny preparat gałki ocznej (p. jego Missbildungen d. m. Auges, 1876, str. 98). V. Hippel podaje 2 ryciny Hessa, na których mezodermalny sznurek, zawierający rozgałęzienia art. hyaloideae, łączy tarczę wzrokową z tylną powierzchnią soczewki, dochodząc przez równik tej ostatniej do dolnego kąta komórki ocznej, przy mikroftalmii i przy wrodzonej szparze tęczówki (p. jego Missbildungen u. angebor. Fehler d. Auges, 1900, str. 22 i 79, 18 u. 19 Lief. Graefes Saemischs ophthalmologii). Terrien (1897) twierdzi, że przy ścisłym badaniu prawie we wszystkich oczach noworodków i dzieci pierwszych lat można znaleźć krótki, dług. 1—1½ mm., taki wyrostek, zawierający ślady art. hyaloideae.

»Ja także często spotykałem takowy w oczach noworodków« — powiada v. Hippel (l. c. str. 70). W dziele tego ostatniego na str. 16 znajdujemy ciekawą chromolit. rycinę, przedstawiającą atypową — od strony nosowej — szparę naczyniówki z wyrostkiem tarczy wzrokowej w postaci zielonkawego sierpa z końcami, skierowanymi ku górze i ku dołowi (przyp. Randall'a i Schweinitz'a). Silnie rozwinięte, mocne sznurkowate wytwory, wedle teorii Hessa, mechanicznie mogą przeszkadzać rozwojowi gałki (jednocześnie microphthalmus, ectopia lentis i t. p.).

Dr J. Talko.

*Przyczynek do znajomości retinitis proliferans.* (Zur Kenntniss der Retinitis proliferans). Dr. Fehr z Berlina. (»Centralbl. für Augenheilk.« 1900, VII).

Co do przyczyn powstawania tak zwanej *retinitis proliferans* opisaną w r. 1876 przez Manza i polegającej, jak wiadomo, na wytworzeniu się lśniących białych łączno tkankowych błon, wyrosła lub taśm ze siatkówki do ciała szklanego sterczących, zdania dziś jeszcze są podzielone. Manz uważał *retinitis proliferans* za zapalną sprawę prowadzącą do nadmiernego bujania tkanki łącznej. Według Lebera białe złogi są pozostałościami po często powtarzających się krwotokach, których wessanie z przyczyn bliżej nieznanych doznało utrudnienia. Purtscher przyjmuje dla pewnej części przypadków osobnego rodzaju schorzenie naczyń siatkówko-

wych, które wywołuje znaczny rozrost tkanki łącznej. W sprawie tej krwotoki odgrywają co najwyżej podrzędną rolę.

Dr. Fehr opisuje przypadek, w którym u 29-letniej kobiety ostra *neuroretinitis exsudativa* ze zmianą w okolicy plamki żółtej w postaci gwiazdki i wybitnymi zmianami naczyńniowemi, przeszła powoli w typowy obraz *retinitis proliferans*. Chora oprócz dość znacznej niedokrewności nie przedstawiała żadnych innych ogólnych zбоcezeń. Najprawdopodobniej na podstawie zmian naczyńniowych, wywołanych ogólną niedokrewnością przyszło u lewego oka do bardzo silnego ostrego zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego. Naczynia siatkówkowe pokryte były we wielu miejscach rozległymi białymi naciekami zapalnymi. W przebiegu choroby następowały po sobie kolejno polepszenia i pogorszenia stanu wzornikowego, a równocześnie wahania bystrości wzroku i zmiany w zachowaniu się pola widzenia. Chora była często i dokładnie badana. Obraz wzornikowy zmieniał się ustawicznie, nacieki zapalne zaczęły przybierać wejrzenie coraz bardziej ścięgnięte i stopniowo wytworzył się obraz, odpowiadający najzupełniej zmianie nazwanej przez Manza *retinitis proliferans*. Przemiana ta dokonała się w ciągu niespełna 5 miesięcy, a gdy chora po upływie 4 lat powtórnie się pojawiła, stwierdzono stan o tyle zmieniony, że oprócz typowych łączno-tkankowych wytworów, zakrywających jak dawniej tarcz nerwu wzrokowego, znaleziono dołem rozległe ale płaskie odzpienie siatkówki.

Jakkolwiek Dr. Fehr nie miał w tym przypadku sposobności dokonać tak pożądanego badania anatomicznego, to jednak uważa ten nader dokładnie prześlędzony przebieg choroby za niezwykle cenny dowód popierający zapatrywanie Purtschera. Istotnie współdział krwotoków, których mimo częstego wzornikowania ani razu nie zauważono, może w tym przypadku być zupełnie wykluczony. Nieliczne punkcikowate wybroczyny, które w pierwszych dniach po wystąpieniu ostrej sprawy zapalnej w siatkówce tu i ówdzie dostrzeżono, i które wnet znikły bezpowrotnie, nie mogły mieć dla powstania tak obfitych złogów łączno-tkankowych najmniejszego znaczenia.

Dr. K. W. Majewski.

*Dwa przypadki conjunctivitis vaccinalis.* (Zwei Fälle von Conjunctivitis vaccinalis). Dr. Albin Pihl z Gotenburga w Szwecyi. (»Klin. Monatsbl.«, 1900, VII).

W lecie z. r. miał autor sposobność spostrzegać 2 przypadki przeniesienia zarazka ospy szczepionej na ramieniu na spojówkę oka. Pierwszy przypadek odnosi się u 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> letniej córki rolnika, u której w tydzień po zaszczepieniu krowianki wystąpiło

silne zapalenie i opuchnięcie prawego oka. Badanie wykazało w środku chrząstkowej spojówki powieki górnej silnie przekrwionej i obrzmiałej — pęcherzyk wielkości ziarna grochu, świeżo pęknięty, widocznie przy odwracaniu powieki. Dno powstałego ślad owrzodzenia postaci okrągłej, pokryte było ropą z małą domieszką krwi. Zresztą prócz objawów silnego odczynu, a zatem obrzęku powieki i spojówki gałkowej żadnych innych zmian, a w szczególności nigdzie drugiej podobnej krosty na oku nie znaleziono.

W ciągu dziesięciu dni wśród leczenia polegającego na wypłukiwaniu worka spojówkowego i zakładaniu maści sublimatowej, wrzodzik zagoił się nie pozostawiając żadnego śladu po sobie.

W drugim przypadku wystąpiły u 4-letniej dziewczynki we dwa tygodnie po szczepieniu dwa wrzodziki na brzegu każdej z powiek prawego oka, tak ułożone, że sobie parami odpowiadały, a każda para przy zamkniętej szparze powiekowej przedstawiała się jak jeden wrzód. Wrzodziki te o brzegach ostro ciętych, a dnie gęstą, ropiastą masą pokrytem były większe u górnej powieki (5—6 mm. średnicy), a u dolnej nieco mniejsze. Na spojówce górnej powieki znajdował się równocześnie zupełnie podobny pęcherzyk, jak w przypadku pierwszym, tylko cokolwiek mniejszych rozmiarów. Wreszcie na spojówce dolnego załamka obrzmiałej i nastrożonej widać było cały szereg drobniutekłych pęcherzyków, które z łatwością pękały, pozostawiając płytkie powierzchniowe ubytki. Przy tem samym leczeniu jak w poprzednim przypadku ustąpiły wszystkie te owrzodzenia bez śladu z wyjątkiem utraty kilku rzęs w miejscu, które jeden raz tylko przypalono kamieniem piekielnym.

Żałować wypada, że autor zaniedbał przeszczepić ropę tych owrzodzeń na jakie zwierzę nie posiadające odporności przeciw ospie; w razie gdyby się ospa na niem przyjęła, zyskałby był naukowe potwierdzenie swego rozpoznania. Na podstawie jednak anamnezy, objawów klinicznych i przebiegu wyklucza on po kolei wrzody pochodzące z oparzenia, błonicę, pęcherzycę (*pemphigus*), opryszczkę (*herpes*), wrzód weneryczny miękki i pierwotną zmianę kiłową, wreszcie owrzodzenia rakowate i gruźlicze.

W literaturze znalazł Dr. Pihl zaledwie 50 opisanych spostrzeżeń takiego przeszczepienia jadu ospowego na oko, ale zachodzi podejrzenie, że we wielu razach cierpienie to zostaje zapoznane i że w rzeczywistości zdarza się ono częściej. Jako najpewniejszy środek zapobieżenia złemu uważa autor opatrunek założony na szczepione ramię, ale wystarczyłoby, gdyby lekarze wykonujący szczepienie zwracali uwagę rodziców na możliwość przeniesienia ropy do oka i polecali ubierać dzieci w koszulki i ubrania zaopatrzone w rękawy przykrywające okolicę szczepioną, przytem dbać

w ogóle o czystość, a przy zmianie bielizny jakoteż przy kąpaniu dzieci przestrzegać koniecznych ostrożności.

*Dr. K. W. Majewski.*

*Przypadek zapalenia oka, wywołany włoskami gasienicowymi* (Ein Fall v. Raupenbaar-ophthalmie (Ophthalmia nodosa). Dr Bayer (»Muench. Med. Wochenschrift«. Nr 21).

Przypadek dotyczył parobka, któremu przez swawolę rzucono garść siana w twarz; w sianie tem miała się znajdować gasienica. Od tej chwili datuje chory początek swojego cierpienia. W cztery miesiące zauważył znaczne pogorszenie wzroku i zgłosił się do kliniki w Erlandze. Stan oka był następujący: cała gałka nastrzykana, rogówka lekko zmętniona, w głębszych warstwach przy zewnętrznym brzegu 2 żółto-białe, ściśle ograniczone plamki, 3 od wewnątrz. W kącie rogówko-twardówkowym na tęczywce 6 porozrzuconych okrągławych żółto-różowych guzków unaczynionych. Żrenica wązka nie oddziałuje. V. =  $\frac{6}{34}$ . Rozpoznanie: Ophthalmia nodosa corneae et iridis, wywołane zranieniem włoskami gasienicowymi.

W przebiegu leczenia występowało kilkakrotnie po zastosowaniu atropiny wzmoczenie ucisku śródocznego.

Wykonano rozszerzenie szpary (canthoplastica) i punctio corneae, przyczem wystąpił silny krwotok tęczówkowy.

Po 3miesięcznem leczeniu stan był następujący:

Przybrzeżne głębokie zmętnienia nie się nie zmieniły, a przy oświetleniu bocznem widać, jak od tego zmętnienia odchodzi ciemna linijka, 1 $\frac{1}{2}$  mm długa wypustka, która, oglądana mikroskopem rogówkowym, jest niczem innym, jak włoskiem gasienicy. Również i guzki w kącie twardówki rogówkowym są widoczne przez zmętnioną rogówkę.

Autor, motywując w epikryzie rozpoznanie oph. nodosa, spowodowanej dostaniem się włosów gasienicowych do przedniego odcinka gałki, dochodzi do wniosku, że w przeważnej części podobnych przypadków choroba obejmuje naprzód powierzchowne warstwy, dopiero później, wskutek ucisku i ruchu powiek i wskutek zmian napięcia m. rzęskowego, dostają się odłamane końce włosów w głąb i wywołują tam, działając nie tylko mechanicznie, ale i chemicznie z powodu wydostania się zawartości włosa (Haarsaft), zmiany chorobowe w postaci guzków. To też w leczeniu trzeba się przedewszystkiem starać powstrzymać dostanie się włosów w głębsze warstwy rogówki, a więc znieść ucisk powiek przez rozszerzenie szpary, unieruchomić tęczówkę przez zapuszczenie mydriatów. — Autor przeciwny jest dotychczas stosowanej irydektomii, a poleca wykonać raczej nakłucie rogówki (punctio), czem, osiągając podobny skutek, nie drażnimy, już i tak zajętej, tęczówki. *Lewiński.*

*O wiosennem zapaleniu rąbka spojówkowego w Rosyi.*  
(Ueber die Fruehjahrenconjunctivitis (Saemisch's Augenkrankheit) in Russland). Dr Aleksander Natanson z Moskwy. (\*Klinische Monatsblætter f. Augenheik.\* R. XXXVIII. Kwiecień. 1900).

Opierając się na obszernej statystyce wszystkich znacniejszych zakładów okulistycznych w państwie rosyjskiem, jak również na własnem wieloletniem doświadczeniu, przechodzi autor do następujących wniosków:

Zapalenie wiosenne rąbka spojówkowego pojawia się w Rosyi nierównie rzadziej, niż w wielu innych państwach, które mają znacznie umiarkowańszy klimat od Rosyi środkowej, a tem bardziej od Rosyi południowej i prowincyi azjatyckich. Autor przypuszcza, że etyologia choroby nie jest zależną jedynie od bezwzględnej ciepłoty, lecz także od innych właściwości klimatu, jak n. p. zawartość wilgoci w powietrzu, opadów atmosferycznych i t. p.

W inny bowiem sposób nie możnaby sobie wytłómaczyć, dlaczego w południowych prowincjach Rosyi, leżących pod tą samą szerokością geograficzną, co Konstantynopol albo Włochy, cierpienie to pojawia się nierównie rzadziej, aniżeli n. p. w Konstantynopolu, Szwajcaryi albo w dolinie Renu. Należy więc przypuszczać, że klimat kontynentalny w państwie rosyjskiem, mimo ogromnych wahań temperatury (zima bardzo ostra, lato suche i gorące), nie sprzyja powstawaniu tej choroby.

Co do związku, zachodzącego rzekomo między wiosennem zapaleniem spojówki, a chorobami jamy nosowej, to autor sądzi, że zależność tych dwóch chorób od siebie nie jest tak znaczną, jak to powszechnie podają w literaturze.

Co do histogenezy tej choroby, to już z teoretycznego punktu widzenia uważa autor sprawę tę anatomicznie jako bujanie przybłonka. Chorobę tę bowiem leczy się bez pozostawiania blizn, co musiałoby nastąpić, gdyby polegała na bujaniu tkanki łącznej.

Rozpoznanie różniczkowe między zapaleniem wiosennem a jaglicą uważa autor niekiedy za bardzo trudne.

Wogólności można wprawdzie dla typowych przypadków obu tych chorób postawić dokładne cechy różniczkowe, jednakowoż w przypadkach mniej wybitnych zachodzą tu te same trudności, jak n. p. między jaglicą a mieszkowem zapaleniem spojówki.

*Dr Schayer.*

*Przypadek wypadnięcia gruczołu łzowego w następstwie urazu.* (Ein Fall von traumatische Prolapsm der Thränen-drüse). Dr R. Hilbert z Sensburga. (\*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde\*. 1900. VII).

Przypadek ten jest zaledwie szóstym z rzędu opisanym w li-



teraturze. Przed rokiem zebrał Ahlström wszystkie podobne spostrzeżenia do tego czasu ogłoszone i dodał sam jedno spostrzeżenie własne, podnosząc słusznie rzadkość tego uszkodzenia, przyczem zwraca uwagę, że występuje ono wyłącznie tylko u dzieci, zwłaszcza w pierwszych latach życia. Przypadek Dra Hilberta nie odstępuje również od tego prawidła: W grudniu z. r. przyniesiono mu jednoroczne dziecko, które dnia poprzedniego upadło na ostrą krawędź ławeczki, raniąc sobie górną powiekę lewego oka. Oglądanie wykazało ranę 1 cm. długą poniżej łuku oczodołowego górnego w pobliżu skroniowego kącika, a z pomiędzy jej brzegów wystawało ciało okrągławe, mniej więcej dwa razy większe od ziarna grochu. Zresztą prócz krwawego podbiegnięcia górnej powieki żadnych innych uszkodzeń nie znaleziono. Przypuszczając, że ma z wypadniętym gruczołem łzowym do czynienia, odciął Hilbert nożyczkami wystające ciało za przykładem swych poprzedników, którzy podobne przypadki spostrzegali i opisali. Badanie drobnowidowe wykazało istotnie utkanie gruczołu łzowego. Ranę skórną spojono kilku szwami. W następstwie nie przyszło ani do opadnięcia powieki górnej, ani do zaburzeń w wydzielaniu łez, ani tem mniej do zeskórnienia spojówki. —

Autor zastanawia się nad przyczyną, dla której uszkodzenie to nawiedza wyłącznie małe dzieci (raz tylko spostrzegano je u dziecięcielnego już dziecka). Ahlström przypuszcza, że u dzieci *ligamentum suspensorium glandulae lacrymalis* jest podatniejsze i rozciągliwsze, niż u ludzi dorosłych. Hilbert zaś zwraca uwagę na różnicę w budowie czaszki, a mianowicie kości oczodołu, którego brzegi u dorosłych bardziej wystają, a tem samem lepiej osłaniają i chronią przed zewnętrznymi urazami części miękkie w głębi położone. U dzieci natomiast kostne brzegi oczodołu są mniej wystające i dlatego u nich łatwiej przychodzi w następstwie urazu do wypadnięcia gruczołu łzowego. *Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek jednostronnego porażenia wewnętrznego mięśni ocznych (Ophthalmoplegia int.) pochodzenia urazowego.* Dr A. Tumpowski (Czasop. Lek. Nr 7. 1900).

Jedenastoletnia dziewczynka, spadłszy ze schodów, doznała prawdopodobnie urazu w głowę, gdyż znaleziono ją nieprzytomną. Po ocuceniu się, miała kilkakrotnie wymiotować, skarżyła się na ból lewej połowy głowy i na dwuwidzenie. Przy badaniu mógl autor jedynie zauważyć zwężenie szpary ocznej prawej, rozszerzenie ad maximum źrenicy i nie oddziaływanie jej ani na światło, ani na przystosowanie. Ruchy gałek prawidłowe. Dno oka bez zmian. Po 4 dniach ustąpiło opadnięcie powieki górnej, pozostało tylko roz-

szerzenie i nieruchomość źrenicy, t. j. objawy porażenia zwieracza tęczówki i mięśnia rzęskowego, niewątpliwie spowodowane urazem. Ponieważ jednak ostro powstałe jednostronne porażenia wewnętrznych mięśni ocznych są rzadkie, autor nie zadawał sobie opisem przypadku, lecz zastanawia się w dalszym ciągu nad umiejscowieniem tej sprawy i jej charakterem anatomicznym. Wobec nieprawdopodobieństwa sprawy obwodowej, autor przychodzi do wniosku, że porażenie to jest pochodzenia mózgowego i może mieć miejsce albo 1. w ośrodkach mięśni ocznych (corticales Laemmung), 2. w drogach, łączących te ośrodki z jądrami n. okoruchowego (supranucleare L.), 3. w jądrach samych (nucleare L.) i 4. w włóknach nerwowych, wychodzących z jądra, przed ich połączeniem się w nerw obwodowy (Wurzellaemmung). Ponieważ pierwsze dwa rodzaje i ostatni występują wśród wybitnych innych ogólnych objawów, których w tym przypadku nie było, trzeba przyjąć obrażenie jąder nerwu okoruchowego, które leżą blisko wodociągu Sylwiusza i składają się z kilku grup komórek, z których najwięcej na przód wysunięte są ośrodki dla zwieracza tęczówki i m. rzęskowego i posiadają nawet własną tętniczkę końcową. W opisanym więc przypadku mogło przyjść do wyznaczenia z tej tętniczki, wskutek tego jądra zostały uszkodzone, wywołując powyższe objawy. *Luniewski.*

*Jaskra u ludów wschodnich.* (Le glaucome en Orient).  
L. de Wecker. («Annales d'Oculistique». 1900. VII).

Podczas pobytu swego w Turcyi i w Egipcie zrobił Wecker spostrzeżenie, że w krajach tych jaskra nierównie częściej występuje niż w zachodniej Europie. Dla dokładniejszego przedstawienia rzeczy porównywa on statystykę jaskry z kliniki paryskiej ze statystyką dawnego swego asystenta Dra Esmériana, rozporządzającego w Konstantynopolu bardzo bogatym materiałem klinicznym. Dane, odnoszące się do jaskry, zbierano w statystyce paryskiej z liczby 40,000 chorych, w statystyce zaś konstantynopolskiej z liczby 20,000 chorych. Najciekawsze wyniki tego zestawienia wyrażają się następującymi cyframi:

Jaskra stanowi w Paryżu 1,17% wszystkich chorób ocznych, w Konstantynopolu zaś 2,43%, jest tam zatem przeszło 2 razy częstszą. Następnie uderza, że w Turcyi *glaucoma inflammatorium chronicum* zdarza się znacznie rzadziej niż w Paryżu, przedstawia bowiem tylko 4% wszystkich przypadków jaskry, gdy w Paryżu ten rodzaj jaskry stanowi prawie połowę przypadków (45%). Natomiast *glaucoma simplex* jest częstsze na Wschodzie (29,6%) niż we Francyi (18%), toż samo *glaucoma absolutum* (w Paryżu 17%,

w Konstantynopolu 40,7%); wreszcie *glaucoma consecutum* zdarza się dwa razy częściej w Turcyi niż we Francyi.

Jeszcze powszechniejszą, niż w Turcyi, ma być jaskra między ludnością arabską w Egipcie. Wprawdzie obszerniejszej statystyki autor nie może przytoczyć, ale podaje, że podczas swego krótkiego pobytu w Kairze miał w liczbie 106 chorych 16 jaskrowych. Tę nadzwyczajną częstość jaskry u arabsów tłumaczy Wecker związkiem, jaki zdaniem jego istnieje między jaskrą a jaglicą. Na związek ten zwrócił już uwagę prof. Wieherkiewicz (por. »Postęp Okulistyczny« 1900, str. 273), opierając się na własnych spostrzeżeniach i wskazując na ścieśnienie dróg odpływowych wywołane przez sprawę jaglicową sklerotyczną, toczącą się w otoczeniu rogówki (episcleritis) — jako na przyczynę podniesienia napięcia śródocznego. Wecker pojmuje ten związek w sposób bardzo podobny: przypuszcza on również pewne utrudnienie w przesączaniu się cieczy w okolicy pasa przyrogówkowego (zone pericornee) z powodu jaglicowego zbliznowacenia tkanki przyłwardówkowej. Otóż jaglica w Egipcie jest do tego stopnia rozpowszechnioną, że zdaniem Müllera (»Archiv für Augenheilk.« T. XL. p. 1—53) u każdego dorosłego araba, jeśli nie znajdziemy ziarn, to przynajmniej wykryjemy na pewno obecność znamienych dla jaglicy blizn na spojówkach.

Prócz związku z jaglicą przyjmuje Wecker u ludów wschodnich także pewne rasowe usposobienie do jaskry a na dowód przytacza, że żydzi, którzy już od tylu wieków żyją rozproszeni po Europie, przecież, jak statyczne prace wykazują, tej szczególnej rasowej skłonności do jaskry jeszcze nie zatracili.

Dr. K. W. Majewski.

*Konieczne środki dla zniszczenia jaglicy w wojsku*  
Dr Pospiełow. (»Wojenno-medieinskij Żurnal«, książka lipcowa z r. b.).

Rozebrawszy wszystko to, co w tej sprawie pisano i zrobiono przez władzę wojskową dotąd, autor twierdzi, że nieprzyjmowanie do wojska dotkniętych jaglicą pozbawiłoby w wielu miejscach kontyngens wojska znacznej liczby na pozór zdrowych ludzi, tak w jednym warszawskim okręgu 5536 (1897 r.), nie mówiąc o tem, że w takim razie staranoby się o »sztuczne zakażenie jaglicą«, byleby nie służył w szeregach. Środka więc tego trzeba zaniechać i nie podnosić.

Urządzenie w wielu miejscach (warszawski woj. okręg i odeński) ocznych sanitarnych stacyi, w których przez lato leczą się żołnierze, przeważnie dotknięci chorobami spojówki, środek bardzo dobry, lecz — jak przekonywa statystyka — wcale niedostateczny;

lak w roku 1895 leczono jaglicowych 2177, wyzdrowiało 39,3%, doznało polepszenia 22,9%, nie wyleczono 37,8%; w roku 1896 leczono 2239, z nich wyzdrowiało 24,9%, doznało polepszenia 35,0%, nie wyleczono 43,0%; w r. 1897 leczono 1946 jaglicowych, z nich wyzdrowiało 24,1%, doznało polepszenia 39,1%, nie wyleczono 36,8%.

Jedyny możliwy higieniczny środek, zdaniem autora, urządzenie »jaglicowych komend«. W pułkach piechoty armii rosyjskiej liczy się 16 rot. Otóż jedna rota niech będzie t. zw. jaglicową. — Uformować ją należy ze wszystkich szeregowców pułku, dotkniętych jaglicą. Byłaby to jednostka zupełnie izolowana w pułku od zdrowych szeregowców, nie szerzyłyby zarazy i, przy zastosowaniu leczniczo higienicznych środków, powinna być leczoną przez jednego *ad hoc* wyznaczonego lekarza. Do tej roty powinni być zaliczeni i nowobrańcy, dotknięci jaglicą. Zbijając zarzuty, jakie mogą spotkać ten projekt ze strony władz wojskowych (nikt z oficerów nie zechce komenderować taką rotą, do roty tej, mającej pewne ulgi służbowe, będą się wpraszać niezadowoleni służbą i t. p.), Dr P. kończy swój artykuł godnymi uwagi słowy: »niechże i medycyna przyczyni się ze swej strony do wykształcenia żołnierza; niechże on wróci na łono rodziny nie tylko rozwiniętym umysłowo, lecz i zupełnie zdrowym. Tym sposobem wykażemy usługę nie tylko armii, lecz i ludności Rosyi«.

Naturalnie byłoby pożądanem, aby z armii wracali ludzie do miast i wsi zupełnie zdrowi i nie szerzyli zarazy wśród ludności, świadcząc przed wszystkimi swemi łuszczkami i chronicznie czerwonymi oczami, że ich, jako przewlekłe chorych, zwolnili z wojska, byle tylko zmniejszyć % jaglicowych w komendach.

»Ubytek jaglicowych z warszawskiego woj. okręgu bywa zawsze większy niż nowo przybywających; takim sposobem do ludności wnosimy z wojska rok rocznie coraz więcej zarazy« — tak pisał Dr Potiechin, warszawski okręgowy okulista w r. 1897.

Naturalnie jest to smutny *circulus vitiosus*. Pod tym względem myśl Dra Pospiełowa znalazła rzecznika w kol. Macheku, który wypowiedział słuszne żądanie, aby jaglicą dotkniętych szeregowców nie zwalniano do domów, lecz leczono przy komendach wojskowych, w celu zapobieżenia szerzeniu zarazy wśród ludności (p. Sekcya okulistyeczna IX Zjazdu w Krakowie).

Dr J. T.

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcya okulistyczna IX. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. (Ciąg dalszy).

Posiedzenie II. w poniedziałek 23 lipca b. r. w sali wykładowej kliniki okulistycznej.

Początek posiedzenia o godzinie 4 po południu.

Przewodniczy Dr Z. Kramsztyk. — Członków obecnych 17.

Dalszy ciąg dyskusyi nad sprawą jaglicy.

Prof. Machek przedstawia następujące wnioski do uchwalenia:

1. Należy się starać, aby wojsko o ile możności niewyłączonych na jaglicę nie urlopowało.

2. Należy kosztem kraju zakładać barakowe szpitale jaglicowe na lato.

Przewodniczący wyraża zadowolenie, że dyskusya schodzi na praktyczne tory, i zachęca do stawiania wniosków konkretnych, przypominając, że zawiązał się komitet, mający czuwać nad wykonaniem uchwał, powziętych przez poszczególne sekcye. Uchwały te zresztą zostaną przedłożone na drugiem plenarnem posiedzeniu Zjazdu do zatwierdzenia. Wszystko, co uchwali Zjazd, mogłoby wyjść także od jednej osobistości, ale Zjazd, choć mówi to samo, mówi jednak głośniejsz, aniżeli jednostka, chociażby najpoważniejsza i najbardziej wpływowa. Ze względu na niezmierną doniosłość sprawy tępienia jaglicy dla całego społeczeństwa, projektuje mowca utworzenie »Towarzystwa dla zwalczania jaglicy«.

Prof. Dr Wicherkiewicz: Już od dawna noszę się z myślą wystąpienia z projektem, dalej idącym, aniżeli ten, który w tej chwili przedkłada nam kolega Przewodniczący. Mam mianowicie na myśli utworzenie »Towarzystwa Okulistów polskich« i sądzę, że chwila jest potemu, żebyśmy już dziś zastanowili się nad urzeczywistnieniem tego projektu. Towarzystwo takie mogłoby, między innymi, do programu swego włączyć także sprawę zwalczania jaglicy, ale przytem miałyby szersze i dalej idące zadania. Przedewszystkiem stworzy ono pewną spójnię i łączność między kolegami, których rozdzielają nie tylko granice zaborów, ale niestety nieraz nieusprawiedliwiona wzajemna niechęć, brak sympaty lub przynajmniej obojętność. Nieporozumienia te pierzchną przy bliższem poznaniu, wśród żywej wymiany myśli, do czego dałyby wyborną sposobność coroczne zjazdy. Zjazdy te mogłyby, zdaniem mowcy, odbywać się w Krakowie.

Dr Koliński popiera gorąco ten wniosek.

Dr Talko zgłasza dodatek: Towarzystwo Okulistów polskich wybiera »Postęp Okulistyczny« za swój organ.

Przewodniczący prosi prof. Wicherkiewicza o zrealizowanie tej myśli: o wypracowanie statutów i postaranie się o ich zatwierdzenie.

Prof. Wicherkiewicz zaprasza prof. Macheka i Dra Kramsztyka do komisji statutowej i proponuje Zielone Świątki na czas zjazdów Towarzystwa okulistycznego.

Dr Koliński głosi za porą wakacyjną.

Dr Bałłaban sądzi, że zjazdy powinny się odbywać co 2 lata i w różnych miastach.

Wniosek prof. Wicherkiewicza został jednogłośnie przyjęty.

Prof. Machek uzasadnia jeszcze swój pierwszy wniosek.

Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że, zapytywany jako członek izby lekarskiej przez regencję poznańską z polecenia ministra wojny w Berlinie, jakieby przedsięwziąć wypadało środki, by rozszerzenie się jaglicy w wojsku ograniczyć, wydał opinię w tym kierunku, że rekrutów dotkniętych jaglicą nie trzeba puszczać do domu, ale w osobnych oddziałach w stosownych higienicznych warunkach wyczerzyć ćwiczeń wojskowych i dopiero wtenczas do domu puszczać, kiedy po spełnieniu wojskowych obowiązków wolni będą od jaglicy. Inaczej rekruci nigdy sami się nie leczą albo niedostatecznie, a tak oni jako też puszczeni z jaglicą urlopnicy stają się rozsądnikami choroby. Zapatrywanie to odpowiadało zapatrywaniom większości izb lekarskich innych prowincyi i, jak się zdaje, zostało przyjęte za normę postępowania.

Dr Talko podnosi, że w Rosyi uwalnia od służby wojskowej tylko okres zbliźniczenia jaglicy.

Dr Koliński rektyfikuje tę uwagę o tyle, że w nowszych czasach ciężkich przypadków jaglicy wczesnej nie przyjmują tam do wojska i zgłasza postulat, aby jaglicowych do wojska wogóle nie przyjmowano.

Obydwa wnioski prof. Macheka zebrani jednogłośnie uchwalili.

Dr Cetnarowicz zaznacza, iż oddziały ruchome okulistyczne nie są bez korzyści, a to z powodu łatwości zastosowania tego rodzaju leczenia chorych, nawet jaglicowych, chory bowiem ma możność nie odrywać się od swych zajęć, codziennie przychodzi o poradę, a nie jest narażony na zawód, jaki go zwykle spotyka w większych miastach, gdzie oddziały bywają przepelnione chorymi i dla przybysza nieraz ze stron dalekich miejsca niema, ambulatoryjnie zaś leczyc się nie może dla braku środków utrzymania

w mieście. Wreszcie utrzymanie stałych baraków okulistycznych, funkcjonujących w lecie, jest poniekąd tymiż samymi oddziałami ruchomyimi, z różnicą chyba tą, iż leczą tam tylko na jaglicę.

Wniosek zatem przewodniczącego zmieniałbym o tyle, by nie zaznaczać tak wyraźnie wyższości baraków dla jaglicowych nad ruchomymi oddziałami.

Przewodniczący formułuje następujący wniosek:

Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, wyrażając uznanie inicjatorom oddziałów ruchomych okulistycznych w Królestwie Polskiem, mniema, że działalności swojej mogą dać kierunek bardziej pożyteczny i stanowezy przez tworzenie letnich stałych uzdrowisk dla chorych na jaglicę w rozmaitych okolicach kraju.

Dr Uziębło żąda skreślenia wyrazu »letnich«. Wnioskodawca przystaje na to.

Zebrawie uchwała jednogłośnie ten wniosek, mający być przedstawionym do zatwierdzenia na II plenarnem posiedzeniu Zjazdu.

Prof. Machek: „*O dziedziczności optycznej budowy oczu*“.  
(Będzie niebawem drukowane w całości).

Przewodniczący dziękuje prelegentowi za piękny wykład.

Dr Bałłaban zachęca do badania refrakcyi u noworodków.

Prof. Wicherkiewicz: Pozwolę sobie zauważyć, że ściśle wnioski co do wyłącznego wpływu dziedziczności możnaby dopiero wtenczas zrobić, jeżeli w przypadkach krótkowzroczności uwzględnimy także ogólne choroby zakaźne lub konstytucyjne, które mogą nie być bez wpływu na wywołanie tej wady refrakcyi.

Zdarza nam się nieraz spotykać chorych krótkowzrocznych, którzy z całą ściśłością zaznaczają, że dopiero po odrze, po szkarlatynie, po tyfusie myopia się rozwinęła, gdy ani przodkowie myopii nie mieli, ani sami przed chorobą zakaźną u siebie tego nie zauważyli.

Dr Majewski: Wiadomo, że rozróżniamy dwa rodzaje myopii. Pierwszy rodzaj, to myopia tak zwana szkolna, której istotnie najczęściej się nabywa w latach szkolnych, która nie dochodzi do nadmiernie wysokich stopni, i mniej więcej od 25 roku życia dalej już się nie zmienia. Nie łączy się ona z żadnymi poważnemi powikłaniami i nie spowodza żadnego upośledzenia bystrości wzroku. Drugi rodzaj, to *myopia progressiva*, którą należy raczej uważać nie za wadę refrakcyi, lecz za ciężką chorobę oczną, której punktem wyjścia jest schorzenie naczyńiówki. Myopia jest tu tylko mechanicznem następstwem powiększenia się gałki pod wpływem ucisku

śródocznego, działającego na zwiotezałe jej ściany. Dochodzi ona nieraz do niezmiernie wysokiego stopnia. Spostrzegliśmy w klinice myopię, przekraczającą 30 D. W przypadkach podobnych wywiady bardzo często wykazują, że w rodzinie chorego są lub były osoby dotknięte myopią. Zapytuję szan. prelegenta, czy w zestawieniach swych spotykał się z tą postacią myopii, czy stwierdził jej dziedziczność, względnie jej związek z myopią zwyczajną?

Prof. Machek odpowiada Drowi Bałłabanowi, że badania noworodków już systematycznie przeprowadzono, tylko, że nie zna dotąd danych, czy wykazano u noworodków astygmatyzm, czemu się dziwić nie można, gdyż oznaczenie astygmatyzmu w obrazie prostym u noworodka przedstawia wielką trudność.

Drowi Majewskiemu zaś odpowiada, że myopia złośliwa, którą już u dzieci małych spotykamy, prawdopodobnie jest wrodzona i jest rzeczywiście następstwem chorobowych zmian wewnątrzgałkowych.

Dr Bałłaban: „*Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałkowej ocznej*“. Z okazaniem preparatów drobnowidowych i fotograficznych.

Pomnąwszy torbiele spojówki powiekowej i załamka, są zwykle surowicze torbiele spojówki gałkowej bardzo rzadkie. Bardzo ciekawym jest sposób ich powstania, gdyż ta część spojówki nie posiada gruczołów w stanie prawidłowym, ze zwyrodnienia których możnaby ich genezę wyłomaczyć.

Opisany przypadek dotyczył 22 letniej chorej, u której na spojówce gałkowej prawego oka znajdowało się 4 do 5 pęcherzyków o cienkich ścianach, wypełnionych przezroczystym płynem. Wycięta część spojówki, na której one były umiejscowione, została poddana badaniu anatomicznemu. Badanie to wykazało w tkance podprzybłonkowej liczne małe torbiele, wyścielone nieprawidłowym przybłonkiem. Przybłonek ten był miejscami jednowarstwowym o płaskich komórkach, miejscami kilkuwarstwowym o komórkach sześciennych i walcowatych. W wielu miejscach widać zwyrodnienie komórek przybłonka, które miejscami są rozmiękłe i wypełnione ciemnymi ziarnami, powstałymi z zabarwienia tioniną i hematoksyliną, przyczem jądra prawie nie widać. Inne znowu komórki są wypełnione wielką szklistą masą, ich protoplazma zaś zmieniona w postaci gruboziarnistego rozpadu.

W przybłonku spojówkowym widać pomiędzy torbielami pełne czopowate wyrostki, których środkowe komórki zwyrodniały, przez co powstają małe plamy. Toż samo i w samej ściance dużych torbieli powstają małe torbiele przez zwyrodnienie środkowych komórek. Tkanka łączna jest prawidłowa i wypełniona tuż-



nemi komórkami Ehrlicha, jak również i komórkami plasmacycznymi.

W opisanym przypadku rozchodzi się z całą pewnością o torbiele, które powstały w ten sposób, że pełne czopy przybłonka wcisnęły się w tkankę podprzybłonkową, poczem ich środkowe komórki rozpadły. Komórki te są bądźto rozmiękłe, bądźto wypełnione szklanymi słojami. Wielkie torbiele powstały w ten sam sposób, przyczem musimy przyjąć, że proces wchłaniania wody nie kończył się u nich z chwilą rozpadu środkowych ich komórek, ale że rozpadłe te masy wchłaniały dalej ciecz drogą osmozy z tkanki podspojówkowej, wypęnlonej obficie limfą.

Przypadek ten będzie swego czasu dokładnie ogłoszonym, a jest on niezbitym dowodem, że, wbrew istniejącemu dziś przekonaniu, mogą powstawać torbiele w spojówce gałkowej, a zatem i na innych częściach spojówki, bez współdziałania gruczołów i li tylko ze zwyrodniałych komórek przybłonka.

Dr J. Talko: „*Meningokele orbitalis*“. Odczytał o wrodzonych przepuklinach mózgowych oczodołu i podał treściwy, objaśniony fotografią, opis przypadku meningocele orbitalis posterior v. retrobulbaris u noworodka. Ponieważ przypadek ten nadzwyczaj był rzadki i ciekawy pod względem rozpoznawczym i operacyjnym, odczyt ten przeto całkowicie wydrukowanym będzie w „Postępie Okulistycznym“.

• Dr Ł u n i e w s k i: „*O wartości dioniny w terapii okulistycznej*“. (Z okazaniem preparatów mikroskopowych). Działanie lecznicze dioniny, wobec tego, że się zbyt łatwo organizm do niej przyzwyczaja i dalsze jej stosowanie, pomimo początkowo osiągniętej pewnej poprawy, resztę oczekiwań zawodzi, nie przedstawia w wyniku tych cennych własności, które cechują tyle innych wypróbowanych środków. Przyznać jednak trzeba, że do lekozbioru przybył nam jeden więcej środek, który, jeżeli nie uleczą, to przecież, powodując zmiany w krążeniu krwi i limfy, dodatnio wpływa na pewne stany chorobowe oka. I tak przy iritis, gdzie, wskutek silnego przekrwienia tęczówki, zapuszczanie atropiny nie odnosi skutku, jednorazowe potem wkroplenie 10% dioniny wywołuje zupełne rozszerzenie źrenicy i podmiotowo sprawia choremu ulgę. Stosowane przy zmętnieniach rogówki, wyjaśnia je do pewnego stopnia. W zapaleniach przyszczkowych, jakkolwiek nie działa bezpośrednio leczniczo, to później zastosowane środki, jak maść żółta, kalomel i t. d., doraźniej działają. Nie mniej dodatnie wyniki dadzą się osiągnąć przy zmętnieniach ciała szklanego i zapaleniach naczyńówki i siatkówki.

Dr Bednarski zapytuje, czy prelegent znalazł tusz w przy-

blonku barwikowym siatkówki, na co Dr Łuniewski odpowiada twierdząco.

Dr Kramsztyk podnosi, że ponieważ przypadki przyklejenia się siatkówki oderwanej są nader rzadkie, więc, jeśli po dioninie to nastąpiło, można przypuszczać, iż to jej zasługa.

Dr Brudzewski: Czy chora była leczoną też innymi środkami?

Prelegent odpowiada, że dostawała KJ, środki napotne, przy spokojnem leżeniu w łóżku.

Dr Bałaban nie wierzy w skuteczne działanie dioniny przy amotio retinae, nie radzi używać w tem środków limfopędnych i porównywa działanie dioniny z działaniem injekeji podspojówkowych Na Cl, których sam chętnie używa przy odczepieniu siatkówki.

Dr Łuniewski podnosi swoiste działanie dioniny, na śród-błonek naczyń.

Koniec posiedzenia o godzinie 7:10 wieczór.

Posiedzenie III. we wtorek 24 lipca w sali wykładowej kliniki okulistycznej.

Początek posiedzenia o godzinie 9 rano.

Przewodniczy prof. Machek. Członków obecnych 15.

Prof. Dr Bol. Wicherkiewicz: „*Słów kilka w sprawie etyologii odczepienia siatkówki*“. Tak pod względem teoretycznym, jako też pod względem praktycznym niezmiernie ważną jest kwestya powstawania odczepienia siatkówki. Wiemy, że prawie wszystkie do dziś dnia głoszone zapatrywania odnoszą się do dwóch teoryi, a mianowicie wydzielniczej i teoryi odeciągania. Obie są jednak albo niewystarczające na wyłómaczenie wszystkich przypadków, albo stoją nawet w sprzeczności i z obrazem wziernikowym i wynikiem badania wyjętych gałek.

Powód najczęściej przyjmowany (Lebera, Nordensona), t. j. zmiany ciała szklistego, lubo często rzeczywiście występuje, zbyt często skłania do niepotrzebnego wkraczania operacyjnego (Deutschman), gdy, prócz tych zmian, inne okoliczności do powstawania odczepienia siatkówki się przyczyniają.

Nierzadko kilka takich przyczyn współzawodniczy równocześnie.

W jednym przypadku spostrzegał W. odczepienie siatkówki, powstałe przez guzek tuberkuliczny naczyńiówki. Odczepienie bardzo znaczne ustąpiło zupełnie pod wpływem leczenia miejscowego i ogólnego, które do wyleczenia gruźlicy płuc się przyczyniło.

Wpływ sympatyczny na odczepienie siatkówki można niejednokrotnie stwierdzić, a nierzadko jemu wyłącznie przypisać trzeba odczepienie, które powolne, ale stałe robi postępy i do zupełnej

prowadzi zagłady wzroku, jeżeli wczesne wyjęcie gałki sympatyzującej temu nie zapobiegnie. Na jakiej drodze wpływ sympatyzujący przychodzi do skutku, nie można z pewnością oznaczyć, ale prawdopodobnie zdaniem prelegenta rozchodzi się o działanie trofoneuroliczne.

Dr K r a m s z t y k: Istnieje ogólne dążenie włómaczenia odczepienia siatkówki działaniem czynników mechanicznych. Jeśli amotio retinae jest następstwem cyklitis sympathica, to wtedy wpływ sympaty na oderwanie jest tylko pośredni. Można przypuszczać, że zjawiska podrażnienia podmiotowe, jakie choroby odnoszą do oka sympatycznie podrażnionego, mają swe istotne siedlisko w oku oślepiem i dlatego ustępują po jego enukleacji.

Prof. M a c h e k przytacza przypadek następujący: Lewe oko oślepię skutkiem chorioiditis disseminata, po napadzie kongestyi, migreny i wymiotów wystąpiła amotio retinae typowa.

Na istnienie oedema retinae mowca najzupełniej się godzi. Co do trofoneurtycznych wpływów, to sądzi, że potrzebują one jeszcze dalszych dowodów.

W i e h e r k i e w i c z: Nie mogło być moim zamiarem wyczerpująco przedstawić sprawę, która i wielu może ulegać interpretacyom i wiele potrzebuje poparcia kazuistyczno-eksperymentalnego.

W pierwszym jednak przypadku taką neurozę tem bardziej przyjąć jestem skłonny, że chora skarżyła się równocześnie na głuchoty w oku ból, nie dający się niczem wytłómaczyć. Oko zaś samo najmniejszych nie posiadało warunków, by odczepienie mózgu wytłómaczyć teorią L e b e r a.

Co do fotopsyi i halucynacyi, to, oczywiście, trudno je lokalizować i mogą one pochodzić od oka ślepego. Gdy jednak z innych przypadków wiem, że one i po wyłuszczeniu sympatyzującego oka jeszcze dłuższy czas w oku sympatyzowanym trwają, skłonny jestem i tu odnieść je raczej do tego oka, do którego je chora subiektywnie odnosiła, tem bardziej, że przedmiotowe objawy, później występujące, najzupełniej to wytłómaczyły.

Co do uwagi kolegi M a c h e k a, że kongestye wywołać mogą odczepienie siatkówki, które on spotykał, to oczywiście nie jest to spostrzeżenie nowe.

Ale te właśnie odczepienia powodowane są wybroczynami krwawemi, tak łatwo powstającemi z naczyńiówki, tak obfitującymi w naczynia, na co już, jak wiadomo, G r a e f e zwracał uwagę.

Ze sympatycznie powstała iridocyklitis do odczepienia ostatecznie prowadzi, wiemy to wszyscy; nie o to mi też chodzi, ale raczej, by wykazać, że odczepienie siatkówki jednego oka, czy to wskutek myopii, czy też wskutek innej przyczyny powstałe, może

w drugim oku wywołać zmiany zapalne, które do odzepienia prowadzą, a z tego względu oko sympatyzujące, to jest, skoro wzrok jego uległ mniej lub więcej zagładzie, winno w celach profilaktycznych być usunięte w czas, gdyż tylko wtenczas drugie oko, posiadające może warunki odzepieniu sprzyjające, od tej zagłady zdolamy ochronić.

Dr Kramsztyk godzi się najzupełniej z ostatnią uwagą prelegenta, podnosząc, że praktyka powinna wyprzedzać teorię.

Dr K. W. Majewski: „*O czynnikach, wpływających na stopień niezborności po operacji zaćmy*“.

Druk tego odczytu in extenso rozpoczął się już w niniejszym zeszycie »Postępu«.

Dr A. Bednarski: „*Ciała obce żelazne i technika ich wydobycia*“.

1. W świeżych przypadkach, jeśli kawałek żelaza jest większy, należy zaraz operować bez względu na to, czy oko jest zadrażnione, czy nie; jeżeli zaś jest mały, a oko zupełnie niezadrażnione, zachować się wyczekująco, tem bardziej, jeśli jest zadrażnione (a zadrażnienie to nie grozi utratą wzroku), mianowicie czekać, aż zadrażnienie przy stosowaniu antyflogozy ustąpi.

2. Jeżeli ciało żelazne małe, wklonowane, oko zaś niezadrażnione — absolutnie nie operować.

3. Jeżeli zaś luźnie leży, próbować wyjąć elektromagnesem dużym, a gdy nie idzie, ułożyć chorego spokojnie, czekać, pamiętać o tem, co powiedział Knapp, i uważać chorego, jakby miał jedno oko.

W przypadkach zastarzałych tylko wtedy natychmiast operować, jeżeli zapalenie grozi utratą wzroku, co więcej, jeżeli nadto już mamy zapalenie sympatyczne drugiego oka. W innych razach zachować się wyczekująco, leczyć, dopóki iridocyklitis się zmniejsza, i jeżeli nie ma poczucia światła, operować, bez względu na to, czy jest iridocyklitis, czy oko nie jest zapalone i zaczerwienione, bo i po latach kilku może przyjść do zapalenia sympatycznego.

Jeżeli mamy siderosis bulbi, przytem oko niezadrażnione zaćmę — to najprzód wyjąć zaćmę, zbadać i mieć chorego w spostrzeganiu.

Dr A. Bednarski: „*Siderosis bulbi*“. *Spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne z przedstawieniem preparatów reakcji mikrochemicznej na żelazo*“. Prelegent opisuje 4 przypadki, spostrzegane w klinice okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie. Przypadek pierwszy dotyczy tylko przebiegu klinicznego. Chory zgłosił się w pół roku po wpadnięciu kawałka żelaza do oka z objawami wybitnej siderosis bulbi, w postaci wieńca rdzawych złogów na soczewce zaćmionej.

Po wydobyciu zaćmy miękkiej z wyrwaniem łobki, wraz z wieńcem rdzawych złogów, na 4 dzień na resztkach kory widać było świeży wieńiec złogów rdzawych, na powierzchni i w głębi resztek kory usadowionych. Chory opuścił klinikę z bystrością wzroku  $\frac{6}{12}$  c + 12 D. Oko prawidłowe. Czucie barw dobre. Ścieśnienia pewnego pola widzenia nie ma. Czas spostrzegania 10 miesięcy od wpadnięcia ciała obcego, a półtora roku, licząc zapytanie listowne.

Dalsze trzy przypadki badano anatomicznie i mikrochemicznie za pomocą żelazosinku potasowego i kwasu solnego, jako też za pomocą rodanku potasu i kwasu azotowego.

Pierwszy dotyczy siderosis bulbi, pochodzącej wyłącznie od żelaza, leżącego przez trzy i pół miesiąca w gałce, wyjętej następnie z powodu irydocielitis dolorosa po poprzednim bezskutecznym usiłowaniu wydobycia żelaza z oka za pomocą elektromagnesu Hirschberga.

Drugi przypadek dotyczy siderosis bulbi pochodzenia mięszanego, tak od ciała obcego żelaznego, znajdującego się w oku, jako też od wynaczynień, które w postaci skrzepów wypełniało całą przednią komórkę i w znacznej części wnętrze gałki. Siatkówka w całości oderwana. Soczewka zresorbowana. Żelazo znajdowało się w gałce przeszło dwa lata.

Trzeci przypadek dotyczy siderosis bulbi czysto ze krwi pochodzącej gałki, którą wyjęto z powodu bolesnej irydocyelitis, przebiegającej z krwotokami.

Następuje opis i przedstawienie preparatów.

We wszystkich preparatach z żelazo-sinku potasu i kwasu solnego otrzymano wybitne błękitne zabarwienie, w preparatach zaś z rodanku potasu i kwasu azotowego mniej wybitne zabarwienie czerwone.

Prof. Wicherkiewicz: Elektromagnes wiele może zdziałać dobrego, ale też nieraz przysługę oddaje niedźwiedzią, jeżeli zbyt śmiało wyszukujemy ciała, które mogłyby może zupełnie bezkarnie, gdy w stanie aseptycznym do oka się dostały, pozostać nieruszone, zwłaszcza, jeżeli utkwily w części gałki, mniej wrażliwe na zadrażnienie, albo nawet zniknęły poza gałką. Oczywiście, gdy przypadek świeży i obecność żelaza stwierdzona, winniśmy natychmiast oględnie do usunięcia ciała obcego przystąpić.

Nie rozumiem związku przytoczonego przez prelegenta co do przypadku, w którym roentgenowanie ciało obce stwierdziło, a sekcja go nie wykazała. Tu tylko albo roentgenowanie nie było dokładne, albo też, gdy było ścisłe, nie musiano znaleźć ciała, co przy cięższych większych zdarzyć się może.

Prof. Machek podnosi, że pewność wniosków z roentgeno-

grafii zależy w wysokim stopniu od mniej lub więcej wydoskonalonej techniki roentgenograficznej.

Dr Talko zapytuje, kiedy wynaleziono sideroskop, wydaje mu się, że nieśluszenie nosi on nazwisko Asmusa, gdyż Narbut, historyk Litwy, wspomina, że już przed 70 laty używano igły magnetycznej do wykrycia obecności żelaza w oku.

Dr Bednarski odpowiada, że w pracy swej p. t. »Kilka wypadków wykrycia ciał obcych stalowych lub żelaznych w oku za pomocą sideroskopu Asmusa«, ogłoszonej w r. 1898 w »Wiadomościach z kliniki okulistycznej«, poruszył na wstępie wkrótkości historię tego przyrządu.

Otóż badania nad wykryciem żelaza w oku za pomocą igielki magnetycznej datują się od roku 1880, w którym to roku Tomasz Pooley miał o tym przedmiocie odczyt na posiedzeniu związku lekarzy amerykańskich w Nowym Jorku. Po nim ulepszała tę metodę badania liczni autorowie, jak Gruening, Pagenstecher, Froehlich, Dickmann, Hirschberg i Laqueur. Dopiero w roku 1890 na kongresie lekarskim powszechnym w Berlinie Gallemaerts przedstawił przyrząd już bardziej udoskonalony, zwany magnetometrem, pomysłu Leona Gérarda. A w r. 1894 Edward Asmus podał sideroskop, który został w z. r. ulepszony przez Wachsmutha i Axenfelda.— Dzieła Dra J. Bielińskiego, w którym jest wzmianka o sideroskopie wynalazku p. Le Baillif z r. 1829, mowca nie miał sposobności przeglądać.

Dr Koliński opowiada przypadek, gdzie ciało obce (blaszka miedziana) dopiero po 12 latach wywołała zadrażnienie oka i zmusiła go do wykonania enukleacji.

Dr Bednarski: Miejsce, gdzie tkwi ciało obce, można uważać za locus minoris resistentiae, w którym osiadają drobnoustroje, krążące we krwi, nie wywołując żadnych zaburzeń w ustroju.

Odczyt Dra Winawera odpadł z powodu nieobecności prelegenta, streszczenie nadesłane:

Dr Feliks Winawer: „*Porażenie nerwów odwodzących (dywergencyj)*“<sup>4</sup>. W odległości 1 metra występują w całym polu widzenia podwójne obrazy, których odległość wzajemna zwiększa się w miarę oddalania przedmiotu spostrzeganego (świecy zapalanej). Przy ruchach bocznych odległość między obocznymi stale i znacznie się zmniejsza, gdyż w tem położeniu konwergencya jest utrudniona, więc dywergencya mniejszego wymaga wysiłku (Straub). W odległości 1 metra i bliżej (w naszym przypadku do 25 cent.) obrazy zlewają się i w całym polu widzenia otrzymujemy 1 prawidłowy obraz. Granicę między pojedynczym i podwójnymi obrazami trudno ściśle określić; bliższą jest oka, jeśli świecę zbliżamy, a przez ba-

danie w odwrotnym kierunku granica się odsuwa (zwykły objaw przy porażeniach).

Porażenie dywergencyi, w przypadku, który spostrzegąłem, wystąpiło po napadzie migreny u kobiety 63letniej, która od 30 lat cierpi na migrenę (dziedziczną). W ostatnich dwóch latach zdarzały się napady znacznie silniejsze i dłużej trwające i po nich często występowało dwojenie się przedmiotów, którego śladów już po 3—4 dniach nie znalazłem. Przed rokiem po dwudniowym napadzie wystąpiło porażenie dywergencyi i dotychczas nie ustąpiło. Od czasu do czasu silniejszy napad sprowadza na krótki czas (2—3 tygodni) porażenie mięśnia prostego zewnętrznego lewego (Abducens).

Ze względu na identyczny przebieg pewnej grupy przypadków, znanych pod nazwą migraine ophtalmoplégique (Charcot), albo recidivirende Oculomotoriuslaehmung (Mingazzini), zaliczam mój przypadek do tejże grupy, tylko, że przy porażeniach nawrotnych u okoruchowego wspólnego porażeniu ulega jedna, kilka lub wszystkie gałęzie tego nerwu, a w moim przypadku porażoną była dywergencya.

Prof. Bol. Wicherkiewicz: „Przypadek narośli melanosarkoma corneae“.

Wobec tego, że złośliwe narośle rogówki wogóle, a pigmentowane w szczególności należą do rzadkości, pozwólcie, Panowie, bym Wam, choć w kilku słowach wyjaśnwszy anamnezę, przedłożył przypadek ciekawy takiej narośli.

Dotyczy ona chorej 50letniej, która przed rokiem, jak twierdziła, zauważyła, że coś w źrenicy wyrasta, a od roku narosł zakryła jej oko.

Gdy chora przed miesiącem do nas przybyła, wystawał przed powiekami guz wielkości małej pięści, a gałki nigdzie ani śladu nie było.

Sądząc, że mamy do czynienia z naroślą, która gałkę zupełnie zniszczyła, zrobiłem wypaproszenie oczodołu. Odcinając guz od tyłu, przekonałem się, że nerw wzrokowy podchodzi pod nożyce. Po wyjęciu i rozcięciu wielkiego guza, przekonałem się, że gałka prawie cała dobrze zachowana, otoczona jest naroślą, ze wszystkich stron do jej ścian zewnętrznych dobrze przylegającą. Mamy więc do czynienia z naroślą melanosarkoma, która gałkę otacza sarkoma epibulbare.

Zachodzi tylko pytanie: skąd ona wyszła? Trudne jest rozstrzygnięcie tego pytania; gdy się jednak bada przekroje mikroskopijnie, to podpaść nam musi, że właśnie rogówka najwięcej tutaj względnie zniszczona, lubo narosł do błony Descemeta jeszcze nie dotarła.

Następuje demonstracya preparatów.

Prof. Bol. Wicherkiewicz: Szanowni Koledzy: dobiegliśmy do kresu naszych prac.

Sądzę, że mała nasza sekcya może być zadowoloną z owoców swej pracy. Chociaż na razie nie wiele może one zaważać na szali ogólnego dobytku naukowego, to jednak rzucono wiele nowych myśli, które zachęcają do podjęcia prac, które polską naukę w równym stawia rzędzie z naukami innych narodów.

Jako główny dobytek uważałbym atoli to, gdyby się udało u władz odpowiednich przeprowadzić podjęte rezolucye, co niewątpliwie do uzdrowotnienia ludności przyczyniłoby się musiało. A dalej wielką dodatnią stroną naszego tegorocznego zjazdu jest zapoczątkowanie Towarzystwa okulistycznego, które niewątpliwie i do większej zbiorowej pracy nas spowoduje i stosunek przyjaźni i koleżeństwa ścięśni wśród rzeszy rozproszonych okulistów polskich.

Dziękując Panom, którzyście raczyli przybyć z dobytkiem swej kilkoletniej pracy, lub którzyście w rozprawach żywy wzięli udział, dziękując dalej panom przewodniczącym poszczególnych posiedzeń za umiejętne prowadzenie obrad, zamykam to trzecie i ostatnie posiedzenie, wołając: do miłego widzenia za rok, bo sądzę, że, wykonując polecenie Panów, będę mógł jeszcze przed zjazdem we Lwowie, pierwsze okulistycznego towarzystwa posiedzenie urządzić. —

Prof. Machek wyraża w imieniu wszystkich obecnych w ciepłych wyrazach szczere podziękowanie czcigodnemu gospodarzowi sekcji, prof. Drowi Wicherkiewiczowi, za serdeczne przyjęcie, jakoteż za podjęte trudy i zabiegi około przygotowania i zorganizowania prac sekcji. Dziękuje również sekretarzowi stałemu Drowi Majewskiemu za pracę nad układaniem sprawozdań.

Następnie zaprasza obecnych, aby przybyli jak najliczniej na następny Zjazd ogólny, który oobędzie się niewątpliwie za lat 3 we Lwowie. Wtedy urząd gospodarza sekcji okulistycznej z natury rzezzy jemu przypadnie. Podnosi znaczenie Lwowa, który choć nie posiada uroku prastarego grodu Piastów i Jagiellonów, to jednak stanowi niezmiernie ważne ognisko kultury rdzennie polskiej wśród kraju zamieszkałego przez lud używający innego, choć pokrewnego języka.

Koniec posiedzenia o godzinie 12<sup>1</sup>/<sub>2</sub>.

---

#### IV. ROZMAITOŚCI.

**Bóle głowy**, bardzo często zależne od wad refrakcji, zwłaszcza od niezborności, a zdaniem Katza nawet nieznaczne stopnie tych wad



długotrwałe powodują bóle głowy, dające się łatwo usunąć przez przepisanie stosownych szkioł. („Wracz.“ Nr 28. 1900).

Wpływ ciepłoty na wessalność płynów, zapuszczanych do worka spojówkowego, badał na królikach doświadczalnie Łobanow i doszedł do przeświadczenia, że rozgrzane na 25—40° C. płyny daleko prędzej ze spojówki do przedniej komórki się dostają, aniżeli płyny o niskiej ciepłocie. („Wracz.“ Nr 35).

Znaczenie blizn twardówkowych przy operacyach dla jaskry badał doświadczalnie na królikach Dr Andogski i Dr Solenski w pracowni prof. Bellarminowa. Doświadczenia te wykazały, że zdolność przesączenia blizny takie posiadają tylko w pewnym okresie rozwoju. U królików posiadają blizny twardówkowe zdolność przesączenia tylko 2—3, a najwyżej 4 tygodnie po sklerotomii, tracą ją zaś później wskutek skurczenia się tkanki bliznowatej. (Według referatu „Centrblatt f. pr. Augenhilkunde“. Juli. 1900).

Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu odbędzie zgromadzenie roczne w czasie od 13—15 września.

Okuliści skandynawscy zawiązali Towarzystwo, które corocznie odbywać będzie zgromadzenia. Pierwszy taki kongres odbył się w Sztokholmie w lipcu b. r.

W klinicznym zakładzie Heleny Pawłówny w Petersburgu wakuje posada na profesora oftalmologii. Pensya wynosi 2000 rubli, stołowych i kwatorunkowych 500 rs., razem 3000 rs.

## V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Hoeno, kijowski okulista okręgowy, mianowany dyw. lekarzem 33. dywizyi.

Dr Becker, były ordynator nowogicorgiewskiego wojskowego szpitala, mianowany okręgowym okulistą w Kijowie.

Prof. Eversbusch z Erlangi objął katedrę okulistyki w Mni-chowie, opróżnioną przez ustąpienie prof. Rothmunda.

Doc. Dr E. Grósz w Peszcie mianowany profesorem nadzwyczajnym tamże.

Doc. Dr Bach w Wyrzburgu powołany na profesora okulistyki w Marburgu.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

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

Wrzesień

— ROKNIK DRUGI —

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

1. Z pracowni katedry ogólnej patologii uniwers. kazańskiego:

### **W sprawie patogenyzy i biologii prątka Morax-Axenfeld'a.**

Napisał

DR MED. FELIKS RYMOWICZ.

z Kazania.

W roku 1896 Dr Morax<sup>1)</sup> w Paryżu opisał prątek, odkryty przezeń w wydzielinie worka spojówkowego przy zapaleniach spojówki oka, dla których autor proponuje nazwę »ostrawych« (conjunctivite subaiguë), a znamionujących się przebiegiem przewlekłym i nieznacznymi podmiotowymi objawami zapalenia, oraz słabymi objawami podrażnienia. Drobnoustrój ten, przedstawiający się w postaci podwójnego lasecznika (diplobacillus), został pierwotnie znaleziony przez autora w 15 wypadkach zapalenia spojówki oka, otrzymany w czystej ho-

<sup>1)</sup> Morax: Note sur un diplobacille pathogène pour la conjonctive humaine. Annales de l'Institut Pasteur. 1896.

dowli, a przeniesiony na spojówkę oka zdrowej osoby (Dr Clement z Fryburga), wywołał zapalenie o znamienych objawach.

W pół roku po pracy Morax'a i widocznie od niej niezależnie Dr Axenfeld<sup>1)</sup> ogłosił wyniki swoich badań nad etiologią przewlekłego zapalenia spojówki oka w Marburgu i Wrocławiu; przytem w 34 wypadkach znalazł prątek identyczny z opisanym przez Morax'a. Axenfeld zaszczerpił także czystą hodowlę tego lasecznika w worek spojówkowy dwu kolegom; w obu wypadkach, po 4 dniach inkubacji, rozwinęło się typowe zapalenie spojówki, a przy drobnowidowem badaniu wydzielinę znalezionej został li tylko zaszczerpiony prątek.

W ciągu ostatnich trzech lat spotykamy w okulistycznej literaturze szereg prac, świadczących, że lasecznik Morax-Axenfeld'a bywa częstą przyczyną zapalenia spojówki oka w wielu miejscowościach. Tak Peters<sup>2)</sup> znalazł go w 80 wypadkach w Bonn; Gonin<sup>3)</sup> spostrzegł 185 odnośnych wypadków w Lozannie; Biard<sup>4)</sup> z kliniki Kail'a potwierdził dane Morax'a dla Paryża; Hoffmann<sup>4)</sup> znalazł prątek Morax-Axenfeld'a w 50% zbadanych przez niego wypadków zapalenia spojówki w Greifswald; wypadki diplobacillowego zapalenia spojówki spostrzegali także Krueckmann<sup>5)</sup> w Lipsku, Aschheim<sup>5)</sup> w Wiedniu, Chibret<sup>6)</sup> w Clermont-Ferrand.

<sup>1)</sup> Axenfeld: Ueber die chronische Diplobacillenconjunctivitis. — Centralblatt f. Bakteriologie. 1897.

<sup>2)</sup> Peters: Ueber die chronische Diplobacillenconjunctivitis. Klinische Monatsblaetter f. die Augenheilkunde. 1897.

<sup>3)</sup> Gonin: De la nature microbienne des conjonctivites observées à l'hôpital ophthalmique de Lausanne. — Révue médicale de la Suisse romaine. 1899.

<sup>4)</sup> Biard: Etude sur la conjonctivite subaiguë. Thèse de Paris. 1897.

<sup>4)</sup> Hoffmann: Ueber das Vorkommen der Diplobacillenconjunctivitis. Graefe's Archiv. 1899, t. XLVIII.

<sup>5)</sup> Wspomina Axenfeld w artykule: Weitere Erfahrungen ueber die chronische Diplobacillenconjunctivitis. — Berliner Klinische Wochenschrift. 1897.

<sup>6)</sup> Comptes-Rendus du XII Congrès International de Médecine. T. VI. Str. 28.

W ciągu zeszłego (1899) roku prowadziłem systematyczne, pod względem bakteryologicznym, badania, dotyczące wypadków zapalenia spojówki oka, podpadających mojemu spostrzeganiu. Metodyka polegała: 1. na drobnowidowym badaniu wydzielin i 2. badaniu za pomocą hodowli na różnych podłożach i szczepienia zwierzętom tego lub innego drobnoustroju znalezionego w danym wypadku zapalenia spojówki. Wogóle w ciągu roku zbadałem w ten sposób 116 wypadków zapalenia spojówki oka; podstawę do tych badań stanowili przeważnie stali i przychodni chorzy mego oddziału ocznego w wojskowym szpitalu w Kazaniu. Pod względem klinicznym wypadki te złożyły się: z 50 wypadków ostrego zapalenia spojówki oka (der acute Schwellungskatarrh); 56 — przewlekłego i 10 — pryszczykowego. Przytem okazało się, że 28,4% wszystkich zbadanych wypadków wywołane było prątkiem *Morax-Axenfeld'a*; jeżeli zaś wyłączymy wypadki ostrego i pryszczykowego zapalenia, to otrzymamy, że przewlekłe zapalenie spojówki w 52% (29 z 56 wypadków) wywołanem było przez ten prątek.

#### I.

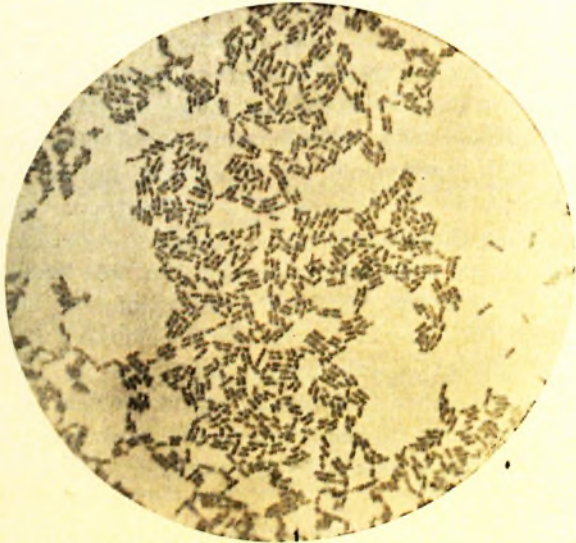
W preparatach z wydzieliny, zabarwionych jakimkolwiek bądź zasadowym barwikiem anilinowym prątek *Morax-Axenfeld'a* przedstawia się w postaci dużego podwójnego łasecznika, którego członki przedzielone są wyraźnym jasnym paskiem; pojedynczy członek mierzy około 2  $\mu$  długości, cały zatem drobnoustrój ma około 5  $\mu$  długości; szerokość wynosi  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$   $\mu$ ; końce prątków są wyraźnie zaokrąglone (p. fot. Nr 2).

Zazwyczaj prątek *Morax'a* występuje w wydzielinie w znacznej ilości i nieraz układa się w łańcuszki, złożone z 3 do 8 sztuk. Bakteryje leżą przeważnie wolno w wydzielinie, rzadziej zawarte są w komórkach nabłonkowych; wydzielina przy diplobacilowem zapaleniu ma zamię surowiczej; komórki ropne, w wypadkach nieleczonych, spotykamy w bardzo małej ilości (p. fot. Nr 1).

Prątek *M.-A.* łatwo barwi się wodnymi i karbolowymi rozczynami wszystkich, zwykle używanych przy poszukiwaniach



Fot. Nr. 1. Wydzielina przed leczeniem; powiększenie około 1500.



Fot. Nr. 2. Inne miejsce tegoż preparatu; powiększenie 2250.

bakteryologicznych, zasadowych barwików anilinowych; sposobem Gramm'a odbarwia się zupełnie; otoczki nie posiada, co daje nam możność łatwego odróżnienia go od grupy pneumobacillus P. Friedlaender'a, z którą ma pewne podobieństwo morfologiczne.

Na podłożach zwykle używanych, jak mięsopeptynowy agar-agar lub żelatyna, w większości wypadków nie podobna otrzymać hodowli prątka M.-A., dlatego niezbędne są podłoża, w skład których wchodzi krew lub wysięk surowicy człowieka, n. p. agar-agar zroszony krwią lub surowicą krwi człowieka, lub też zmieszany z wysiękiem surowiczym (podług Wertheim'a). Prócz tych podłoży odżywczych, z którymi pracowała większość autorów, bardzo dogodnym, przy naszych poszukiwaniach, okazał się agar-agar, zgotowany z nutrozą na wysięku surowiczym (podług Wassermann'a), a także agar zroszony krwią gołębia (p. Pfeiffer'a<sup>1)</sup>).

Na jednym ze wskazanych podłoży, po 18—24 godzinach, przy ciepłocie 37° C, prątek M.-A. wyrasta w postaci mało podnoszącej się nad powierzchnię bardzo drobnej, półprzezroczystej, okrągłej kolonii; przez następną dobę kolonia znacznie się powiększa, średnica jej wynosi 2—3 mm.; jednocześnie brzegi jej stają się nierównymi, pokrywają się zagłębieniami w postaci festonów.— Wyhodowany w ten sposób prątek daje się łatwo przeszczepiać na odpowiednie podłoża; przy ciepłocie 37° C zdolność przeszczepiania się zachowuje się około 3 tygodni; przy pokojowej ciepłocie prątek M.-A. ginie po 4—5 dniach. Ciepłota 45° C zabija go w ciągu 20 minut, 48° C w ciągu 12'; 54° C w ciągu 5'<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Ostatniego podłoża, jako łatwo dostępnego, używam zwykle dla otrzymania oryginalnej (z wydzieliny) kultury prątka M.-A. 1% mięsopeptonowy agar-agar, rozlany w miseczkach Petri, pokrywa się kilku kropkami krwi gołębia, wziętej z jednej z dużych żył, przechodzących na wewnętrznej powierzchni skrzydła, wydzielina przenosi się na czopkach z waty, odkażonych gotowaniem w fizyologicznym roztworze soli kuchennej.

<sup>2)</sup> Tu rozchodzimy się z Morax'em, który podaje, że dopiero ciepłota 58° C zabija jego prątek w ciągu 15 minut.

Prątek M.-A. rośnie również na ściętej surowicy krwi wołu i konia; po 24 godzinach wzrost na tych podłożach staje się widocznym w postaci wilgotnego paska odpowiednio do linii zasiewu; w ciągu następnej doby na miejscach tych tworzą się stopniowo zwiększające się zagłębienia, wskazujące na rozpuszczanie się surowicy.

W kilku wypadkach, z obfitszą wydzieliną, mogliśmy, jak to spostrzegał już Biard (l. c.), otrzymać hodowlę prątka M.-A. na zwyczajnym 1% mięsopeptonowym agarze; na tem atoli podłożu prątek rośnie bardzo skąpo, prędko tworzą się formy ewolucyjne i już na trzeci dzień, przy ciepłocie termostatu, hodowla traci zdolność przeszczepiania się. Możliwość otrzymania hodowli prątka M.-A. na zwyczajnym agarze niewątpliwie polega na tem, że w tych wypadkach jednocześnie z wydzieliną na powierzchnię podłoża trafia surowica w ilości dostatecznej, by stworzyć warunki pomyślne dla rozwoju prątka; w ten sposób, sądzę, możemy wytłómaczyć pozorną sprzeczność między danymi Morax'a i Biard'a.

Na mięsopeptonowej żelatynie, bulionie, mleku i ziemniaku prątek M.-A. nie daje się hodować.

W hodowlach prątka M.-A., nawet na podłożach dla niego odpowiednich, bardzo wczesnie, zwykle po 4—5 dobach, rozwijają się różnorodne postacie ewolucyjne: długie prątki, dochodzące 10—12  $\mu$  długości, przeważnie zaś rozmaitej wielkości kokki. Zaznajomienie się z temi postaciami ewolucyjnymi ma to znaczenie, że czasami spotyka się je w wydzielinie chorych obok prawidłowych prątków M.-A. Tak w dwóch wypadkach przewlekłego zapalenia spojówki oka spostrzegalem w wydzielinie obok licznych prątków M.-A. duże, odbarwiające się sposobem Gramm'a kokki, które pierwotnie uważałem za oddzielne drobnoustroje; w hodowlach zaś znajdowałem wyłącznie kolonie prątka M.-A., oraz bacilli pseudo-diphtheritici, zwykłego pasożyta spojówki przy jej zapaleniach. Dopiero później, badając ewolucyjne postacie prątka M.-A. w starych (4—5 dniowych) hodowlach, przekonałem się, że w tych wypadkach miałem do czynienia właśnie z temi postaciami przeje-

ściowemi prątka M.-A., które, w jakiś sposób, rozwinęły się w worku spojówkowym chorych.

Próby szczepienia hodowli prątka M.-A. w worek spojówkowy psom, królikom, kotom, morskim świnkom i gołębiom pokazały, że drobnoustrój ten nie jest chorobotwórczym dla spojówki oka zwierząt; takim samym okazał się on przy szczepieniu pod skórę i w jamę brzuszną.

Ciekawem i ważnem, pod względem praktycznym, przedstawiało się pytanie, jak się zachowuje prątek M.-A. przy wprowadzeniu go w komórkę przednią oka; w tym celu zaszczepiłem czystą hodowlę (jedna kropla 24-godzinowej hodowli w bulionie *Wassermann'a*) w komórkę przednią dwu królikom; w obu doświadczeniach rozwinęło się bardzo silne plastyczne zapalenie tęczówki, które nie zależało od przypadkowego zakażenia, gdyż w hodowlach z komórek przednich, zrobionych na trzeci dzień po zaszczepieniu, otrzymałem czystą hodowlę zaszczepionego prątka. Zapewne prątek M.-A. okazałby się także chorobotwórczym przy zaszczepieniu w komórkę przednią człowieka i bardzo być może, że część zapalnych powikłań po naszych operacjach (wyjęcie zaćmy i t. d.) zależną jest od zakażenia tym właśnie drobnoustrojem ze strony worka spojówkowego.

## II.

Co do klinicznego obrazu diplobacillowego zapalenia spojówki, to moje spostrzeżenia zupełnie się zgadzają z danymi autorów, że prątkowi M.-A. właściwem jest wywoływać zapalenia spojówki przeważnie o przewlekłym przebiegu. Zmiany przedmiotowe są zwykle nieznaczne: spojówka, głównie powiekowa, nastrzyknięta i obrzmiała; w wielu wypadkach zauważyliśmy zgrubienie i przekrwienie wolnego brzegu powiek; zmiany zapalne w większości wypadków gnieźdzą się głównie w przyśrodkowych kątach oka, w okolicy załamka półksiężycowego i mięska łzowego (*blepharo-conjunctivitis angularis*); w kątach oka i sklepieniu dolnem zbiera się wydzielina. Objawy podmiotowe polegają na sklejanii się i uczuciu ciężaru powiek,



światłowstręcie, głównie podczas pracy wieczornej przy sztucznym oświetleniu.

Zapalenie zaczyna się zwykle niespostrzeżenie; chorzy rzadko bywają w stanie ściśle określić początek swego cierpienia.

Najcharakterystyczniejszym znamieniem diplobacillowego zapalenia spojówki jest brak skłonności do samodzielnego wyzdrowienia, a zatem przewlekły przebieg w wypadkach nieleczonych. We wszystkich spostrzeganych przeze mnie wypadkach zajęte były oba oczy; wiek chorych był bardzo rozmaity i wahał się między 12 i 64 latami.

Spojówka oka jednakże nie zawsze jednakowo oddziaływała na zakażenie prątkiem M.-A. Mianowicie spostrzegąłem 4 wypadki obustronnego, o bardzo ostrym przebiegu, zapalenia spojówki oka, w których na zasadzie klinicznego obrazu przypuszczałem obecność lasecznika Koch-Weeks'a lub pneumococcus, przy drobnowidowem zaś badaniu wydzieliny okazał się wyłącznie prątek M.-A.; wypadki ostrego zapalenia spojówki oka wywołane prątkiem M.-A. widzieli także Axenfeld i Hoffmann (l. c.).

Różnica w przebiegu diplobacillowego zapalenia spojówki zależną jest, widocznie, w części od stopnia siły zakaźnej (virulence) drobnoustroju, w części zaś od stanu spojówki, na którą on trafia, w każdym razie ostre diplobacillowe zapalenie spojówki oka spotyka się stosunkowo rzadko. Tak z 50 wypadków ostrego zapalenia spojówki oka, spostrzeganych przeze mnie w ciągu roku, 28 (56%) wywołanych było przez lasecznik Koch-Weeks'a<sup>1)</sup>, 18 (36%) przez pneumococcus Fraenkeli i 4 (8%) przez prątek M.-A.

W dwóch wypadkach ostrego zapalenia spojówki wydzielina obok wielkiej ilości laseczników Koch-Weeks'a zawierała także prątki M.-A.; niewątpliwie w tych wypadkach mieliśmy

---

<sup>1)</sup> Rymowicz: Etiologia ostrego zapalenia spojówki oka w Kazaniu. Odczyt na siódmym zjeździe lekarzy imienia Pirogowa. Nr 13 Dziennika zjazdu.

do czynienia nie z zakażeniem mieszanem (Mischinfektion), lecz z przewlekłym diplobacilowem zapaleniem, do którego przyłączyło się zakażenie łasecznikiem Koch-Weeksa (infection superposée podług Morax'a<sup>1)</sup>).

Z powikłań przy tej postaci zapalenia spojówki w trzech mieliśmy pryszczyki spojówki gałki i w trzech powierzchowne zapalenie rogówki (keratitis superficialis circumscripta).

Co się tyczy wpływu pory roku na ostrość tej postaci zapalenia spojówki, to — podług moich spostrzeżeń — sprzecznie z poglądami autorów, którzy nie widzieli zależności od pory roku (Hoffman l. c.), jest ona tu w Kazaniu cierpieniem sezonowem; z 33 wypadków za zeszły rok, 24 (73%) przypada na letnie miesiące od czerwca do września. — Być może jednakże, że mieliśmy tu głównie do czynienia z obostrzonymi przewlekłymi niezżytami spojówki dawniejszego pochodzenia, wobec tego, że podczas tych właśnie miesięcy oczy mieszkańców naszego miasta znajdują się w bardzo niepomysłnych warunkach, wskutek częstych wiatrów i wielkiej ilości kurzu<sup>2)</sup> w powietrzu, który niewątpliwie ma wielkie znaczenie w patologii spojówki, jako czynnik, znakomicie ułatwiający jej zakażenie<sup>3)</sup>.

Wobec istniejących w literaturze wskazówek (Biard l. c.), n. p. we wszystkich przypadkach diplobacilowego zapalenia spojówki znajdował prątki M.-A. także w śluzie nosowym), — w trzech wypadkach przeprowadziłem ścisłe badanie wydzieliny nosowej na obecność tych prątków, w żadnym jednakże, ani w preparatach z wydzieliny, ani hodowlach nie mogłem ich wykryć. Ujemny wynik tych poszukiwań skłania mnie na korzyść zdania Morax'a i Hoffman'a, którzy na zasadzie

<sup>1)</sup> Morax et Petit: Considérations cliniques et bactériologiques sur les inflammations aiguës de la conjonctive.— Annales d'oculistique. 1898.

<sup>2)</sup> Ulice zabrukowane są łatwo kruszącym się kamieniem i nie są polewane.

<sup>3)</sup> Römer: Experimentelle Untersuchungen ueber Infektion vom Conjunctivalsack aus. Zeitschrift f. Hygiene u. Infektionskrankheiten. 1899. T. XXXII.

wielkiej liczby wypadków zaprzeczają udziału przewodu nosowego w zakażeniu worka spojówkowego prątkiem M.-A. <sup>1)</sup>.

### III.

Wobec nadwyzczaj skutecznego, niemal swoistego działania siarczanu cynku przy diplobacillowem zapaleniu spojówki oka, na co zwraca uwagę większość autorów (Morax, Axenfeld, Gonin, Hoffman), a o czem przekonały mnie także własne spostrzeżenia, samo przez się nasuwa się na myśl pytanie, czy skutek terapeutyczny siarczanu cynku nie jest czasem zależnym od szczególnej wrażliwości na ten środek prątka M.-A.

W tym celu postawiłem cały szereg doświadczeń dla porównawczego określenia siły działania siarczanu cynku i saletrzanu srebra na prątek M.-A. in vitro. Doświadczenia polegały na tem, że określonej mocy jałowy roztwór tego lub drugiego środka (w ilości 3 cm. sz.) zarażałem pętelką platynową 24-godzinowej hodowli badanego prątka na agarze, zroszonym surowicą krwi człowieka, a przez staranne wstrząśnięcie otrzymywałem dokładną zawiesinę; przez określone przesłanki czasu 2 krople zawiesiny, jałową pipetką, przenosiłem w próbkówkę z bulionem Wassermana'a, zgotowanym na wysięku surowicznym (5 cm. sz.). Każde doświadczenie sprawdzało się, to jest hodowlą zarażałem nie badany roztwór, ale fizyologiczny roztwór soli kuchennej; otrzymane hodowle sprawdzałem pod drobnostrojem, wobec możności zanieczyszczenia jakim obcym drobnoustrojem. — Doświadczenia z każdym roztworem przebiegały się 3 razy.

W ten sposób zbadałem roztwory siarczanu cynku 1:200, 1:500, 1:1000, 1:2000 i saletrzanu srebra 1:500, 1:1000, 1:2000, 1:5000.

---

<sup>1)</sup> Przy ostrem zapaleniu spojówki, wywołanem pneumokokkiem, udział ten nie ulega wątpliwości. Większości spostrzeganych przeze mnie przypadków towarzyszyło, a właściwie poprzedzało je, zapalenie błony śluzowej nosa, wywołane także pneumokokkiem. Tożsamość drobnoustroju stwierdzoną była za pomocą hodowli i szczepienia myszom pod skórę.

Otrzymane wyniki pokazują poniższe tablice:

Siarczan cynku.

| Czas<br>Roztwór | 5' | 10' | 15'             | 20' | 30' | 40'             |
|-----------------|----|-----|-----------------|-----|-----|-----------------|
| 1:200           | +  | 0   | 0               | 0   | 0   | 0               |
| 1:500           | +  | +   | + <sup>1)</sup> | 0   | 0   | 0               |
| 1:1000          | +  | +   | +               | +   | +   | 0 <sup>2)</sup> |
| 1:2000          | +  | +   | +               | +   | +   | +               |

Saletrzan srebra:

| Czas<br>Roztwór | 5'              | 10' | 15'             | 20' |
|-----------------|-----------------|-----|-----------------|-----|
| 1:500           | 0               | 0   | 0               | 0   |
| 1:1000          | 0               | 0   | 0               | 0   |
| 1:2000          | + <sup>3)</sup> | 0   | 0               | 0   |
| 1:5000          | +               | +   | + <sup>3)</sup> | 0   |

Z powyższych tabliczek wypływa, że leczniczy skutek siarczanu cynku przy diplobacilowemu zapaleniu spojówki oka nie może być wytłómaczony szczególną wrażliwością prątka M.-A. na ten środek, gdyż działa on 10 razy słabiej od saletrzanu srebra (roztwór cynku 1:200 odpowiada mniej więcej lapisowi 1:2000). Pod względem zaś klinicznym lapis daleko ustępuje cynkowi przy tej postaci zapalenia spojówki (Morax, Axenfeld), w niektórych zaś wypadkach okazuje się nawet zupełnie nieczynnym, w czem miałem możność sam się przekonać. Tak w jednym wypadku ostrego zapalenia spojówki u 12letniego dziewczęcia, gdzie na zasadzie klinicznego obrazu przypuszczałem lasecznik Koch-Weeks'a lub pneumokok, zaordynowałem 1‰ roztwór saletrzanu srebra, leczniczy skutek którego nie każe długo na siebie czekać przy tych postaciach zapalenia spojówki. Stan chorej jednakże w ciągu trzech dni nie tylko się nie polepszył, lecz przeciwnie objawy zapalne nawet się wzmogły; dopiero teraz zrobione badanie drobnowidowe pokazało, że mamy do czynienia z prątkiem M.-A.; lapis

<sup>1)</sup> Z 3 doświadczeń w dwóch wzrost.

<sup>2)</sup> Wzrost w jednym.

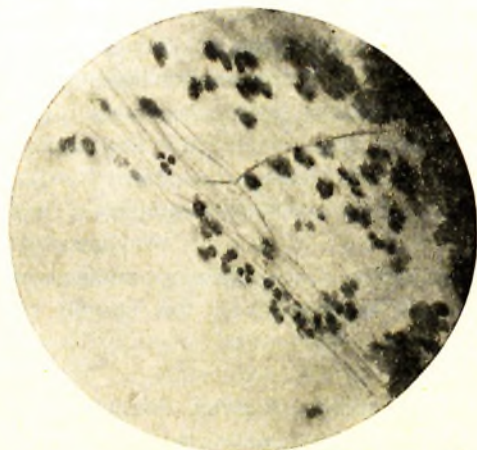
<sup>3)</sup> Wzrost w dwóch.

zamieniłem na siarczan cynku (1:40); już nazajutrz objawy zapalenia znacznie osłabły, po 5 dniach nastąpiło wyzdrowienie.

Że wpływ leczniczy siarczanu cynku nie polega tu na bezpośrednim działaniu tego środka na prątek M.-A., potwierdza się to także hodowlami z worka spojówkowego chorych, zrobionymi bezpośrednio po zapuszczeniu roztworu cynku. — Szereg hodowli ze spojówki, zrobionych w 5—10 minut po zapuszczeniu w worek spojówkowy 1% roztworu siarczanu cynku, — hodowle te były robione w 2, 3 lub 4 dniu leczenia, — dał we wszystkich wypadkach wynik dodatni, t. j. otrzymaliśmy hodowle prątka M.-A., nie różniące się ani prędkością wzrostu, ani wyglądem od tych, które otrzymujemy z wypadków nieleczonych.

Wskazówkę dla wytlómaczenia mechanizmu działania siarczanu cynku przy diplobacillowym zapaleniu spojówki znajdujemy w drobnovidowym badaniu zmian, jakie zachodzą w morfologicznym składzie wydzieliny pod wpływem stosowania tego środka. Jako już wyżej nadmieniałem, przy tej postaci zapalenia spojówki wydzielina ma charakter surowiczy; pod drobnovidem widzimy nici włóknika, komórki nabłonkowe i, w większej lub mniejszej ilości, drobnoustroje; ciałek ropnych wypadkach nieleczonych — prawie, że nie spotykamy. Porównując teraz cały szereg preparatów z wydzieliny chorych nieleczonych, z preparatami, pochodzącymi z różnych dni stosowania cynku, łatwo się przekonamy, że, w wielu wypadkach już na drugi dzień leczenia, ilość komórek ropnych znakomicie się powiększa i bardzo wiele z nich zawiera fagocytowane drobnoustroje. Przytaczam jedno z takich spostrzeżeń; chory, żołnierz, 22 lata, S-za; przy badaniu: przyostre zapalenie spojówki z dość obfitą wydzieliną; pod drobnovidem nici włóknika, komórki nabłonkowe, diplobacille w bardzo wielkiej ilości (p. fot. Nr 1). Zaordynowałem siarczan cynku 1:40 (podług Mora's'a). Już na drugi dzień wygląd wydzieliny pod drobnovidem zupełnie się zmienił: zjawily się liczne ciała ropne, w wielu miejscach preparatu znajdujemy wyraźną fagocytozę (p. fotogr. Nr 3); na trzeci i czwarty dzień

obraz drobnowidowy bez zmiany; na piątą wydzieliną ma charakter czysto ropnej, diplobacille, wyłącznie fagocytowane, odszukujemy z trudnością; następnego dnia zupełne wyzdrowienie.



Fot. Nr 3.

wienie. — Niestety, z powodu, że chorzy z przewlekłym zapaleniem spojówki należą przeważnie do przychodnich i otrzymawszy prędkie polepszenie wskutek przepisanego leczenia cynkiem, rzadko odwiedzają prawidłowo ambulatoryum, dotąd miałem możność przeprowadzić tego rodzaju systematyczne, z dnia na dzień, badania wydzielin tylko w kilkunastu wypadkach. Zmiany jednakże, zachodzące w wydzielinie spojówkowej pod wpływem stosowania cynku, są zjawiskiem o tyle stałym i znamionem, że pozwałam sobie już teraz wygłosić pogląd, iż skutek leczniczy siarczany cynku przy diplobacilowym zapaleniu spojówki polega głównie na tem, że środek ten, dzięki swojej dodatniej chemotaksyi, powoduje zjawienie się białych ciałek krwi w wydzielinie i przyczynia się w ten sposób do uzdrowienia przez fagocytozę prątków M.-A.

Taki mechanizm leczniczego wpływu siarczany cynku potwierdza się także dwoma spostrzeganymi przeze mnie wy-

padkami, gdzie przewlekłe diplobacillowe zapalenie spojówki przeszło, dzięki nowemu zakażeniu, które się doń przyłączyło. Spostrzegalem mianowicie 2 wypadki ostrego zapalenia spojówki, wywołane lasecznikiem Koch-Weeks'a; wydzielina obok mnóstwa ciałek ropnych i licznych laseczników Koch-Weeks'a, zawierała także prątki M.-A.; z wywiadów zaś okazało się, że obaj chorzy, przed zachorowaniem na ostre zapalenie spojówki, przez długi czas cierpieli na objawy zapalenia przewlekłego. W obu wypadkach ostre zapalenie przeszło bardzo prędko, prawie bez leczenia (arg. nitr.  $\frac{1}{1}\%$ ), jednocześnie znikły także objawy przewlekłego zapalenia. Tu świeże zakażenie lasecznikiem Koch-Weeks'a, przyłączywszy się do diplobacillowego zapalenia, wywołało wystąpienie wielkiej ilości białych ciałek krwi i odegrało w ten sposób rolę siarczynu cynku.

Część doświadczalna tej pracy dokonaną została w pracowni i pod stałym kierunkiem prof. Sawczenki; miło mi jest na tem miejscu wyrazić Sz. Profesorowi moje podziękia za stałą pomoc, jaką spotykam z jego strony w moich pracach.

2. Z uniw. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiewicza w Krakowie.

### **O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy.**

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI,

I asystent tejże kliniki,

na podstawie 300 pomiarów astygmometrycznych.

Dokończenie.

#### **Osie astygmatyzmu pooperacyjnego.**

Ponieważ obecnie przy operacji katarakty cięcie robi się najczęściej górną, przeto po operacji powstaje *astigmatismus inver-*

*sus*, to znaczy, że koła keratoskopu odbijają się na rogówce jako elipsy mniej więcej stojące. Ten typ zachowuje niezborność pooperacyjną stale, pomimo, że z biegiem czasu stopień jej coraz bardziej maleje, wreszcie i ostateczna trwała zmiana postaci rogówki polega również na przyplaszczeniu południka prostopadłego do cięcia, a wypukleniu osi przeciwnej. Przynajmniej w moich pomiarach raz tylko czy też dwa razy zaledwie spotkałem się ze zboczeniem od tego prawidła, podczas, gdy niektórzy z wymienionych na wstępie autorów (Laqueur, Dołganow) mieli częściej w przebiegu niezborności pooperacyjnej spostrzegać odwrotny stosunek w ułożeniu południka największej krzywizny.

Astygmatyzm pooperacyjny bywa bardzo często skośny, t. j. południki główne nie przebiegają w kierunku pionowym i poziomym, lecz skośnie. Odliczywszy 12 spostrzeżeń, gdzie astygmatyzm był zupełnie nieregularny i astygmetryczne oznaczenie położenia osi metodą niwelacji i deniwelacji było niemożliwe, w liczbie pozostałych 288 spostrzeżeń stwierdziłem tylko 44 razy, że południk bardziej łamliwy był prawie dokładnie poziomy ( $90^\circ$ ), a mniej łamliwy prawie dokładnie pionowy ( $0^\circ$ ), a 244 razy astygmatyzm był skośny. Wśród tych 244 przypadków astygmatyzmu skośnego, południk większej łamliwości pochylony był górnym swym końcem:

ku skroni (t) — 186 razy  
 ku nosowi (n) — 58 razy.

Napróżno siliłem się wykryć jakieś prawidła dla tego zachowania się osi. Zapewne zależy ono od cięcia, mianowicie od tego, czy punkeya zostanie wykonaną choćby cokolwiek wyżej od kontrapunktey, czy odwrotnie. Ale ponieważ tak szczegółowych zapisków co do cięcia nie robimy, brakło mi więc danych dla wyjaśnienia tego związku. Przypuszczałem, że zależy to może od oka, które się operuje z uwagi, że oko lewe operujemy stojąc przed chorym, prawe zaś, stojąc poza jego głową. Pokazało się jednak, że w liczbie 58 przypadków, gdzie południk większej krzywizny pochylony był ku nosowi, 28 razy



operowane było oko prawe, a 30 razy lewe, a zatem prawie po połowie.

Zauważyłem, na co i Dołganow zwraca uwagę, że w przebiegu niezborności pooperacyjnej obydwą główne jej południki nieraz się skręcają, zapewne skutkiem nierównomiernego kurczenia się blizny, czynią to jednak w jednakim stopniu, przynajmniej w przybliżeniu, i w tym samym kierunku i dlatego nie zmieniają wzajemnego względem siebie położenia. Otóż co do tego wzajemnego ułożenia osi, to muszę nadmienić, jako szczegół ważny, że nie zawsze stoją one na sobie ściśle prostopadle, jak to bywa z reguły przy regularnej niezborności wrodzonej. Ze względu na to, że wzajemne położenie osi astygmatyzmu pooperacyjnego podlega z biegiem czasu bardzo tylko nieznacznym wahaniom, wziąłem w rachubę tylko pierwsze pomiary po operacyi, nie uwzględniając już następnych, wykonanych na tem samym oku. Na 231 takich pomiarów kąt przecięcia się osi był prosty, lub różnił się od prostego mniej niż o  $5^{\circ}$ : 148 razy ( $64,1\%$ ), był zaś mniej lub więcej skośny (różnił się od prostego więcej niż o  $5^{\circ}$ , i to nieraz znacznie więcej: 83 razy ( $35,9\%$ ). Trudno powiedzieć, od czego zależy to wzajemne skośne ułożenie osi. Zrazu przypuszczałem, że tu może też położenie cięcia odgrywa pewną rolę i porobiłem odpowiednie zestawienia, ale nawet ich nie przytaczam, gdyż niczego nie dowodzą <sup>1)</sup>. Wypadło mi z nich, że skośnie przecinające się osie astygmatyzmu zdarzają się prawie równie często po cięciu twardówkowym, jak po cięciu granicznym lub rogówkowym.

Na początku niniejszej pracy, rozbierając znaczenie niezborności pooperacyjnej jako powikłania pooperacyjnego, wspomnieliśmy o trudnościach, jakie się napotyka przy wyrównywaniu tej niezborności zapomocą szkieł walcowatych. Ileż to razy przy pierwszym badaniu wzroku po ekstrakcyi zdarza się, że mimo czarnej źrenicy i niezaciśnionej rogówki, przy zu-

---

<sup>1)</sup> Może stosunek szpary tęczówkowej do cięcia, a mianowicie jej szerokość, długość, skośne ułożenie, nie jest bez znaczenia pod tym względem.

pełnie prawidłowem wejrzeniu dna oka, nie możemy znaleźć takiej kombinacji szkieł, która by dała operowanemu przynajmniej połowę prawidłowej bystrości! Wina to niezborności, która wynosi nieraz, jak to astygometr niezbitcie wykazuje, 10 lub więcej dyoptryi, podczas, gdy badany przez tak silne szkło walcowate, mimo dokładnego uwzględnienia osi, nic nie widzi, a przyjmuje za ledwie 2 lub 3 razy słabszy cylinder, naturalnie w połączeniu z odpowiedniem szkłem sferycznem. Dopiero w późniejszych okresach, gdy stopień niezborności zmaleje, operowany nasz zgadza się na szkło walcowate, poddyktowane przez badanie astygometryczne, i dobrze przez nie widzi; przy pierwszym jednak badaniu w ciągu drugiego tygodnia po operacji nie zdarza się to prawie nigdy. Zapewne, że sprawa ta nie ma wielkiego znaczenia praktycznego, gdyż i tak szkieł walcowatych operowanym naszym zwykle nie przepisujemy, ale obowiązkiem jest naszym dochodzić przyczyny różnych przejawów chorobowych bez oglądania się na ich bezpośrednią praktyczną doniosłość.

Niezgodność między badaniem podmiotowem (zapomocą szkieł) i przedmiotowem (zapomocą astygometru) wyłómaczyć nie trudno, gdy chodzi o oko posiadające soczewkę, — wiemy bowiem, jak często niezborność oka zależną od rogówki wyrównywa lub powiększa astygmatyzm soczewkowy, czy to od istotnej postaci soczewki zawisły, czy też nierównomiernym skurczem mięśnia rzęskowego spowodowany. W oku jednak operowanem na zaćmę argument ten traci dla nas wszelką wartość. Nie pozostaje nam tu nic innego, jak szukać przyczyny zjawiska w samejże rogówkowej niezborności. Otóż ze względu, że tak często ściśle pomiary astygometryczne wykazują skośne wzajemne ułożenie głównych południków, bliżkiem jest przypuszczenie, że w tem właśnie tkwi główny powód zjawiska. Szkło walcowate, które w kierunku *równoległym* do osi walca jest optycznie zupełnie bierne, a w kierunku do osi tej *prostopadłym* rozwija optyczne działanie odpowiednie swej łamliwej sile, nie może wyrównać niezborności, której południki główne przecinają się pod kątem ostrym, bo, gdy

oś szkła walcowatego ustawimy równolegle do jednego z tych południków, drugi musi utworzyć mniejszy lub większy kąt z główną płaszczyzną działania szkła tego. Tak więc astygmatyzm o osiach skośnie się przecinających, musimy uważać po-niekąd za nieregularny, jakkolwiek astygmometrem daje się dokładnie oznaczyć.

Niektórzy autorowie (jak Wojnow<sup>1)</sup> przypuszczają, że na upośledzenie bystrości wzroku w przypadkach astygmatyzmu rogówkowego wpływa także towarzysząca mu zmiana ogólnej postaci gałki ocznej, a co zatem idzie »niezborność siatkówki« i odpowiadająca jej deformacja siatkówkowych obrazków. Nie posiadam żadnych danych, abym mógł w tej mierze wyrazić me zapatrywanie. Natomiast wydaje mi się bardzo prawdopodobnem, że aberracja sferyczna rogówki, zwłaszcza przy szerokiej źrenicy i szerokiej szparze tęczęwkowej, odgrywa tutaj bez wątpienia niepoślednią rolę.

#### **Astygmatyzm pooperacyjny nieregularny.**

W 12 przypadkach znalazłem się w niemożności oftalmometrycznego oznaczenia stopnia i osi astygmatyzmu pooperacyjnego z powodu, że był on zupełnie nieregularny. Nie od rzeczy będzie wymienić, jakie to powikłania towarzyszyły tej nieregularnej niezborności: w 4 przypadkach zapisano wypływciała szkliste; 1 raz wrosnięte były w bliźną ramiona szpary tęczęwkowej (sflinktery); 2 razy skrzydlik wrastający od strony nosa na rogówkę był jedynem, godnem zapisania zboczeniem; 1 raz zaćma była pochodzenia urazowego i na rogówce znajdowała się bliznka; 1 raz zanotowano plamki rogówkowe; 1 raz rogówka już przed operacją okazywała niezborność wynoszącą 3 D. Nakoniec dodam, że z tych 12 przypadków 10 odnosi się do starców, co przekroczyli 65 rok życia, a tylko 2 przypadki dotyczą ludzi młodszych (30 lat i 45 lat). Szczegół ten rzuca również pewne światło na znaczenie zgrzybiałego wieku dla obchodzącej nas sprawy.

**Kazuistyka ciekawszych przypadków.**

Po tem, o ile możności wszechstronnem wyzyskaniu materiału statystycznego, pozwolę sobie przytoczyć w krótkości kilka ciekawszych spostrzeżeń.

1. Rozalia O., lat 68, operowana 21 czerwca b. r. z powodu zaćmy przejrzałej (*cataracta Morgagniana*) na prawem oku bez irydektomii, a równocześnie na lewem z irydektomią z powodu zaćmy dojrzałej. Chora przy operacyi zachowuje się niespokojnie. U prawego oka wykonano cięcie w rogówce tuż przy rąbku spojówkowym, u lewego w twardówce. Pomimo zapuszczenia ezeryny bezpośrednio po operacyi i następnego zapuszczania pilokarpiny tęczęwka obwodową częścią wrosła w bliźnę i wydeła ją dość znacznie. Badanie astygmetrem, wykonane 4 lipca, czyli 13-go dnia po operacyi, wykazało u prawego oka w południku  $5^{\circ}n$  — łamliwość rogówki = 31 D, w południku zaś  $85^{\circ}t$  = 60 D. Różnica, czyli stopień niezborności wynosi zatem 29 D. Już wolnem okiem widać było bardzo wybitnie zmianę postaci rogówki, a koła keratopskopu dawały niezmiernie wydłużoną, a bardzo wąską, stojącą elipsę. Na lewem oku, gdzie przebieg był zupełnie prawidłowy, astygmatyzm był stosunkowo nieznaczny (4,5 D). Dnia 6 lipca wycięto u prawego oka wrosniętą tęczęwkę, a niezborność mierzona w ośm dni później (t. j. w 23 dni po operacyi) okazała się już o 9,5 D mniejszą, bo wynosiła tylko 19,5 D.

$$V_{po} = \frac{6}{60} z + 7 D \text{ } \diamond \text{ } cyl + 6 \text{ } D \text{ } 85^{\circ} t$$

$$V_{lo} = \frac{6}{36} z + 9 D \text{ } \diamond \text{ } cyl + 4,5 D \text{ } 60^{\circ} t$$

Ten wyjątkowo wysoki stopień astygmatyzmu zależał w tym przypadku wyłącznie od wrosnięcia tęczęwki w ranek. Spostrzeżenie to przytaczam dlatego, że w dostępnej mi literaturze znalazłem tylko jeden ogłoszony przypadek jeszcze większej niezborności. W przypadku tym, opisanym w r. 1897 przez Aschheima<sup>22</sup>, niezborność wynosiła 32 D i była wywołaną usadowieniem się dwóch małych garbiaków na obu końcach poziomego południka rogówki. Schioetz<sup>4</sup> w r. 1885,

wkrótce po wprowadzeniu astygmetru, ogłosił przypadek niezborności pooperacyjnej trwałej (mierzonej w 4 miesiące po operacji) wynoszącej 19,5 D. Niezborność ta dała się zmniejszyć do 7 D zapomocą trzykrotnej uletomii, a potem 3 razy ponawianego rozszerzania cięcia ku nosowi. We wczesnych okresach po operacji niezborność, dochodząca do 20 D, nie należy, wedle zgodnego zdania licznych autorów, do wielkich rzadkości.

2. Wojciech L., l. 61. Dnia 25 maja b. r. operacja zaćmy twardej lewego oka bez irydektomii. Nazajutrz musiano wyciąć wypadniętą tęczęwkę.

Dnia 4 czerwca stan oka był następujący: blizna lekko wydęta, w obydwu jej końcach wrosnięte ramiona tęczęwkowej szpary. Rogówka okazuje zaćmienie linijne, przebiegające poziomo wzdłuż podstawy rogówkowego płatu (śląd po zagięciu rogówki w tem miejscu). Powyżej tej linii w głębszych warstwach pasenkowate zaćmienie traumatyczne, złożone z równoległych, regularnych smug pionowych. Żrenica przesunięta ku górze. Cienka, zaćmiona torebka. Dno we mgle, prawidłowe.

$$V lo = \frac{5}{30} z + 8 D \text{ cyl} + 6 D 75^{\circ} n$$

Badanie astygmetrem, przedsięwzięte 10-go dnia po operacji, wykazało w południku  $75^{\circ} n$  łamliwość rogówki — 58 D, w południku  $15^{\circ} t$  — 32 D, a zatem stopień niezborności = 26 D. Przypadek ten ma z poprzednim wiele podobieństwa.

3. Antoni R., lat 75, 17 stycznia 1896 operowany w krakowskiej klinice na kataraktę prawego oka z irydektomią. Przednia komórka wytworzyła się dopiero 11-go dnia po operacji. Dalszy przebieg prawidłowy. W 5 miesięcy potem zgłasza się powtórnie z powodu skaleczenia operowanego oka kawałkiem drzewa. Stwierdzono pęknięcie blizny operacyjnej i wypełnienie krwią przedniej komory. Z powodu braku miejsca w klinice, zalecono choremu odpowiednie leczenie w domu. W czerwcu b. r., a zatem w cztery lata po operacji, zgłosił się R. do nas powtórnie z prośbą o przepisanie nowych okularów i przy tej sposobności znaleźliśmy na prawem oku stan następujący:

Oko blade. Blizna po cięciu płatowem nisko w rogówce położona, biała i niezwykle szeroka. Zresztą rogówka przezroczysta. Tęczówka zamieniona na białą, ścięgnistą, zbitą błonę, która zasłania także dawne coloboma. Od skroni jest tęczówka na obwodzie do tego stopnia zanikłą, że przepuszcza wyraźny różowy odbłask z dna oka, widać przytem na czerwonym tle czarne, promienisto ułożone prążki. W środku wyżej opisanej, białej błony jest czarny otwór (około 2,5 mm. średnicy) nie zmieniający się po zapuszczeniu atropiny. Wziernik wykazuje medya czyste, dno prawidłowe. Badanie astygmometrem daje wynik następujący:

$$\begin{array}{l} 85^{\circ} t - 42 \text{ D} \\ 5^{\circ} n - 52,5 \text{ D} \end{array} \left. \vphantom{\begin{array}{l} 85^{\circ} t - 42 \text{ D} \\ 5^{\circ} n - 52,5 \text{ D} \end{array}} \right\} \text{As} = 10,5 \text{ D}$$

$$V \text{ po} = \frac{6}{24} z + 7 \text{ D} \odot \text{cyl} + 3 \text{ D } 5^{\circ} n$$

Na uwagę zasługuje w tym przypadku odmienny od zwykłego typ niezborności niewątpliwie już trwałej. Przyszło tu mianowicie do przyplaszczenia rogówki w kierunku poziomym, a zatem równoległym do cięcia, a nie jak zwykle bywa w pionowym, czyli prostopadłym do cięcia, powstał więc *astigmatismus rectus*, a nie jak zwykle *inversus*. Przyczyny tego zбочenia szukać należy w pęknięciu blizny pod wpływem doznanego urazu i powtórnie nieprawidłowem jej zagojeniu, oraz w wytworzeniu w przedniej komorze błony, która, kurcząc się przeważnie w kierunku pionowym, wygięła bardziej rogówkę w tymże kierunku, sprawiając tem samem jej przyplaszczenie w południku poziomym.

#### Teorye astygzmatyzmu pooperacyjnego.

Donders był pierwszym, który poruszył sprawę niezborności pooperacyjnej podając szkła walcowate dla jej wyrównania. Graefe przypuszczał, że rogówka już przed operacją jest niezborna, że niezborność tę jednak znosi przeciwny astygzmatyzm soczewkowy. Po usunięciu więc soczewki astygzmatyzm rogówkowy na jaw wychodzi. Haase tłumaczy przyplaszczenie rogówki w kierunku prostopadłym do cięcia nie-

znacznem rozciągnięciem świeżej blizny pod wpływem parcia śródocznego. Weiss<sup>2</sup> nie godzi się na to wyjaśnienie i opierając się na anatomicznych badaniach Beckera (przedstawionych także w jego atlasie anatomii topograficznej oka, T. I, tabl. V i VI), przyjmuje jako przyczynę tego przyplaszczenia wystawanie środkowego, bliższego rogówce brzegu rany ponad brzeg obwodowy. Becker ocenia to wystawanie na 0,12 do do 0,30 mm. Przez następne wygładzenie się i dokładniejsze przystosowanie brzegów rany stopień niezborności staje się coraz mniejszy. Scimeni<sup>5</sup> przyjmuje teorię Weissa, ale uzupełnia ją jeszcze wskazując na działanie mięśni prostych, zewnętrznego i wewnętrznego, które wywierają z obu boków ucisk na zwiotczałą nieco skutkiem dużego cięcia gałkę oczną i wywołują przez to tylokrotnie wspomnianą zmianę postaci rogówki.

Ponieważ sam nie robiłem żadnych szczegółowych poszukiwań w kierunku patogenety niezborności pooperacyjnej, nie mam przeto danych dla wyrobienia sobie stanowczego sądu o wartości poszczególnych, powyżej krótko wymienionych teorii. Przypuszczam jednak, że słuszność jest po stronie Weissa, który położył główny nacisk na stan rany, a potem na zachowanie się blizny. Już anatomiczne i histologiczne badania Beckera potwierdziły jego sąd o rzeczy. Wyniki statystycznych obliczeń zestawione w niniejszej pracy także niedwuznacznie przemawiają na korzyść jego teorii. Czyż ta w oczy bijąca zależność stopnia niezborności od położenia cięcia, a zwłaszcza od obecności lub braku płata spojówkowego, który w wysokim stopniu ułatwia dokładniejsze zespolenie się brzegów rany, nie popiera zapatrywania Weissa?<sup>2</sup> A szkodliwy wpływ blizny bruzdkowanej, która nie jest niczem innym, jak tylko utrwaleniem owego przez Weissa i Beckera opisywanego wystawania jednego brzegu rany ponad drugi, — czyż nie dowodzi prawdziwości Weissowskiej teorii? Tak, ilekroć teoretyczne wywody znajdują przypadkiem potwierdzenie w statystyce niezależnie od nich przeprowadzonej czy też w doświadczalnych badaniach, — zyskuje na tem wiarygodność i wzmacnia się znaczenie zarówno teorii śmiało wygłoszonej, jak i owych

zdobyczy osiągniętych żmudną drogą statystycznych lub doświadczalnych poszukiwań. Gdy jednak w nauce lekarskiej zawsze stawiamy sobie ostatecznie pytanie, jaką praktyczną doniosłość mają na teoretycznej lub empirycznej drodze zdobyte wiadomości i w jaki sposób możnaby je na korzyść i dobro chorych obrócić, wypada zatem i mnie wskazać na zakończenie, czego się w tym kierunku spodziewam po tych kilku statystycznie stwierdzonych prawidłach zachowania się pooperacyjnej niezborności.

Operacja katarakty należy do najświetniejszych i najbardziej wydoskonalonych operacji, nie tylko w chirurgii okulistycznej, ale wogóle w całej chirurgii. Mimo tego jednak operatorowie nie ustają w pracy nad dalszem jej doskonaleniem. Literatura odnosząca się do poszczególnych działów tego tak ważnego przedmiotu jest niezmiernie bogatą. Sama sprawa zakażenia pooperacyjnego, które dzisiaj w wyjątkowych już tylko razach unicestwia wynik operacji katarakty, posiada literaturę obejmującą setki rozpraw i publikacji. Sprawa niezborności pooperacyjnej wczesnej, której doniosłość starałem się na początku tej pracy wykazać, nie była dotychczas dosyć wszechstronnie opracowywaną, a przy obmyślaniu nowych sposobów operacyjnych i zalecaniu różnych modyfikacji dotyczących techniki operacji katarakty nie wiele, lub wcale jej nie uwzględniano. Nie czuję się jeszcze bynajmniej powołanym do podsuwania w tym kierunku wytrawnym operatorom jakichkolwiek myśli, ale rad będę, jeśli zechcą zwrócić uwagę na niektóre przynajmniej szczegóły mej skromnej pracy i zużytkować je kiedyś wedle własnych poglądów dla jeszcze większego wydoskonalenia techniki operacyjnej. Powtarzam, że dalekim jestem od stawiania jakichkolwiek wniosków, ale przyznaję, że pragnąłbym bardzo mieć kiedykolwiek sposobność wykonania kilkunastu przynajmniej pomiarów astygmetrycznych po ekstrakcyach dokonanych dawno już zapomnianym trójkątnym keratotomem Beera. Nóż ten prócz niewątpliwych wad, z powodu których został zarzucony, posiadał tę nieocenioną zaletę, że zapewniał cięciu idealnie regularną postać.



Wąziutki nożyk Graefego posuwamy przy cięciu ku górze ruchami z lekka piłującymi, przyczem przy największej nawet wprawie trudno dokazać, żeby cała linia cięcia leżała rzeczywiście i dokładnie w jednej płaszczyźnie. Mały stopień niezborności po cięciu liniem, chociażby dosyć długiem i do tego położonem w samej rogówce, ale wykonanem za pomocą noża grotego, którego działanie jest podobne do działania Beerowskiego keratotomu, każe się spodziewać, że i po płatowych cięciach zrobionych tym muzealnym instrumentem astygmatyzm nie byłby może tak znaczny. Niestety wątpić należy, czy tak pożądane utworzenie płata spojówkowego byłoby w tych warunkach możliwe.

Niejednaby może jeszcze wyłoniła się uwaga z rozbioru prawideł, rządzących zachowaniem się postaci rogówki po operacji zaćmy. Pożądaniem byłoby bez wątpienia, aby optyczna funkcyja rogówki, tak niezmiernie ważna dla sprawy wyraźnego widzenia, jak najmniejszym ulegała zaburzeniom, skoro już im ulegać musi. Usiłowalem w pracy tej nagromadzić jak najwięcej dowodów na poparcie tego twierdzenia. Ale z drugiej strony nie chciałbym się spotkać z zarzutem przesady, że mimo woli przeceniam doniosłość sprawy, którą wybrałem sobie za przedmiot naukowych badań. Rozumiem to dobrze, że człowiek ociemniały, któremu zapomocą operacyi wzrok przywracamy, może poczekać jeszcze choćby kilka miesięcy, żeby mu się oko zupełnie »wygladziło«, i owszem doznaje on nawet ciągłej uciechy, widząc, jak mu się wzrok niemal z dniem każdym poprawia. Cóż znaczy wobec takiego dobrodziejstwa przemijająca niezborność rogówki! Pragnąć, żeby operowany zaraz po operacyi widział doskonale i to koniecznie bez szkła walcowatego — to prawdziwy zbytek. Ale na to się chyba zgodzą moi czytelnicy, że okulistyka w niektórych przynajmniej swych działach poczyniła już takie postępy i jest sztuką tak ze wszech miar wykonioną, że zrobiono tu już wszystko, co było konieczne, i dlatego, chcąc jeszcze iść naprzód, mamy prawo zacząć myśleć o zadawalnianiu życzeń poniekąd zbyt-kownych. —

### Literatura.

1. Wojnow: »Astigmatismus bei Staaroperirten«. Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1871.
2. Weiss: »Ueber den nach dem Weber'schen Hohlschnitt entstehenden Cornealastigmatismus und die Ursachen des nach Extractionen entstehenden Astigmatismus überhaupt«. Archiv f. Augen- und Ohrenheilk. VI. 1877.
3. Laqueur: »Ophthalmometrische Untersuchungen über Verhältnisse der Hornhautkrümmungen im normalen Zustande und unter pathologischen Bedingungen«. Bericht über die XV. Versammlung der ophthalm. Ges. Heidelberg. 1883.
4. Schiøtz: »Ein Fall von hochgradigem Hornhautastigmatismus nach Staarextraction. Besserung auf operativem Wege«. Arch. f. Augenheilkunde. T. XV. Str. 178. 1885.
5. Seimeni: »Sull' astigmatismo corneale in seguito ad estrazione di cataratta«. Annal. di Ottalm. T. XVIII. Str. 299. 1889.
6. Swan Burnett. The American Journal of Ophthalm. December. 1889.
7. Chimmi: Annal. di Ottalm. 1890.
8. Neuschuler: »De l'astigmatisme postopératoire«. Recueil d'Ophthalm. Str. 515. 1891.
9. Bajardi: »Variazioni nella curvatura della cornea consecutive alla evacuazione dell'umore aqueo«. Giorn. della Roy. Acad. di Medic. di Torino. Str. 251. 1895.
10. Joly: »L'astigmatisme consécutif aux lésions de la cornée«. Thèse de Lyon. 1892.
11. Jackson: »Astigmatism following cataract extraction and other sections of the cornea«. Ophth. Rev. Vol. XV. Str. 349. 1893.
12. Dołganow: »Ueber die Veränderungen des Wundastigmatismus nach der Cataracta-Extractionen«. Arch. f. Augenheilk. T. XXIX. Str. 13. 1894.
13. Bates: »Ein Vorschlag den Astigmatismus der Cornea auf operativem Wege zu beseitigen«. (Po angielsku) Arch. of Ophth. V. XXIII. Nr 1. 1894.
14. Martin: »L'astignie chez les opérés de la cataracte«. Arch. d'Ophth. T. XV. 1895.
15. Bajardi: »Sul grado d'astigm. corneale negli operati di cataratta etc.« XIII. congr. dell. Assoc. ophthalm. ital. Palermo. 1892.
16. Faber: »Operatieve Behandeling van astigm.« Geneesk. Tydschrift. 1895.
17. Pflingst: »Corneal Measurements after the Extraction of Cataract«. Arch. of. Ophth. XXV, p. 287. 1896.

18. Pflüger: »Traitement opératoire de l'astigmatisme«. Ann. d'Ocul. CXV. 1896.
19. Bocci: »Sulla correzione chirurgica dell'Astigm.« R. Acad. di Med. d. Tor. 1897.
20. Clark: »Astigmatismus nach Staarextractionen« (Po angielsku). Ann. of Ophth. 1899.
21. Reymond: »Ueber die operative Behandlung kleiner Krümmungsfehler der Hornhaut«. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XI. Str. 411. 1899.
22. Aschheim: »Ueber einen Fall von erworbenem Hornhautastigmatismus von 32 Dioptrien«. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXXV, str. 108. 1897.

## II. STRESZCZENIA.

*Nowe badania doświadczalne nad szklami periskopijnymi* (Nouvelles recherches expérimentales concernant les verres périscopiques). Dr F. Ostwald (»Revue générale d'ophtalmologie«, 1900, Nr 7).

Już dawniej przeprowadził Ostwald cały szereg obliczeń teoretycznych, mających na celu wyszukanie dla różnych soczewek takiej postaci, któraby zmniejszyła do możliwych granic niezborność promieni, przechodzących przez szkło skośnie i przez obwodowe jego części. Takie szkło nazywamy, jak wiadomo, periskopijnem. Przedmiotem obecnej pracy jego było doświadczalne stwierdzenie wniosków, z obliczeń tych wyprowadzonych. W tym celu urządził on doświadczenie w sposób następujący: Przed otworem ciemni fotograficznej, zawierającą soczewkę przedmiotową, umieścił w niewielkiej odległości widelki półksiężycowate, w które można było wetknąć dowolne szkło wklęsłe, czy wypukłe, przeznaczone do doświadczeń. Za pomocą odpowiedniego urządzenia widelki te dały się okręcać na około osi pionowej tak, że płaszczyzna soczewki, w nich się znajdującej, z położenia równoległego do przedniej ściany ciemni, przechodziła w położenie dowolnie skośne, a środek jej względem środka obiektywu mógł być równocześnie przesunięty również w dowolnym kierunku. W ten sposób płaszczyzna szkła wobec płyty fotograficznej i przedmiotów zewnętrznych zajmowała kolejno tak samo różne położenia, jak je zajmują szkła okularów, gdy oko patrzy przez nie skośnie w różnych kierunkach.

Za przedmiot do fotografowania wybrał tablicę do badania bystrości wzroku Parent'a, zawierającą 7 szeregów liter (od D =

25 m do  $D = 3,2$  m), oraz figurę promienistą Wecker'a, służącą do badania nieczorności. Robił zaś liczne zdjęcia, ustawiając soczewkę, której własności periskopijne chciał poznać, raz w położeniu dokładnie ześrodkowanym, to znowu w różnych położeniach skośnych i mimośrodkowych. Nakoniec porównywał wyrazistość poszczególnych odbitek. —

W taki sposób przeprowadził badania porównawcze nad soczewką wypukłą  $+ 4$  D i soczewką wklęsłą  $- 4$  D, sporządzając zdjęcie fotograficzne najprzód za pomocą szkła dwuwypukłego względnie wklęsłego w rozmaitych położeniach, a potem za pomocą szeregu menisków, mających wartość bądź to  $+ 4$  D, bądź też  $- 4$  D. N. p. soczewka z jednej strony  $+ 2$  D, z drugiej  $- 6$  D; z jednej  $+ 4$  D, z drugiej  $- 8$  D;  $+ 10$  D,  $- 14$  D i t. d.; albo  $+ 5$  D,  $- 1$  D;  $+ 11$  D,  $- 7$  D i t. d. Tak uzyskane liczne zdjęcia fotograficzne przedstawiają najrozmaitsze stopnie wyrazistości: jedne są zupełnie wyraźne, inne okazują zarysy mniej lub więcej zalarte tak, że z tablicy Parent'a tylko szeregi większych liter są czytelne. Na podstawie tych danych zestawił Ostwald tablice porównawcze i wyznaczył różne krzywe dla periskopijności poszczególnych menisków. —

Oto ostateczne wnioski, do jakich go te doświadczalne badania doprowadziły:

1. Wbrew powszechnie przyjętemu mniemaniu, odnosi się to właśnie do szkieł rozpraszających, że odpowiednio dobrane meniski lub szkła płasko-wklęsłe są w wyższym stopniu periskopijne, niż szkła dwuwklęsłe.

2. Dzięki temu, że meniski wklęsłe, pod względem periskopijności najdoskonalsze — nie są bynajmniej zbyt »muszlowate« (*bombés*), aberracya sferyczna, która mogła w tym razie ze swej strony obniżać ich wartość, jest tylko bardzo nieznaczna, — dlatego też autor poleca je do użytku w praktyce okulistycznej.

3. W szeregu szkieł skupiających postać menisków tylko dla słabszych soczewek (najwyżej  $+ 6$  D), przedstawia pewną wyższość, ale meniski te są już znacznie wypukłone (*bombés*), dlatego też są ciężkie i wykazują wyższy stopień aberracyi sferycznej, która do tego stopnia przeważa, że znosi wszelką korzyść, odniesioną w kierunku periskopijności.

4. Co do szkieł wypukłych silniejszych, n. p. używanych zwykle po operacji zaćmy — to postać meniska nie daje im już pod tym względem żadnej wyższości. Jednakowoż na podstawie swych doświadczeń radzi Ostwald, zamiast szkieł dwuwypukłych symetrycznych, zapisywać przynajmniej dwuwypukłe, ale niesymetryczne, mianowicie takie, których przednia powierzchnia posiada

krzywiznę sześć razy większą (promień krzywizny sześć razy krótszy), niż powierzchnia ku oku zwrócona, a to dlatego, że ta postać sprządza do minimum wpływ aberracji sferycznej.

Dr. K. W. Majewski.

*Wrodzony zanik i ząbkowatość brzegu powiek ze śladami wewnątrzmacicznego zapalenia ich chrząstek.* Z. C. L. e. w. s. k. i (Beilageheft zu »Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. Stuttgart. 1900. Str. 64—72).

Autor, jako asystent oftalmicznej kliniki w Rostoku, opisuje nowonarodzoną dziewczkę, u której wszystkie 4 powieki miały ząbkowate, w postaci zygzaków, brzegi rzęsowe. Wyniosłości górnych powiek odpowiadały wklęsłościom dolnych. Ma się rozumieć i rzęsy rosły nieprawidłowo: to ich brakowało w niektórych miejscach, w innych zaś kierunek miały nieprawidłowy. Jednocześnie wykryto zanik spojówki powiekowej, a także wytworzenie się w niej blizn; gruczoły Meiboma nieregularne i infarktowe. Kol. Z. upatruje w tej nieprawidłowości rozwojowej powiek pewien stosunek do kolobomatu takowych; cytuje kilka spostrzeżeń (w tej liczbie i moje z r. 1875), gdzie jednocześnie przy kolobomacie istniały wklęsności, zakarbowania brzegu powieki. Zdaniem jego, przypadek opisywany — objaśniony 2 rycinami — jasno przemawia za tem, że pierwotnie miało tu miejsce płodowe zapalenie spojówki, które następnie wywołało zmiany w chrząstce, jej gruczołach, a więc i w brzegu powiek.

Dr. J. T.

*Czy włókna nerwowe rdzeniowe siatkówki stanowią przyrodzoną nieprawidłowość?* (Sind die markhaltigen Nervenfasern der Retina eine angeborene Anomalie?). Prof. Hippel jun. (Ibidem).

Według poszukiwań Westphala tylko nerwy mózgowe motoryczne i nerw słuchowy posiadają w chwili urodzenia się pochwętki rdzeniowe, wzrokowy zaś później takowe dostaje, a mianowicie w 9—10 tygodniu życia. Dlatego też u noworodków dotychczas tej nieprawidłowości nie spostrzegano, chociaż badanie wziernikowe, bardzo bywa utrudnione z powodu, że torebka soczewkowa obfituje w naczynia.

U nowonarodzonych królików można za pomocą lupy widzieć ściśle określoną tarcz, a dopiero od 10 dnia życia mógł autor, po otworzeniu się szpary powiekowej wziernikom spostrzedz skrzydlakowato od środka ku obwodowi postępujące tworzenie się pochwetek rdzeniowych. Obraz ten dobiega końca około 2 $\frac{1}{2}$ —3 tygodni.

Autor wnosi więc, że nie włókna rdzeniowe, ale usposobienie do ich wytworzenia się jest wrodzonym.

H.

*Zażenia u robotników, pracujących przy ogniu* (Ueber Starbildung bei Feuerarbeitern). Proebsting (»Centralblatt f. allg. Gesundheitspflege«, 1899, XVIII rocznik).

Ażeby znaną już okoliczność, że ogień zły wywiera wpływ na oko, wywołując zażenie, stwierdzić, badał P. większą ilość robotników huty szklanej w Elberfeldzie i znalazł w 12% większe zażmienia soczewki.

A uwzględniając tylko wiek po 40 latach, znalazł tę odsetkę jeszcze raz tak wielką. Etiologicznie następujące przytem okoliczności odgrywają ważną rolę:

1. Nadzwyczaj wysoka ciepłota promieniejąca, na którą robotnicy są narażeni, zwłaszcza ci, którzy roztopioną masę z ognia wydobywają. Stosownie do zmian, przedewszystkiem po lewej stronie ciała na skórze wywołanych, zażenia także głównie na lewej stronie najprzód i w silniejszym stopniu się rozwija, gdy ta zwrócona jest najwięcej do ognia.

2. Silne poty, względnie ubytek wody, na jaki robotnicy ci są narażeni, a który także u dyabetyków ważną odgrywa rolę w zażeniu.

3. Nie bez znaczenia, lubo ściśle tego nie stwierdzono, jest światło białe, na które robotnicy hutniczy są narażeni. Wiemy zaś, że pewne rodzaje światła w tworach epitelialnych wywołują zmiany.

II.

*Przypadek gruźlicy pierwotnej spojówki* (Un cas de tuberculose primitive de la conjonctive) Lagrange et Cabannes (»Archives d'ophtalmologie«, Lipiec, 1900.

Ośmioletniego chłopca uderzył drugi końcem paznokcia w oko. Oko zaczerwieniało, powieka górna obrzmiała, zjawiła się skąpa wydzielina i w miesiąc po urazie stwierdzono na spojówce powieki górnej kilkanaście szarych guzków, bardzo podobnych do jaglicy; te jednakże w krótkim czasie owrzodziły, jak również w górnym załamku znalazł się większy powierzchowny wrzódzik o dnie szarém, do około którego spojówka była silnie przekrwioną i obrzmiałą. Badanie ogólne okazało zupełnie zdrowy organizm bez śladu jakiegś choroby ogólnej. Badania wydzieliny oraz ropy z dna wrzodu nie szczegółowego nie okazały. Ale ten guzek, wycięty i badany drobnowidem, okazał bardzo wyraźny charakter gruźliczego guzka, przyezem metodą Ziehl-Nelsena wykazano w nim prątki Kocha. Szczepienia kontrolne, na śwince morskiej zrobione, okazały się bez skutku. Pod jodoformem i przy płukaniu antyseptykami cierpienie zupełnie ustąpiło, przyczem, dla przyspieszenia leczenia, wyskrobano owrzodzenia ostrą łyżeczką. Autorowie zwracają uwagę szczególną na etiologię tego przypadku, to jest, że cierpienie powstało wsku-

3

3 L tek zranienia, podczas gdy inni autorowie o tym czynniku milczą. Dalej, że rzadko się widzi gruźlicę spojówki w postaci gruzelków; o wiele częstszymi są owrzodzenia. Dalej, że obok tego był widoczny obrzęk gruczołu limfatycznego przy uchu, który, po ustąpieniu sprawy na spojówce, sam przez się zginął. *Brudzewski.*

*Neurofibroma skóry powieki i głowy* (Neurofibrome de la peau de la paupière et de la tête). Sueguirew (»Arch. d'ophthalmologie«. Lipiec, 1900).

S. opisuje guz znacznej wielkości, pokrywający prawie pół twarzy, o budowie zrazowej, konsystencji elastycznej, nigdy niebolesny, który odciął, a badanie metodą Fala wykazało pod drobnowidem, że obok obfitej tkanki łącznej spotyka się nowo wytworzone włókna nerwowe. Przypadek z tego względu jest ciekawy, że w literaturze podobne guzy już są opisane, nigdzie jednakże nie napotymano u nich nerwów, a zawsze rozpoznanie brzmiało albo fibroma, albo elephantiasis. Opisali neuroma plexiforme tylko Schweinitz i Jacquau. Rozpoznać można dokładnie neurofibroma tylko pod drobnowidem, a terapia jest tylko operacyjna. *Brudzewski.*

*O znaczeniu drobnoustroju w powstawaniu zapalenia rogówki porażonego* (U. d. Rolle d. Mikroorganismen bei d. Entstehung der neuroparalytischen Keratitis). Ollendorf (Graefego »Arch.« XLIX. 3).

Dr Ollendorf przeprowadził doświadczenia na królikach w pracowni kliniki heidelberskiej. Drobnoustroje: staphylococcus, streptococcus, pneumococcus odgrywają tylko rolę saprofitów na rogówce, zmienionej patologicznie przez przecięcie n. trójdzielnego. Dla przekonania się, o ile wysychanie wywołuje zmiany na rogówce, luksował gałki i przekonał się, że nekroza z wysychania powstawała bez współdziałania drobnoustroju. Ponieważ nekroza z wysychania zupełnie tak samo się objawia, jak nekroza po luksacyi gałek bez przecięcia nerwu trójdzielnego, przeto dla wyłomaczenia objawów nie potrzeba uciekać się do teorii o działaniu troficznem lub wasomotorycznem.

U człowieka atoli przy porażeniu nerwu trójdzielnego zawsze jeszcze mruganie, a zatem zwilżanie oka, choć w słabszym stopniu, trwa, dlatego nie przychodzi do wysychania, lecz zmiany wywołane są obrażeniem i następnem zakażeniem drobnoustrojami. *W.*

*Przypadek samoistnego wewnątrzgałkowego krwotoku z następem pęknięciem gałki* (Ein Fall von spontan auftretender intraocularer Blutung, die zur Bulbusruptur führte). — Dr Hauenschild (»Münchener med. Wochenschrift«, Nr 31).

Dziewieczyna 28letnia, która już dawniej miewała silniejsze krwotoki z nosa, dostaje 3 dni przed regularnością, po przebytej przechadźce, silnego bólu w poprzednio zdrowem prawem oku, które mocno zaczerwienia się, gdy ze szpary wydobywa się krew. Autor znalazł spojówkę gałki zupełnie krwią podbiegniętą, lekko wystającą gałkę; przednia komórka była znacznie krwią wypełniona, a górą równolegle do brzegu czarna smuga. Gdy krew później wessana została, można było stwierdzić górą brak tęczówki, która leżała w ranie twardówkowej, znaczącej się ową czarną smugą. Gałka uległa zanikowi. Przyczyny zadnej tego wypadku wysledzić nie udało się. W.

*Leczenie przenikających zakaźnych ran gałki* (Ueber die Behandlung inficirter perforirender Bulbuswunden). Glauning (»Muenchener Med. Wochenschrift«, Nr 31).

Autor przemawia na podstawie większego materiału z kliniki prof. Eversbuscha w Erlandze za leczeniem zachowawczem galek zranionych, gdyż nieraz tam nawet, gdzie *a priori* zdawało się, że nie było widoków zachowania gałki, nie tylko takową jako taką zachować, ale nawet później część wzroku przywrócić było można. A nawet w razie zakażenia przy cięższych zranieniach jeszcze przez słosowne leczenie względnie dobry wynik da się osiągnąć przez galwanokaustyczną paracentezę przedniej komórki, przeprowadzaną jako systematyczne leczenie przez Eversbuscha. Rękoczyn na tem polega, że platynową cienką pętlą, przez akumulator do czerwoności rozgrzaną, przekłuwa się rogówkę powoli, warstwę po warstwie, aż do odpływu cieczy wodnej. Gdzie hypopyon widoczne, tak samo się postępuje bez zamierzonego wypuszczenia tegoż. Do galwanokaustyki obiera się obwodowy koniec rany zakażonej albo najwięcej dostępne miejsce. Czasami po kilku dniach rękoczyn ten powtarzano. Skutek tego postępowania był dobrym nawet w przypadkach sprawy ropnej ogólnej tęczówko-rzęskowej, gdzie więc nie samo miejscowe zajęcie zachodziło.

Skuteczność przypisać trzeba raz odpływowi istoty zakaźnej z cieczą wodną, a powtórnie obniżeniu napięcia przez paracentezę, któremu to obniżeniu towarzyszy wzmógłony do wnętrza gałki dopływ krwi, zawierającej istotę przeciwważną. Dopływ znowu świeżej krwi naprawia obieg w żyłach odpływowych, a tem samem wzmoczenie przemiany materji w całym oku sprowadza. W.



### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcja okulistyczna na XIII kongresie międzynarodowym w Paryżu od 2—9 sierpnia.

Prace sekcji okulistycznej na tym turnieju naukowym należą niewątpliwie do bardzo udanych, dzięki należytemu przygotowaniu ze strony sędziwego prezesa prof. Panasa i generalnego sekretarza Dra Parent'a, a nie mniej oczywiście dzięki bardzo licznemu współdziałaniu towarzyszy naszej specjalności.

Pomijamy stronę towarzyską, około której koledzy paryscy bardzo wielkie położyli zasługi, a z rozpraw naukowych przytoczymy tylko to, co na rzeczywistą zasługę wzmiankę, odsyłając zresztą czytelników do szczegółowych sprawozdań, jakie wyjdą staraniem komitetu centralnego.

Zaznaczamy przytem, że jeden z naszych współpracowników zbierze dla »Postępu« wszystko to, co w rozmaitych innych sekcjach tego wielkiego kongresu poruszono z dziedziny okulistyki.

I. Pierwsze posiedzenie, pod przewodnictwem Snellena ojca z Utrechtu, poświęcone przeważnie referatom na temat: *porównanie znaczenia wyluszczenia gałki i innych sposobów operacyjnych, używanych dla zastąpienia tamtego.*

Pierwszy referent, niemiec prof. Pflueger z Bernu, dochodzi w pracy swej do następujących wniosków: Wyluszczenie w pewnym szeregu cierpień ocznych nie może być, według dotychczasowych naszych doświadczeń, zastąpionem żadną inną operacją i nie da się zapewne w przyszłości niczem zastąpić.

Postępowanie klasyczne Bonneta, Ferrala jest bardzo proste, łatwe do wykonania, ale pozostawia nieznaczny, mało ruchomy kikut. Postępowanie to można poprawić w następujący sposób: *a.* przez przymocowanie mięśni prostych do spojówki już to sposobem Schmidta, już to prostszym, przez Pfluegera opisanym. Przez to, co prawda, nie otrzymujemy większego kikutu, ale występuje on więcej ku przodowi i nadaje się lepiej do protezy. *b.* Przez wszycie kuli nieorganicznej do worka torebki (Frost-Lang).

Do operacji zastępczych należą: 1. zwyczajne wypaproszenie według Pagenstechera, Noyesa, Graefego; 2. połączone wypaproszenie czyli operacja Mules'a.

Pod względem kosmetycznym daje operacja zwyczajnego wypaproszenia lepsze wyniki, aniżeli klasyczne wyluszczenie, operacja

zaś Mulesa lepsze znouu, aniżeli Schmidt-Pflugera i Frost-Langa. Wobec operacyi Mulesa uważa Pf. połączone srebrne dziurkowane kule jako bardzo odpowiednie, gdyż ziarnina wrasta przez otwory, a zamieniwszy się w tkankę łączną, doskonale taką kulę utwierdza.

3. Odcięcie rogówki i stafylotomia, które to operacye pod względem kosmetycznym przewyższają powyżej oznaczone operacye.

4. Neurotomia optico-ciliaris powinna tylko przy glaukoma absolutum bywać zastosowywaną, a wtenczas pod względem kosmetycznym daje wprost idealne wyniki.

Atoli nie sam wzgląd na kosmetykę, ale przedewszystkiem wzgląd na możliwe powikłania, których uniknąć mamy, t. j. zapalenie opon mózgowych i zapalenie oka sympatyczne winny zawazyć na szali wyboru operacyjnego sposobu.

Gdy zapalenie ropne całej gałki rozwinęło się, snadniej nam przez wypaproszenie, aniżeli przez wyłuszczenie gałki zapobiedz ropnemu zapaleniu opon mózgowych.

Jako ochrona przeciw sympatycznemu zapaleniu wypaproszenie gałki tę samą ma wartość, co wyłuszczenie; gdy po odcięciu rogówki, po stafylotomiach nieraz spostrzegano sympatyczne zajęcia. Jeżeli jednak i po wypaproszeniu i wyłuszczeniu zapalenie to występuje, to nie wskutek tych zabiegów, tylko mimo nich, a wtenczas przebieg bywa łagodniejszy.

Razem wzięwszy, stawia referent następujące wskazania operacyjne:

1. Tylko wyłuszczenie wskazane jest przy złośliwych naroślach gałki, wyjątkowo także przy naroślach rąbka spojówkowego i spojówki, dalej przy złośliwych nowotworach oczodołu, przy bolesnym zaniku gałki i po ustąpieniu zapalenia sympatycznego drugiego oka.

Wyłuszczenie albo też inna stosowna operacya wskazaną być może przy podrażnieniu sympatycznym drugiego oka, po silnych zranieniach oka, poprzednio przynajmniej przez 3 tygodnie leczonych konserwatywnie, przy urazach, połączonych z wniknięciem ciała obcego do gałki, przy silnem ostrem zapaleniu całej gałki, gdy obawiać się można nekrotycznego odłączenia twardówki, dalej po sparzeniu gałki i obrażeniu kwasami, alkaliami i silnymi środkami odkażającymi.

Nadto ma być, zdaniem referenta, wyłuszczenie wskazanem w przypadkach, gdzie przy innych sposobach operacyjnych stracilibyśmy ciekawy preparat anatomiczny<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Wzgląd, którego z etycznych pobudek uznać nie możemy. *Red.*

2. Wypaproszenie gałki wskazane jest przy zupełnie świeżem zapaleniu ogólnem, w przeważnej ilości zranień gałkę przenikających i w niektórych przypadkach garbiaków rogówki.

W ogólności P. f. daje pierwszeństwo operacji Mulesa przed zwyczajnem wypaproszeniem, które tylko tam jest wskazanem, gdzie ubytki twardówki nie pozwalają wszywać kul próżnych, albo gdzie wygląd wewnętrzny twardówki każe się obawiać nekrotycznego wydzielenia się tej błony, albo, gdy nie mamy pod ręką kuli do operacji Mulesa.

3. Wskazanie do neurectomii dają jaskra skończona i całkowite lekko wystające bielna rogówkowe.

4. Odeięcie rogówki winno być wykonywane w przypadkach garbiaków, zwłaszcza obustronnych, jeżeli poczucie światła może być zachowaniem, a przy garbiakach częściowych, gdy podstawa ich okazuje się włóbną. —

Współreferent Snellen, ojciec, omawia przedewszystkiem technikę wyluszczenia i rozmaitych operacji zastępczych, którym odmawia długotrwałych skutków. Po operacji Mulesa, prędzej, czy później, przychodzi do podrażnienia tkanki, położonej pomiędzy gałką szklaną, a kulą szklaną. Przy znacznych bliznach spojówkowych i symblepharon, gdy protezy zastosować nie można, poleca transplantaację płatów skóry mostkowanych, wprowadzanych przez całą grubość powieki (dermoplastyka).

Wypaproszenie gałki najlepiej wykonać sposobem Laugensbecka, który jamę zamyka zeszcyciem powiek.

Współref. G. E. Schweinitz z Filadelfii daje pogląd na panujące w Ameryce zapatrywania na podstawie odpowiedzi, odebranych na bardzo szczegółowe zapytania od 114 amerykańskich okulistów, i dochodzi do następujących wniosków:

Wyluszczać trzeba oczy uspasabiające do sympatycznego zapalenia, jako też zajęte naroślami złośliwemi.

Można wyluszczać przy początkowem ropieniu, byle tylko ropienie nie przeszło na tkankę oczodołową albo z oczodołu nie wychodziło. W tych bowiem razach wypaproszenie gałki byłoby wskazanem.

Przy ciężkich urazach gałki, budzących obawę o zapalenie sympatyczne, lepiej wyluszczyć gałkę, skoro już trzy tygodnie upłynęły od czasu doznanego urazu. Wtenczas to wyluszczenie gałki daje więcej pewności od każdej innej operacji. Jest ono również wskazanem przy obszernem rozdarciu twardówki.

Nie potrzeba wyluszczać gałek, gdy od urazu uspasabiającego do sympaty nie upłynęły jeszcze trzy tygodnie, gdyż, zdaniem połowy zapytywanych okulistów, wypaproszenie, względnie operacja

Mulesa, daje pod względem zapobiegawczym równie dobre wyniki, jak wyluszczenie.

Przy garbiakach częściowa albo też całkowita keratectomia a przedewszystkiem operacya Mulesa są wskazane. Bardzo skurczone, zanikłe gałki winny być usunięte, jako nienadające się ani do wypaproszenia, ani do operacyi Mulesa.

Przy jaskrze skończonej i zaniewidzeniu wskutek nieurazowego zapalenia tęczówko-rzęskowego zastąpić może enukleacyę zwyyczajną albo też kombinowane wypaproszenie.

Względnie można w takich przypadkach pomyśleć także o neurotomii opticociliarnej.

Wyluszczenie jest polecenia godnem u osób sędziwych, gdzie nam chodzić powinno o zaoszczędzenie czasu.

Zresztą wypaproszenie bardzo dobrze zastępuje wyluszczenie, dając przytem bardzo dobre kikuty, które atoli później coraz więcej zanikają, tak, że wkońcu nie stanowią one co do protezy żadnej korzyści wobec zupełnego wyluszczenia. Przytem nie trzeba zapominać, że wypaproszenie ma tę ujemną stronę, iż połączone jest z długotrwałem leczeniem, często bardzo bolesnem<sup>1)</sup>.

Najlepsze wyniki kosmetyczne daje operacya Mulesa, przeciwskazana przy poczynającym się zapaleniu sympatycznym, przy złośliwych naroślach i znacznem rozdarciu twardówki. Oczywiście ostateczne wyniki tego rękoczynu nigdy nie bywają tak świetne, jak początkowe.

Co do operacyi Frost-Langa, Sch. nie jest zachwyconym jej wynikami.

Gdy technika wyluszczenia jako też protezy doznają dalszego udoskonalenia, operacye zastępcze stracą na wartości. —

Współreferent H. R. Swanzy z Dublinu podaje zapytrywania, panujące w W. Brytanii, opierając się przytem na sprawozdaniu komisyi, powołanej przed dwoma laty przez Ophth. Soc. of the Unit. Kingdom.

<sup>1)</sup> Tu od siebie podnieść winniśmy, na co ani referenci, ani biorący udział w dyskusyi nie zwracali uwagi, iż wypaproszenie wskazanem jest wtenczas, kiedy cierpienie gałki oślepiej w przyszości bliższej lub dalszej grozi niebezpieczeństwem sympatyi, a chory, w żaden sposób nieprzystępny namowom, wzbrania się poddać się wyjęciu gałki. Zgodzi on się zawsze na operacyę wszelką, byle tylko oka mu nie wyjmować. Woli »nawet umrzeć, ale oka nie da sobie wyjąć«. Tu sumienie i rozum lekarza nakazuje zrobić wypaproszenie. Zapytrywania tego wygłosić nie mogłem w danej chwili, nie będąc obecnym na posiedzeniu, nie chciałbym atoli, by ważny ten, zdaniem mojem, moment pozostał niezaznaczonym. W.

Według zapatrywania angielskich i irlandzkich okulistów, operacya Mulesa, ściśle wykonana w pierwszych trzech tygodniach po zranieniu, daje równie dobre wyniki, jak wyłuszczenie. Aby uniknąć wypadnięcia kuli, trzeba przedewszystkiem uważać, by kule nie były zbyt wielkie.

Z własnego doświadczenia zaznacza, że na 83 przypadki w 60 skutek był dobry natychmiastowy, a u 10 operowanych kula jeszcze po  $\frac{1}{2}$  roku aż do 12 lat bez drażnienia noszoną była. Operacya Frost-Langa w Anglii niezbyt często się wykonuje, lubo ona Lang'owi dawała dobre i trwałe skutki, występujące jeszcze po 4—10 latach.

W przeciwstawieniu do większości okulistów, a także do referenta Pfluegera, nie uważa Sw. wyłuszczenia gałki sympatyzującej za wskazane, ale raczej sądzi, że usunięcie ogniska sympaty, t. j. wypaproszenie, zupełnie wystarcza.

Amputacya przedniego odcinka gałki prowadzi często do sympaty i dlatego w Anglii nie bywa stosowaną, tak samo, jak mało skuteczna neurotomia.

#### Rozprawa 1).

Pierwszy zabiera głos Abadie z Paryża, wspominając o sympaty, występującej mimo wyłuszczenia, a zwłaszcza o takich zapaleniach sympatycznych, które późno po tej operacyi występują, a skutecznie dają się leczyć przez zastrzykiwania głębokie w tkankę oczodołową silnych rozczyńców sinku rtęci, aż do 1 $\frac{1}{2}$ %.

Lapersonne z Lille zachwala wypaproszenie za pomocą galwanokauteru.

Uthoff z Wrocławia przytacza przypadek śmierci po wyłuszczeniu, gdzie sekcya wykazała gruzlicze zapalenie opon mózgowych.

Darier widział nawrót sympaty, trzy lata po pierwszym napadzie występującej, a przez podspojówkowe zastrzykiwania sublimatem wyleczony.

Gayet z Lyonu jest za wyłuszczeniem nawet przy panoftalmii, gdyż, zdaniem jego, przypadki śmierci spowodowane bywają

---

<sup>1)</sup> Na kongresie tym wprowadzono pod pewnym względem praktyczną nowość, iż do rozpraw trzeba było przed posiedzeniem się zgłosić i uwagi swe ile możności dla zyskania czasu przeczytać. Nie stosownem okazuje nam się postępowanie to atoli z tego względu, iż niejednokrotnie myśli dopiero w ciągu samej rozprawy nasuwają się, zwłaszcza wobec tych, którzy swe uwagi czytają. W tym razie atoli nie można już było głosu zabierać. *Red.*

**Separatabdruck aus Jahrg. V. No. 46 der  
Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.\*)**

Herausgegeben von **Dr. Wolffberg**, Breslau.

Verlag von **Steinkopff & Springer**, Dresden-A. 21.

Preis vierteljährlich 3 Mark.

---

**Wirkung des Dionins auf die nach Pannus  
trachomat. zurückbleibenden Cornealnarben.**

Von **Dr. F. R. v. Arlt**, Augenarzt in Graz.

Ich muss vorerst erwähnen, dass ich mit Dionin (Merck) viel bessere Erfolge erziele, seit ich es höchstens 2 mal der Woche und in einer Menge von ca. 0,005 g auf die Conj. palp. inf. einlege und dann sanft massiere. Die »Lymphüberschwemmung« tritt stärker auf und das Auge »gewöhnt« sich nicht so bald an das Mittel. Gewiss haben viele Kollegen beobachtet, dass bei täglicher Anwendung die Dioninwirkung immer schwächer wird.

Bei den unten angeführten Fällen kam Dionin erst nach Rückbildung des Pannus, bei fortgesetztem Gebrauche von Cuprocitrol zur Anwendung.\*\*\*) Dionin wurde stets Nachmittags eingelegt, Cuprocitrol nur am selben Abend ausgesetzt.

Die Lymphüberschwemmung hielt meist 4—6 Stunden an; irgend welche nachteilige Folgen oder andauernde Schmerzen wurden nie beobachtet.

1. Fall. Frau B., 30 Jahre alt; beiderseits besteht

---

\*) Nachdruck der Separatabdrücke nur mit Erlaubnis der Verlags-  
handlung gestattet.

\*\*) S. Arlt, Ueber die Anwendung von Cuprum citricum bei  
Trachom. Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde, 1902, Märzheft.

Trachom seit 4 Jahren. Bisherige Behandlung: Lapislösung, Blaustift, Ausquetschen der Körner.

23. Januar 1902. Befund: Beiders. s. verdickte Lider; zahlreiche grosse, sulzige Körner; Uebergangsfalten geschrumpft; dichter, reich vascular. Pannus; r. von oben her  $\frac{1}{3}$ , l. die Hälfte der Cornea bedeckend und bis zur Mitte reichend. S. r. Finger in 6 m, l. Finger in 2 m. Beginn der Behandlung mit 10proz. Cuprocitrol 3 mal täglich.

Am 8. Februar war beiderseits Pannus mit Hinterlassung von trübem Narbengewebe mit sehr wenigen kleinen Gefässchen geschwunden. S. r.  $\frac{6}{24}$ , l. Finger in 6 m. Dionin.

12. Februar. Dionin. 15. Februar. Vor dem Einlegen der dritten Dosis Dionin S. r.  $\frac{6}{18}$ , l.  $\frac{6}{50}$ ?

22. Februar S. r.  $\frac{6}{9}$ , l.  $\frac{6}{18}$ ? 20. März S. r.  $\frac{6}{6}$ , l.  $\frac{6}{9}$ ? Dionin wurde nach 15maliger Anwendung am 10. April ausgesetzt. Gegenwärtig besteht nur mehr sehr geringe Verdickung der Lider; Körner kaum sichtbar; Narbengewebe tritt zu Tage; beide Corneae bis auf geringe randständige Trübungen rein.

10proz. Cuprocitrol wurde und wird die ganze Zeit über regelmässig angewendet und gut vertragen.

2. Fall. B., 8 Jahre alt. Beiderseits Trachom seit 4 Monaten. Frühere Behandlung: Lapislösung, später Blaustift. Vom 12. März an täglich 3 mal 5proz. Cuprocitrol. Befund links: Leichte Schwellung des Lides; wenige und kleine Körner; sehr geringe Sekretion. Sehr dünner, nur aus feinsten Gefässchen bestehender Pannus, welcher nahezu die Mitte der Cornea erreicht. S. Finger in 9 m. Rechts: Leichte Trachomform ohne Komplikation, S.  $\frac{6}{6}$ .

27. März. Pannus ist mit Hinterlassung zarter Trübung verschwunden; S.  $\frac{6}{18}$ . Dionin, ein einziges Mal gegeben, bewirkt sehr starke Lymphüberschwemmung. Am nächsten Tage ist S.  $> \frac{6}{6}$ ; (Cohn's Hakentafel in 6,30 m.) Ende April geheilt entlassen.

3. Fall. Mann von 56 Jahren, seit mehr als 10 Jahren »zeitweilig« trachomkrank; stets mit Blaustein behandelt. Letzte Recidive im Frühjahr.

2. Juni. Beiderseits die Schleimhäute von Narben durchsetzt; wenige kleine Körner; geringe Verkrümmung des Tarsus; obere Hälften der Hornhäute narbig degeneriert; sehr geringe Sekretion. Fühlt sich sonst ganz wohl, kommt nur des, seit der letzten Recidive, mehr als sonst geschwächten Sehvermögens wegen.

R. A. S.  $\frac{6}{36}$ ? L. A.  $\frac{6}{24}$ ; die erste Dosis Dionin hat nur geringe Wirkung, weshalb am 6. Juni eine grössere Dosis eingelegt wird; mit Erfolg. 7. Juni S. r.  $\frac{6}{24}$ , l.  $\frac{6}{18}$ ; 10. Juni Dionin; S. r.  $\frac{6}{12}$ ? l.  $\frac{6}{12}$ ; 13. Juni Dionin. Am 14. Juni S. beiders.  $\frac{6}{12}$  bis  $\frac{6}{9}$ ? Pat. wird mit 10 proz. Cuprocitrol, welches er gut verträgt, entlassen, da er mit der erlangten S. zufrieden war. Sämtliche Sehproben wurden bei künstl. Beleuchtung und mit Prof. H. Cohn's Hakentafel gemacht.

Obleich in diesen Fällen neben Dionin noch Cuprocitrol angewendet wurde, glaube ich doch, dass letzteres, so günstig es auch auf Pannus selbst einwirkt, auf Narbengewebe keinen Einfluss hat, und dass die stetige und bedeutende Besserung der S. in allen 3 Fällen nur dem Dionin zugeschrieben werden muss.



często poprzedniem ogólnem zakażeniem i byłyby zdarzyły się i bez tej operacji.

Vacher z Orleanu zastrzykuje po dokonaniem dla panofthalmii wypaproszeniu nalewkę jodową do jamy twardówkowej.

Lagrange z Bordeaux, zwolennik operacji Frost-Langa, używał do niej odwapnionych główek kości udowych żab, gdy te jednak zupełnemu ulegały wessaniu, przeszedł do stosowania ócz króliczych. C. d. n. II.

#### IV. LECZNICTWO.

26. Jodipina, wprowadzona przez firmę Merck, okazała się według doświadczeń Dra Holzhausera z kliniki prof. Wolffa w Strasburgu bardzo skuteczną w kilku przypadkach syfilis skóry, gdzie jod był wskazanym.

Wstrzykiwano 25% jodipinę w plecy, poprzednio ją rozgrzewszy, z powodu, iż jodipina jest gęstym płynem. W jednym przypadku kilak głowy wielkości orzecha włoskiego, zginął po użyciu 19 grm. jodipiny. („Therap. Monatsh.“ Nr 8. 1900).

27. Amylenhydrat przeciw diabetes insipidus zachwala, idąc za przykładem Brackmanna, Dr Niessen. Podawał on ten środek hypnotyczny w dawkach 1 grm., najwyżej zaś 2 grm. dziennie, najlepiej w winie lub piwie. („Ther. Monatsheft.“ Nr. 8. 1900).

28. Darmiolu przeciw bezsenności przy rozdrażnieniu psychicznem, dalej przy hysteryi i neurastenii, używał Koenigshoefer przed i po operacjach ocznych w dawkach od 0,5—1,0 grm. („Wiener Klinische Rundschau“. Nr 26. 1900).

29. Jodoformina i jodeformogena są, zdaniem Hoora, opartem na 75 przypadkach, pod każdym względem w działaniu równe jodoformowi, a lubo działanie może mniej szybko, aniżeli przy jodoformie, występuje, to zato jest ono tem dłuższe. Oba preparaty mają woń jodoformu, choć nieco mniej przykrą. („Deutsche Praxis“. Nr 14. 1900).

30. Collodium Perla, bez przymieszki oteru, ma podobne własności, jak collodium officynalne, ale utrzymuje się w stanie płynnym. Na skórze nieco wolniej wysycha, ale zato błonka przeseń utworzona jest trwalszą i nie przerywa się w miejscach, gdzie przez poruszenie skóra więcej się napina.

Collodium Perla, wytwarzane przez firmę Perl et Co. w Berlinie, nabywać można przez fabrykę chemiczną Helfenberg pod Dreznem. („Therap. Monatsh.“ Sierpień. 1900). III.

31 Krople z ichtyolu 10% (z gliceryną) zachwała A. Bielewicz przy jaglicy: folikuly stopniowo zmniejszają się, nowe nie wytwarzają się, i po 3—4 tygodniach spojówka przybiera wygląd prawidłowy; nawet śluzoropno wydzieliny tej ostatniej pod wpływem ichtyolu szybko ustępują; środek ten działa tu jako zwężający krwionośno naczyń i desinfekcyonujący. Autor przy tem leczeniu spostrzegł u niektórych chorych niewielki ból w kościach oczodołu. Taki % rozczyntu wywołuje lekkie pieczenie w spojówce, trwające od 5—10 minut. U chorych, którzy przywykli do tego środka, można powiększyć procent rozczyntu do 20, nigdy jednak, z powodu silnego pieczenia, do 30—50%, jak radzi Ebersson. Zapuszczanie kropeł ichtyolowych robi się raz lub dwa razy na dzień. („Wojenno-medycyński Żurnal“ Sierpień. 1900).  
*Dr J. T.*

## V. ROZMAITOŚCI.

Nowe złudzenie optyczne i optyczny paradoks. Na posiedzeniu belgijskiego Towarzystwa oftalmologicznego z dnia 29 kwietnia b. r. przedstawił Pergens z Brukseli nowe złudzenie optyczne: Gdy na zadrukowanej stronicy położymy pierścień, wycięty z białego papieru, posiadający średnicę n. p. 6 cm, a w środku okrągły otwór o średnicy 1 lub 2 cm, wtedy będziemy mogli stwierdzić różno zjawiska, z których najciekawsze są następujące:

1. Przestrzeń zadrukowanego papieru, zawarta w obrębku otworu pierścienia, wydaje się jaśniejszą, niż części stronicy, znajdujące się poza pierścieniem.

2. Litery w obrębku otworu wydają się czarniejsze, większe, a odstępy między wierszami znaczniejsze, niż poza obrębem pierścienia.

3. Zjawiska te występują jeszcze wyraźniej przy użyciu pierścienia, wykrojonego z papieru czarnego.

4. Jeśli pierścień jest wycięty z papieru barwnego, to przestrzeń drukowanej stronicy, zawarta w jego otworze, przybiera z lekka barwę dopełniającą, n. p. przy pierścieniu niebieskim — żółtą.

Złudzenia te tłumaczy Pergens, przypuszczając, że części siatkówki, na których powstaje obrazek jednostajnie białego papieru, pozostają w pewnego rodzaju względnym spokoju w porównaniu z temi częściami, które pośredniczą w widzeniu kartki zadrukowanej i w różnieniu liter. Sprawność tych, spoczywających niejako, okolic siatkówki ma się, zdaniem jego, udzielać częściami, w danej chwili bardziej czynnym i ma do pewnego stopnia wzmacniać ich wrażliwość.

Jako przykład, wzięty z życia codziennego, a przedstawiający zjawisko, polegające właśnie na tego rodzaju złudzeniu optycznym, przytacza Pergens znany fakt, że obrazy niejednokrotnie zyskują na żywości kolorytu i wyrazistości szczegółów, gdy się je oprawi w odpowiednio szerokie rany.

Paradoksem optycznym nazywa Pergens zjawisko, polegające na tem, że jeden i ten sam druk wydaje się nam raz większym, gdy oglądamy go w otworze papierowego pierścienia, wykrojonego z kartki drobno zadrukowanej, — to znowu mniejszym, gdy pierścień jest zadrukowany dużemi czcionkami. — (Według „Revue générale d'ophtalmologie”).  
*K. W. M.*

**Żrenice w zapaleniu płuc.** Sighicelli podaje spostrzeżenia swe, zrobione na przeszło 100 przypadkach zapalenia płuc w ospedale maggiore w Medyolanie co do zmian żrenic, i streszcza je jak następuje:

Z małymi wyjątkami żrenice obustronnie rozszerzają się i to niezawodnie wskutek wytworzenia się antitoksyny pneumonicznej.

Rozszerzenie jest niesymetryczne, a zwłaszcza większe po stronie zajęcia płuc.

Zależno jest od podrażnienia zwrotnego najwyższego zwoju sympatycznego szyi, z ogniska zapalnego na gałęzi nerwu błędnego przeniesionego. Brak lub zniknięcie tego objawu żrenicznego ma źle rokować, wskazując na brak antitoksyny albo też obniżoną wrażliwość nerwu błędnego.

Z drugiej strony objaw ma znaczenie rozpoznawcze o tyle, iż wskazuje siedlisko zapalenia, gdy takowe albo zbyt środkowe jest, albo też mało jawnie występuje. Ma on nawet ułatwiać rozpoznanie wtenczas, gdy zapalenie już ustąpiło, albo schodzi. („Clinica medica italiana“ N. 11. 1900).  
*W.*

**Słowiańska oftalmiczna literatura.** Dr Jan Somerada wydał w Pradze 2 zeszyty „Słowiańska Bibliografie lekarská“ (Rocznik I. 1900). W dziale chorób ocznych wypisał on kilkadziesiąt (60) prac treści oftalmicznej, które podług narodowości tak się przedstawiają: w języku rosyjskim 34, polskim 18, chorwackim 6 i czeskim 2.

*Dr J. T.*

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Docenci Drowie Elschnig i Koenigstein we Wiedniu mianowani profesorami nadzwyczajnymi.

Dr J. Thorington w Filadelfii mianowany także profesorem okulistyki przy poliklinice.

Docent Dr Nagel w Fryburgu mianowany profesorem nadzwyczajnym także.

Docent Dr Andogski powołany na katedrę oftalm. w petersburskim żeńskim medycznym zakładzie.

Dyrektorem zakładu dla chorych ocznych w Petersburgu na miejsce Dra hr. Magawly'ego mianowano Dra Teodora Schroodera, dotychczasowego ordynatora tegoż zakładu.

Prof. Raehlman z Dorpatu przenosi się po zrusyfikowaniu uniwersytetu dorpackiego do Monachium.

Na miejsce zabitego prof. Donberga profesorem oftalm. w klinicznym instytucie wybrano J. Kostionicza, prof. warszawskiego uniwersytetu.

Egzekutor pani A. Miedwiednikowej złożył moskiowskiemu uniwersytetowi 10.000 rubli na urządzenie ambulatoryumu przy oftalm. klinice, zgodnie według wskazówek prof. Kriukowa.

Docent Dr Schelske, znany okulista berliński, obchodził 16 z. m. 70 rocznicę urodzenia.

Emer. prof. Schweigger w Berlinie obchodzić będzie d. 23 października b. r. 70 rocznicę urodzenia swego.

---

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Henryk Meyer, młody okulista, syn znanego i wielce cenionego okulisty paryskiego, Dra Edwarda Meyera, zmarł w Paryżu na początku września.

---

## Omyłki drukarskie.

Na str. 304—307 zam. Area Martogiani, czyt.: Area Martogiani.

„ „ 321 w. 12 od góry zam.: chętnie, czyt.: nie.

---

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

DR. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

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

Październik

—\*— ROCZNIK DRUGI —\*—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Leczenie jaglicy.

Rzecz, odczytana na posiedzeniu Sekcji okulistycznej IX. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie dnia 21 lipca 1900 roku.

Podał

DR STEFAN CETNAROWICZ

z Warszawy.

Jaglica jest złem społecznem, gorszem w swych skutkach od wszelkich epidemii, sprowadza bowiem zupełną ślepotę, lub większą albo mniejszą niezdolność do pracy; poraża przeważnie warstwy ludności biednej, ciężko pracującej, niemającej po większej części najmniejszego pojęcia o czystości ciała i higienie, często zaś niemającej ani czasu, ani możności przestrzegania przepisów tejże.

Ostatnimi czasy zdaje się, że najwięcej grasuje wśród mieszkańców wschodniej części Europy, więc: Turcyi, Grecyi, Galicyi, Rosyi, w Królestwie Polskiem, w Prusiech i Austro-Węgrzech. Według Hirschberga najwięcej przypadków jaglicy napotyka się w Rosyi, najmniej w Szwajcaryi.

Na 1000 chorych na oczy mamy w Rosyi: w Moskwie 24—40 przypadków jaglicy, w Petersburgu 96, w Saratowie 114, w Kazaniu 200, w Kijowie i Bessarabii 250. Południowe Niemcy zdaje się, że są wolne od jaglicy, wschodnie zaś na 1000 chorych ocznych wykazują 100 chorych jaglicowych, inne do 154.

W Szwajcaryi na 30.000 chorych zapisał Hirschberg 6 jaglicowych, z tych 5 cudzoziemców.

W roku zeszłym ruchome oddziały okulistyczne, operujące w Królestwie Polskiem, zaznaczyły w Łomżyńskiem 22% jaglicy, tyleż w Kieleckiem i Suwalskiem z ogólnej liczby chorób oczu. Takąż odsetkę znalazłem w roku bieżącym w powiecie pułtuskim gubernii warszawskiej.

W armii rosyjskiej podaje Reich w 1884 r. 2—37%, a nawet w niektórych miejscowościach 20—40% z ogólnej liczby chorych na jaglicę, tenże sam autor zapisuje, iż w roku 1878 w armii rosyjskiej było 3% jaglicowych chorych pośród nowozaciężnych, 7,2% pośród dawniej pozostających w armii żołnierzy.

Potechin podaje za 1896 rok 8,7% jaglicowych chorych wśród nowozaciężnych, z których 3,1% cierpiało na ciężką postać jaglicy. W roku 1895 w armii rosyjskiej 13% stanowiła jaglica, co się równało 32.500 ludziom, cierpiącym z powodu tej ciężkiej choroby oczu. Wogóle autor stwierdza zwiększającą się stale w armii rosyjskiej liczbę chorych jaglicowych z roku na rok w ostatniem dziesięcioleciu.

W niektórych miejscowościach Rosyi daje się spostrzegać wprost przerażające zwiększanie się odsetki chorych na jaglicę wśród uczącej się młodzieży. Na przykład w szkołach elementarnych w pow. melitopolskim gub. chersońskiej Dr Aleksandroff zapisał w pierwszym roku nauczania 4,3% jaglicowych chorych pośród uczących się, w drugim 19,9%, w trzecim 59%, w czwartym 84,5%.

Ruchome oddziały okulistyczne, czynne w cesarstwie rosyjskiem, podają od 18—34,2% chorych jaglicowych z ogólnej liczby chorych na oczy, w czem 14—26,05% powikłań.

W Niemczech w latach 1873—1889 w niektórych korpusach armii odsetka jaglicowych chorych, podług Kirchnera, wskazywała 2,1%.

Na jednym z posiedzeń berlińskiego Towarzystwa lekarskiego w r. 1897 podał Hirschberg, iż, zwiedziwszy z polecenia rządu prowincye pruskie, przyszedł do przekonania, że jaglica w nich, zwłaszcza wśród biednej klasy ludności, szerzy się w przerażających rozmiarach: w szkołach elementarnych dochodzi do 30%, podczas gdy w średnich zakładach naukowych stanowi 5% ogólnej liczby uczniów.

Jasne sąd wnioski, iż wszędzie tam, gdzie mamy większe zbiorowiska ludzi, bądź to wspólnie mieszkających, bądź spędzających razem czas pewien dnia, mamy odpowiednio korzystne warunki do szerzenia się jaglicy, przyczem należy dodać, że szerzeniu temu znakomicie sprzyjają gorsze warunki higieniczne; więc koszary, więzienia, szkoły, wogóle zakłady zbiorowe sprzyjają szerzeniu się jaglicy.

Dzięki powyżej wymienionym liczbom miałem możność wskazać, jakim wogóle wrogiem ludzkości jest, stale niemal, jaglica. Wróg to nienowyy, nicomal tak dawny, jak ludzkość, sądząc przynajmniej z opisów samej choroby i jej leczenia u starożytnych. Cóż więc przedsiębrano dotychczas w walce z nim i co nadal przedsiębrać należy? Że walka taka nie jest rzeczą łatwą, dowodzi tego cały szereg nieudanych przedsięwzięć, jak na przykład zalecone w swoim czasie środki w armii belgijskiej przez Jungkena, mianowicie rozpuszczenie chorych żołnierzy do miejsc ich rodzinnych, następstwem czego było rozwielmożnienie się jaglicy wśród mieszkańców Belgii takie, jakiego dotąd nie było w żadnym państwie europejskiem. Za nieudaną również próbę należy uważać przeprowadzaną przez lat parę walkę z jaglicą w zakładzie dla moralnie zaniedbanych chłopców w Studzińcu, w Królestwie Polskiem; sam brałem w niej czynny udział przez lat kilka, począwszy od 1889 roku. Na 150 wychowañców 140 chorowało na jaglicę, liczba taka mniej więcej do dziś dnia stale istnieje.

Kiedy w roku 1883 na Węgrzech panowała epidemia jaglicy, wówczas rząd cesarsko-królewski zalecił:

1. Bliżej określić miarę rozpowszechnienia jaglicy i, co za tem idzie, przeszkodzić szerzeniu się zarazy.

2. Wyłepić chorobę przy obowiązkowym, lecz bezinteresownym udziale lekarzy.

Walka ta również okazała się bezpłodną, i dziś na Węgrzech nie mniej jest chorych na oczy, niż to miało miejsce w roku 1883.

Przyczyny tego należy szukać z jednej strony w zachowaniu się odpornem chorych, którzy, nie rozumiejąc doniosłości w swych następstwach samej jaglicy, zniechęceni długotrwałem i często bolesnem leczeniem, odrywającem od zwykłych zajęć, nie chcą się leczyć przynajmniej w początkowym okresie, łatwiejszym do leczenia jaglicy, z drugiej w położeniu lekarza, mającego nieść pomoc bezinteresownie w tak ciężkiej chorobie, jak jaglica, często z racyi samego charakteru cierpienia narażającej tegoż lekarza na przykrości ze strony chorego. Dlatego też autor pracy o zwalczaniu i leczeniu jaglicy wśród ludu<sup>1)</sup> radzi:

1. By lekarz obowiązkowo wykazywał chorych na jaglicę.

2. By leczenie jaglicy powierzać chorym lub ich otoczeniu; uczniowie zaś szkół i pojedyncze ciężkie przypadki podlegać winny osobistej opiece lekarskiej.

3. By lekarz obowiązkowo objaśniał lud o istocie i niebezpieczeństwie jaglicy.

4. By lekarz sprawdzał chorych, leczących się w domu.

5. By chorzy prócz porady otrzymywali i lekarstwo bezpłatnie.

6. By lekarzy odpowiednio wynagrodzić.

7. By popisowi dotknięci jaglicą pełnili służbę wojskową<sup>2)</sup>, jednakże, w celu zapobieżenia szerzeniu się wśród wojska cho-

<sup>1)</sup> Wiener Med. Presse. 1897. Nr 40.

<sup>2)</sup> W Austro-Węgrzech jaglica uwalnia od służby wojskowej.



rych jaglicowych, tworzyć z nich oddziały, które podlegają ściślemu leczeniu.

W Rosyi, gdzie jaglica ogromnie jest rozpowszechnioną, a, co za tem idzie, i liczba niewidomych lub niezdolnych do pracy ogromna, od roku 1893 istnieje instytucya imienia cesarzowej Maryi Aleksandrówny opieki nad niewidomymi. Zadaniem instytucyi jest tworzenie stałej pomocy okulistycznej w oddzielnych miejscowościach cesarstwa, utrzymywanie bądź własnych lecznic okulistycznych, bądź stałych łóżek dla chorych na oczy w lecznicach i szpitalach innych zarządów, wydawanie zapomóg chorym niezamożnym na leczenie oczu i na przejazdy do miejsc leczenia, wysyłanie ruchomych oddziałów okulistycznych do miejscowości pozbawionych stałej pomocy okulistycznej w celu niesienia bezpłatnie tejże chorym niezamożnym.

Od roku 1893—1896 włącznie wysłano 73 ruchome oddziały, które udzieliły porad 114,787 chorym.

W Królestwie Polskiem za inicjatywą księcia Jana Tadeusza Lubomirskiego stworzono ruchome oddziały okulistyczne, które w pierwszym zaraz roku swego istnienia, to jest 1899, w liczbie trzech, przebywających w trzech guberniach Królestwa, przez dni 98 udzieliły 6013 porad 2967 chorym na oczy.

Takie i tym podobne środki walki z jaglicą przedsiębrano lub proponowano dotychczas w tych miejscowościach, gdzie cierpienie bliźnich leży na sercu całego społeczeństwa.

Początek leczenia jaglicy w znaczeniu ściśle terapeutycznym datuje się od czasów Hippokratesa, który nacierał spojówkę motkiem zwierzęcej sierści, krwawiącą zaś powierzchnię przyżegał za pomocą żelaza i stosował maść miedzianą; sposób swój leczenia chropowatości spojówki (tak wówczas nazywano jaglicę) lekarz starożytny bardzo chwali.

Szkoła Aleksandryjska wyskrobywała ziarna jaglicowe za pomocą liścia figowego, Severus stosował mięsienie przy pomocy maści miedzianej, Izaak Judeus i Rhazes wyskrobywali woreczki jaglicowe za pomocą ostrej łyżeczki, w wieku XVIII Woolhouse szorował je przy pomocy odpowiedniej szczotki.

W czasie epidemii jaglicy w armii Napoleona I wrócono znowu do leczenia chirurgicznego oczu chorych na jaglicę, więc Luteus, Preuss, Stellwag wycinali granulacye za pomocą nożyczek. Piltz, idąc dalej, począł stosować głębokie skaryfikacye i przyżeganie siarczanem miedzi.

W roku 1859 Borelli wraca do szczotkowania, Desmarres zeskrobuje ziarna, Cuignet wyciska. Wycinają załamek spojówki: Benedict, Himly, Andrea, Gałęzowski, Sneller, Eversbusch, Schwab.

Wiherkiewicz, Pagenstecher i Costomyris wprowadzają mięsienie, pierwszy za pomocą wycierań sublimatowych, drugi maści z żółtego tlenku rtęci, trzeci za pomocą drobno sproszkowanego kwasu borowego.

Reich, unitarysta, po poprzednim zakokainowaniu, niszczy granulacye, posiadkując się galwanokauterem. Wiherkiewicz, Below, Staderini, Guaita i inni zwracają uwagę na swoistość jakoby przy jaglicy sublimatu (1:100, 1:500).

Dransart doradza wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu (1:1000) bądź same, bądź kombinowane ze skaryfikacyami i szczotkowaniem.

Sattler z Pragi wprowadza skaryfikacye wraz z wyskrobywaniem za pomocą ostrej łyżki (odwraca powieki, zwłaszcza górną, za pomocą specjalnych szczypczyków, skaryfikuje, następnie stosuje sublimat, siarczan miedzi i tanninę).

Darier stosuje bardzo energiczny zabieg chirurgiczny. Rozcina spoidło zewnętrzne powiek i, w razie zajęcia przez sprawę jaglicową mięska łzowego i rogówki, wstawia rozwieracz, chwyta za pomocą szczypczyków spojówkę gałkową, wyciera szczotką i skrobie powierzchnię gałki i łuszczyki, delikatnie wycina mięsko łzowe.

Następnie robi tak zwane przygotowawcze szczotkowanie, poczynając od spojówki dolnej powieki, by zapobiedz silnemu krwawieniu z górnej, zasłaniającemu pole operacyjne; szczotka winna być o włosie twardym i krótkim, czyści ją w absolutnym alkoholu i gorącym sublimacie lub cyanku rtęci (1:100),

w miarę zawałania krwią obmywa w sublimacie (1:500). Po szcztokowaniu robi głębokie skaryfikacye względnie do przykadku, w miejscach mniej dostępnych używając ostrej łyżki.

Wreszcie przystępuje do ostatecznego szcztokowania, nieco silniejszego, niż przygotowawcze, jednakże nie rozrywa mostków, dzielących jedno nacięcie od drugiego. Stara się rękoczyn cały stosować wszędzie, gdzie znajduje miejsca podejrzone.

Po skończonym zabiegu operacyjnym przemywa spojówkę słabym roztworem sublimatu. W ciągu dni następnych stosuje przemywania sublimatowe i środki z lekka oczyszczające, na przykład octan ołowiu w glicerynie.

W celu uniknięcia zrostów pooperacyjnych, które jednakże się zdarzają (na 130 chorych Darier przytacza 15 przypadków, gdzie je należało usunąć operacyjnie), przemywa za pomocą sublimatu 1:500 i rozrywa, posilkując się zgłębnikiem.

Kramsztyk za pomocą szczypcyków swego pomysłu wyciska granulacye, toż samo robi Knapp, poprzednio skaryfikując ziarna, również za pomocą szczypcyków swego pomysłu.

W r. 1811 Henryk Walter pierwszy próbował szczepić w celu leczniczym na spojówkę jaglicową wydzielinę ostrego ropnego zapalenia spojówki; ten sam sposób stosowali z różnym skutkiem Jaeger, Hamilton, Warlomont, van Roosbraech, Piringer, Bader, Desmarres, Sichel syn, Briere, Panas, Abadie, Poncet i inni. Uważano jednak tak jequirity jak i szczepienie ropnej wydzieliny za rzecz ostateczną.

Coppez syn z Brukseli na zjeździe okulistów w jesieni w roku 1899 doradza, stosowaną zresztą już poprzednio, elektrolizę woreczków jaglicowych. Sposób Coppeza polega na stosowaniu ujemnej elektrody w postaci widełek o sile prądu 4—5 mil Amp. na spojówkę. Powstała piankę i krew obciera się wacikami, maczanymi w sublimacie 4:1000, nakłada się opatrunek na 24 godziny, następnie stosuje się pocieranie spojówki za pomocą waty, zwilżonej w roztworze sublimatu 4:1000, dopóki spojówka nie zabarwi się lekko na czerwono krwią,

wobec istnienia łuszczyki na 4 lub 5 dzień po elektrolizie stosuje namok jequirity 5%. Leczenie wymaga, podług Coppeza, 3—6 tygodni czasu.

Boeckman wykonywa peritomią, stosowaną zresztą już dawniej przy łuszczyce, wycinając pasek spojówki, od 2—3 milimetrów szeroki, i skaryfikuje twardówkę.

Moty zaleca do tuszowania spojówki jaglicowej 10% kwas salicylowy w 60% alkoholu.

Feuer tuszuje spojówkę za pomocą saletrzanu srebra i wyciera 1‰ sublimatem, w przypadkach, gdzie sublimat nie daje się stosować, wyciera 1% roztworem trójchlorku jodu lub 4% kwasem borowym, zasypując spojówkę kwasem borowym, używa roztworu 5—10% argentaminy zamiast azotanu srebra.

Masselon ostatnimi czasy zaleca zarzucony sposób leczenia za pomocą jequirity (*abrus praecatorius*) namoku 3—5% lub pod postacią proszku, którym posypuje spojówkę, po 2, 3—5 minutach wymywa starannie spojówkę płynem odkażającym.

Raehlman, jeden ze znakomitych badaczy jaglicy, z pośród dotychczasowych sposobów leczenia jaglicy oddaje pierwszeństwo siarczanowi miedzi i roztworom saletrzanu srebra. Pierwszy najlepiej działa w przypadkach świeżych, a w zardawnionych dobrze przy drobnoziarnistych i twardych granulacyach, drugi przy gruboziarnistych, wiotkich i łatwo krwawiących.

Raehlman jest przeciwny roztworom rtęciowym, wycinaniom załamka spojówkowego, nacinaniom, skrobaniom, peritomii i wycieraniom sublimatowym spojówki, te bowiem wywołują zastój krwi w spojówce; radzi otwierać i opróżniać woreczki jaglicowe.

Już sama mnogość sposobów leczenia jaglicy pomiekać przemawia przeciwko nim; bo i rzeczywiście: ktoś, nie mając własnego, że tak powiem, wyrobionego przez szereg lat do-

świadczenia na odpowiednim materiale, nie wie, po który z wyżej wymienionych środków sięgnąć w terapii jaglicy.

Najpierwszym, najprostszym i dającym się łatwo zastosować środkiem jest czystość ciała wogóle, w szczególności rąk i twarzy, oczu, więc mydło i woda winny mieć przedewszystkiem zastosowanie. Wobec tego, iż sama przyroda jaglicy jest nam nieznaną i że wogóle, być może, rozpowszechniony ostatnimi czasy pogląd, podający w wątpliwość jaglicę, jako oddzielną chorobową postać, zdaje się, coraz więcej zyskuje zwolenników, trudno szukać przeciw niej jakiegoś swoistego *sui generis* lekarstwa.

Z chwilą stwierdzenia na spojówce granulacji i wykluczenia pochodzenia takowych atropinowego lub w zależności od wady refrakcyi, należy postawić chorego w możliwie dobre warunki higieniczne, dać mu dużo dobrego powietrza, usunąć szkodliwe wpływy, wynikające z jego zajęcia, i t. p., przemywać starannie powieki, brzeg powiekowy, worek spojówki, przewód noso-lzowy za pomocą bądź to wody przekroplonej, bądź kwasu borowego (4:100), sublimatu, oksycyanu rtęci (1:10000) i innych podobnych środków.

W przypadkach wiotkich, łatwo krwawiących gruboziarnistych granulacji, przy obfitej wydzielinie worka spojówkowego raz dziennie tuszować 1—2% roztworem saletrzanu srebra z następczą neutralizacją za pomocą wody przekroplonej lub słonej, przy obecności drobnoziarnistych twardych granulacji — siarczan miedzi, w obu przypadkach szczerdrze zimne okłady.

Gdzie tylko można stosować wyciskanie za pomocą szczypczyków Knapp'a, które, zdaje się, są najodpowiedniejsze do tego rękoczynu bez skaryfikacyi poprzednich, następnie względnie do przypadku siarczan miedzi lub saletrzan srebra i obfite kilka razy dziennie stosowane obmywania worka spojówkowego i zimne okłady. Łuszcзка, a nawet wrzody rogówkowe, jako powikłania jaglicy, prócz atropiny, względnie ezeryny, nie wymagają innego, nad wyżej wymieniony, sposobu leczenia. Należy, o ile można, nie nakładać opaski na oczy jaglicowe i unikać ciepłych rozgrzewających okładów.

Tam, gdzie, pomimo stosowania powyższego sposobu leczenia, długo nie otrzymuje się poprawy, można próbować jequirity.

Rzecz naturalna, iż w każdym poszczególnym przypadku należy liczyć się z indywidualnością tak przypadku jak i samego chorego, który tego lub innego środka nie znosi i zamiast poprawy stale miewa pogorszenia.

W naszych stosunkach, gdzie jaglica jest szeroko rozpowszechnioną wśród ludności wsi i miasteczek, a gdzie brak odpowiednich specjalistów, należy zachęcać lekarzy prowincjonalnych do studyowania okulistyki, a przynajmniej do znajomości jaglicy, cierpienia możliwego do leczenia w początkowych jego okresach. Lekarze zamieszkali na prowincyi, jako mający bezpośrednią styczność z ludem, mają również możliwość wpojenia weni konieczności leczenia oczu i wartości tegoż, w ich więc rękach leży poniekąd oręż, którym walczyć można z jaglicą.

Streszczając się, zaleciłbym szerzenie śród ludu wiadomości o jaglicy, obznajmianie z jej następstwami za pośrednictwem szkoły, duchowieństwa i lekarzy, zachęcanie i wskazywanie konieczności zwracania się o poradę przy najłżejszych objawach cierpienia oczu, obowiązkowe oględziny oczu co pewien czas w szkołach, warsztatach i t. p. zakładach, urządzenie lecznic okulistycznych i oddziałów ocznych przy szpitalach, wysyłanie ruchomych oddziałów okulistycznych, zachęcanie lekarzy do obznajomienia się z jaglicą i jej leczeniem bądź to przez urządzenie specjalnych dla lekarzy kursów z dziedziny okulistyki, bądź to delegując ich do czasowego przebywania na klinikach i w lecznicach okulistycznych.

Każda walka staje się tem trudniejszą, im wróg mniej znany. Do takich należy jaglica. Całe stulecia dokucza ludzkości, przez całe stulecia też ludzkość z nią walczy i walczy bezskutecznie.... Z szeregu proponowanych ku jej zwalczaniu środków, często środków wprost nieludzkich, wybrałem czyistość, przyżeganie siarczanem miedzi i saletranem srebra, zimną

wodę, wreszcie jeden jedyny zabieg operacyjny — wyciskanie woreczków jaglicowych.

Czy środki te są mniej lub więcej skuteczne, wskaże każdemu jego własny na jaglicę pogląd, jego własne doświadczenie; moje w tym względzie, jako pojedynczej jednostki, nie może być miarodajnem. Zbiorowe doświadczenie, oparte na licznej kazuistyce, stanowi zawsze siłę, do niej więc się zwracam i proponuję zawiązanie międzynarodowego towarzystwa walki z jaglicą.

---

## 2. Meningocele intraorbitalis posterior.

(Z 2 rycinami).

Podał

DR JÓZEF TALKO.

Odczyt, miany na posiedzeniu sekcji okulistycznej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie d. 23 lipca 1900 r.

Poświęcam ceniom niezmordowanych pracowników na niwie ojezystoj, b. przyjaciółom: prof. Wiktorowi Szokalskiemu i Drowi Wiktorowi Narkiewiczowi-Jodko.

Przedstawiam Wam, czcigodni pp. Koledzy, podobiznę 3miesięcznego dziecka, z wrodzoną torbielą prawego oczodołu,— przypadek nadzwyczaj rzadki i ciekawy pod względem rozpoznawczym, a więc i operacyjnym. Patrząc na nią, niewątpliwie stanie Wam, jak i mnie wówczas, na myśli cały szereg możliwych przyczyn silnego wrodzonego wysadzenia gałki ocznej, jak: zwyczajna cystis serosa orbitae, cystis colobomatos retro-palpebralis s. cystis orbito-palpebralis (którą ja jeden z pierwszych opisałem), teratoma s. cephaloma orbitae, meningocele lub miningoencephalocele, retencyjna torbiel i t. p., z wyjątkiem bąblowca (echinococcus), nieznanego dotąd u niemowląt.

Proszę wysłuchać paru słów opisu tego przypadku, który uważałem za konieczne dać do odfotografowania.

Dnia 23 stycznia r. b. przywieziono do mnie z kolonii Felcina (pow. chełmski) 3miesięczną dziewczynkę, Emilię Mar-

cińską, córkę zdrowych rodziców, Niemców-kolonistów. — Dziecko urodziło się z wysadzoną prawą gałką oczną, które to wysadzenie (protrusio bulbi) powoli się powiększało i pod dolną powieką istniejący guz w postaci naprężonej torbieli łąda chwila groził pęknięciem. Na pierwszy rzut oka mieliśmy do czynienia z torbielą, wyrastającą z oczodołu, której rozmiary wynosiły w kierunku pionowym 9 cent., poziomym  $8\frac{1}{2}$  cent., wysokość (od brzegów oczodołu)  $4\frac{1}{2}$  centm. Chęłbocąca, elastyczna, lecz dość napięta torbiel głównie wydostawała się z oczodołu przez rozciągniętą dolną powiekę, której skóra była ścieńczona i lekko zaczerwieniona. Nie miała tu dolna powieka tej sinawej barwy, jaka zwykle znamionuje kolobomatyczne torbiele pozadolnopowiekowe, połączone zwykle z anophthalmos lub micropthalmos. Przytem torbiel nasza o wiele przewyższała swym rozmiarem opisane dotąd kolobomatyczne torbiele, a rozrastając się we wszystkich kierunkach, spowodowała znaczne rozszerzenie ścian oczodołowych, jak to widzimy z powiększonych poziomych i prostopadłych wymiarów otworu (apertura orbitae anterior), którego zewnętrzny skroniowy brzeg przy obmacywaniu palcem okazał się nierównym, usianym wyrostkami kostnymi. Gałka oczna także nie była niedorozwiniętą, jak przy torbielach kolobomatycznych, przeciwnie: prawidłowej wielkości, bez żadnych wad rozwojowych; wysadzona ku przodowi, skierowaną była ku górze, przyczem znaczna część przezroczystej rogówki zakrywała się ruchomą górną powieką. Gałka oczna zupełnie nieruchoma. Dolny załamek przejściowy spojówki wyrwcony, znacznie przekrwiony i obrzmiały. Wskutek śluzoropnych jego wydzielin naskórek nosowego kąta powiek i sąsiednich części nosa był obnażony, skóra pokryta strupkami. Przez rozszerzoną do 7 mm. źrenicę (mydriasis paralytica) znalazłem łamiące środki oka przezroczyste i dno oczne prawidłowe, z cokolwiek tylko bladawą tarczą wzrokową. Były wszelkie dane po temu, że do pewnego stopnia dziecko tem okiem jeszcze widziało.

Najmniejszego tętnienia w torbieli i wysadzonej gałce nie można było wyczuć, uciskając tylko silniej na nie, wywoływano



płacz niemowlęcia, lecz ani zmniejszenia guza, ani żadnych innych objawów, a tem mniej drgawek i t. p. Guz, wedle twierdzenia rodziców, co 2—3 dni zmieniał się nieco, powiększał się, więcej czerwieniał i dziecko płakało wtedy; przypuszczam jednak, że było viceversa: wskutek dłuższego płaczu, a więc przekrwienia, guz więcej się napędniał i chwilowo stawał się twardszym.



Ryc. 1.

Nie było wątpliwości, że cały oczodół wypełniony był torbielą z surowiczą zawartością, wskutek ucisku której ściany jego znacznie były rozszerzone, a gałka oczna wysadzona zupełnie z niego; a ponieważ główny rozwój torbieli skierowany

był w kierunku dolnej powieki, przeto wysadzona gałka wypartą była ku górze. Dzięki ciśnieniu surowiczego płynu nie tylko rozszerzyły się ścianki oczodołu, lecz porażone były (właściwie uległy zanikowi) mięśnie nieruchomej gałki ocznej, wraz z porażeniem ruchomych jej nerwów, jak oculomotorii (mydriasis) i in., czucie jednak przy dotykaniu spojówki i rogówki pozostało; to ostatnie, wraz z zakrywaniem rogówki górną powieką, było przyczyną, iż rogówka nie uległa zmętnieniu i owrzodzeniu. Nie mając miejsca, gdzie się powiększać w oczodole, torbiel, rozciągnawszy, ile tylko można, dolną powiekę, zaczęła się rozwijać na twarzy, zajmując już okolice fossae caninae i kości jarzmowej, wskutek czego prawe nozdrze i prawa strona twarzy z odpowiednim kątem ust nieco odciśnięte były ku dołowi.

Bądź co bądź rodzice wymagali pomocy operacyjnej, tem bardziej, że lada chwila można było się spodziewać pęknięcia tego pęcherza, szczególnie podczas płaczu, lub przy możliwym w tym stanie urazie. Położenie lekarza, zgódźcie się Panowie, było dość trudnem; jasnem było, że miałem do czynienia z elastyczną, chlebocącą torbielą, napełnioną — jak przekonała strzykawka *Pravaz'a* — surowiczym przezroczystym płynem, lecz czy to była zwykła surowicza torbiel oczodołu, czy też meningocele, na to nie miałem jednak wskazówek, tem bardziej, że żadne mózgowo objawy, nawet przy uciskaniu, nie przemawiały za łącznością torbieli z wnętrzem czaszki.

Zaciekawiony danym przypadkiem, postanowiłem bądź co bądź otworzyć szeroko dostęp do wnętrza torbieli i następnie, o ile się uda, wyłuszczyć takową z oczodołu, pozostawiając wprawioną na swe miejsce gałkę oczną. W tym celu przyjąłem matkę wraz z dzieckiem do oddziału ocznego szpitala św. Józefa i d. 24 stycznia wykonałem operację przy pomocy kolegów: *A. Majewskiego* i *Jaczeńskiego*, uspiwszy małą chorą chloroformem.

Oстрыm nożykiem rozciąłem najwięcej uwydatniające się miejsce torbieli, poprzeczne cięcie przez dolną powiekę było długie nie mniej 3 centymetrów. W tej chwili z głębi oczodołu

począł obficie wylewać się surowiczy, przezroczysty, słomkowej barwy płyn; wprowadzonym do wnętrza torbieli zgłębnikiem przekonano się: 1. że cały oczodoł wypełniony był surowiczą torbielą, której gładkie, śliskie ścianki przylegały mocno do rozszerzonych ścian oczodołu, czyli do okostnej, 2. że nerw wzrokowy z piramidką mięśni gałki przyciśnięty był do górnej ściany oczodołu, 3. że zewnętrzny, skroniowy brzeg oczodołu przedstawiał znaczne nierówności (osteofity) i wywrócony był nieco na zewnątrz<sup>1)</sup>, i 4. że fissura orbitalis superior i for. opticum tak były rozszerzone, że łatwo je było zatykać końcem palca. Było więc najwięcej do prawdy podobnem, że zawartość torbieli łączyła się przez te dwa otwory z wnętrzem czaszki, czyli z podoponową przestrzenią lub też z komórką mózgu, i że torbiel oczodołowa była niczem innym, jak workiem przepuklinowym (Bruchsack) opony mózgowej. Ograniczywszy się przeto na opróżnieniu torbieli i wyluszczeniu przedniej, niezrosniętej z kośćmi (a raczej z okostną) części ściany torbielowej, połączonem z dość obfitem krwawieniem, wprowadziłem do oczodołu gazę jodoformową i, po usunięciu się gałki ocznej na swe miejsce, nałożyłem lekko uciskającą przeciwną opaskę.

Przebieg pooperacyjny był taki:

25/I. Dziecko nie spało, płakało całą noc, nie chciało ssać piersi. Cały opatrunek przesiąkł krwią. Gałka ustawiona na miejscu, obrzęku powiek i spojówki najmniejszego, tylko przekrwienie dolnego załamka tej ostatniej. Jodoformowa gaza wyjęta z oczodołu i, po zastrzyknięciu doń roztworu kwasu borowego, zamieniona świeżą, wprowadzoną zapomocą zgłębnika prawie do wierzchołka.

26/I. Stan w ciągu dnia dobry, tylko w nocy gorączkowało i nie brało piersi. Z rany wydziela się zabarwiony krwią surowiczy płyn, którym przesiąkł cały opatrunek.

<sup>1)</sup> W przypadku Mackenzie tak był rozszerzony oczodoł, że można było doń włożyć piętę, a w spostrzeżeniu Oettingena w rozszerzonym nowotworem oczodole sterczały ze ścian zębate wyrostki (»Klin. Monatsbl. f. Augenh.« 1876, str. 318).

27/I. Dolny brzeg rany nieco bolesny i zaczerwieniony, z oczodołu wystrzyknięto skrzep krwi i nieco ropiasto-surowiczego płynu. Zauważyłem, że gałka oczna, pomimo, iż zajęła swe miejsce w oczodole, położona jednakże nieco wyżej od poziomej linii, stosunkowo do gałki lewej, ku dołowi wcale się nie rusza, zapewne wskutek całkowitego zaniku mięśnia prostego dolnego, słabo się porusza w innych kierunkach. Źrenica poczęła się leniwo kurezyć, zmniejszając się do  $4\frac{1}{2}$  mm.

28/I. Różyczkowy wygląd bolesnego brzegu oczodołu znikł, z przedniej części oczodołu wydziela się nieco ropy, z głębi wypływa nieustannie surowiczy płyn. Codziennie po przestrzykiwaniu rozczyłem kwasu borowego, wprowadza się do oczodołu gazę jodoformową. Podczas dnia dziecko z ochotą ssie pierś, lecz w nocy niepokoiło się i płakało.

29—30/I. Ogólny stan dziecka zadawalniający, miejscowe objawy takie same.

31/I. Stwierdzono, że wydzieliny ropiaste pochodzą z przedniej części oczodołu, z rany, gdzie była wycięta dostępna część ścianki torbielowej, z głębi jednak oczodołu sączył się nieustannie żółto-przezroczysty płyn, od którego przemakał opatrunk.

1/II. Lekki gorączkowy stan i podczas dnia, dziecko przestało brać piersi. Nieustanny wypływ z głębi oczodołu surowiczego płynu, pomimo, iż gałka zajmuje swe miejsce, który się powiększał podczas płaczu niemowlęcia (co spostrzegano przy zmianie opatrunku), jasno przemawiało za tem, że takowy nie tworzy się w oczodole, lecz dopływa doń z czaszki.

Jakoż 2 lutego zauważyłem, że dziecina mocno jest cierpiąca: po niespokojnej nocy ciepłota znacznie się podniosła, dwukrotne wymioty, niechęć do ssania, a głównie silnie błady wyraz twarzy i apatya przemawiały za wytworzeniem się zapalnej sprawy błon mózgowych. Żałuję mocno i darować sobie nie mogę, że zgodziłem się z żądaniem matki na natychmiastowe opuszczenie szpitala i miasta i wyjazd na wieś, gdzie dziecko zmarło na drugi dzień, a dziesiąty po operacji. Takim sposobem wymknął mi się z rąk rzadki i zagadkowy przypa-

dek, któryby nam niemało wyjaśnił na stole sekcyjnym wątpliwą postać tak obszernej torbieli oczodołowej.

Aczkolwiek rozpoznania rodzaju torbieli nie miałem możności stwierdzić drogą sekcyi, jednakże rozszerzenie for. optici i lissurae orbit. sup. (o czem jasno przekonał nas palec przy operacyi) z jednej strony, a nieustanny wypływ przezroczystego surowiczego płynu z oczodołu po operacyi, przemawiały wyraźnie za łącznością jamy tego ostatniego z jamą czaszkową. Miałem tylko w ręku: 1. zebraną obficie przy operacyi zawartość torbieli i 2. wyciętą dostępną przednią część ścianki tej ostatniej. Płyn torbielowy, jak wyżej powiedziałem, był słomiano-żółty, przezroczysty, bez najmniejszych mętów; pod drobnowidem nie wykryto w nim śladów stałych składników; oddziaływał alkalicznie i zawierał zaledwo ślady białka, Cl. Na — w który oblituje płyn bąblowca <sup>1)</sup> — nie wykryto ani śladu. Wyciętą część ścianki torbielowej zachowałem do drobnowidowego badania, które powierzyć chciałem specjaliście, zajmującemu się tym przedmiotem, tem bardziej, że kol. K a m o c k i, dla braku czasu, zajęty poważną pracą, tylko na prędko zbadał porobione z niej skrawki.

Wkrótce po tem spostrzeżeniu napisałem następujący list do prof. Daniela van Duyse w Gandawie (Gand), znanego pracownika na polu badań płodowych wad rozwojowych oka.

»Posyłam Panu podobiznę 3miesięcznej dziewczynki z tor-

---

<sup>1)</sup> A. Kramer podaje znamienne cechy płynów, zawartych w rozmaitych torbielach oczodołowych, które w razach wątpliwych radzi wy-dostawać strzykawką Pravaz'a, przyczem twierdzi, że zwykle surowicze torbiele zawierają dość dużo białka (którego zwykle nie bywa w płynie bąblowca, zawierającym Cl. Na. i haczyki), a także komórkowych elementów, przeważnie nabłonek cylindryczny, czego w naszym przypadku nie było. Zwraca on przytem uwagę na inne rozpoznawcze różnice torbieli bąblowca oczodołowego, encephalocoele cong., torbiele kolobomatyczne pozapowiekowe, dermoid i in. (Die thierischen Schmarotzer d. Auges. 1899. Lief. 10—11, str. 54). Patrz też Probepunktion Berlin'a w jego »Die Tumoren d. Augenhöhle« na str. 692. W torbielach bąblowca surowiczy płyn zwykle też bywa przezroczysty, niezabarwiony lub lekko cytrynowy (Mandour), a więc podobny ma wygląd do liq. cerebrospinalis.

bielą w prawym oczodole tak wielką, że ściany tego ostatniego, szczególnie w części skroniowej, były znacznie rozszerzone, a gałka oczna — zupełnie prawidłowa — wyparta ku przodowi i ku górze.

»Przy przecięciu torbieli przez rozciągniętą dolną powiekę, wyciekł z oczodołu płyn żółtawy, przezroczysty, ze śladami białka. Przekonałem się palcem, że cały oczodół wysłany był błoną gładką, której zewnętrzną, dostępną część wyciąłem, i że ściany jamy ze wszystkich stron mocno były rozszerzone. Po operacji gałka zajęła swoje miejsce. Z otworu, zapełnionego gazą jodoformową, nieustannie sączył się surowiczy płyn, który wytwarzał się, a raczej zbierał się ciągle w głębi oczodołu, przemywanego codziennie roztworem kwasu borowego. W ciągu 6 dni dziecko miało się dobrze, ssało i zachowywało cerę dobrą. Ósmego dnia zbladło, przestało ssać, ciepłota podniosła się, a dziesiątego dnia zmarło przy objawach mózgowych (wymoty, drgawki).

»Drobnovidowe badania nad wyciętą częścią torbieli nie dały nam stanowczego wyniku, na pierwiastki mózgowie nie natrafiono wcale. Pośmiertne badanie, wskutek niezależnych ode mnie przyczyn, nie mogło być dokonane.

»Udaję się przeto do wielce szanownego Pana z prośbą o podanie mi swego zdania w tej sprawie: do jakiego rodzaju torbieli surowiczych oczodołowych wrodzonych można zaliczyć mój przypadek? Czy to nie była meningocele orbitalis, jak przypuszczam? Przed ogłoszeniem tego spostrzeżenia, chciałbym skorzystać z rady i wskazówek naszego znakomitego koryfeusza w dziedzinie wad rozwojowych oka. Prosiłbym również wskazać mi źródła literackie, dotyczące mego przypadku«.

Jako autor mającej w r. p. ukazać się książki o tym przedmiocie, czełgodny uczony kolega odpisał mi skwapliwie list następującej treści:

»Z największem zajęciem odczytałem list szan. Kolegi, na który spieszę odpowiedzieć. Torbiel wrodzona, o której mowa, może być tylko meningocele cong. utworzona z twardej opony mózgowej. Jeśli Kolega sobie życzy, przyślę mu ścianki spinæ

bifidac, wyjętej w chirurgicznej klinice w Gandawie, która jest wytworzona z ścięzionej skóry ze zdwojoną (dédoublée) rozciągniętą dura mater; oba jej listki są rozdzielone luźną tkanką łączną; endothelium przylega do ścian twardej błony; w chwili operacji rdzeń pacieryowy znajdował się w głębi przewodu krzyżowego (de la gouttière lombaire), będąc pokryty przez arachnoidea i pia mater. Odpowiada to temu, co szan. Kolega spostrzegaleś.

»Torba twardej opony mózgowej wciśniętą była do oczodołu, wypychając ku górze nerw i gałkę oczną, obnażając i wywołując zanik mięśni gałkowych, wypychając spojówkę przejściowego załamka dolnej powieki i rozciągając tę ostatnią, jak to zwykle czynią torbiele kolobomatyczne, z mikroftalmią połączone. Te same torbiele szan. Pan opisałeś przed 20 laty pod nazwą »cystis serosa<sup>1)</sup>.

»Postać i napięcie oka w obecnym przypadku wystarcza, aby od razu usunąć wątpliwość co do torbieli kolobomatycznej dolnej powieki. Pod względem histologicznym nie znalazł Kolega nic innego, jak tkankę włóknistą ze śródbłonkiem. Czy tak? i to jeszcze ledwo dostrzegalne.

»Komunikacya z przestrzenią wewnątrzczaszkową istniała tu: ciągle wypływanie cieczy wodnistej po operacyi, drgawki, śmierć...

»Niekiedy znajdują w worku tylko płyn mózgo-rdzeniowy, jak w przypadku szan. Kolegi, niekiedy istotę korową mózgu, jak w jednym z moich przypadków.

»Co do miejsca otworu przepukliny (Bruchpforte), nie myślę, żeby ona znajdowała się w kącie górno-wewnętrznym oczodołu. W pańskim przypadku możliwe zrobić dwa przypuszczenia: meningocele orbitalis wyszła albo przez fissura orbitalis superior, jak w przypadku Heineke<sup>2)</sup>, lub też przez

<sup>1)</sup> P. Bericht d. Ophthalm. Gesellschaft. Heidelberg. 1879, a także Comptes rendus du Congrès international d'Ophthalm. à Milan, 1881, z rycinami.

<sup>2)</sup> Pitha u. Billroth's Chirurgie. T. III. Abth. I. Lief. I., 2. Hälfte, p. 130.

rozszerzone foramen opticum, jak w spostrzeżeniu Delpecha<sup>1)</sup>.

»Niedawno miałem do czynienia z 2 torbielami kolobomatycznymi (inversio retinae Mitvalsky) i mikroftalmią obustronną. Istniała tu dość znaczna meningocele od tyłu z uchylkami z prawej strony, nie zawierając pod skórą nic, prócz rozciągniętej opony twardej.

»W wyniku, przypadek, o którym mi szan. Kolega pisze, jest niezaprzeczenie meningocele intraorbitalis i co do mnie, to podzielał w zupełności Jego sposób widzenia.

»W r. p. mam zamiar ogłosić drukiem książkę »Les anomalies congénitales de l'œil.«. Umieszczę w niej Pańskie spostrzeżenie. Może mógłbyś Pan łaskawie przesłać mi preparat. Skoro ogłosisz drukiem swoje spostrzeżenie, prosiłbym najuprzejmiej przesłać swą pracę do Towarzystwa lekarskiego w Gandawie i do Towarzystwa oftalmologicznego belgijskiego, którego jestem sekretarzem«.

Jak więc przeto widzicie, szanowni Panowie, przypadek mój godzien jest Waszej uwagi i darujecie mi łaskawie, żem zatrzymał Waszą nad nim uwagę. Proszę jeszcze o cierpliwość i udzielenie mi kilku minut czasu na wypowiedzenie ogólnych wniosków w tym przedmiocie. (C. d. n.)

---

<sup>1)</sup> De Wecker et Landolt: *Traité complet*. T. IV, artykuł o encephalocèle).



Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka  
we Lwowie.

### 3. Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyńiówki i siatkówki (atrophia gyrata chorioideae et retinae).

Podał

DR ADAM BEDNARSKI,

I asystent kliniki.

(1 rycina.)

W zeszłym roku opisałem przypadek zaniku okrężnego naczyńiówki i siatkówki<sup>1)</sup> jako siódmy znany mi w literaturze. Obecnie zdarzyło mi się spostrzegać dwa nowe przypadki, dotyczące dwóch braci, które pozwałam sobie poniżej opisać.

Oba przypadki powikłane były krótkowzrocznością średniego stopnia, a jeden (drugi) miażdżycą naczyńiówki, u obu obraz wzornikowy był tak znamieny, że na pierwszy rzut oka rozpoznanie nie ulegało wątpliwości.

Historia choroby tych przypadków jest następująca:

#### Przypadek I.

Wasył P o n a, lat 17, syn zarobnika, wieś Młyny, powiat Jaworów, zgłosił się do kliniki dnia 31/V. 1900 r.

Wywiady: Rodzice niespokrewnieni ze sobą, zdrowi, widzą dobrze. Z czworga rodzeństwa troje żyje zdrowych, czwarty najmłodszy zmarł w pierwszym miesiącu po urodzeniu. Starszy brat nie widzi dobrze, dwie siostry widzą dobrze. — Chory, będąc małym chłopcem, widział dobrze tak w dzień, jak i wieczorami, dopiero od przeszło dwóch lat wzrok mu się pogarsza i, szczególnie wieczorami, gorzej widzi. Przez dziesięć lat chodził do szkoły. Z chorób dawniej przebywał kur i ospę, a w przeszłym roku przez 3 miesiące chorował na febrę, co dzień po południu napad. Na wiosnę b. r. przebywał influencę. Nie pali i nie pije w większej ilości.

Stan obecny: Chory wzrostu małego, o budowie miernej, odżywieniu miernem, skórze nieco śniadej, w narządach

---

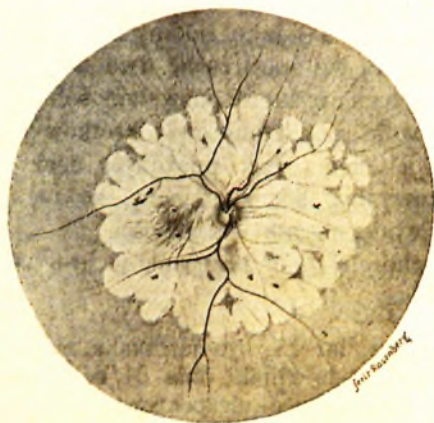
<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski. Nr 47. 1899 i Archiv f. Augenheilkunde. XL. Bd. Zeszyt IV.

wewnętrznych, oprócz *concretio pleurae sinistrae post pleuropneumoniam*, zmian nie okazuje. (Badany na klinice lekarskiej uniwers. lwowsk.).

Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

Oczy: Części dodatkowe obustronnie bez zmian, źrenice miernie szerokie na światło dobrze oddziałują.

Wziernikiem<sup>1)</sup>: Pr. o. Myopia — 6 D. (Skiaskop Myopia — 6 D). Środki łamiące czyste. Tarcza szarawo różowa o brzegach miętko odgraniczonych. Naczynia siatkówkowe nieco bledsze, grubości prawidłowej. Przybłonek barwikowy siatkówki w tylnej części gałki jakoteż na równiku zanikły, tylko na obwodzie znajduje się pas 3—4 szerokości tarczy szeroki utrzy-



manego, chociaż rozrzedzonego przybłonka. Pas ten odgranicza się dość ściśle liniami półkolistymi, wklęsłościami zwróconemi ku tarczy, z miejsc, gdzie się schodzą linie półkolisty, wychodzą ku tyłowi wypustki, tworzące wysepki utrzymanego przybłonka barwikowego siatkówki, ograniczone brzegami wklęsłymi, będącymi odcinkami kół większych lub mniejszych. Niektóre wysepki łączą się ze sobą nitkami cienkimi, gdzie przybłonek również jest utrzymanym. W tylnej części gałki wysepki te są znacznie mniejsze bez charakteru wklęsłych brzegów, niepołączone nitkami, będące w okresie starszym zaniku, w nich też barwik jest więcej rozrzedzony. Tuż przy samej tarczy przy-

<sup>1)</sup> Obraz wziernikowy wykonał P. Rosenberg według szkicowanego przeze mnie rysunku w obrazie prostym.

błonka siatkówki wcale nie widzimy. Wysepki te są barwy rdzawo-brunatnej, na tle której znajdujemy złogi barwikowe czarne, tworzące nieprawidłowe grudki, wielkości maku do wielkości małego łebka szpilki. Również na nitkach łączących wysepki grudki te czarne znajdujemy, jakoteż i w tylnej części gałki, gdzie tworzą złogi nieco większe, leżące w naczyniówce, a jedna tylko plamka barwikowa pokrywa vena nasal. super. Naczynia naczyniówki w tylnym odcinku gałki cienkie, blade i nieliczne, dopiero na granicy pasa utrzymanego przybłonka tworzą gęste sploty, jakoteż i w okolicy plamki żółtej, która przedstawia się jako plama jednostajnie czerwona, wielkości kilku tarczy, a przy dokładniejszym oglądaniu widzimy, że ta plama czerwona utworzona jest ze splotów naczyń naczyniówki, które się stąd rozchodzą. Na tej plamie przybłonka barwikowego nie widzimy.

O. l. przedstawia takiesame zmiany, tylko mamy tu nieco odnienne grupowanie. Przybłonek barwikowy siatkówki tylko w obwodowym pasie utrzymany, na równiku wysepki łączące się nitkami, w tylnym odcinku wysepki w okresie zaniku, nadające tylnemu odcinkowi wejrzenia marmurkowane. Myopia — 6 D. (Skioskopem myopia — 6 D).

Bystrość wzroku:

Pr. o. palce: 1.50 m  $\frac{6}{24}$  c — 6,0 D.

L. » » 1.25 »  $\frac{6}{24}$  » — 6 ».

Czyta Nr 1 Jaeger'a obustronnie płynnie.

Pole widzenia: Dla barwy białej pole widzenia obustronnie nieściśnione, dla barwy czerwonej ściśnione do 10°, dla barwy zielonej ściśnione do 5°. Większą część pola widzenia zajmuje ubytek pierścieniowaty (scotoma absolutum) 30°—60° perymetrycznych szeroki, tak, że środkowe pole widzenia wynosi 10°—20°, zaś na obwodzie pozostaje pas 0°—40° szeroki, którym chory widzi. W tym obwodowym pasie chory barw nie rozróżnia.

Czucie światła, badane fotometrem Foerster'a, = 225 mm<sup>2</sup> ( $\frac{1}{112}$ ).

Barwy (badany włóczkami Holmgren'a) rozpoznaje obustronnie dobrze.

Rozpoznanie: Atrophia gyrata chorioideae et retinae, myopia mediocris oc. utr.

## Przypadek II.

Iwan Pona, lat 19, syn zarobnika, wieś Młyny, powiat Jaworów, zgłosił się do kliniki dnia 20/VI. 1900 r. (L. 307 m. kl. st.).

Wywiady: W dzieciństwie widział dobrze, od ośmiu lat widzi gorzej wieczorami, a od czterech lat i we dnie. Do szkoły chodził przez 3 lata, później musiał przerwać naukę, bo nie mógł dojrzeć na tablicę. Z chorób przebywał kur i chrypkę, lues nie przebywał. Nie pali i nie pije. Co do rodziców i rodzeństwa cfr. Przyp. I.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywienie mierne. W narządach wewnętrznych zmian nie ma. W moczu białka ani cukru nie ma.

Oczy: Części dodatkowe obustronnie bez zmian, źrenice mierne szerokie na światło dobrze oddziałują.

Wziernikiem: Pr. o. Myopia — 4 D. Środki łamiące czyste. Tarcz różowa o brzegach miętko odgraniczonych. Naczynia siatkówkowe prawidłowe. Conus naczyniówkowy żółtawo-biały, nieprawidłowo odgraniczony. Tył gałki rdzawo zabarwiony o marmurkowem wejrzaniu — tło biało-żółtawe. Tu barwik siatkówkowy zanikły, a resztki jego tworzą owo rdzawe zabarwienie. Obok tego nieliczne złoże barwika czarnego, leżące w naczyniówce, a w jednym miejscu barwik zachodzi na gałązkę vena temp. inf. Naczynia naczyniówki wyraźnie tu widać. Plamka żółta z okolicą stanowi plamę wielkości 2—3 tarczy o brzegach nieprawidłowych, która zaczyna się w odległości  $\frac{1}{2}$  tarczy od tarczy, prawidłowego wejrzania z dobrze utrzymanym przybliżeniem barwikowym. W równiku widzimy trójkąt o wklęsłych brzegach, pajęczynowato rozpięte, brunatno-rdzawe, stanowiące wyspy utrzymanego przybliżenia. W obwodzie pas utrzymanego przybliżenia barwikowego najwyraźniejszy i najszerszy od zewnątrz, tu 3—4 tarczy szeroki, odgraniczony dość wyraźnie liniami wklęsłymi od środka, tylko górą i wewnątrz odgraniczenie to więcej zatarte. W pasie tym obwodowym przybliżenie barwikowe rozrzedzone. Naczynia naczyniówki tak się przedstawiają: Koło tarczy są nieliczne, a za to widać pasy biało-żółtawe, idąc ku obwodowi naczynia otoczone białymi obwódkami, na równiku i poza równikiem przedstawiają się prawidłowo — śledząc za przebiegiem tych naczyń, idąc od zewnątrz, widzimy, że naczynie naczyniówki, prawidłowo się przedstawiające, w dalszym ciągu otoczone jest białymi obwódkami, między którymi słupek krwi zrazu prawidłowo gruby,

potem jest cieńszym, włosowatym, wreszcie słupa krwi nie wi-  
dać, tylko lity biały pas. W obwodzie plam barwikowych niema.

l. o. Myopia — 3 D. Media czyste. Obraz wziernikowy  
podobny. Obwodowy pas utrzymanego przybłonka siatkówko-  
wego jest tu wyraźniej odgraniczony, szerszy. Trójkąty o wkle-  
słych brzegach stanowiące wyspy utrzymanego przybłonka są  
tu liczniejsze, zaczynają się bowiem w odległości  $1\frac{1}{2}$  tarczy  
od tarczy. Plama żółta tak samo przedstawia plamę wielkości  
2—3 tarczy prawidłowego wejrzenia, czyli tu przybłonek bar-  
wikowy utrzymany. W tylnej części gałki nieliczne złogi grud-  
kowate, barwikowe, czarne w naczyniówce, a w jednym miej-  
scu na gałązce vena temp. sup. barwik przykrywa naczynie.  
Wogóle przybłonek barwikowy tutaj lepiej utrzymany, a zmiany  
miażdżycowe naczyniówki mniej wybitne.

Bystrość wzroku:

V. pr. palce: 4 m  $\frac{6}{34}$  (— 1) c — 4,0 Jaeger Nr 1.

V. » » 5 »  $\frac{6}{18}$  » — 3,0 » » 2.

Poczucie barw, badane włóczkami Holmgren'a,  
prawidłowe.

Czucie światła, badane fotometrem Foerster'a,  
wynosi  $25 \text{ mm}^2 \left(\frac{1}{12.5}\right)$ .

Pole widzenia:

Pr. o. Górą od nosa ścieśnienie, wynoszące  $20^\circ$ , dołem  
ścieśnienie, wynoszące  $15^\circ$ , zresztą pole widzenia nieścieśnione  
dla barwy białej. Ubytek pierścieniowaty (scotoma absolut.)  
 $15\text{—}20^\circ$  szeroki, tak, że środkowe pole widzenia dla barwy  
białej wynosi tylko  $15^\circ$ . Dla barwy czerwonej i zielonej pole  
widzenia wynosi  $5\text{—}10^\circ$ .

O. l. Dołem i od nosa wycinek  $20^\circ$  szeroki, zresztą pole  
widzenia nieścieśnione. Ubytek pierścieniowaty (scotoma annu-  
lare absolut.)  $20^\circ$  szeroki, obejmuje środek  $10\text{—}15^\circ$  wolny. Obok  
tego odosobniony ubytek na szerokości  $60^\circ$  w linii poziomej od  
skroni wynoszący  $10^\circ$ . Dla barwy czerwonej i zielonej pole  
widzenia wynosi  $5\text{—}10^\circ$ .

Rozpoznanie: Atrophia gyrata chorioideae et retinae,  
sclerosis vasorum chorioideae, myopia mediocris oc. utr.

Dok. nast.

## II. STRESZCZENIA.

*O odżywianiu soczewki.* (Sur la nutrition du cristallin).  
Dr M. I. Ovio, docent okulistyki z Padwy. (*Annales d'oculistique* „, 1900. VIII).

Co do sposobu, w jaki się odbywa odżywianie soczewki, zdania różnych autorów są dosyć podzielone. Zwłaszcza nie ma zgody co do dróg, któremi odżywcze płyny wnikają w głąb miąższu soczewkowego. Jedni, jak Knies, Ulrich, Panas, przypuszczają, że soczewka wchłania materiał odżywczy głównie częściami miąższu, położonemi w pobliżu tylnego bieguna, — inni, jak Schick, Schoeler, Uthhoff, Magnus, Schloesser, przypisują okolicy równikowej soczewki najgłówniejsze znaczenie w tej sprawie. Hess natomiast i Leber, których doświadczenia i wywody wyżej wyliczonych autorów nie przekonały stanowczo o istnieniu określonych dróg i prądów odżywczych w miąższu soczewkowym, przypuszczają, że zjawiskami wchłaniania płynów odżywczych przez soczewkę rządzą prawa zwyczajnej dyfuzji.

Wobec tej nadzwyczajnej różnorodności zapatrywań Dr Ovio uznał za stosowne podjąć od nowo ściśle badania w tym kierunku. Doświadczenia jego polegały na zastrzykiwaniu bądź to podskórnem, bądź też do wnętrza gałki, i to albo do ciała szklistego, albo do przedniej komory rozczynów ciała, znanych z łatwej wessalności, w pierwszej linii jodku potasu i żelazo-sinku potasu, a prócz tego uraniny i kilku innych jeszcze barwików anilinowych. Wstrzykiwania wśródgałkowe wykonywał częścią na oczach żywych, częścią na gałkach świeżo wyjętych. Używał kolejno rozczynów o różnem stężeniu. Po upływie krótszego lub dłuższego czasu po zastrzyknięciu wydobywał z oka soczewkę przy zachowaniu koniecznych ostrożności i za pomocą odpowiednich odczynników chemicznych badał miąższ jej na obecność zastrzykniętych rozczynów. Prócz tego śledził sposób wnikania różnych barwików jako też roztworów rozmaitych soli w głąb kory soczewkowej, wkładając świeżo z oka wyjęte soczewki na pewien czas do odpowiednio przygotowanych rozczynów.

Niepodobna przytaczać tutaj wyników, jakie otrzymał w poszczególnych grupach swych doświadczeń, wnioski jednak, do których dochodzi na podstawie tych wyników, różnią się zupełnie od zapatrywań wszystkich autorów, którzy dotychczas w sprawie tej głos zabierali. Wbrew zdaniu licznych badaczy, przyjmujących bądź to tylny biegun, bądź też równikowe części soczewki za wrota otwarte dla prądu odżywiających soków, twierdzi Dr Ovio, że soczewka napawa się płynami odżywczymi ze wszystkich stron niemal

zupełnie jednostajnie, — a wszelkie odmienne wnioski innych autorów polegają albo na złudzeniu optycznem, albo błómaczą się silniejszą skłonnością do barwienia się włókienek więzadełka Zinn'a, oplatających przyrównikowe okolice soczewki. Jednak Dr Ovio nie podziela również zdania Leber'a i Hess'a, gdyż wypowiada przekonanie, że prawa zwyczajnej dyfuzji nie są w stanie wyjaśnić wszystkich spostrzeganych tutaj zjawisk, lecz, że dla ich wytłomaczenia trzeba się powołać na prawidła, rządzące zjawiskami osmozy.

Dr K. W. Majewski.

*O teorii akomodacji Tscherning'a.* (Sur la théorie de l'accommodation de Tscherning). Dr Nicolaï z Nimègues. (»Annales d'Oculistique, 1900. VIII).

Teorya akomodacji, ogłoszona w roku 1894 przez Tscherning'a, daje zawsze jeszcze powód do rozpraw i naukowych sporów. Dr Nicolaï stara się w powyższym artykule wykazać, że teorya ta z powodu sprzeczności, jakie w sobie zawiera, nie zasługuje na przyjęcie, jakiego doznała w naukowym świecie. Przedewszystkiem zestawiając porównawczo wyniki pomiarów Tscherning'a i Helmholtz'a, wskazuje, że, wedle pierwszego, biegun przedni soczewki podczas akomodacji pozostaje na miejscu, biegun zaś tylny posuwa się wstecz, podczas, gdy, wedle Helmholtz'a, tylny nie zmienia położenia, a przedni wysuwa się ku przodowi. Pomijając tę różnicę doświadczalnych wyników, autor zaznacza tylko, że Tscherning zgadza się jednak z Helmholtzem na to, że soczewka grubieje, to jest jej oś przednio-tylna wydłuża się podczas akomodacji. Ma się to dziać jednak nie wskutek zwolnienia więzadełka Zinn'a, jak chce Helmholtz, lecz, przeciwnie, wskutek jego napięcia. Tymczasem wszystkie szematyczne rysunki Tscherning'a, przedstawiające zmianę postaci soczewki, podczas akomodacji mają, zdaniem Dra Nicolaï, wykazywać zmniejszenie jej wymiaru przednio-tylnego. Doświadczenia własne przekonały Dra Nicolaï'ego, iż napięcie więzadełka sprawia, że grubość soczewki zmniejsza się, z czem się zgadzają rysunki Tscherning'a, czemu jednak sprzeciwiają się jego liczby. Nakoniec zbija autor twierdzenie Tscherning'a, jakoby przednia powierzchnia soczewki w chwili akomodacji przybierała postać stożkową (*lenticonus anterior*). Badając gipsowe odlewy soczewki wołu, własnoręcznie sporządzone w chwili napięcia więzadełka Zinn'a, przekonał się, że krzywizna przedniej powierzchni jest, tak w środkowych, jak i w obwodowych częściach soczewki, zupełnie jednaka, przedstawia zatem odcinek kuli, a nie postać do stożka zbliżoną. Dr K. W. Majewski.

*Zapalenie ropne gruczołu łzowego powiekowego Rosenmueller'a.* (Des absès chauds de la glande palpébrale lacrymale de Rosenmueller). Dr Sourdille. (>Arch. d'Ophthalmolog. <. Sierpień. 1900).

Zapalenia ropne gruczołu Rosenmueller'a zasługują na odrębny opis, i powinny być oddzielane od zapaleń gruczołu łzowego oczodołowego. Gruczoł Rosenmueller'a leży powierzchownie, od tamtego oddzielony dość znaczną warstwą łączno-tkankową i nie łączy się z nim, chyba kilkoma przewodami wydzielniczymi; a podług Tillaux'a, Gosselin'a i in. te przewody są zupełnie odrębne i z gruczołem oczodołowym nie mają wspólnego. To też zapalenia gruczołu powiekowego towarzyszą zakażeniom więcej zewnętrznym, spojówkowym, podczas gdy zapalenia gruczołu oczodołowego są często obustronne i następstwem skazy ogólnej (influenza, mumps, reumatyzm). Gruczoł oczodołowy rozwija swą czynność podczas płaczu, jest zatem poniekąd organem „*d'expression*“, podczas gdy gruczoł Rosenmueller'a ma rolę obrony i t. d., rolę stałą, niezbędną dla utrzymania w stanie prawidłowym spojówki i rogówki. To też ten rozdział fizyologiczny uczuć się daje klinicznie. Przytaczając dwa przypadki zapalenia ropnego tego gruczołu, S. stara się ściśle określić jego patologię, opierając się już to na swych przypadkach, już też na przypadkach, opisanych przez innych autorów (Sgrosso, Antonelli i t. d.).

Cierpienie to jest wybitnie cierpieniem wieku dziecięcego, przy obecności skrofulozy lub jako następstwo odrzy. To od zauważył już dawniej, że zapaleniu temu towarzyszy cierpienie miejscowe oka (blepharitis lub conjunctivitis acuta). Toteż najłatwiej wyłómaczyć zapalenie gruczołu łzowego tem, że zakażenie następuje przez spojówkę, a nie drogą krążenia krwi; za czem także przemawia jednostronne zajęcie gruczołu, w przeciwstawieniu do obustronnego po odrze, influenzy lub reumatyzmie, gdzie zakażenie idzie drogą krążenia.

Zakażenie gruczołu ze spojówki następuje albo drogą naczyń limfatycznych, albo drogą małych przewodów wydzielniczych. Tą drogą najczęściej zakażenie występuje, gdyż badanie drobnowidowe dowodzi, że zapalenie ogranicza się w swym początku do tkanki, bezpośrednio otaczającej przewody wydzielnicze, a dopiero z wolna później zajmuje pojedyncze zraziki gruczołu; zatem jest to zapalenie *wstępujące*.

Anatomiczne badanie wykazuje, że w początkach tylko niektóre, i to najbliższe przewodów wydzielniczych położone, zraziki gruczołu są zajęte. Same przewody okazują obrzęk przybliżnika, który łuszczy się i zapełnia przewód, a równocześnie tkanka łączna



naciekłą jest komórkami okrągłemi. Zrazy się rozpadają i zwolna tworzy się jama ropna. Te części gruczołu, które nie uległy rozpieniu, mogą wrócić ad integrum, często jednak ulegają stwardnieniu, a tem stwardnieniem następownem trzeba tłómaczyć niektóre przypadki dacryops.

Sgrosso podaje, że w naczyniach widzi się zmiany znaczne, i to: bujanie śródbłonna, obumarcie błony mięsnej, oraz zupełne zarośnięcie naczyń — nieraz pęknięcie ścian i wynaczyńnienia.

Objawy zapalenia są bardzo znamienne: obrzęk powieki górnej, z początku nieco rozlany, ogranicza się wnet do zewnętrznej strony — w tymże kierunku występuje także nastrzykanie spojówki, oraz obrzęk surowiczy spojówki gałkowej. Dotykem stwierdza się zgrubienie pod powieką, odpowiadające miejscu gruczołu. Ruchy gałki odwodzące bolesne i nieco upośledzone. Okolica cała bolesna samoistnie i za uciskiem, a po podniesieniu powieki widać guzek okrągławy w miejscu gruczołu, często, gdy przypadek już dalej posunięty, ze szczytem żółtawym, jako wyraz ropienia; gruczoł limfatyczny przyuszny obrzmiały i bolesny, wydzielina spojówkowa bardzo skąpa, często lekki stan gorączkowy. Po 4—6 dniach obrzęk rośnie; pod powieką wyczuć można chłobotanie wyraźne, albo też przebite, a z otworu sączy się ropa, wtedy jednak obrzęk już mały, oko błędnie, worek spojówkowy pełen ropy, co trwa 10—14 dni, poczem oko wraca zupełnie do stanu prawidłowego.

Rozpoznanie jest nietrudnem, jeśli się uwzględni obrzęk, ograniczający się na części zewnętrzne powieki górnej, surowiczą chemozą części górno-zewnętrznej spojówki gałkowej, wreszcie tumor macalny i bolesny, oraz szybki postęp cierpienia bez objawów ogólnych. Omyłki są trudne, bo od ciężkiej oftalmii różni się to cierpienie częściową chemozą i brakiem wydzieliny. Periostitis oczodołu różni się od zapalenia gruczołu Rosenmueller'a tem znowu, że obrzęk ściśle złączony jest z kością, która przy dotyku jest tkliwą, a nawet bolesną, w razie zaś ropienia zgłębnik napotyka kość obnażoną. Można by myśleć także o zapaleniu gruczołu łzowego oczodołowego, ale w zapaleniu gruczołu oczodołowego ból jest bardzo silny; obrzęk jest najsilniejszy w rowku oczodoło-powiekowym i tamże też później przebija ropień. Oko jest przesunięte ku wewnątrz dość znacznie, przyczem ruchy są silnie upośledzone ku skroni, a nieraz towarzyszy cierpieniu mniejszy lub większy exophthalmus.

Zapalenia gruczołu oczodołowego są zawsze ciężkie, gdyż łatwo ropienie posunąć się może w głąb oczodołu; podczas gdy w zapaleniu gruczołu Rosenmueller'a rokowanie jest zawsze dobre. Objawy ogólnie słabe. Powrót do zdrowia zupełny, tylko czasem może, wskutek sklerozy przewodów łzowych, wystąpić dakryops (cysta).

Leczenie jest bardzo łatwe: ciepły okład przeciwny tak długo, aż się ukaże cheilbotanie, a wtedy należy otworzyć ropień i to przez spojówkę, bo tędy najkrótsza jest droga, podczas gdy w ropieniu gruczołu oczodołowego należy cięcie poprowadzić przez skórę, tam, gdzie powieka odłącza się od oczodołu; wycinanie gruczołu nie jest koniecznem, choć przez to osiąga się prędsze wygojenie sprawy.

Dr Brudzewski.

„*Angiomegalia*“ powiek górnych. (De l'angio-mégalie symétrique des paupières supérieures). Dr Rohmer. (»Arch. d'Ophthalmologie«. Sierpień. 1900).

Pod tem nazwiskiem opisuje R. 4 przypadki przez siebie spostrzegane wraz z dotyczącymi szczegółowymi odpisami historii choroby cierpienia rzadkiego, znanego pod nazwą blepharochalazis. Angiomegalia jest nazwą, daną temu cierpieniu przez R. Cierpienie znamionuje się nadmiarem skóry powiek górnych tak znacznym, że spadający załamek skóry opada poniżej brzegu powiek i utrudnia patrzenie, zmuszając chorego tak podnosić głowę, jak się to widzi w przypadkach ptosis. O tej jednak zmianie mowy tutaj być nie może, gdyż można widzieć wyborne działanie mięśnia levatoris palpebr. pod załamkiem. Załamek skóry tej robi wrażenie łakie, jak gdyby był pozostałością po silnym i długo trwającym obrzęku powieki, który ustąpił, a skóra, zbyt silnie rozdęta, nie powróciła do pierwotnego stanu, tylko zwisa jako worek na powiekę, da się ująć dobrze palcami i od powieki odciągnąć, przyczem między załankami zwykle niema żadnej tkanki nieprawidłowej, chyba kilka zrazików tłuszczu, jako wypustka tłuszczu oczodołowego. Cierpienie to zdarza się w wieku młodym, wyłącznie u kobiet, nie ma z peryodem żadnego związku. Natomiast afekty psychiczne (płacz, ból, strach, radość) wpływają nań w ten sposób, iż powstaje przemijający obrzęk i czerwienie się skóry. Podobne zwiększenie się skóry opisywali już dawniej: Amon jako ptosis adiposa, Artt. Mackenzie, Fuchs jako blepharochalazis, to ostatnie jako następstwo obrzęku. R., operując tę zmianę, podaje wynik badania drobnowidowego, które wykazało rozszerzenie naczyń limfatycznych oraz ich nowowytwarzanie się, jako też powiększenie się rozmiarów naczyń krwionośnych, tak żylnych, jak i tętniczych, tak w skórze, jak i w tkance podskórnej, zresztą sama skóra zmian żadnych nie okazuje. Etiologia tego cierpienia jest zupełnie ciemna. Tylko to, że znaleziono zwiększenie się rozmiarów naczyń tak chłonnych jak i krwionośnych, oraz peryodyczne zwiększanie się obrzęku, jako też zaróżwianie się skóry, wskazuje, że udział główny biorą w tej sprawie naczynia. Czy jednak to jest tylko angioneuroza, czy jaka

zmiana odżywcza, tego R. nie chce dziś jeszcze rozstrzygnąć, a tylko biorąc za główną zmianę anatomo-patologiczną rozwój naczyń, przybiera nazwę dla tego cierpienia »angiomegalia«.

Leczenie polega tylko na wycięciu nadmiaru skóry, przyczem nie należy wcale szęścić, ale owszem wycinać dużo — wtedy tylko wynik kosmetyczny będzie zadowolniający. Jeśli podczas operacji wstawi się do rany nieco tłuszczu oczodołowego, radzi go R. wyciąć. Skutek jest dobry, cierpienie nie powraca.

Dr Brudzewski.

*O rzekomych guzach białaczkowych w siatkówce.* (Ueber leukaemische Pseudotumoren in der Retina). Dr Hugo Feilchenfeld z Lubeki. (»Archiv f. Augenheilk.« T. XLI. 1900. Z. III).

W pracy tej zdaje autor sprawę z dokonanego przez siebie mikroskopowego badania gałki ocznej z przypadku białaczki śledzionowej, gdzie za życia wziernik wykazywał lekkie zapalenie tarczy nerwu wzrokowego, przekrwienie i pokręcenie naczyń, stare ogniska wybroczynowe i liczne białe plamy, rozsiane szczególnie po obwodowych częściach dna oka. Drobnowidowe badanie wykazało zwykle zmiany na nerwie wzrokowym i w ogniskach krwotocznych, natomiast owe białe plamy okazały się tworami, zasługującymi na bliższe rozpatrzenie. Zajmują one całą grubość siatkówki, a nawet stanowią pewne wyniosłości na jej powierzchni i składają się z wielkiej ilości gęsto obok siebie ułożonych białych ciałek krwi z małą domieszką krwinek czerwonych. Wszystkie warstwy siatkówki są w tem miejscu do niepoznania zatarte. Błonka graniczna zewnętrzna (*membrana limitans externa*) wypukła się lekko pod naciskiem tego nagromadzenia leukocytów. W kilku miejscach widać nawet pęknięcie tej błonki, a przez otwór w ten sposób powstały wydobywa się twór w mowie będący na zewnątrz w postaci grzybiastej wyrosli. Czerwone ciała krwi mają postać prawidłową; nigdzie nie widać poikilocytów. Wśród białych ciałek oprócz małych limfocytów Ehrlich'a z jądrem barwiącem się hematoksyliną na ciemnoniebiesko, znajdują się tu i ówdzie wielojądrowe ciała białe, bogatsze w protoplazmę. Nigdzie znaleźć nie można figur karyokinetycznych. Twory te nie zdradzają żadnej organizacji, w szczególności nie okazują ani śladu umacynienia. Dodać należy, że autorowi, mimo skrzętnych poszukiwań, nie udało się wykazać w żadnym z naczyń, w sąsiedztwie przebiegających, pęknięcia lub przedarcia ściany. Tak więc w histologicznych własnościach tych tworów znajduje Dr Feilchenfeld dosyć podstaw do przypuszczenia, że stanowią one rzekome guzy białaczkowe (leukaemische Pseudotumoren). Powstały one powoli przez nagromadzenie się białych ciałek krwi, które wraz z małą ilością czerwonych wydobyły się przez

zmienione skutkiem ogólnej choroby ściany naczyń *per diapedesin* do utkania siatkówki. Wytwarzaniu się takich guzów u białaczkowych sprzyja wielka zawartość leukocytów we krwi i skłonność tychże do układania się wzdłuż ścian naczyń i przenikania przez mikroskopowe pory w nich się znajdujące; następnie mała skłonność krwi do krzepnięcia, co by przyspieszało zatkanie otworków i powstrzymywało leukocyty w dalszej emigracji. Ze względu, że w opisanych rzekomych guzach nie spotkał się autor nigdzie z rozpadem komórek, ani z zwyrodnieniem barwikowym, przeto przyjmuje on wogóle większą trwałość i odporność białaczkowych leukocytów przeciw wszelkim wstęcznym przemianom.

Dr K. W. Majewski.

*Niedołęstwo umysłowe rodzinne, połączone ze ślepotą. (Choroba Sachs'a).* (Die Sachs'sche amaurotische familiäre Idiotie). Dr M. Mohr z Budapesztu. (>Archiv für Augenheilkunde«. 1900. T. XLI. Z. III.

Podawszy opis 41 przypadków tej choroby, ogłoszonych dotychczas w literaturze, — choroby, którą Koplík nazwał „*Amaurotic family idioty of Sachs*“, opisuje autor własne spostrzeżenie, które jest zatem 42 z rzędu, jeśli jednak uwzględnimy tylko przypadki, badane anatomicznie i histologicznie, wtedy spostrzeżeniu Mohr'a należy się siódme miejsce w rzędzie dotychczas ogłoszonych. Spostrzeżenie to odnosi się do 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>rocznego dziecka, które przez pierwszy rok życia rozwijało się zupełnie prawidłowo, następnie jednak poczęło popadać w coraz to większe wynędźnienie, do czego się przyłączył zupełny zastój w umysłowym rozwoju. Badanie wykazało wyraźnie objawy krzywicy, prócz tego porażenie spastyczne kończyn tak górnych, jak i dolnych. Obie źrenice średnio rozwarłe leniwo oddziałują na światło. Wziernikiem stwierdził Mohr obustronnie w okolicy plamki żółtej sino-białe ognisko o zatartych granicach, okazujące w środku wiśniowo-czerwoną plamkę. Tarcze nerwu wzrokowego cokolwiek bledsze, naczynia nieco zwężone. Dziecko przyjęte do szpitala zmarło po upływie sześciu tygodni wśród zupełnego wycieńczenia i często powtarzających się drgawek. Badanie pośmiertne mózgu, wykonane przez prof. Preisz'a, dało wynik, streszczający się w następującem rozpoznaniu: *Sclerosis congenitalis praecipue cerebelli, thalami optici, nucleorum cerebri utriusque et corticis praecipue lobi frontalis et parietalis.*

Dr Mohr wyjął zaraz po śmierci dziecka obie gałki i wykonał sam badanie mikroskopowe siatkówki. Badanie to wykryło niewątpliwy obrzęk okolicy plamki żółtej, odnoszący się w głównej mierze do warstwy włókien Henle'go. Włókna tej warstwy były

porozsuwane tak, że tworzyły liczne duże przestwory, wypełnione drobnymi ziarnistościami, zabarwionemi na żółto kwasem pikrynowym. Jakkolwiek zatem obraz wziernikowy żywo przypominał zator tętnicy środkowej, to jednak na podstawie braku zmian właściwych w naczyniach, oraz z powodu, że zmiana wystąpiła równocześnie w obydwu oczach, autor, jeszcze za życia dziecka, wykluczył embolię. Obrzęk siatkówki w okolicy plamki żółtej usiłuje Mohr wytłómaczyć zaburzeniami angioneurotycznemi, mianowicie skurczem tężcowym warstwy mięsnej ścian naczyniowych, skurczem, który byłby poniekąd równorzędnym z drgawkami ogólnemi, w jakie dziecko przed śmiercią często popadało. Porównując własny przypadek ze wszystkimi dawniej ogłoszonymi, w których objawy kliniczne były też same lub bardzo podobne, określa autor w mowie będącą chorobę w sposób następujący:

1. Wrodzone familijne niedołęstwo połączone ze ślepotą (choroba Sachs'a) jest samodzielną i odrębną jednostką nosologiczną.

2. Główne jej objawy są następujące: Dziecko przychodzi na świat zdrowe i przez kilka pierwszych miesięcy rozwija się prawidłowo. Potem jednak rozwój umysłowy ustaje i dziecko niedołężnieje coraz bardziej, a równocześnie występują porażenia kończyn bądź to wiotkie, bądź też spastyczne. Wzrok stopniowo podupada i wygasa w krótkim czasie zupełnie. W obydwu oczach okolica plamki żółtej przybiera barwę białą, okazując w środku punkt szkarlatno-czerwony. Ten obraz wziernikowy ma dla rozpoznania rozstrzygające znaczenie. Później przychodzi zazwyczaj do zaniku nerwów wzrokowych. Ogólne wycieńczenie wzmaga się ustawicznie i prowadzi, zazwyczaj już przed końcem drugiego roku życia, do zejścia śmiertelnego. Bardzo często więcej dzieci z tej samej rodziny zapada i ginie na tę chorobę.

3. Zmiany anatomiczne: W mózgu bardzo znaczne zubożenie istoty białej co do włókien nerwowych, toż samo w rdzeniu przedłużonym i w rdzeniu pancerzowym, szczególnie w drogach piramidalnych. Zupełny brak lub przynajmniej stan szczątkowy komórek piramidalnych, a w niektórych miejscach zwyrodnienie tłuszczowe; przerost neuroglii. W oku obrzęk plamki żółtej i zanik nerwu wzrokowego.

*Dr K. W. Majewski.*

*Abryna przeciwko granulacyom (jaglicy).* (De l'abrine dans les granulations). La personne i Pain blanc. (»Archiv. d'Ophthalmol.« Sierpień. 1900).

L. i P. poddali abrynę, czynnik istotny środka jéquirity, znaleziony przez Warden'a i Waddel'a, doświadczeniom klinicznym i doszli do następujących wyników. Mianowicie badali działanie

abryny na spojówkę zdrową królika, dalej działanie w jaglicy, oraz zachowanie się surowicy antiabrynowej. Z krótkiego opisu doświadczeń wynika, że wyniki L. i P. nie odbiegają od wyników dawniejszych, a tylko, używając słabego nastoju, nie wywoływali tak gwałtownych odczynów, jak to się zdarzało po podaniu jéquirity przez Wecker'a<sup>1)</sup>.  
Dr Brudzewski.

### III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Sekcyja okulistyczna na XIII kongresie międzynarodowym w Paryżu od 2—9 sierpnia. (C. d.).

II. Drugie posiedzenie pod przewodnictwem Wicherkiewicza.

Menacho z Barcelony mówił o zaburzeniach ocznych po bezpośrednim patrzeniu na zaćmione słońce w maju 1900. Na 14 przypadków widział 6 razy scotoma centrale, raz papillitis centralis, 2 razy hyalitis, raz apoplexia maculae, raz neuritis retrobulbaris, raz »lymphangitis anterior«, 2 razy neuritis optica.

Grandelement z Lyonu rozodzi się nad możliwością wyleczenia wszystkich zachorzeń dróg łzowych bez operacyi przez nagniatanie przy pomocy kilkakrotnego kateteryzowania.

G. rozpoczyna leczenie lekkim rozszerzeniem punkciku łzowego, wprowadzeniem sondy nr 1 lub 2, a po wykapaniu oka w słabym rozczywie dwusinku rtęci, nagniała okolicę łzową, podczas gdy chory silnie wdecha, aby wydzielinę wciągnąć do nosa. Nagniatania tego wyucza się chory sam, — a postępowaniem tem można najuporeczywsze przypadki katarów łzowych, roztrzeni, przetok i zapaleń naokołoworeczkowych usunąć. Tylko zwężenia włókniste nie są przystępne leczeniu.

Fage z Amiens: Wyniki elektrolizy w leczeniu zapaleń woreczka łzowego. Elektroliza przez kateteryzowanie skraca leczenie i utrwala je. Dla powstrzymania wydzieliny, trzeba rękoczyn ten powtarzać co 6—8 dni, stosując siłę prądu 6—8 M.-A., później 4—5 M.-A. Zaznaczone przez Lagrange'a działanie prątkobójcze elektrolizy zostało potwierdzone przez badania bakteriologiczne, przeprowadzone przez Fage'a. Anodę przytwierdza się do sondy, katodę zaś na policzek albo też równoimienne nozdrze.

<sup>1)</sup> Porównaj także sprawozd. rozpraw sekcyi okulist. XIII. kongresu lek. międzynar. w Paryżu, str. 403. W.

W rozprawie zaznacza Lagrange, że tylko słabe prądy stosowane być winny, silne bowiem niszczą błonę śluzową, a Fage, zapytany przez Joçq's'a, przyznaje, że przy większych guzach worka łzowego postępowania tego nie stosował. —

Lapersonne i Painblau z Lille: Abryna w zapaleniach jaglicowych spojówki i wobec doświadczenia. Lapersonne stawil sobie trzy pytania, a mianowicie: 1. Jak działa abryna na spojówkę zdrową i jaglicową? 2. Jakie okoliczności sprzyjają lub powstrzymują teje działanie i jak stoi sprawa ze surowicą przeciwabrynową? 3. Jakie ma abryna znaczenie lecznicze? Na pytania te daje następujące odpowiedzi. — Co do 1. W zdrowej spojówce królika powstaje naciek leukocytów i przesączenie włóknisto-surowicze. Po 24 godzinach wytwarzają się przy silnem odłączaniu się nabłonka błony rzekome. Na spojówce jaglicowej błony te pojawiają się dopiero drugiego lub nawet trzeciego dnia.

Co do 2. Przez Calmetta podana surowica przeciwabrynowa zmniejsza po stosowaniu tego środka powstałe zapalenie u człowieka, ale tylko w pierwszych godzinach. W 24 godzin po stosowaniu abryny surowica Calmetta nie działa już. Dlatego nie da się surowica ta praktycznie użyć, zwłaszcza, że jej wytwarzanie jest bardzo zmuadne i trudne.

Co do 3. Abryna działa skutecznie przeciw błonie naczyniowej (pannus), prawdopodobnie przez wytworzenie się skrzepów w naczyniach nowoutworzonych. —

Bruch z Algieru mówił o jaglicy w Algierze. Zaznaczając, że wszystkie tamże żyjące rasy cierpieniu temu podlegają, podnosi, iż rozprzestrzenienie geograficzne jednakże jest, jak to na kartach odpowiednich wykazał, bardzo rozmaite, co zależy od higienicznych warunków i od sposobności zarażania się.

Santos-Fernandes z Hawany uprosił Joçq's'a o odczytanie swej pracy, dotyczącej: chorób ocznych u Murzynów i Mulatów.

Murzyni okazują znaczną ilość chorób syfilitycznych i zaburzeń, polegających na zatruciach wyskokowych.

Tak samo zachodzą często zachorzenia przyrzędów łzowych i krótkowzroczność. Jaglica rzadko tylko pojawia się u Murzynów.

Rozprawa obejmowała trzy poprzednio wygłoszone odczyty, a udział w niej brali między innymi:

Menacho, który uznaje skuteczność jequirity przy zajęciach rogówkowych i przy suchych zajęciach, nie zaś przy mokrych i postaciach połączonych z wydzieliną.

Oswald używał jequiritowych namoków, odjałowionych przez gorąco.

Lagrange zapytuje: coby abrynę wyróżniało przed szczot-

kowaniem, z którego skuteczności jest bardzo zadowolonym, nawet przy zajęciach rogówki.

Kuhnt z Królewca stosuje jequirity tylko przeciw błonie naczyniowej rogówki, gdy przytem spojówka jest soczystą i nabrznią. Dla usunięcia jaglicowych nalotów tylko expressor winien być używanym. W ciężkich przypadkach trzeba, chcąc szybko wyleczyć, wyciąć także załamki przejściowe, a niekiedy nawet i chrząstkę.

Bayoumi Fathi z Kairu przemieszcza po wycięciu załamków błonę śluzową ust.

Lapersonne w końcowem przemówieniu przestrzega przed ogrzewaniem namoku jequirity, gdyż przez to alkaloidy zmieniają się (w ciepłocie 60 stopni). Stąd też abryna jest lepszą. Szczotkowanie niszczy spojówkę i wytwarza większe blizny.

Vieusse z Tuluzy: Leczenie ropni jamy czołowej. Omówiwszy najprzód zmienną symptomatologię i rozpoznawanie otoku ropnego jamy czołowej, radzi, tam, gdzie leczenie nosa i kateteryzowanie nie prowadzą do celu, otworzyć przez trepanację przednią ścianę według sposobu Ogston-Luka, który jest także sposobem Kuhnt'a.

Panas radzi, uważając samo kateteryzowanie za niewystarczające, najprzód trepanować, a potem od strony jamy czołowej zakładać kateter, w najtrudniejszych zaś razach usunąć ścianę przednią sposobem Ogston-Luka.

Stanculeanu i Baup z Paryża opracowali temat: bakteryologia otoków jam sąsiednich nosa.

Klinicznie i bakteryologicznie można dwa rodzaje otoków rozoznawać. Jeden z nich z wpływem ropnym, smrodliwym i kilku rodzajami drobnoustroji zwłaszcza bezpowietrznych. *Bacillus ramosus*, *serpens*, *perfringens* etc. powstaje w połączeniu z cierpieniem zębów. Drugi, wychodzący z nosa z wydzieliną śluzową niesmrodliwą, w której się tylko powietrzne znajdują prątki, napotykaną także i w nosie.

Serini z Paryża pokazuje olejne koljria eseryny, skopolaminy, pilokarpiny i zaznacza ich wyższość nad wodnemi, polegającą na tem, że się nie rozkładają, a przy stosowaniu nie wywołują nieprzyjemnych wrażeń. Do ich wytwarzania używa się czystych zasad, nie zaś soli.

III. Posiedzenie przed południem, pod przewodnictwem Hirschberg'a, zajęły dwa referaty: o zapaleniu nerwu wzrokowego na podstawie zakaźnej i toksycznej.

a. Uthoff z Wrocławia omawia *kliniczne objawy włącznie z etiologią, patogenezą i prognozą* i to zapalenia nerwu wzroko-



wego, występującego: I. z zatrucia zewnętrznego (exogene Intoxication) przez 1. nadużywanie nikotyny i wysokoci, 2. przez siarkowodór, 3. arsenik, 4. jodoform, 5. datura stramonium, 6. haszysz, 7. zatrucie łożwiowe, 8. chininę, 9. kwas salicylowy i sodan salicylowy, 10. paproć, 11. korę korzenia granatowca, 12. nitrobenzynę i dinitrobenzynę, 13. anilinę, 14. zepsutą kukurudzę, 14. jad żmii. II. ze samokazania: 1. jelitowego, 2. pochodzenia histogenetycznego, jak diabetes, gościec, uremia, carcinoma, blednica, następstwa ciąży, połogu lub karmienia.

U. dochodzi między innymi do następujących wniosków:

Rozróżnić wypada dwa główne rodzaje zatruc, a mianowicie: a. Ten, przy którym występuje kliniczny obraz częściowego zapalenia nerwu pozagałkowego z środkowym skotoma i prawidłowym polem widzenia obwodowym.

Rokowanie bywa tutaj dobre, sprawa ogranicza się na włókna papillomakularne. Objawy zapalne tarczy są bardzo nieznaczne, jedynie przychodzi do odbarwienia skroniowej połowy tarczy. Zmiany naczyń siatkówkowych należą do rzadkości, tak samo, jak zapalne zmiany naokoło tarczy.

W tej gromadzie wysoki i nikotyna odgrywają pierwsze miejsce, a następnie siarkowodór, arsenik, jodoform i haszysz.

Pomiędzy samozatruciami należą do tejże gromady według wszelkiego prawdopodobieństwa: diabetes, gościec, rak, cięża, połów i karmienie.

Wszystkie te zatrucia, z wyjątkiem nikotynowego, połączone bywają ze zapaleniami licznymi obwodowych nerwów.

b. Druga gromada obejmuje zatrucia, których patologiczne zmiany odnoszą się przeważnie do systemu naczyniowego (zwięźenie ścian naczyniowych, zaburzenia krążenia w obrębie nerwu, ischemiczna nekroza), przyczem jednakże i bezpośrednio działanie trucizny na istotę nerwową nie jest bez wpływu.

Pierwovzór pod tym względem przedstawia chinina, potem idą: kwas salicylowy, filix mas (paprotka sameza), kora korzenia granatowca. Kliniczne objawy tejże gromady różnią się znacznie od poprzedniej. Przebieg jest mniej korzystny, przychodzi przytem do ograniczenia obwodowego pola widzenia i do zmian dna oka.

Zatrucie łożwiowe pośrednie zajmuje stanowisko między pierwszą a drugą gromadą.

Co do zapalnych zmian nerwu wzrokowego pierwszej gromady zaznacza U. z naciskiem przeciw twierdzeniu Nuëlla, że pierwotnie przychodzi do śródmiaższowego zapalenia nerwu, a dopiero następowo do zaniku włókien nerwowych. Nadto dodaje U., że, w porównaniu do zakażeń zewnętrznych, samozatrucia stosun-

kowo we wywoływaniu zaburzeń nerwu wzrokowego małą tylko odgrywają rolę, w czem także różni się od zapatrywania Nuëla.

W końcu pobieżnie zastanawia się nad zakażeniem zapaleniem nerwu, to jest po grypie, syfilis, gołceu, małaryi, tyfusie, róży, szkarlatynie, odrze, dyfteryi, polyneuritis, ospie, tyfusie powrotnym, gruźlicy, rzeżączce, tyfusie plamistym, Ber-Beri, gołceu stawowym i wietrznej ospie, a gdy w literaturze dotychczas tylko 221 zaznaczono przypadków, można słusznie wnosić o rzadkości tego zapalenia. Zazwyczaj nie chodzi przytem wprost o zakażenie mikrobami, lecz ich toksynami, dlatego je właśnie tutaj zaliczać wypadałoby. Takowe przebiegają zazwyczaj w postaci papillitis i neuretinitis i kończą się zanikiem.

b. Nuël mówi o patologicznej anatomii i o terapii rzeczonych zapaleń.

W referacie swym przedstawia wynik badania trzech najwięcej znanych postaci, a mianowicie: zapalenia nerwu wzrokowego wskutek zatrucia 1. chininą, 2. kwasem paprociowym i 3. nikotyną i wysokiem. Najwięcej stosunkowo zajmuje się referent drugą postacią, jako tą, którą łatwo doświadczalnie można wywołać, przyczem dochodzi do wniosku, że trucizna działa w pierwszym rzędzie na włókna nerwowe, a tylko następnie lub w drugim rzędzie na neuroglię. Co do neuritis alcoholo-nicotinica przypuszcza N., że zapalenie to znamionuje się zanikiem włókien makularnych, rozpoczynającym się w obwodzie, a kończącym środkowo. Pomiedzy kanałem wzrokowym a mózgiem wytwarza się obraz następowego zwyrodnienia. W oku samem, a także w kanale wzrokowym w późniejszych okresach napotyamy obraz zapalenia nerwu śródmiaższowego albo przewlekłego miąszowego, ale w począłku i ta zmiana jest miąszową, a przerost neuroglii jest tylko następowym.

Nuël dochodzi więc do przekonania, że każda trucizna wywołuje działanie swoiste, że jednak neuritis optica toxica powód swój ma w miąszu nerwu wzrokowego w przeciwstawieniu do zdania tych, którzy ją upatrują w zapaleniu śródmiaższowem. Zdanie dawniejsze, jakoby sprawa ta rozpoczynała się w komórkach zwojowych siatkówki, zarzucił, wobec tego, że przy zatruciu kwasem paprociowym stanowczo zmiany pierwsze w nerwie wzrokowym dają się wykazać, a także z tego względu, iż zanikowi komórek zwojowych w niedowidzeniu wysokowo-nikotynowem nie można przypisywać ważnej roli z powodu późnych okresów, w jakich go badano. Gdy dla paproci mógł Nuël związek ten udowodnić, wypada dla innych trucizn dalsze przedsięwziąć badania.

Mówiąc o terapii zapalenia nerwu wzrokowego toksycznego, uważa upusty krwi i rtęć jako środki bez znaczenia, wdychanie

amylnitritu tylko w zatruciach chininą daje wyniki skuteczne. Natomiast zachwała obok jodku potasu zastrzykiwania podskórne pilokarpiny i obfite picie wody, mleka, środki moczopędne, względnie także przeczyszczające.

#### Rozprawa:

Druault z Paryża: Co do patogenezy niedowidzenia chininowego sądzi, po doświadczeniach, na zwierzętach wykonanych, że chodzi przytem o zwyrodnienie komórek zwojowych siatkówki, jako skutek bezpośredniego działania trucizny, nie zaś jako następstwo zwężenia naczyń, za czem dwie przemawiają okoliczności: 1. Zwyrodnienie omija środek siatkówki, czego nie można wytłómaczyć stosunkami naczyniowymi. 2. Gdy chininę podajemy w 5—6 dni po przecięciu nerwu wzrokowego poza miejscem wstąpienia naczyń, zatrucie albo wcale nie, albo tylko bardzo nieznacznie objawia się w komórkach zwojowych, mimo, że zwężenie naczyń tak przedtem jak i potem nie zmienia się.

Santos-Fernandes z Hawany omawia niezwykłą postać niedowidzenia wskutek obwodowego zapalenia nerwu, spostrzeganą podczas ostatniej wojny na Kubie; że zaś w odnośnych przypadkach mógł wykluczyć nadużycie wyskoku, przeto sądzi, że zapalenie to spowodowane było nędzą wojenną.

Dor z Lyonu przytacza przypadek neuritis optica bilateralis po zapaleniu gruczołu przyuszynego, która to neuritis w przeciwstawieniu do zwykle dobrego przebiegu przy tej chorobie zakaźnej przeszła w zupełny zanik nerwu i zaniewidzenie.

Sourdille z Nantes podaje wyniki anatomicznego badania, które stwierdziło: 1. w przypadku neuritis optica po zakażeniu streptokokami zanik włókien nerwowych i neuroglii.

2. W przypadku niedowidzenia wysokokowego zanik włókien nerwowych wyłącznie w osiowej części tylnego odcinka nerwu; 15 mm. poza gałką zmian tych zupełnie wykazać nie było można. Wobec tego S. przeciwny jest odnoszeniu niedowidzenia tego rodzaju do siatkówki. Według jego mikroskopowych badań, zwyrodnienie wychodzi od naczyń włosowatych przegrodowych, przedstawiających obraz endovascularitis obliterans.

Rocheon-Duvigneaud z Paryża spostrzegł przypadek pozornego pozagałkowego zapalenia nerwu ze zanikiem w ostatnich dniach życia u osoby, dotkniętej rakiem. Oględziny lekarskie nie wykazały żadnej zmiany ani w siatkówce, ani w nerwie, ani w chiasma, lub pasmie nerwów, — makroskopijnie nie było jej także w mózgu. Refleks źreniczny istniał, ale osłabiony, a R. sądzi, że chodziło w danym przypadku o niedokrewność ośrodków nerwu wzrokowego.

Parinaud z Paryża sądzi, że zapalenia nerwu wzrokowego ze zatrucia są pochodzenia środkowego, że przychodzi do napojenia trucizną przyrzędu ośrodkowego, a w następstwie do zaniku.

Darier sądzi, że okoliczności uspasabiające, jak zmartwienie, zużycie, ważną przytem odgrywają rolę. —

W końcowem przemówieniu odpowiada Nuël na uwagi Parinauda, że troficznym ośrodkiem nerwu jest siatkówka i dlatego nie można przyjąć schorzenia stępującego. Wobec zarzutu zaś, czynionego mu skądinąd, jakoby z doświadczeń na zwierzętach wnioski przenosił na ludzi, zaznacza, że ludzką patologię zawsze uwzględnia, ale chcąc poznać chorobę w jej początkach, trzeba się uciec do doświadczeń na zwierzętach. C. d. n.

---

#### IV. ROZMAIŁOŚCI.

Nagroda Graefe'go za najlepsze prace, pojawione w „Archiwie“ Graefe'go w czasie ubiegłych trzech lat, przyznana została do polowy prof. Hess'owi w Wyreburgu za jego prace z dziedziny nauki o akomodacji i prof. Bernheimer'owi w Insbruku za badania, dotyczące jąder nerwów ruchowych gałki.

Nowe czasopismo okulistyczne hiszpańskie, pod tytułem „Cronica oftalmologica Hispano-Americana“, wychodzić będzie od stycznia przyszłego roku staraniem Drów Santos Fernandes'a z Hawany, Demicheri'ego z Montevideo i M. Menacho z Barcelony.

---

#### V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr G. Lodato habilitował się dla oftalmologii w Palermo.

Doc. Dr Oeller z Mnichowy powołany na prof. okulistyki do Erlangi.

Dr Westcott mianowany nadzwyczajnym profesorem okulistyki w Chicago.

Wykłady okulistyczne w Kazaniu powierzono czasowo Docentowi Jegorow'owi, klinikę zaś okulistyczną Doc. Agabakow'owi w miejsce prof. Adamiuka.

---

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

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

Listopad

—\*— ROCZNIK DRUGI —\*—

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Hydroelektryzacja oka.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Od dawna już próbowano leczenia elektrycznością chorób ocznych: Dutrait<sup>1)</sup> próbował leczyć faradyzacją podwinięcie rzęs i brzegu powieki, faradyzował on włókna mięśnia okrężnego, wychodząc z założenia, że podwinięcie rzęs i powieki jest następstwem zwątlenia i zaniku tego mięśnia; jaglicę powiek próbował leczyć Snell<sup>2)</sup> katodą w postaci guzika miedzianego, dotykając spojówki, pokrytej jagłami.

Arcaleo<sup>3)</sup> faradyzował zmętnienia na rogówce i zrosty tęczówki.

<sup>1)</sup> Dutrait: Du traitement galv. dans certaines formes de renversement des paupières. Lyon méd. 1875. Nr. 32, 33.

<sup>2)</sup> Simon Snell: The ophthalmic Review. 1897. Juni.

<sup>3)</sup> Arcaleo: Saggi di elettroterapia oculare. Gaz. Clin. di Palermo. 1870. Nr. 10.

Neftel<sup>1)</sup> próbował przepuszczać prąd galwaniczny w oczątkach zaćmy, Le Fort<sup>2)</sup>, Onimus<sup>3)</sup> i Henryk Zapolski-Downar<sup>4)</sup> leczyli zmętnienia ciała szklistego przepuszczaniem przez gałkę oka słabych prądów galwanicznych.

Dor<sup>5)</sup> galwanizował oczy w chorobach naczyniówki, Pflueger<sup>6)</sup> przy zapaleniu nerwu wzrokowego i przy zaniku nerwu wzrokowego. Leber<sup>7)</sup>, Erb<sup>8)</sup>, Rumpf<sup>9)</sup> galwanizowali siatkówkę i nerw wzrokowy i siatkówkę przy różnych stanach zapalnych i zanikowych.

Wszystkie te próby jednak nie znalazły licznych zwolenników i nie dały dotąd ani jednej stałej ogólnie przyjętej metody leczenia chorób ocznych elektrycznością.

Gdy w chorobach układu nerwowego elektryczność jest rzeczą użytku codziennego, to rzecz się ma odwrotnie z chorobami ocznymi: nie wszystkie kliniki oftalmiczne zaopatrzone są nawet w przyrządy do elektryzacji oka.

A jednak obecność siatkówki, nerwu wzrokowego, nerwu trójdzielnego, nerwów współczulnych, nerwów okoruchowych pomimo woli nasuwa myśl, że elektryczność mogłaby być i tutaj pożyteczną.

---

<sup>1)</sup> Neftel: Ueber d. galv. Behandlung d. Cataracta incipiens. Virch. Arch. Bd., 79, 5, 465. 1880.

<sup>2)</sup> Le Fort: De la guérison de la cécité due a l'opacité du corps vitré et leur traitement par les courants continus faibles et permanents. Gaz. des hôp. 1874. Nr. 79.

<sup>3)</sup> Onimus: Traité d'électricité médicale. Paris. 1872.

<sup>4)</sup> Zapolski-Downar: Kilka spostrzeżeń zastosowania prądu stałego w zmętnieniach ciała szklistego. Książka Jubileuszowa Szokalskiego. 1884. Str. 234.

<sup>5)</sup> Dor: Beitrage z. Electrotherapie d. Augenkrankheiten. Arch. f. Ophthalmologie. XIX. 3, 5, 316. 1873.

<sup>6)</sup> Pflueger: Neuritis optica. Arch. f. Ophthalmologie. XXIV. 2. 1878.

<sup>7)</sup> Leber: Krankheiten der Netzhaut u. Sehnerven. Graefe-Saemisch: Handb. d. Augenheilk. V. S. 828—875. 1877.

<sup>8)</sup> Erb: Zur galv. Behandlung v. Augen u. Ohrenleiden. Arch. f. Augen und Ohrenheilkunde. II. S. 1. 1871.

<sup>9)</sup> Rumpf: Zur Wirkung des farad. Pinsels bei einem Fall von Neuritis Optica mit Myelitis transversa. Deutsch. med. Woch. 1881. Nr 32.

Wszak oftalmologia tylko na szerokiem tle neuropatologii z jednej, a fizyki z drugiej strony pojmowana, jest wielką i piękną nauką, zacieśniona zaś i ograniczona do zdejmowania zaćm i szorowania siarczanem miedzi spojówki, staje się rzemiosłem, podobnem do dentystyki.

Tymczasem może żaden inny specjalista nie okazuje tyle niechęci do innych działów medycyny, co oftalmolog.

Znam osobiście profesorów klinik okulistycznych, którzy nawet chorych na zanik nerwu wzrokowego odsyłałi do neuropatologa.

Nie umiem też sobie inaczej wytłómaczyć tej niechęci do elektryzacyi.

Zaraz na samym wstępie do elektroterapii oka spotyka nas nielada trudność: określenie i ustalenie cech odczynu galwanicznego nerwu wzrokowego.

O ile odczyn galwaniczny nerwu słuchowego jest już poznany i określony dla stanu prawidłowego i chorobowego, o tyle dotąd nie ma zgody co do odczynu galwanicznego nerwu wzrokowego. Legros i Onimus<sup>1)</sup> tłómaczą odczyn ten czynnością zwrotną z nerwu trójdzielnego, Gillet de Grandmont<sup>2)</sup> przypuszcza, że odczyn ten zależy od stanu samej siatkówki i gdy oko badane prądem zamiast odczynu siniego daje odczyn żółty, uważa Gillet de Grandmont wypadek taki za mało pomyślny.

Co do mnie, to na podstawie osobistego doświadczenia na wielkiej ilości oczów chorych i zdrowych przyszedłem do wniosku, że:

1. jedynym odczynem galwanicznym oka zdrowego jest biały, niezbyt wyraźny błysk;
2. odczyn barwny należy uważać za stan wzmożonej chorobą pobudliwości;

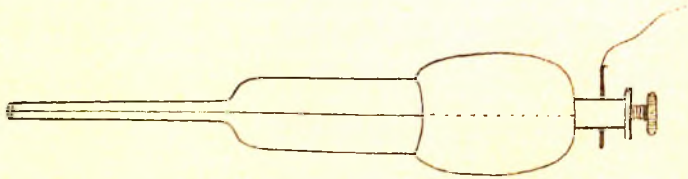
---

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> Gillet de Grandmont: *Traité élémentaire pratique d'électricité médicale* par Burdet. De l'action des courants électriques continus appliqués au voisinage du cerveau i t. d.

3. przy braku poczucia światła może pozostać jeszcze odczyn galwaniczny nerwu wzrokowego.

Od roku 1890 używam do elektryzacji oka hydroelektrody, przyrząd ten pozwala elektryzować oko przez wodę; podczas elektryzacji końcówka hydroelektrody nie dotyka wcale oka, bo pomiędzy końcówką a okiem znajduje się warstwa cieczy. Jak widzimy, jest to zwyczajny kroplomierz, wzdłuż którego



Hydroelektroda.

przechodzi drut srebrny z końcem platynowym, drut ten przy pomocy śrubki łączy się z drutem układu elektrycznego.

Hydroelektryzacja odbywa się w następujący sposób. Usadawia się chorego na krześle z wysoką poręczą, przechyla się głowę jego nieco w tył. Wskazicielem lewej ręki unosi się powiekę górną, a paluchem tejże ręki odciąga się na dół powiekę dolną.

Teraz hydroelektrodą, napełnioną letnim roztworem fizyologicznym soli kuchennej, wlewa się roztwór do worka spojówki, nie dotykając końcem hydroelektrody tkanek oka, podczas gdy druga elektroda, obojętna, trzymana jest na karku lub pod szczęką tej strony, po której znajduje się oko elektryzowane.

---

) K. Noiszewski: Demonstracja hydroelektrody. Hydroelektroda jedno- i dwubiegunowa. Sekcja okulistyczna VI zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1891 r. Prace V zjazdu rosyjskich lekarzy w Petersburgu 1894 r.



Przy pomocy hydroelektrody<sup>1)</sup> możemy działać na oko kataforezą, elektrolizą i katalizą.

1. Kataforeza jest mechanicznem przemieszczaniem cieczy i cząstek w niej zawartych w kierunku od anody ku katodzie.

2. Elektroliza jest chemicznem działaniem prądu na ciecze i tkanki i skierowaniem anionów ku anodzie, a kationów ku katodzie.

3. Kataliza jest fizyologicznem działaniem prądu, mianowicie rozszerzaniem lub zwężaniem naczyń krwionośnych i chłonnych, powiększaniem lub pomniejszaniem ciśnienia wewnątrztkankowego, działaniem ożywczem na nerwy i mięśnie.

**Kataforeza.** Prąd galwaniczny, przechodząc przez ciała porowate, napojone cieczą, unosi ciecz w kierunku od anody do katody; podobnie jak w łuku Wolty, cząstki węgla przenoszone są od anody do katody, tak i w tkankach żywych wszelkie cząstki mniej spójne unoszone są w tymże kierunku. Już w roku 1863 Quincke ciecz, nalaną do wąskiej cewki, schylonej pod kątem, przy pomocy prądu, przemieszczał od anody ku katodzie; przemieszczał w ten sposób nie tylko ciecze nieulegające rozkładowi, ale i elektrolity.

Wprowadzono następnie, przy pomocy kataforezy prądów galwanicznych, do ustroju przez nieuszkodzone tkanki roztwory jodku potasu i innych leków i wyprowadzano z ustroju jady.

Adamkiewicz, Eulenburg<sup>2)</sup>, Uitzmann<sup>3)</sup>, Rosenthal<sup>4)</sup>, Munk<sup>5)</sup> pracowali nad sposobami wprowadzania leków za pomocą kataforezy.

---

<sup>1)</sup> Hydroelektrody wyrabia elektromechanik Hirschmann w Berlinie, Johannistr. 14, 15 i optyk Urlaub w Petersburgu.

<sup>2)</sup> A. Eulenburg. Elektrolyt. Durchleitung von Jod durch die thierisch. Gewebe. Berl. kl. Woch. 1870. Nr 1.

<sup>3)</sup> Uitzmann: Ueber die elektrol. Durchleit. von Jod. Wien. med. Pr. 1870.

<sup>4)</sup> M. Rosenthal: Ueber Galv. Joddurchleitung durch thierische Haut. Idem. Nr. 50. 21—24.

<sup>5)</sup> H. Munk: Ueber d. galv. Einführung differenter Flussigkeiten in den unversehrten lebenden Organismus. Arch. Dubois R's. 1873. S. 505.

Metodą Munk'a po 15—30 minutach można wprowadzić do ciała bardzo znaczne ilości roztworów, tak, iż u królika występują drgawki od strychniny, w ten sposób wprowadzonej, a u człowieka w ciągu kilku następnych godzin znajdujemy chininę i jodynę w ślinie i moczu.

Jeżeli jedni używali prądów galwanicznych dla wprowadzania do ustroju leków, inni znowu dążyli do wyprowadzania tą samą drogą jądów. Pierwszy robił odnośne doświadczenia Prawaz (1829).

Sposób ten ma mieć miernie doniosłe znaczenie dla wydalania z ustroju jądów gnilnych i białkowych, a także dla wydalania, że się tak wyrażę »wmywania« resztek zniszczonego utkania, jakoto: martwych komórek, krwinek, ropnych ciałek, zabitych drobnoustrojów i wynoszenia ich z danego miejsca przez naczynia krwionośne i chłonne. W szczególności zajmowała mnie kataforeza przetworów zapalnych i resztek drobinowych po ogniskach wybroczynowych siatkówki i naczyniówki.

Spodziewałem się na tej drodze zachować te części utkania siatkówki i nerwu wzrokowego, które nie zostały zniszczone, lecz tylko mechanicznie uciskane i upośledzane w odżywianiu, dzięki resztkom, pozostałym po sprawach zapalnych i wybroczynowych.

Elektroliza. Nie należy jednak zapominać, że podczas hydroelektryzacji, współcześnie z kataforezą, odbywają się dwie inne sprawy, mianowicie elektroliza i kataliza.

W cieczach, podlegających rozkładowi, wraz z przemieszczaniem cieczy spostrzegamy i przemieszczanie elektrolitów, z tą jednak różnicą, że podczas gdy ciecz jeszcze nierozłożona przenoszona zostaje zawsze w jednym tylko kierunku, elektrolity, znajdujące się w cieczy, dążą w dwóch przeciwnych kierunkach: jedne do anody, drugie do katody.

Do anody dążą: tlen, chlor, jod, kwasy; do katody dążą: wodór, potas, sod, miedź i żugi. Możemy więc dowolnie wprowadzać do tkanek wszystkie te ciała in statu nascendi.

Przyczem rozkład nie ogranicza się tylko do części płynu

lub tkanki, bezpośrednio przyległych do katody lub anody, ale odbywa się ów rozkład na całej drodze pomiędzy obydwoma biegunami (Lewandowski).

Zwykle katalizą nazywają fizyologiczne działanie prądu, zaliczyć więc tu należy i powstawanie w tkankach nerwowych tak zwanej siły elektroruchowej.

Wiadomo, że włókno nerwowe składa się z cewki osiowej i dwóch pochewek: miazgowej (myelinowej) i łącznotkankowej.

Siła elektroruchowa wytwarza się na całej powierzchni cewki osiowej w ten sposób, że elektronasilenie dodatnie znajduje się na zewnątrz cewki osiowej, a elektronasilenie ujemne znajduje się wewnątrz tejże cewki.

W układzie pochewek włókna nerwowego i w rozmieszczeniu siły elektroruchowej znajdujemy uderzające podobieństwo do podwójnej cewki ołowianej akumulatora i do rozmieszczenia odmiennego napięcia elektryczności na dwóch jego cewkach.

Rozpatrując włókno nerwowe, jako ogniwo wtórne, możemy wytłumaczyć wszystkie zjawiska elektrotonusa, jako oddziaływanie ogniwa wtórnego, czyli akumulatora na prąd biegunujący.

Pflueger, wyprowadzając zasady elektrotonusa, uległ poglądom Du Bois Reymond'a, który twierdził, że przyczyną prądów elektrotonicznych w nerwie są składające nerw elektroruchome cząstki; wywołane zaś przez prąd biegunujący zmiany w odczynie nerwu, są zmianami w układzie tych cząstek, które w ten sposób z elektroruchomych stają się elektroruchowemi<sup>1)</sup>. Hermann zaś przeciwnie widział w prądach elektrotonusa tylko rozgałęzienia prądu biegunującego. Pogląd ten Hermann udowodnił działaniem prądu biegunującego na pomysłony przez niego nerw szematyczny.

---

<sup>1)</sup> Landois: Lehrbuch d. Physiologie des Menschen. Str. 679—690. 1884 r.

Nerw szematyczny Hermann'a składa się ze szklanej cewki, napełnionej roztworem siarczynu cynku, i z drutu platynowego, wyobrażającej cewkę osiową włókna nerwowego. Właściwie szemat Hermann'a jest ogniwem wtórnem, czyli akumulatorem: siarczan cynku rozkłada się przez prąd biegunujący na cynk i kwas siarczany; cynkowe jony dążą do jednego z dwóch biegunów, zanurzonych w tem naczyniu rozkładowym, a jony kwasu siarczanego dążą do bieguna drugiego, wytwarzając wszystkie te zjawiska, które w nauce mianują się elektrotonicznymi.

»Na podstawie badań dotychczasowych, mówi Bronisław Weryho, wiemy tylko tyle o tym stanie szczególnym, w jakim się znajduje nerw, gdy prąd biegunujący przebiega po nim, że stan powstaje natychmiast po zamykaniu prądu biegunującego i że zmiany, powstające w nerwie tym, są większe i tem dłuższego trzeba czasu do wyrównania tych zmian, im dłużej przebiegał po nerwie prąd biegunujący«<sup>1)</sup>.

Słuszną też czyni uwagę Sawicki<sup>2)</sup>, że wyczerpanie nerwowe, które tak wielkie stawia trudności dla hipotezy molekularnej pobudzenia nerwowego, jest, w wypadku przyjęcia teorii elektrochemicznej, objawem, może najbardziej przemawiającym za tą teorią.

Wyczerpanie nerwowe jest wyładowaniem akumulatorów.

Od dawna przyrównywano prądy nerwowe do prądów elektrycznych, ale stała temu dotąd na przeszkodzie różnica w pedzie: prąd nerwowy przebiega zaledwie 60 metrów na sekundę, a prąd elektryczny w niespełna  $\frac{1}{5}$  sekundy przebiega przestrzeń z Europy do Ameryki.

Uważanie neuronów za akumulatory usuwa tę trudność, bo czas, potrzebny do naładowywania i wyładowywania kolejnego akumulatorów jednego za drugim, musi być znacznie dłuższy, niż czas samego tylko przewodnictwa.

<sup>1)</sup> Bronisław Weryho: Dysertacya. Petersburg. Str. 104—124.

<sup>2)</sup> J. W. Sawicki: Zarys energetyki układu nerwowego. Pamiętnik Warsz. Tow. lek. 1897. Str. 426.

Jakkolwiek przy hydroelektryzacji używamy właściwie jednocześnie kataforezy, elektrolizy i katalizy, to, stosownie do sposobu postępowania, możemy przeważnie używać tylko jednej z nich. Chcąc działać na oko tylko kataforezą, musimy używać prądów bardzo słabych i przez czas bardzo krótki.

Przy używaniu prądów mocniejszych na pierwszy plan występuje elektroliza, przy dłuższym trwaniu prądów — powstają prądy zbiegunowane elektrotoniczne.

Używam więc przy kataforezie prądów o nasileniu, nie przenoszącym 1 MA, a zaczynam od prądów o nasileniu 0,5 MA, a nawet 0,1 MA.

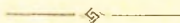
Pamiętać też należy, że dla siatkówki największe nasilenie prądu nie powinno przenosić 1,4 MA, mocniejszych zatem prądów używać wolno tylko w razach wyjątkowych.

Przytem samo ognisko wybroczynowe siatkówki, jakkolwiek stare, nie zawsze znosi działanie prądów mocniejszych; a są wypadki, w których wcale nie możemy używać kataforezy, ponieważ chorzy nie znoszą działania anody.

Co do czasu elektryzacji, to zaczynam od 30 sekund i nigdy nie elektryzuję oka dłużej nad 2 minuty.

Przy hydroelektryzacji dogodniejszym od galwanometru jest telefon; najprzód dlatego, że telefon znacznie wrażliwszy jest od galwanometru, a powtóre dlatego, że nie nuży lekarza, tak, jak galwanometr, przez ustawiczne przebieganie wzrokiem od oka elektryzowanego do galwanometru.

Dla oznaczania czasu elektryzacji doskonałym przyrządem jest zwyczajny mebranon, wydzwaniający półsekundy i sekundy.



## 2. Meningocele intraorbitalis posterior.

(Z 2 rycinami).

Podał

DR JÓZEF TALKO.

(Ciąg dalszy).

Torbiele surowicze wrodzone oczodołu, nie połączone z niedorozwojem gałki ocznej, należą do tych wytworów, których etiologiado tej pory nie jest dostatecznie wyjaśnioną, osobliwie mało znana patogeneza tych, które położone są poza powięzią oczodołu, w tylnej jego części. Część ich może być zaliczoną do cystis dermoidalis z przezroczystą zawartością — Panas nazwał je mucoides. Są jednak surowicze torbiele w przedniej części oczodołu, które można porównać z wodniakiem innych okolic, — zwykle są one wynikiem rozszerzenia szczątkowych worków (bursae) ścięgienia mięśni oka (levator palpeb., obliquus superior w błoczku — Hyrtl); Niemcy zowią je Exsudationscyste. Zresztą wytwarzają się torbiele w tkance pozagałkowej, na zewnątrz od stożka mięśni, ze ściankami cienkimi i przezroczystymi, z których wewnętrzna przypomina błonę śluzową, zewnętrzna zwykle przyrasta do jakiegoś punktu ścianki oczodołowej (w przypadku Wecker'a do dolnej). Wszystkie te z surowiczą zawartością torbiele mogą dojść do znacznej wielkości, wypychają gałkę i zmieniają postać oczodołu. W przypadku Gaetua torbiel miała wielkość jaja gołębiego: ścianki jej były włókniste, grube, zawartość żółta, w której wykryto sól i białko, lecz haczyków białowca — jak przypuszczano — nie znaleziono wcale. Valette widział surowiczą torbiel, wychodzącą z jamy czołowej, Gosselin — z górnej ściany oczodołu, z płynem żółtym, w którym pływały kryształki cholestearyny<sup>1)</sup>. Ciekawy, szczegółowo opisany przypadek wrodzonej niepostępu-

---

<sup>1)</sup> Duplay et Reclus: *Traité de Chirurgie*. T. IV (okulistyczna część przez Dra Delens) 1891, str. 549.

jącej torbieli pod górną powieką u 54letniej kobiety, która naraz powiększyła się i przeszła w stan zapalny wskutek wylewu krwi do zawartości torbielowej, podał Dr Pfa lz <sup>1)</sup>.

Przyznam, że na razie w moim przypadku więcej byłem za przyjęciem jednej z takich torbieli oczodołu, niż za meningocele, ponieważ brakowało ważnych objawów rozpoznawczych: tętnienia i objawów mózgowych przy uciskaniu guza wraz z wypchaną gałką. Dopiero operacja (rozszerzenie for. optici et fissurae orb. sup.) i przebieg pooperacyjny (ciągły wypływ płynu surowiczego), wreszcie zejście śmiertelne po tak nieznacznym na pozór operacyjnym urazie, przekonały mnie, że miałem do czynienia z rzadką postacią meningocele intraorbitalis s. retrobulbaris.

Ze wielkich rozmiarów torbiele surowicze budzą pewne zajęcie praktyków-okulistów, dowodem tego świeży fakt, iż na międzynarodowym kongresie okulistycznym w Utrechcie (1899) prof. Knapp podał, że w liczbie 5 rzadkich guzów oczodołu operował wielką torbiel surowiczą, która wypełniała — jak w moim przypadku — cały oczodoł; *exophthalmus, amaurosis ex atrophia n. optici; exenteratio orbitae, sanatio.*

Pamiętać i o tem należy, że, ponieważ podobne torbiele surowicze o wiele częściej się spotyka w oczodole, aniżeli meningocele, nie dziwnego, iż w braku znamiennych objawów tych ostatnich, prędzej skłonni jesteśmy do rozpoznania pierwszych. Że jednak nie zawsze przy prawdziwych mózgowych przepuklinach wywołać można uciskaniem guza, prócz płaczu dziecka, mózgowie objawy, mieliśmy przed laty dowód (wraz ze ś. p. Janem Minkiewiczem w Tyflisje) w jednym przypadku hydrencephaloccele u 4letniej dziewczynki przy nasadzie nosa; ściany przepukliny, jak się okazało przy sekcji, były mięsisto grube. Przypadek ten opisałem w swoim czasie w »Archiv« Virchow'a p. t. Ueber angeborene Hirnhernien <sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Beiträge zur pathol. Anat. der Orbitaleyste w »Klin. Monatsblätt. f. Augenheilk.« Zeszyt czerwcowy, 1885.

<sup>2)</sup> Virchow's »Archiv f. pathol. Anatomie« etc. 50. Bd. W temże czasopiśmie (Bd. 52) ogłosiłem drugi przypadek obustronnej przepukliny

A i zewnętrzny wygląd (nie mówiąc o tętnieniu in.) nie może nam dać rękojmi tego, z czem mamy do czynienia w oczodole. Jako przykład przedstawiam Panom dwie rycinę z mej praktyki — podobiznę wyżej opisanego niemowlęcia z meningociele intraorbitalis i litografowaną, wykonaną podług światłodruku (okazywaną w Medyolanie w roku 1881), przedstawiającą typowy przypadek kolobomatycznej torbieli pozadolnopowiekowej, którą spostrzegałem u dziecka w połączeniu z małococznością.

Nie myślę tu przed Wami, szanowni Panowie, kreślić monografię tego przedmiotu, znajdziecie ją w odpowiednich dziełach, aczkolwiek dodam, że nie obfituje ona w liczne spostrzeżenia. Spisali je: ja w powyższym artykule w »Archiv« Virchow'a, prof. Berlin w dziele Saemisch-Graefe'go w rozdziale »Die Cysten d. Augenhöhle« (str. 669), kol. Herman w »Przeglądzie Lekarskim«, w zeszycie, poświęconym uczczeniu 25letniej działalności prof. Rydygiera we Lwowie<sup>1)</sup> i w. innych. Wspomina też o nich w kilku słowach dzieło p. t. System of Diseases of the eye, amerykańskiego oft. Norris'a Oliver'a<sup>2)</sup>. A. Langer podał całkowitą literaturę przepuklin do 1877 r.<sup>3)</sup>.

Wspomnę tylko, że prócz przepuklin w nadoczodołowych okolicach, a za które przyjmowano nieraz — osobliwie przy nadżarciach kości czołowej — zwykłe kaszaki (prof. J. Szymanski), jak o tem pisałem w powyższym artykule, zwykłem

---

mózgowej nadoczodołowej p. t. Ein Fall v. Gehirnhernien bedingt durch unregelmässige u. frühzeitige Synostosen d. Schädelknochen. Oba spostrzeżenia objaśnione rycinami. Wspomina o nich parokrotnie chirurgia Duplay'a i Reclus'a (T. III. 1891, str. 658, 662).

<sup>1)</sup> »Przegląd Lekarski«, Nr 19. 1899. Zebrano tu 24 operowanych przypadków z rozmaitych okolic głowy, z których tylko jeden zajmuje nas, a mianowicie Nr 23, encephalociele naso-orbitalis bilateralis, zakończony śmiercią z ropnego zapalenia opon mózgowych.

<sup>2)</sup> Vol. III. London. 1898; choroby oczodołu przez Dra S. Bull'a na str. 42.

<sup>3)</sup> De l'exencéphale (»Archiv gen. de med.« 1877).



ulubionem miejscem dla zajmujących nas przepuklin jest nosowy kąt oczu (*Herniae cerebri et meningocele orbit. anterior, seu naso-orbitales*), gdzie je łatwo przeoczyć, przyjmując za kaszaki, hydrops sin. frontalis, nowotwory worka łzowego i t. p. Buttelin przy nakłuciu guza w tej okolicy otrzymał synowialny płyn wodniaka ścięгна m. ukośnego, a Verneuil opisał oleiste torbiele w wielkim kącie oczu, t. zw. les kystes pré-lacrymales<sup>1)</sup>. Nauczony smutnem doświadczeniem, świeżo operowałem, nie bez obawy, u noworodka, przy pomocy kolegi A. Majewskiego, guzek, wielkości łaskowego orzecha, który wyrastał w wewnętrznym kącie oka, mocno przyrośnięty do okostnej wewnętrznej ścianki oczodołu; wątpliwość ustąpiła dopiero po ukazaniu się w głębi rany białej torbieli skórzakowej. Spostrzeżeń, odnoszących się do przepuklin w tem ich ulubionem miejscu oczodołu, a mających otwory (Bruchpforte s. Bruchring) w kościach nosowych, łzowych, sitowych i proc. nasalis os. frontis, mamy już kilkanaście. Przepukliny tu występują pod postacią meningocele, bądź encephalocele, lub też meningoencephalocele, jedno lub obustronnie w wewnętrznych kątach oczu.

Daleko rzadziej dają się spostrzegać przepukliny, występujące z głębi oczodołu, pozagałkowe — herniae sphenorbi-

---

<sup>1)</sup> Niedawno Steindorff miał tu do czynienia z »Oelcyste in der Augenhöhle« wielkości jaja gołębiego. Jako wrodzone mają one podobieństwo do skórzaków. Weinholt, podawszy przypadek wyleczenia operacją mucoccele kości sitowej w nosowym kącie prawego oka, wielkości bobu, u 18-letniej dziewczyny, przytacza między innymi ciekawe spostrzeżenie Rollet'a — mucocèle double de l'orbite, pochodzącą z jamy czołowej (>Klin. Monatsblatt f. Augenheilk.« Janv. 1900).

H. Becker spostrzegał wrodzoną, nasladującą przepuklinę mózgową, śluzową torbiel nosowego kąta oka, która dochodziła do n. wzrokowego; torbiel, o ścianach z cylindrycznym nabłonkiem i z zawartością glicerynowatą, łączyła się z nosem (Schleimeysten u. Gefässgeschwalste d. Orbit. »Archiv f. Ophth.« 41. 1., str. 119); Panas zaś spostrzegał torbiel z gruczołowatymi błonami, wyltworzoną wskutek płodowego odsznurowania się w oczodole błony śluzowej nosa (Considér. sur la pathogénie des cystes dits séreux de l'orbite. »Arch. d'Ophth. VII, I—II«).

tales, herniae intraorbitales, które nazwałbym *herniae intraorb. posteriores*; tu otworem (Bruchpforte), łączącym oczodoł z czaszką, zwykle bywają for. opticum et fissura orbitalis superior; najrzadziej wychodzą one przez otwór w górnej ścianie oczodołu<sup>1)</sup>. Spostrzeżeń, odnoszących się do tego rodzaju przepuklin, podano dotąd daleko mniej, aniżeli przepuklin w przedniej, nosowej części oczodołu, powiem więcej — są one rzadkością w kazuistyce chirurgiczno-oftalmicznej.

Wspomniawszy, że przepukliny mózgowe bywają czasem powikłane tłuszczakami (w przypadku Ried'a przy nasadzie nosa) i splotem rozszerzonych naczyń (angioma cavernosum, tumeurs érectiles, angioma lipomatodes) — przyczem w guzie można spostrzegać tętnienie, — muszę dodać, że i lymfangiomy były też jednocześnie w nim wykrywane. Pod tym względem ciekawa jest rozprawa Maksimowa p. t. O nowotworach na zwykłym miejscu przednich mózgowych przepuklin<sup>2)</sup>; u 2letniego dziecka wykonano osteoplastyczną operacją meningocele, wyrastającej z nosowego brzegu prawego oczodołu, z rany 2 tygodnie wypływał liq. cerebro-spinalis; dziecko wyzdrowiało. W wyciętym w postaci naparstka guzie znaleziono

<sup>1)</sup> Jama oczodołowa łączy się z jamą czaszkową 3 otworami: for. opticum (n. opt. et art. ophth.), fissura orb. superior s. sphenoidalıs i fiss. ethmoidalis anterior (n. ethm. et visa ethm. ant.), pierwsze dwa z jamą czaszkową średnią, której odpowiadają boczne komory mózgowe, a trzecia z jamą czaszkową przednią. Największy otwór przedstawia fis. orb. sup., przez którą przechodzą prócz naczyń (art. mening. art. lacrymalis, vv. ophth. sup. i int.) i wszystkie nerwy oczne. Godnem uwagi to, że długość prawej szpary wynosi 22 mm., lewa krótszą jest o 1—2 mm. (Merkel). Czy nie wpływa to na większą częstość prawostronnych oczodołowych przepuklin? Przewód otworu okrągłego, długi 8—9 mm., ma w średnicy 6 mm. Przekrój fis. ethmoidalis wynosi tylko 1¼ mm. (Henle), najmniej przeto przedstawia widoków do torowania drogi mózgowym przepuklinom, najwięcej zaś danych w tym kierunku ma fis. orb. sup., która u dzieci bywa bardzo szeroką i wielką (Merkel). Przez for. opticum i fis. supra-orbitalis periorbita przechodzi do jamy czołowej, łącząc się z twardą błoną mózgową.

<sup>2)</sup> »Letopiś russoj chirurgii« pod red. prof. Sklifossowskiego (1898, książka IV.).

łączące się z sobą przegródki, pokryte płaskim śródbłonkiem i napełnione limfą, — była to typowa *lymphangioma cavernosum*, w której nie znaleziono już ani śladu mózgu i błon jego. Zdaniem autora, była to hernia cerebri we wczesnym peryodzie płodu, lecz później zmieniła się do niepoznania. Podobne lymph. cavernosa (lymphangiome cystique) spostrzegane bywają u dzieci na głowie, jako nowotwory wrodzone. Zmienione przepukliny mózgowe opisał też prof. Sklifossowski<sup>1)</sup>. — M. Sachs<sup>2)</sup> zebrał sporą ilość lymphangiomatów, wyrastających w rozmaitych częściach oczu i nawet na twardówce. Lecz takiego lymphangiomatu, któryby naśladował, jak w powyższym przypadku Maksimowa, przepuklinę mózgową — w literaturze dotąd nie znajdujemy, godziło się przeto o nim tu nie wspomnieć.

Wiadomo, że meningocele, właściwie szypuły worków przepuklinowych (Bruchsack), nierzadko odsznurowują się na powierzchni czaszki, a w tej liczbie w nadoczodołowej okolicy i w wewnętrznym kącie ocznym, tworząc torbiele tak zwane odsznurowane hydrancephaloccele (Abschürungscysten), których etiologię wskazują: dołek w kości (usura), mocny doń przyrost ściany torbielowej lub wreszcie zbity, łączący ją z okostną sznurek. Takie odsznurowane torbiele rzadko bywają w głębi oczodołu, — pierwszy spostrzegł je Ripoll (1870 r.).

Coppez przedstawił 26 listopada r. z. dziecko z »byłą meningoencephaloccele orbitae«, pokazywane w Towarzystwie oftalm. belgijskiem w roku 1897 przez v. Duyse i Mayarta, któremu wyłuszczone torbielowy worek z oczodołu, nie ruszając drugiej torbieli wielkości grochu, a znajdującej się w przednio-wewnętrznym kącie oczodołu; drobnowidowe badanie przekonało, że była to meningoencephaloccele orbitalis; w worku znajdował się płyn podobny do liq. cerebro spinalis, w ilości 5 grm. W maju pozostawiony guzek powiększył się i Dr Depage

<sup>1)</sup> »Nowoobrazowania w obyczajnych miastach mozgowych gryż« — (tamże, w r. 1896.

<sup>2)</sup> »Ueber die von Lymphgefässen ausgehenden Neubildungen am Auge«. 1889. Dissert. Beiträge z. pathol. Anat. etc. v. Ziegler. Bd. V.

przy operacyi znalazł guz białawy, twardy i nieco przyrośnięty, w którym drobnowid wykrył tkankę włóknistą, bliznowatą<sup>1)</sup>.

Z odsznurowanemi przepuklinami mózgowemi mają pewną łączność t. zw. teratomy oczodołowe (teratoma orbitae congenitum). Przypadek, spostrzegany przez Brøera i Weigerta (1876 r.), jako budzący wysoce naukowe zajęcie, był streszczony w dziele Berlin'a<sup>2)</sup>: »Torbielowy nowotwór, wielkości pomarańczy, wyrastał z prawego oczodołu niemowlęcia, które zmarło po 2 dniach. Czy autorowie, zapytywał prof. B., rozpoznawali rodzaj guza in vivo — nie widać z ich historii choroby. Drugi podobny przypadek opisał Lagrange u 20-dniowego dziecka p. t. Tumeur congénitale embryonnaire à tissus multiples (nerveux et conjonctif) de l'orbite<sup>3)</sup>. Trzeci wreszcie przyczynek do teratomatu oczodołu noworodków podał świeżo prof. Ewetzky w Tow. oftalm. w Moskwie (18/IV r. b.) pod nazwą cephaloma orbitae dext. separatum. Jeszcze trzeciego dnia po urodzeniu widziano gałkę na wierzchu guza, wyrastającego z oczodołu, lecz już nie istniała więcej podczas exenteratio orbitae u 4½-miesięcznego dziecka. W żółto-białym, gąbczastym nowotworze, zawierającym kosteczki i barwik, wykryto, iż przeważnie się składał z tkanki łącznej i nerwowej, głównie neuroglii; prócz tego zawierał gołe jądra i duże komórki z obfitą protoplazmą; znaleziono w nim też torbiele, lecz bez własnych ścianek z migającym nabłonkiem. Ewetzky wypowiedział zdanie, że »we wczesnym okresie życia płodowego pewna grupa komórek, oddzieliwszy się od pierwotnego mózgowego zarodka, mogła się znaleźć na ulubionej w podobnych razach wewnętrznej ścianie oczodołu i w dalszym zarodkowym okresie stopniowo wypełniła cały oczodół«; obecnie cephalomat nie znajdował się w bezpośredniej łączności z mózgiem i jego błonami, jak to dowiedziono przy encephalocela na kościach nosowych. Przeciw temu ostatniemu zdaniu oświadczyli się Wasi-

<sup>1)</sup> L. c. str. 683 i nast.

<sup>2)</sup> »Archiv d'Ophthalmologie«. 1895.

<sup>3)</sup> »Wracz«. Nr 22. 1900.

ljew i Gołowin, dowodzący, że cephalomat ten w wierzchołku oczodołu łączył się za pomocą nóżki z mózgiem; ta ostatnia podczas operacji pozostawioną została w głębi jamy, i nowotwór, wkrótce z niej rozrośnięty, wypełnił znowu cały oczodół<sup>1)</sup>.

Dok. n.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie.

### **3. Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyńiówki i siatkówki (atrophia gyrata chorioideae et retinae).**

Podat

DR ADAM BEDNARSKI,  
I asystent kliniki.

Dokończenie.

Objawy i obraz chorobowy obu tych przypadków w krótkości zebrane odpowiadają:

1. Zanikowi naczyńiówki, który najwybitniejszym jest w tylnej części gałki, gdzie obok grudek barwиковych i naczyńi naczyńiówki są bledsze, cieńsze i nieliczne — mniej zaś wybitnym na równiku, gdzie objawia się tylko nielicznymi grudkami barwiku.

2. Zanikowi barwika siatkówkowego, który również, tak, jak zanik naczyńiówki, nawybitniejszym jest w tylnej części gałki, gdzie przybłonka barwиковego prawie nie widać, na równiku tworzy wyspy, na obwodzie zaś jest tylko rozszerzonym.

3. Poczynającemu się zanikowi siatkówki, mianowicie warstw jej zewnętrznych, to jest pręcików i czopków (zmniejszenie bystrości wzroku środkowej, scotoma absolutum pierścieniowate, zwężenie pola widzenia dla barw, zmniejszenie się czucia światła).

4. Krótkiemu wzrokowi średniego stopnia.

5. Obok tego w przypadku drugim mamy wybitną sprawę

---

<sup>1)</sup> Coppez: Meningocéphalocèle binoculaire de l'orbite avec occlusion de la poche kystale (»Clinique Ophth.« Nr 2. 1900).

miażdżycową naczyniówki, która najwięcej jest rozwiniętą również w tylnym odcinku gałki (naczynia przedstawiają się tutaj jako białe bite pasy, lub pasy białe z bardzo wąskim słupem krwi).

Obraz zaniku barwika siatkówkowego jest najbardziej znamienym i najwybitniejszym, przytem występuje on we wszystkich przypadkach w ten sam sposób charakterystyczny, że wskutek tego tak zwany zanik okrężny naczyniówki i siatkówki słusznie całkiem za Fuchs'em uważać można jak chorobę samoistną i z tego jednego objawu już rozpoznawać ją można.

Nazwa zaniku barwиковego jest dziś właściwie przeżyta, pod nią kryją się różne sprawy chorobowe i chętnie winniśmy z ogólnego pojęcia »zaniku barwиковego« poszczególne obrazy chorobowe wyłączać.

Obok znamienego zachowania się przybłonka barwиковego siatkówki występowała również we wszystkich znanych dotąd przypadkach w literaturze myopia niskiego, średniego lub wysokiego stopnia.

Zanik tarczy nerwu wzrokowego wraz ze zanikiem warstwy nerwowej (wewnętrznej) siatkówki uważać należy tylko jako sprawę następową, tak samo, jak zaćmienia soczewki w tylnych warstwach kory.

Trzy moje przypadki różnią się od przypadków, opisanych przez Cutler'a<sup>1)</sup> i Fuchs'a<sup>2)</sup>, tem, że 1. w dwóch przypadkach występowała wybitna miażdżycza naczyniówki i że 2. przedstawiają wczesne okresy sprawy chorobowej, wskutek czego w żadnym przypadku nie było zaćmy korowej, a w jednym tylko przypadku (Józef Holak<sup>3)</sup>) był początkowy zanik tarczy nerwu wzrokowego.

---

<sup>1)</sup> C. W. Cutler: Drei ungewöhnliche Fälle von Retino-Chorioideal Degeneration. — Arch. f. Augenheilk. XXX.

<sup>2)</sup> E. Fuchs: Ueber zwei der Retinitis pigmentosa verwandte Krankheiten (Retinitis punctata albescens und atrophia gyrata chorioideae et retinae). — Arch. f. Augenheilk. XXXII.

<sup>3)</sup> Przegląd Lekarski. Nr 47. 1899.

Na podstawie trzech moich przypadków i na podstawie przypadków, opisanych przez Fuchs'a, Cutler'a, Lewinsohn'a i innych, pozwalam sobie uczynić następujące uwagi:

Etyologia i objawy podmiotowe zaniku okrężnego siatkówki i naczyńówki podobne są jak przy zaniku barwikowym siatkówki, tylko, że przy zaniku barwikowym zwyczajnie mamy wybitne zwężenie pola widzenia, przy zaniku zaś okrężnym, nawet w przypadkach dość daleko posuniętych, zwężenia pola widzenia niema (obaj bracia Pona), za to występuje ubytek bezwzględny pierścieniowaty pola widzenia.

Obraz wzornikowy obu tych chorób przedstawia się wręcz przeciwnie. Przy zaniku barwikowym siatkówki na pierwszy plan zwykle występują złogi barwikowe w siatkówce, będące wyrazem przerostu komórek barwikowych, przy zaniku zaś okrężnym na pierwszy plan występują wyspy, powstałe skutkiem zaniku barwika siatkówkowego. Wyspy te dobrze utrzymanego przybłonka barwikowego są bardziej znamienne, niż złogi barwikowe, bo występują zawsze i tylko przy atrophia gyrata, podczas, gdy obraz retinitis pigmentosa może być i następowym objawem zaniku naczyńówki i siatkówki skutkiem różnych przyczyn, nie jest więc istotnym objawem, tem bardziej, że mamy i retinitis pigmentosa sine pigmento.

Jako przyczynę anatomiczną wyżej opisanej sprawy chorobowej przyjmuję na podstawie dotychczasowych badań (Wageman<sup>1)</sup>, E. Krueckmann<sup>2)</sup>, Hertel<sup>3)</sup> i in.) zmiany w tylnych naczyniach rzęskowych, skutkiem których przychodzi do zaniku odpowiednich części naczyńówki, a następnie do zaniku odpowiednich części przybłonka siatkówkowego, a wreszcie siatkówki. Przy retinitis pigmentosa również początkowo przychodzi skutkiem zaburzeń odżywczych do zmian wstecznych w przybłonku, które z jednej strony mogą się następnie objawiać zanikiem, z drugiej strony jednak, co dzieje się zwykle,

---

<sup>1)</sup> V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XXXVI.

<sup>2)</sup> V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XLVII i XLVIII.

<sup>3)</sup> V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XLVI.

przychodzi do przerostu. Przerost taki komórek przybłonkowych siatkówki może mieć tylko wtedy miejsce, skoro siatkówka okazuje już objawy zwyrodnienia, tak, że bujanie przybłonka barwikowego do siatkówki stoi zawsze w związku ze zniszczeniem warstwy pręcików i czopków (Wagemann, E. Krueckmann i in.). Skoro więc przy retinitis gyrata nie przychodzi do bujania, możnaby z tego wnosić, że tutaj albo nie przyszło do zniszczenia czopków i pręcików, albo też nie przyszło do zaniku przybłonka barwikowego, a tylko do zmian w czynności tegoż przybłonka, połączonych ze zanikiem ziarenek barwika. Komórki przybłonkowe, przynajmniej w początkowych okresach, skutkiem złego odżywienia nie są w stanie wytwarzać ziarenek barwika. Odpowiada to zupełnie rozwojowi ziarenek barwika. Scherl<sup>1)</sup> mianowicie znalazł, a potem Krueckmann to samo stwierdził, że w oku zachodzi stosunek zależności między bliskością pnia naczyniowego, a pierwszym rozwojem barwika. »Das Fehlen des Gefässsystem im Innern des Auges bei den Vögeln auch die Erklärung abgiebt für das constante erste Auftreten des Pigmentes an der äusseren Fläche der proximalen Lamelle, während man bei allen Säugethieren und auch beim Menschen, wo ein inneres Gefässsystem vorhanden ist, das Pigment zuerst an der Innenfläche der proximalen Lamelle auftreten sieht«. (Scherl).

Jak więc mamy zależność między tworzeniem się naczyń, a tworzeniem się barwiku, możemy śmiało przypuścić zależność między zanikiem naczyń a zanikiem barwiku w komórkach przybłonkowych siatkówki. Komórki same jednak zachowują swą postać, mogą, co najwyżej, się powiększać, co — wedle Wagemanna — jest właśnie pierwszą oznaką ich uszkodzenia, są przytem przezroczyste, tak, że przez nie możemy widzieć dokładnie zanikowe zmiany w naczyniówce. Wskutek tego nie przychodzi tutaj do bujania komórek barwikowych, bo te, aby zaczęły bujać, wprawdzie musiałyby ulegnąć zanikowi.

W tym stanie upośledzonej czynności mogą komórki przy-

---

<sup>1)</sup> V. Graefe's Arch. f. Ophtalm. XXXIX.



błonkowe długie lata się utrzymywać, co jest właśnie znamieniem dla retinitis gyrata i nie przychodzi długo do odłuszczenia (deskwamacyi) przybłonka. Wskutek tego jednak, że komórki przybłonkowe, te tak ważne składniki oka, nie spełniają swej czynności należycie, i czynność czopków i pręcików musi na tem cierpieć i po dłuższym czasie przychodzi do zaniku tychże, co daje dopiero powód do zmian już następowych zwyrodnienia barwikowego siatkówki.

Kończąc, pozwalam sobie złożyć podziękowanie prof. Dr. Machekowi za odstąpienia mi powyższych przypadków do publikacyi.

## II. STRESZCZENIA.

3. *Guzowate wydęcie żył powieki górnej.* (Knötchenförmige Ausdehnung der Venen des Oberlides). Dr E. Bock z Lublany. (>Centrbl. f. Augenheilk. < 1900. IX).

Na górnej powiece 32letniego robotnika widział autor dwa wydęcia żyłne, umiejscowione pod zdrową skórą. Wydęcia te, wielkości maku, były miękkie i dały się przez ucisk palcami po części wypróżnić. Żyły skóry powiekowej były tylko miejscami silniej przepełnione, zresztą nie było widać nic nadzwyczajnego ani na powiekach, ani na gałce ocznej. Naczynia dna oka silnie wypełnione; serce i mocz prawidłowe.

1. *O wędrówce tuszu z tatuowanych blizn rogówki.* (Ueber Massenauswanderung des Tusche aus tätowirten Leucomen). Dr L. Steiner w Soerabaya (Java). (>Centralblatt für praktische Augenheilkunde < 1900. IX).

Wiadomo, iż w wielu przypadkach czarna barwa tatuowanych blizn rogówkowych blednieje z czasem. — Autor przytacza dwa przypadki, w których tusz, opuściwszy swoje pierwotne miejsce, utworzył nowe czarne plamy na rogówce. Pierwszy przypadek dotyczy chorej, tatuowanej z powodu blizny na rogówce przed dwoma laty. Po upływie tego czasu blizna pobieliała i połyskiwała, a tusz wywędrował z pierwotnego miejsca, tworząc nowe siedliska, jużto do blizny przytykające, jużto od niej oddalone i to albo jako pojedyncze punkteiki lub jako większe gromady. — Drugi przypadek dotyczy chorego, tatuowanego na obu oczach dla blizn rogówkowych.

Po upływie pięciu miesięcy zmienił się pierwotny stan w ten sposób, iż na obu rogówkach tusz przedstawiał prawidłowe, gwiaździste wąskimi liniami ze sobą połączone, figury; między nimi widać było białe miejsca pierwotnej blizny.

W obu przypadkach nie zaszły żadne objawy zapalne.

Na przecięciach tatuowanej rogówki znajdował autor ziarna barwiku, nagromadzone przeważnie w delikatnych ciałkach rogówkowych i ich wypustkach.

*Dr Gruder.*

*O glejaku siatkówki.* Dr I. Steinhaus. (*»Medycyna«*. 1900. Nr. 18 i 19).

Historia chorego, którego gałkę miał autor sposobność badać, jest ciekawym obrazem cierpienia rodzinnego; z dziewięciorga bowiem rodzeństwa ojca, u trojga rozwinął się glejak siatkówki w jednym oku, zaś w kilkanaście lat pojawił się ten nowotwór już w drugim pokoleniu, mianowicie u siostry operowanego, a w cztery lata potem u dotyczącego chorego.

Badania swe przeprowadził autor w ten sposób, że utrwałił gałkę w płynie Z e n k e r'a, przepołowił i zatopił w parafinie; skrawki zaś barwił hematoksyliną i cozyną lub v. Gieson'em.

Pod mikroskopem szkieleł guza, którego rzeczywista długość wynosiła 12 mm., szerokość 7 mm., grubość 6 mm., stanowiły naczynia, będące dalszym ciągiem naczyń siatkówki, właściwy zaś miąższ składa się z komórek, które, im dalej od naczyń, tem więcej są obumarłe, żywe zaś, dobrze się barwiące, stanowią rodzaj płaszcz, pochwy komórkowej wokoło każdej pary naczyń (tętn. i żyły), co nadaje nowotworowi znamieny wygląd, opisany już przez Becker'a, v. Duyse'go i Wintersteiner'a pod nazwą wianków komórkowych, przypominających przekrój gruczołu. Taki płaszcz komórkowy ma szczególniejszą budowę, przedstawia bowiem zbiór okrągłych grup komórek, leżących obok siebie. W grupie takiej komórki postaci stożkowej ułożone są w postaci wianka w ten sposób, że podstawa zwrócone są do obwodu, wierzchołkiem do światła wianka. Badając pewien szereg skrawków, przekonał się dalej autor, że grupy te są to kule, utworzone z tych komórek stożkowatych, układających się dośrodkowo, z pozostawieniem światła w środku, a wianki są kulami, przeciętymi w równiku, zbiór zaś tych kul tworzy ów płaszcz komórkowy.

Przekroje starszych płaszczów z poczynającą się nekrozą obwodowych części składają się tak samo z kulistych grup komórek, lecz w przeważnej części kule te nie posiadają światła. W najstarszych zaś częściach nowotworu większość płaszczów składa się z masy leżących obok siebie komórek bez żadnego znamienego

układu. Wpóśród całego miąższu glejaka wyróżniały się swoją wielkością w niewielkiej liczbie nieprawidłowo rozsiane komórki zwojowe.

Autor zgadza się z zapatrywanieniem Wintersteina, który wywodzi glejaki z atypowego rozrostu nieużytych przy tworzeniu się siatkówki zarodkowych neuroepitelialnych komórek i sądzi, że w pierwszym okresie rozwoju nowotworu z neuroepithelium tworzą się opisane kule ze światłem, później, kiedy komórki zatracają swoje znamię nabłonkowe, nowotwór przekształca się w właściwego glejaka przez przeobrażenie się komórek nabłonkowych w komórki neuroglii. Część wszakże komórek może długo lub do końca zachować swoje znamię nabłonkowe i wtedy wśród glejaka znajdują się jeszcze wianki; część zaś może przeobrazić się nie w komórki neuroglii, lecz w komórki zwojowe, stąd ich obecność w glejaku.

*Dr Ewiewski.*

*Mechanizm akomodacji.* Pachomow z Orenburga. (»Wojenno-medice. Żurnał«. Październik. 1900).

Co powiedzą Niemcy, jeśli się dowiedzą, że jakiś tam w stepach azyatyckich lekarz ośmielił się twierdzić, iż ustalona i przyjęta w nauce hipoteza Helmholtz'a mechanizmu akomodacji nie ma racji bytu? Chociaż soczewka posiada największą bezwzględną łamliwość (1,4371, gdy ciecz wodna tylko 1,3365), lecz ponieważ promienie wchodzi do niej z cieczy wodnej, przeto trzeba znać stosunkową jej łamliwość, a ta =  $1,4371 : 1,3365$ , czyli 1,0745, jest więc znacznie mniejsza od bezwzględnej łamliwości cieczy wodnej. Prócz tego promień krzywizny przedniej powierzchni rogówki jest mniejszy (7,8), aniżeli promień krzywizny przedniej powierzchni soczewki (10,0 mm.). A więc ciecz wodna załamuje promienie daleko więcej, aniżeli przednia powierzchnia soczewki. Autor robił doświadczenia nad sobą: siedząc pod wodą, zaczynał rozpoznawać w niej przedmioty tylko wtedy, jeżeli trzymał trzy szkła wypukłe, każde 20 D., to jest, że w takich razach oko nasze potrzebuje znacznie silniejszych szkła, aniżeli po operacji zaćmy, to znaczy, powiada Dr P., że soczewka załamuje promienie światła słabiej, aniżeli ciecz wodna.

Autor powiada, że w organizmie wszelkie czynne ruchy niezależne są od sprężystości (a takowa »natażka« wymagana jest dla soczewki podług teorii Helmholtz'a), lecz tylko od czynnej działalności mięśni. Otóż, dzięki kurczliwości m. rzęskowego, ciecz wodna, wedle praw fizyki, uciska z tyłu rogówkę i zmusza ją wypuknąć się, takim sposobem w akcie akomodacji gra ważną rolę wydłużenie przednio-tylnej osi gałki. Twierdząc, że akomodacja zależy od wydłużenia przednio-tylnej osi gałki i od powiększenia wypukłości przedniej powierzchni ro-

gówki, nie odmawia zresztą P. udziału w tem i soczewce, w której przy tym akcie powiększa się wypukłość obu jej powierzchni. Teorią swoją Dr P. stara się wytłómaczyć przypadki istniejącej akomodacji w oku, pozbawionem soczewki; brak zaś akomodacji po wydobyciu zaćmy można wytłómaczyć ogromnym urazem gałki wskutek tej operacji. Odmawiając soczewce głównego znaczenia w sprawie akomodacji, Dr P. przypisuje jej znaczenie osłabienia chromatycznej aberracji, jako drugiemu obiektywowi.

Nie wdając się w szczegóły tej teorii, od siebie dodam, że o zależności akomodacji od zmiany krzywizny rogówki pisali: Fries (1839), Vollée (1845), Pappenheim i in., lecz przypuszczenie to zostało uznane za błędne jeszcze przed Helmholtz'em (por. Hirsch'a »Geschichte der Ophthalmologie«). *Dr J. T.*

2. *Uszypułowany skórzak w zewnętrznym kąciku powiek u dziecka.* (Gestieltes Dermoid im äusseren Lidwinkel eines Kindes). Dr E. Bock z Lublany. (»Centralbl. f. Augenheilk.«. 1900. IX).

Autor opisuje przypadek skórzaka u jednomiesięcznego, zdrowego dziecka.

Skórzak, wielkości grochu, był umiejscowiony w zewnętrznym kąciku powiek i przyrośnięty do wolnego brzegu dolnej powieki, od górnej zaś powieki był on ostro odgraniczony; prócz tego był także przyrośnięty do dolnego załamka spojówki.

Po wycięciu skórzaka znalazł autor na przecięciach składniki skóry, zwykle napotykanne w skórzakach.

*Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagałkowej i okołoszczękowej z następczym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego.* Dr Troczewski. (»Czasopismo Lek.« 1900. Nr 4).

Chory 41letni, cierpiąc od kilku dni silny ból zęba trzonowego górnego prawego, dał sobie go wyrwać felezerowi. Zaraz po wyjęciu cała strona prawa twarzy szybko nabrzmiała, chory wieczorem miał gorączkować i zauważył wysadzenie gałki prawej z jednocześnie upośledzeniem wzroku. Ponieważ stan coraz bardziej się pogarszał, udał się chory do szpitala, gdzie autor przy badaniu znalazł, co następuje: stan gorączkowy; twarz po stronie prawej potwornie spuchnięta, twarda, bolesna; gałka prawa prawie zupełnie wysadzona, rogówka zmętniona, sucha. V. = 0. W jamie ust w okolicy wyrwanego zęba, jakoteż pod dolną powieką, wyraźne chelbotanie. W tych to miejscach głęboko nacięto i wypuszczono posokowatą silnie cuchnącą ropę, wypełniającą obszerne jamy: jedną w okolicy szczęki górnej, drugą w całym oczodole. Po przenyciu tych jam, przyczem mógł autor stwierdzić, że one się ze sobą łą-

czyły, wsunęło nieco galkę do oczodołu i założono lekko uciskający opatrunek. Na drugi dzień przyszło jednak do panophthalmitis oka prawego, które wyluszczone. Przez następne cztery dni chory czuł się coraz lepiej, rany zaczęły się pokrywać zdrową ziarniną. Szóstego dnia wkrótce po opatrunku, dla którego chory sam zawsze przychodził, nagle utracił przytomność, zapadł i w  $\frac{1}{2}$  godziny umarł. Sekcja wykazała ropień wielkości dużego kurzego jaja w prawym zrazie skroniowym na podstawie mózgu, świeżo przerwany i opróżniony do jamy czaszkowej.

Autor więc wnioskuje, że wskutek ropnego zapalenia okostnej zębodołu powstało ropne zapalenie tkanki łącznej szczęki górnej i oczodołu. Zapalenie to przeniosło się przez otwór n. wzrokowego do jamy czaszkowej i przyszło do wytworzenia się ropnia na podstawie mózgu. Zwraca tylko uwagę, że w ciągu całej choroby nie było żadnych objawów mózgowych.

*Dr Łuniewski.*

*O wpływie zatrucia gazem świetlnym na narząd wzroku.*  
(Ueber die Einwirkung von Leuchtgas-Vergiftung auf das Sehorgan).  
Dr Purtscher z Klagenfurtu. (*Centralblatt f. Augenheilkunde*, 1900, VIII).

W literaturze znajdujemy bardzo wiele prac, odnoszących się do zaburzeń czynnościowych w zakresie narządu wzrokowego, spowodowanych rozmaitemi zatruciami ostreymi lub przewlekłymi. Znany w tym kierunku działanie alkoholu, tytoniu, ołowiu, dwusiarczku węgla, chininy i t. d. Mało w tym względzie pisano o gazie świetlnym, zapewne z powodu, że zatrucie gazem tym w znacznej części przypadków prowadzi w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego, szczęśliwie zaś kończą się tylko przypadki najłżejszego stopnia i te, gdzie wczesna pomoc odwróciła groźniejsze zaburzenia. Te znów przypadki nie pozostawiają zazwyczaj żadnych następstw po sobie. Prócz tego należy także i tę okoliczność wziąć w rachubę, że zatrucie przewlekłe, które tak często sprowadzają wyżej wymienione trucizny, jest przy gazie świetlnym prawie wykluczone. Dr Purtscher znalazł w literaturze zaledwie 20 spostrzeżeń zatrucia gazem świetlnym, wliczając w to nawet zacczadzenia, czyli zatrucia tlenkiem węgla (CO), co do objawów i przebiegu bardzo do tamtych zbliżone. Wiadomo mianowicie, że tlenek węgla stanowi stałą przymieszkę gazu świetlnego (4 do 11%), a zarazem przedstawia w nim jeden z głównych czynników trujących. W liczbie tych 20 spostrzeżeń znalazł autor w 13 tylko przypadkach wzmiankę o zaburzeniach ocznych, podnosi jednak zarazem, że ścisłość i dokładność badania okulistycznego pozostawiały po większej części wiele do życzenia. Wobec tego uważa on za stosowne ogłosić spostrzeżenie własne,

odnoszące się do 60letniego księdza, który zasnął w pokoju, gdzie gaz świetlny uderzył z niedokręconego kurka. Zatrucie w tym przypadku było bardzo silne, a przywrócenie chorego do przytomności kosztowało wiele trudu i pracy. Jakkolwiek potem, w krótkim stosunkowo czasie, odzyskał zdrowie i siły fizyczne, to jednak wzrok, od pierwszej chwili utracony, powoli i stopniowo powracał. Równocześnie okazywał chory utratę pamięci i zdolności do orientowania się, zniechęcenie umysłowe i pewne utrudnienie mowy. Dokładne badanie oczu, wykonywane kilkakrotnie, wykazywało z początku ślepotę zupełną przy braku zmian wziernikowych, potem dość znaczne niedowidzenie ( $\frac{6}{24}$ ), nadto znamienne ścieśnienie pola widzenia, utrzymujące się stale, pomimo, że bystrość wzroku naosiowa po upływie kilku miesięcy powróciła prawie do stanu prawidłowego. Badanie pola widzenia wykazywało obustronne widzenie połowicze — po lewej stronie pola widzenia zupełne, a po prawej częściowe. W obydwu oczach zachowaną była wrażliwość tylko w dolnym lewym kwadrancie siatkówki. Autor stwierdził również hemianopieczny odczyn źrenic. Jako anatomiczną podstawę tej hemianopsyi przyjęć można z wielkiem prawdopodobieństwem krwotoki lub ogniska rozmiękczynowe w korze obu płatów potylicznych. —

*Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek snu, trwającego siedm miesięcy. Zanik nerwów wzrokowych. Nowotwór przysadki mózgowej.* (Sur un cas de sommeil prolongé pendant sept mois; l'atrophie des nerfs optiques; tumeur de l'hypophyse). Dr F. Socca. («Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière». 1900, III i IV).

Dziewczyna 18letnia, nieobciążona dziedzicznie ani nieokazująca żadnej skazy ogólnej, zlewając się w kąpieli zimną wodą, straciła przytomność, a gdy po pewnym czasie przyszła do siebie, zauważyła upośledzenie wzroku. Zresztą w ogólnem zdrowiu nie zaszła żadna zmiana. Gdy jednak wzrok podupadał coraz bardziej, udała się do szpitala Salpêtrière, gdzie została przyjętą na oddział Dra Socca. Badanie wziernikiem wykazało obustronny rozpoczynający się zanik tarczy nerwu wzrokowego, wybitniejszy po stronie lewej. — Nazajutrz po przyjęciu Dr Socca zastał chorą pogrążoną w głębokim śnie, z którego jednak zdołano ją obudzić, wołając głośno po imieniu i wstrząsając za ramię. Obudziła się wtedy zupełnie, tak, jak ze snu naturalnego, i odpowiadała przysłannie na zadawane pytania, ale po krótkiej chwili zapadła znowu w sen letargiczny. Sen ten trwał u niej następnie prawie bez przerwy przez siedm miesięcy, to jest do zejścia śmiertelnego, spowodowanego zapaleniem płuc i oskrzeli na tle gruźlicy (*bronchopneumonia tuberculosa*). Przez cały ten okres siedmiomiesięczny stan jej utrzymywał się bez zmiany;

dawała się budzić stosunkowo łatwo, ale usypiała natychmiast na nowo. Wyjątkowo budziła się sama, a właściwie budziło ją prawdopodobnie uczucie głodu, bo zawsze w takich razach domagała się posiłku. Wszystkie zresztą czynności fizyologiczne załatwiała prawidłowo. Z początku kilkakrotnie zdarzyły się puste, nerwowe wymioty, później jednak nie powtarzały się one już więcej. Natomiast w ostatnich miesiącach stwierdzono niejaki upośledzenie węchu po prawej stronie i lekki niedowład prawej ręki i prawej nogi. Rzadkie chwile, w których chora była przytomna, pozwalały śledzić stopniowy zanik jej władz umysłowych.

Przy seceyi znaleziono nowotwór miękki, prawie rozplywający się, o utkaniu mięsaka, zajmujący część podstawy mózgu i oddzielony od kości oponą twardą. Nowotwór ten rozciągał się pod dnem trzeciej komory od *lamina perforata posterior* aż do nerwów węchowych (*tractus olfactorii*). Na boki dochodził pod przednią część *gyrus hippocampi*. Nowotwór zdawał się rozrastać kosztem przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*), obrastał obydwie nerwy wzrokowe i ich skrzyżowanie, jakoteż przednią część obydwóch *tractus optici*. Nerwy okoruchowe i odwodzące (*abducentes*) pozostały nienaruszone, natomiast *pedunculi cerebri* były widocznie ugniecione i rozsunięte. —

Autor porównywa to swoje ciekawe i rzadkie spostrzeżenie z ogłoszonymi już przypadkami choroby Gayet-Wernickego. Do obrazu tej choroby należy sen letargiczny, nieraz bardzo długotrwały (w jednym z przypadków Gayet'a pięć miesięcy), a pod względem anatomopatologicznym znamionuje się ona zmianami w mózgu (*poliencephalitis*), obejmującemi szarą istotę okolic *aqueductus Sylvii* i dna trzeciej komory. W przypadku wyżej opisanym okolice te doznawały właśnie największego ucisku. Mimo tego Dr Soea nie przesądza, czy szara istota tych części mózgu kryje w sobie ośrodek snu, jak to przypuszczają niektórzy autorowie. —

Dr K. W. Majewski.

4. *Odczepienie siatkówki po wystrzale z mózdzierza; oślepienie; samoistne przywrócenie wzr: ku.* (Ausgebreitete Netzhautabhebung nach Mörserschuss; Erblindung; spontane Wiederherstellung des Sehvermögens). Dr E. Boeck z Lublany. (Centralblatt f. Augenheilkunde, 1900. IX).

Wskutek nieostrożności przy wystrzale z mózdzierza zostało jedno oko do szczętu zniszczone, podczas gdy na drugim oku stwierdził autor wziernikiem całkowite odczepienie siatkówki, połączone z zupełnym brakiem poczucia światła. Przez trzy miesiące prawie stan się nic nie zmieniał. Po upływie trzeciego miesiąca przyszedł chory, którego dotychczas musiano prowadzić, z radosną

nowiną, iż od tygodnia widzi i sam chodzi. Badanie wzornikiem okazało, jak dawniej, całkowite odzecie siatkówki, przyczem dno oka nie dawało czerwonego odbłasku, źrenica zaś oddziaływała obecnie prawidłowo. Chory liczył palce na trzy metry; pole widzenia było zewsząd ścięsnione. Po upływie dalszych trzech miesięcy chorey liczył już palce na pięć metrów; badanie wzornikiem okazywało mimo to dawny, niezmienny stan rzeczy.

*Przypadek zapadania się gałki w głąb oczodołu.* (Ueber einen Fall von Retractionsbewegung des Auges). Dr Mitsiyasu Inouye z Okoyany w Japonii. (»Die Ophthalmologische Klinik«. 1900. Nr. 18 i 19).

Przypadki zapadania się gałki w głąb oczodołu przy pewnych ruchach oczu — należą do rzadkości. Autor wyszukał w literaturze zaledwie ośm odnośnych spostrzeżeń. Türk jest zdania, że zjawisko to może mieć dwojaką przyczynę: albo jeden z mięśni prostych przyczepia się zbyt daleko od rogówki poza równikiem gałki i, kureząc się, zamiast obracać, wciąga ją w głąb oczodołu, albo gałka oczna jest ze ścianą oczodołu nieprawidłowym wzrostem tak silnie z jednej strony połączoną, że mięsień prosty po przeciwnej stronie nie może jej nadać właściwego obrotu i dlatego pociąga ją tylko w całości ku tyłowi. Anatomiczne badania Heuck'a i Bahr'a potwierdziły pierwsze przypuszczenie Türk'a, co do drugiego nie dostarczono dotychczas żadnego przekonywującego dowodu. Dr Mitsiyasu Inouye posiadał sposobność spostrzeżać przypadek, w którym stwierdził niewątpliwie właśnie ten drugi rodzaj mechanizmu. Chory jego okazuje wrodzony zez rozbieżny oka prawego. Przy usiłowaniu zwracaniu oka na wewnątrz gałka oczna wpada na 5 mm. w głąb oczodołu. Chory pozwolił sobie przeciąć spojówkę dla wykrycia przyczyny tego szczególnego objawu i autor mógł się przekonać, że mięsień prosty wewnętrzny był prawidłowo uciepiony i okazywał znaczny przerost czynnościowy. Natomiast po stronie zewnętrznej w miejscu, gdzie w prawidłowym stanie znajdujemy przyczep mięśnia prostego zewnętrznego, znalazł silny wzrost łącznotkankowy, spajający gałkę oczną z tej strony prawie nieruchomo z zewnętrzną kostną ścianą oczodołu. — Dr K. W. Majewski.

*Przyczynek do kazuistyki obcych ciał w worku spojówkowym.* Dr Bohdan. (»Časopis lékař. českých«. 1900. Nr 40).

Trzydziestopięcioletni rolnik miał być przed rokiem uderzony przy czyszczeniu zboża ziarnem w oko lewe. Odnosząc zapalne objawy do zranienia, wywołanego uderzeniem, leczył się sam okładami zimnymi, które mu jednak tylko chwilową ulgę przynosiły. Ciągłe bowiem czuł mierny ucisk w oku, a powieki miewał z nocy silnie



zalepione. Zaniepokojony tak długo (blisko rok) przeciągającą się chorobą, udał się do autora, który, po odwróceniu powieki górnej, wyjął ze załanka napęczniałe, miękkie, prawie już kielkujące ziarno żyta. Spojówka była silnie przekrwiona, obrzmiała, a na miejscu, gdzie to ciało obce leżało, była widoczna jamka, postaci owego ziarna. W 3 dni po zastosowaniu odpowiedniego leczenia wszelkie objawy ustąpiły.

Dr Luniewski.

*Zapalenie mięszone rogówki, jako objaw pierwotny zonae ophthalmicae.* (De la kératite parenchymateuse comme manifestation primitive du zone ophthalmique). Dr Terrien. (Arch. d'Ophthalm. « Sierpień. 1900).

Powikłania ze strony oka samego, zdarzające się w przebiegu zona ophthalmica, opisywane są już dawno, jednakże nie są one pierwszym objawem zaburzeń w zakresie nerwu trójdzielnego, owszem, jak Hutchinson pierwszy opisał, zjawiają się dopiero wtedy, gdy pęcherzyki na skórze dosięgły swej acme, lub też, gdy sprawa ma się już ku końcowi. Sulzer, później Morax, opisali swego czasu powikłanie zona ophthalm., jako rzadkie względnie zjawisko, zjawienie się zapalenia rogówki mięszonego, i to pierwotnego, t. j. nie po owrządzeniu. W przypadku Sulzer'a zapalenie to zjawiało się równocześnie z wysypką; Morax opisuje w swoim przypadku zjawienie się zapalenia rogówki w 8 dni po zjawieniu się wysypki. T. opisuje także to powikłanie, przytaczając historię choroby, w której ten punkt jest odmiennym, że zapalenie rogówki mięszone było częściowe i ograniczało się tylko do górnego odcinka rogówki i wystąpiło 14 dni przed wystąpieniem opryszczki.

Dr Brudzewski.

*Keratitis annularis.* K. Grunert. (Beilageheft zum »Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde«. 1900).

W r. 1885 Vossius pierwszy opisał keratitis interstitialis centralis annularis (10 przypadków). W roku 1890 Pfister podał 130 przypadków tej postaci zapaleń rogówki. Autor twierdzi, że literatura tego przedmiotu jest bardzo małą. Dla uzupełnienia muszę wspomnieć, że i ja, bodaj, czy nie pierwszy, spostrzegałem takie przypadki, i jeden z nich opisałem i objaśniłem ryciną w »Kauk. Med. Zborniku«, nr 5, jeszcze w roku 1868, w dziale keratitis exfoliativa. Dr G. opisał treściwie 7 spostrzeżeń i objaśnił je 34 rycinami na 2 tablicach (IV i V).

Przy tego rodzaju zapaleniach rogówki wytwarzają się współśrodkowe do jej obwodu zmętnienia i owrządzenia, okrągłe albo owalne, pojedyncze, albo podwójne; kółka te, złożone z nacieku w miąższu rogówki, bywają albo całkowicie zwarte, lub też czę-

ściowe, niezłączone końcami. Naczynia krwionośne biorą mały udział w tem zapaleniu, pojawiają się głównie w okresie gojenia się. Etiologia sprawy tej niejasna, obwiniano kiłę wrodzoną. Leczone atropiną, żółtą rtęciową maścią, ciepłymi okładami i opaską.

W końcu rozprawy Dr G. wypowiada zdanie, że keratitis annularis wytworzeniem się, przebiegiem, zejściem i udziałem ogólnego stanu zdrowia zupełnie się różni od keratitis parenchymatosa, często zależnej od syphilis cong. lub gruźlicy i wogóle od przewlekłych ogólnych zachorzeń. Keratitis annularis do pewnego stopnia zbliżoną jest z powierzchownem jej cierpieniem przy herpes zoster, tu i tam wytwarzają się pęcherzyki i ubytek nabłonka, w obu też stwierdzamy często znieczulenie rogówki przy dotyku. *Dr J. T.*

*Jednoczesne miesiączkowanie przez pochwę i skórę dolnej powieki.* Doc. Dołganow. (>Wracz«. Nr 37).

Przypadek taki spostrzegano w oftalm. petersburskiej klinice u 25letniej chorej, która uskarżała się na tępy ból w oczach i nadoczodołowych okolicach przed i podczas miesiączkowania. Przed 8 laty na lewem oku zrobiono strabotomię, od 4 zaś lat co miesiąc, podczas odpływu krwi z pochwy, który trwa regularnie 9 dni, cieknie krew z zewnętrznego kąta lewej dolnej powieki; wypływ ten ma miejsce w pierwszych 2—3 dniach, potem ustaje na 1½ lub 2 doby i dalej trwa do końca miesiączkowania. Krew z ciemniejszej wtedy powieki wydziela się obficie, ciekąc po twarzy i po boku nosa; w ciągu 2 godzin opaska z merli przemakała krwią; w krwawieniu tem spojówka nie brała najmniejszego udziału. W skórze powieki nie wykryto ani śladu pęknięcia lub zdrapania. Krew, zbadana histologicznie, składała się z niezmienionych ciałek krwi, mających mało skłonności do składania się w ruloniki, białych ciałek krwi było bardzo mało, co autora naprowadza na myśl, że krwawienie miało tu miejsce pręcej per rhexin, aniżeli per diapedesin. Krwawienie ze skóry (papillae) lub też z naczyń potowych gruczołów powiek, przy prawidłowem wogóle miesiączkowaniu, przedstawia dziwny naczynioruchowy refleks, który, nie wiadomo dlaczego, wybrał w tym celu skórę lewej dolnej powieki. U tej chorej znaleziono: endometritis chron. i perioophoritis lewego jajnika, a także zwężenie chromatycznego pola widzenia, szczególnie w lewem oku.

*Dr J. T.*



### III. ZE STOWARZYSZEŃ.

#### Z XIII międzynarodowego kongresu lek. paryskiego.

Sekcja patologii ogólnej.

*O zaburzeniach ocznych w przebiegu chorób przewodu pokarmowego.*

Le Gendre. W przebiegu chorób przewodu pokarmowego występują niezbyt rzadko różne zaburzenia narządu wzrokowego. W cierpieniach jelit lub żołądka, połączonych ze znaczną utratą płynów (wymioty, biegunka), występuje zazwyczaj mniej lub więcej wybitny *enoftalmos*, a wyjątkowo tylko zdarza się w przypadkach tych przemijający trzeszcz gałek ocznych, czemu towarzyszy zazwyczaj znaczniejszy nawał krwi do głowy i twarzy. W przypadku gwałtownej kolki żółciowej widział Le Gendre jednostronne rozszerzenie źrenicy. Pod wpływem zastrzykiwań morfiny, stosowanych dla uśmierzania bólów, występowała na drugim oku *miosis*, podczas, gdy źrenica rozszerzona nie ulegała zmianie. Wogóle rozszerzenie źrenicy towarzyszy takim cierpieniom przewodu pokarmowego, które powodują silne bóle i połączone są ze wzdęciem brzucha; zwężenie natomiast źrenic występuje raczej w stanach przewlekłej niestrawności, nieżytów jelitowych, prowadzących do charłactwa. Z innych zaburzeń ocznych w przebiegu cierpień żołądkowych należy wymienić: zez, dwuwidzenie, nystagmus, niedomogę akomodacji, mroczki świetlne (*scotoma scintillans*) i t. d. Jako jedyną przyczynę wszystkich tych objawów ocznych uważa Le Gendre samozatrucie ustroju wytworami różnych fermentacji, wywołanych zaburzeniami w narządzie trawienia.

Sekcja neurologii.

*Wiąd rdzenia a ślepotą.*

P. Marie i M. Świtalski. W liczbie chorych, dotkniętych wiądem rdzenia i równocześnie zanikiem nerwów wzrokowych, spotykamy się bądźto z osobnikami wycieńczonymi rozwiniętym i długotrwałym już typowym wiądem z zupełnym bezwładem, a nawet bezwładem kończyn, ze zaburzeniami odżywczymi i t. d., bądźteż z takimi, u których rozpoczynający się wiąd rdzenia lekkiej postaci, przy ogólnem dobrem wyglądanu, objawia się zaledwie z rzadka występującymi bólami strzelającymi i zniesieniem odruchu kolanowego. Zdaniem autorów należy zatem rozróżniać dwie postaci chorobowe: tabes ze zanikiem nerwów wzrokowych (*le tabes avec atro-*

*phie papillaire*) i zanik nerwów wzrokowych u tabetyków (*l'atrophie papillaire des tabétisants*).

Babiński nie podziela zapatrywania, wygłoszonego przez Benedik't'a i Dejerine'a, że wczesny zanik nerwów wzrokowych powstrzymuje niejako dalsze zwyrodnienie sznurów tylnych, chociaż nawet Charcot był zwolennikiem tej myśli, wyrażając ją malowniczo, że niszcząc nerwy wzrokowe „*le Monstre s'était satisfait*“.— Babiński widział wielu wcześniej oslepłych tabetyków, których wiad, mimo tego, w niepowstrzymanym pochodzie stopniowo zupełnie ubezwładnił i zniszczył.

Dejerine występuje w obronie antagonizmu, jaki, zdaniem jego, zachodzi między zanikiem nerwów wzrokowych a zwyrodnieniem sznurów tylnych, i wskazuje na nierzadko spostrzegane zjawisko, że z chwilą zupełnej utraty wzroku tabetyk doznaje pewnej ulgi ze strony bólów strzelających w kończynach dolnych.

Brissaud popiera zapatrywanie Dejerine'a i wyraża głębokie przekonanie, że, gdy już ślepoła jest zupełna, wtedy dalszych postępów choroby nie należy się obawiać, i twierdzi, że nie widział jeszcze ani razu u tabetyka zupełnie już ślepego — objawu Romberg'a lub też bezładu ruchowego.

*Pismo zwierciadlane*<sup>1)</sup>.

Dr Ballet miał sposobność spostrzegać, jak u ośmioletniej dziewczynki, która była z urodzenia mańkutem, wyrobiło się pismo zwierciadlane (*écriture en miroir*). Dziecko to w szóstym roku życia nauczyło się pisać przy pomocy starszej siostry, a raczej przypatrując się jej tylko, gdy pisała. Samo jednak pisało zawsze od prawej ręki ku lewej i używało do pisania wyłącznie ręki lewej tak długo, dopóki jej w szkole tego sposobu pisania nie odcuzono. Karol Vogt wypowiedział twierdzenie, że pismo zwierciadlane jest prawidłowem pismem lewej ręki. Ballet na podstawie powyższego spostrzeżenia rozszerza i uzupełnia to zdanie w sposób następujący:

Pismo zwierciadlane jest pismem naturalnem i prawidłowem u mańkutów, u których wychowanie, a w szczególności nauka szkolna nie wypaczyły (*fausser*) tej wrodzonej skłonności.

Dr Sollier utrzymuje, że sprawa pisma zwierciadlanego jest o wiele zawilszą, niż ją przedstawia Dr Ballet. Nie chodzi tu jedynie o samo tylko zaburzenie czynności mięśniowych, ale także ważną rolę odgrywają tutaj wzrokowe błędne wyobrażenia co do strony prawej i lewej. Drowi Sollier'owi powiodło się u osób histerycznych sprawić, że uważały rękę prawą za lewą i odwrotnie.

<sup>1)</sup> Por. »Postęp Okulistyczny«. 1900. Str. 108.

W ten sposób zdołał u osób tych wytworzyć następnie zdolność do pisma zwierciadlanego. Nakoniec oświadcza się Dr Sollier przeciw zapatrywaniu, jakoby istniał w mózgu gdziekolwiek osobny »ośrodek pisma«. —

Sekeya dermatologii i syfiligrafii.

*O przyczynach ogólnego zakażenia przy rzeżączce.*

Dr Balzer z Paryża:

W wykładzie swym zestawia autor rozmaite zapatrywania na sposób, w jaki powstają różne zaburzenia ogólne w przebiegu rzeżączki miejscowej. We wielu przypadkach zostały w narządach, dotkniętych przerzutowem zapaleniem, wykryte dwinki Neisser'a, n. p. w wysięku zapalnym, pochodzącym z jamy zajętych stawów. Niejednokrotnie oprócz gonokokków znaleziono równocześnie i inne bakterye, zwłaszcza ropno, co świadczy o zakażeniu mieszanem. W przypadkach, gdzie badanie bakteriologiczne zapalnych wysięków żadnych drobnoustrojów nie zdołało wykazać, przyjmuje Dr Balzer działanie toksyn, tak zwanych *gonotoksyn*. Gonotoksyny te mają być wytworem życiowej przemiany materyi, odbywającej się w dwinkach rzeżączkowych, gdyż, wedle de Christmas'a, przechodzą one do przesączu tylko żywych hodowli gonokokka. Płyn w ten sposób otrzymany posiada wielką jadowitość i już w bardzo małych dawkach zabija morskie świnki w kilku godzinach. Autor zwraca uwagę, że przerzutowe zapalenie spojówki oka w przebiegu rzeżączki cewki moczowej może przysięść do skutku każdą z wyżej wymienionych dróg. Raz jednak tylko znalazł Morax w wydzielinie spojówkowej z podobnego przypadku Neisser'owskiego gonokokka. W innych ogłoszonych przypadkach przerzutowych zapaleń ocznych pośredniczyły zapewne owe gonotoksyny.

(Według »Semaine médicale«.)

Dr K. W. Majewski.

---

#### IV. LECZNICTWO.

32. Krople z ichtyolu 10% (z gliceryną) zachwala A. Bielewicz przy jaglicy: mieszki stopniowo zmniejszają się, nowe nie wytwarzają się, i po 3—4 tygodniach spojówka przybiera wygląd prawidłowy; nawet śluzoropna wydzielina tej ostatniej pod wpływem ichtyolu szybko ustępuje; środek ten działa tu jako zwężający krwionośne naczynia, jakoteż przeciwnie. Autor przy tem leczeniu spostrzegał u niektórych chorych niewielki ból w kościach oczodołu. — Taki rozczyn

wywołuje lekkie pieczenie w spojówce, trwające od 5 do 10 minut. U chorych, którzy przywykli do tego środka, można powiększyć stężenie roztworu do 20%, nigdy jednak, z powodu silnego pieczenia, do 30 do 50%, jak poleca Ebersson. Zapuszcza się krople ichtyolowe raz lub dwa razy na dzień.

(„Wojenno-mediceinskij Żurnał“<sup>4</sup>. Sierpień. 1900.) Dr F. T.

33. Amyloform, jako gazę amyloformową, zaleca Dr Meyer zamiast jodoformu. Działa ona równie skutecznie, a nawet może skuteczniej, niż jodoformowa, nie wydaje zaś nadto, jak ta ostatnia, przykroję woni. Gazę tę przepisuje się w ten sposób: Amyloformii 5,0—10,0; Glycerini 10,0; Spiritus 50,0; Aetheris 40,0; Ol. ricini 0,5 M. f. Emulsio. Płynem tym napojoną gazę wyjąławia się w parze.

(„D. aerzt. Praxis“).

W.

## V. ROZMAIŃCOCI.

Jaglica w wojsku rosyjskiem. Świeżo opuściła prasę książka p. t. „Otczot o sanitarnom sostojanii russkoj armii za 1898 god“ (Petersburg. 1900), gdzie znajdujemy dział, poświęcony chorobom ocz. W leczniczych zakładach leczono w 1898 r. 16.568 chorych na oczy, lub 16,8 na 1000 ludzi wogóle; z nich zwolniono ze służby zapisano 1,4 na 1000 ludzi wogóle; w liczbie uwolnionych ze służby zapisano 97 ślepych na jedno oko i 5 ślepych na oba oczy. Prócz tej liczby poważniej chorych, leczono mnóstwo chorych ocznych ambulatoryjnie, a także przy oddziałach wojska. Nagminne wystąpienie chorób ocznych zapisano w 2 miejscowościach, przeważnie w oddziale, wysłanym na wyspę Kretę, dokąd musiano posłać moskiewskiego okręgowego okulistę: epidemję przerwano przez odesłanie wielkiej liczby dotkniętych jaglicą do Odessy.

Nas zajmują chorzy dotknięci jaglicą; tak w powyższem sprawozdaniu podana następująca ich liczba, którą — z własnego wieloletniego doświadczenia — podajemy z wielkiem zastrzeżeniem, że jest o wiele mniejsza, aniżeli to bywa w rzeczywistości (z powodów głównie administracyjno-wojskowych), przytem liczby te pochodzą tylko ze sprawozdań szpitalnych i te są jedynie prawdziwe.

|                                        |      |
|----------------------------------------|------|
| W petersburskim wojskowym okręgu . . . | 129  |
| „ warszawskim „ „ . . .                | 1413 |
| „ wileńskim „ „ . . .                  | 452  |
| „ kijowskim „ „ . . .                  | 1749 |
| „ odoskim „ „ . . .                    | 767  |
| „ moskiewskim „ „ . . .                | 233  |
| „ kazańskim „ „ . . .                  | 37   |
| „ kaukazkim „ „ . . .                  | 674  |
| „ turkiestańskim „ „ . . .             | 55   |

O ile urzędowe liczby te dają wyobrażenie o rzeczywistej ilości jaglicą dotkniętych szeregowców, przekonywa dodatek do sprawozdania z turkiestańskiego wojskowego okręgu, w którym powiedziano: „w szeregach mieliśmy 1112 jaglicowych szeregowców“, a z nich leczono w szpitalach tylko 55; pytanie, ilu ich było leczonych ambulatoryjnie i przy swych komendach w warszawskim i kijowskim wojskowych okręgach, jeśli w samych szpitalach zapisano więcej, niż półtora tysiąca jaglicowych? W wileńskim okręgu wojskowym liczono ich w szeregach 6883, czyli 55,5 na 1000 ludzi wogóle; w warszawskim — 13101, czyli 54,9 na 1000 ludzi wogóle. Skoro w kijowskich szpitalach leczono 1749 jaglicowych, to jest więcej, aniżeli w szpitalach Królestwa Polskiego, to powinno być w wojsku kijowskiego okręgu daleko więcej, aniżeli w szeregach wojsk warszawskiego okręgu, tymczasem podano ich tylko 3060 z liczby 9014 wogóle wszystkich chorych, — liczba zupełnie nieprawdopodobna i zapewne podana pod wpływem miejscowej administracji wojskowej. której nie podoba się wielki % chorych na oczy w tym okręgu.

Niezależnie od uwolnionych od wojska w liczbie 1361 z powodu przewlekłych chorób ocznych, naturalnie prawie wszystkich jaglicowych, w r. 1898 tysiące żołnierzy z ocznymi chorobami opuściło szeregi, jako urlopowani do zapasu armii, roznosząc jaglicę, a z nią zarazę do miast, a przeważnie do wsi. W jednym odeskim wojsk. okręgu uwolniono takich chorych 1636, a przyjęto natomiast jaglicowych nowobranców 2866. Oczywiście taki circulus vitiosus w armii rosyjskiej miał ten skutek, że jaglica z jednej strony podtrzymywała się i szerzyła się w wojsku, z drugiej zaś, że zaraza przenosiła się do ludności przeważnie wiejskiej.

*Dr J. T.*

## VI. JAWNA KORESPONDENCYA.

Dr A. Bednarski ze Lwowa donosi nam, co następuje:

Dr J. Talko na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w dyskusji nad moim odczytem „Ciała obce żelazne w oku“ i t. d. twierdził, iż „wydaje mu się, że niosłusznie nosi on (sideroskop) nazwisko Asmusa, gdyż Narbutt, historyk Litwy, wspomina, że już przed 70 laty używano igły magnetycznej do wykrycia obecności żelaza w oku“ („Postęp Okulistyczny“. Str. 325. Sierpień. 1900).

W wyjaśnieniu tej sprawy pozwalam sobie przytoczyć odpis odnośnego referatu Narbutta z „Dziennika Wileńskiego“. R. 1829 (w dziele Dra I. Bielińskiego jest tylko tytuł podany), z którego wynika, że sideroskopu p. Le Baillif wcale nie używano do wykrycia obecności żelaza w oku.

Przytoczony odpis brzmi:

»Dziennik Wileński«. Rok 1829. Tom IV. Str. 131. Sideroskop, nowe narzędzie magnetyczne, wynalazku pana Le Baillif; przez Teodora Nar-

butta. Pisma naukowe peryodyczne niezbyt dawno doniosły o ciekawem odkryciu pana Le Baillif względem działań na magnes wielu ciał takich, które za zupełnie obojętne w tym względzie fizyka dotąd uważała. Udało się bowiem wynalazcy urządzić prosty aparat magnetyczny, bardzo czuły, z którym doświadczenia czyniac, w przytomności wielu światłych osób, szczególnie pana Ampère, skutek jego dowodnie okazał. Skład sideroskopu jest następujący: Bierze się proste żelźbo słomy, długości 9 cali. Jeżeliby nie było proste, należy końce żelźba w małe śrubszlaczki ująć; śrubszlaczek obciążyć »gwiehciem«, 4 funty ważącym; słomkę zmoczyć i gorące żelazo nad nią przesunąć. Potem magnesuje się do sytości trzy igły do szycia: dwie, ważące po jednym »granic«, a trzecia  $1\frac{1}{2}$  »grana«. Z tych pierwsze wtyka się w grubszy koniec słomki, poziomo, jedna naprzeciw drugiej, w odległości 4 linii. Trzecią, większą, wtyka się podobnie w końcu cieńszym słomki. Całe narzędzie zawiesza się na nici jedwabnej w pudełku szklanem. Taki układ biegunów igieł zupełnie znosi działanie magnetyzmu ziemnego, zwłaszcza przy należytej długości słomki, co nawet powiększa czułość narzędzia. P. Le Baillif wyszczególnia metale, które przyciąganie okazywały, jako to: wszelkie złote i srebrne pieniądze, stare i nowe, francuskie i zagraniczne, zwłaszcza wszystkie monety włoskie, srebrne. Wszelkie kopalne, roślinne i zwierzęce istoty, które jakikolwiek zawierają w sobie ślad żelaza, niklu lub kobaltu. Platyna, chociażby najlepiej oczyszczona. Wszelkie popioły z wodą gumową w laseczki zarobione. Krew w słabym nawet roztworze, byle ogrzana; też cukier; czekolada, szkło butelkowe; zielony i czarny turmalin, niepolarty ani ogrzany; granaty; awanturyn sztuczny i kryształ górny, topaz żółty, kopalwas żelazny, farba berlińska, wszystkie płody wulkaniczne. Wszelkie aliaże metaliczne, mianowicie szpilki mosiężne, nawet najcieńsze, jakich entomologowie używają; spalone podszwy od trzewików; a jeszcze mocniej wewnątrz rogu wołowego spalone; kość słoniowa przepalona, drzewo i t. d. Nie okazują zaś działania: galareta, skóry, kość słoniowa, drzewo, słoma, papier biały, spat wapienny, siarka, ambra, opał, wosk, kakao i kawa palona, cukier rafinowany, cukier mleczny, saletra, ołów, dyament, węgiel pospolity, topaz biały brazylijski i t. d. Wywierają odpychanie: bizmut, nawet bardzo czysty, jako też antymon, lecz nie tak w wysokim stopniu. Autor robi jeszcze uwagę, że trzeba być ostrożnym co do skutków elektryczności, mającej wpływ w tych doświadczeniach: gdyż, kiedy węgiel trzmielinowy polał tylko palcami, spostrzegał w nim mocne przyciąganie. Za dowód czułości narzędzia przytacza jeszcze p. Le Baillif, że samo ciepło palca, którym koniec druta 62 stopy długiego przyciskał do krawka antymonialnego, mogło w przeciągu 8 sekund sprawić zroczenie na 90 stopni. —

(Bulletin univers.)

### Omyłki drukarskie.

Str. 332 przy fot. nr. 2, zam. „inne miejsce tegoż preparatu“, czyt.: czysta hodowla prątka M.-A. przy powiększeniu 2250.

Str. 358, zam. „Dr Sueguirew“, czyt.: Dr Sneguirew, czyli po polsku Sniegirew.



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

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

Grudzień

— ROKNIKI DRUGI —

1900.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklonego, oraz kilka uwag, dotyczących rozpoznania i operacji tychże.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

W ciągu prawie ćwierćwiekowej praktyki okulistycznej na przeszło 100.000 chorych, których badać miałem sposobność, dwa razy tylko udało mi się stwierdzić z całą pewnością obecność węgry we wnętrzu gałki. Pierwszy przed 21 laty spostrzeżony przypadek dotyczył 20letniego Izraelity, o którym wspominałem na posiedzeniu wydziału lekarskiego poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Był to węgry podsiatkówkowy. Chory wtenczas operacji poddać się nie chciał i nie umiem też powiedzieć, jaki go później los spotkał. Wzrok oka dotkniętego, o ile sobie przypominam, był obniżony tak dalece, że chory, przy stosownie ograniczonym polu widzenia, tylko palce na kilka stóp rozpoznawał.

W dziesięć lat później nadarzyła mi się sposobność dokładnego spostrzeżenia drugiego przypadku, tym razem atoli

wągr usadowił się w ciele szklistem. I ten przypadek także przedstawiłem w rzeczonym Towarzystwie d. 24. maja 1889 r.

Gdy od tego czasu nie miałem sposobności do kazuistyki wągrów dorzucić żadnego nowego przypadku, a w pracach, tego przedmiotu dotyczących, pomija się zwykle ów przeze mnie spostrzegany, gdy dalej o nim też tylko bardzo pobieżna znajduje się wzmianka w »Przeglądzie Lekarskim« z r. 1889, postanowiłem być już wówczas, gdy w »Postępie« drukowaliśmy pracę Dra J. Talki, dołączyć także krótki opis mego dotychczas drukiem nieogłoszonego przypadku. Zniewolony byłem atoli od zamiaru tego odstąpić, nie mając na razie książek protokołowych z czasów mej działalności w Poznaniu pod ręką, a później nadto stosownego czasu wolnego. —

Pragnąc atoli, by wobec wyczerpującej ten przedmiot pracy Dra J. Talki mój przypadek, pod wielu względami ciekawy, stanowić mógł uzupełniającą cegiełkę do dzieła statystycznego szanownego, tak skrzętnie pracującego na niwie okulistycznej weterana, — cegiełkę do dzieła i ciekawego i w skutkach ze względu na higienę a także ogólną patologię, a dalej na rozpoznanie oczne ważnego, — postanowiłem zestawić całokształt ze zapisków luźnych, przechowanych w mych papierach.

Otóż wynik tego przedsięwzięcia:

Engelmann Helena, żona murarza, 36letnia, przybyła do mej lecznicy w Poznaniu w r. 1889 dnia 15 maja, podając, co następuje:

Dawniej zawsze dobrze widziała, na oczy nie chorowała, chorób ogólnych także nie przechodziła.

Przed dwoma tygodniami zaczęło jej się zaćmiewać prawe oko, i to rzekomo po silnym bólu głowy.

Badanie wykazało: Zewnętrznie oba oczy nie przedstawiają zmian, tylko prawa zrenica nieco szersza i mniej na światło wrażliwa. Wzrok pr. o. = palce na 3 mtr. Hp. 3. Pole widzenia znacznie ograniczone, ekscentryczny stanowi owal, mniej więcej 40° szeroki. L. o. =  $\frac{6}{6}$ . Napięcie obu gałek prawidłowe.

Wziernikiem widać dość znaczne punkcikowate w siatkę

ujęte zaćmienie ciała szklistego. Po przez zaćmienie rozpoznać można wypukłość szarą szerokości trzech tarczy, wśród której, czy też za nią rozpoznaje się coś białego, okrągłego, o średnicy półtorej tarczy.

Gdy po atropinie źrenica rozszerzyła się dość znacznie i równomiernie, rozpoznać mogłem najprzód drobnopyłkowe zaćmienie soczewki przeważnie w obwodzie. Jużto wskutek tych zaćmień, więcej jednak dla zaćmień ciała szklistego, części głębiej położone niewyraźnie się przedstawiały.

Przez ponowne i dłuższe badanie doszedłem atoli do następującego wyniku:

Dołem po stronie nosa widać bąbel o granicach ściśle określonych, jasno-zielonkowaty. Czasami powierzchnia pęcherza faluje. Falowania te bywają niekiedy nagłe i silne, a po dłuższym cierpliwem wpatrywaniu się, dostrzega się czasami głowę węża z poza bąbla wysuwającą się, i to głównie ku zewnątrz, to jest ku skroni. Pęcherz ten zakrywa zupełnie tarcz, a tylko główne środkowe naczynia wychylają się z poza niego.

Dnia 24/V. zapisałem do protokołu, co następuje: Wzrok obniżył się jeszcze więcej, gdyż chora rozpoznaje już tylko ruchy ręki, a projekcyja od strony nosa znacznie ograniczona.

Wziernikiem widać znaczniejsze zaćmienia ciała szklistego, bąbel jak dawniej widoczny, a gdy czasami usuwa się więcej na bok w stronę ucha, widać na siatkówce pomiędzy tarczą a ora serrata białą, nierównomiernie okrągłą plamę średnicy  $\frac{3}{4}$  tarczy. Główka kilka razy to na wewnątrz, to zewnątrz się wysuwa.

Wobec niewątpliwego rozpoznania węża w ciele szklistem postanowiłem przystąpić do operacyi, która, lubo wielce trudna, jedynie mogła oswobodzić chorą od gościa i ocalić jej oko.

Rękoczyn wykonałem, w obecności kilku kolegów, po kilkakrotnem zapuszczeniu kokainy w następujący sposób: W odaleniu 8—10 mm. od brzegu rogówkowego nacięcie spojówki pomiędzy mięśniem prostym dolnym a wewnętrznym; w okolicy równika zrobiono pomiędzy dwoma ostrymi haczykami wkłutymi w twardówkę, którymi asystent lekko twardówkę unosił,

nożem Graefowskim kilka mm. długie cięcie południkowe stopniowo przez twardówkę, naczyniówkę i siatkówkę, poczem pokazało się ciało szkliste, zrazu zwodnione, następnie czyste, a dopiero po wprowadzeniu szczypczyków udało się wydobyć wągra, to jest główkę, gdyż pęcherz sam pękł. Ubytek ciała szklanego był bardzo nieznaczny. Spojówkę nad raną zeszyto kilku szwami. We wydobytej części było można rozpoznać z 4 przysawkami i wzgórkami główkę, a także i haczyki pasożyta.

Przebieg pooperacyjny był dobry, a już po czterech dniach uwolniono chorą zupełnie od opaski. W czasie gojenia się pooperacyjnego stwierdzono lekkie nabrzmienie spojówki, które po kilku dniach ustąpiło zupełnie, pozostawiając od strony nosa słabe tylko przekrwienie.

Badając dnia 1/VI. po raz pierwszy, znowu wziernikiem stwierdziłem od strony nosa i górą większe zaćmienie ciała szklanego. Z powodu zmętnień ogólnych, nie widać szczegółów dna oka. Miejsce założonych nitek nieco wypukłe. T. —  $\frac{1}{2}$ .

Dnia 3/VI. badając szczegółowo wziernikiem powtórnie, zdołałem rozpoznać wśród ogólnych zmętnień większe zaćmienie płaskie, nieruchome, jakoby część pęcherza wągra zwiniętego, umiejscowionego wewnątrz, nieco ku górze.

Wzrok nie podniósł się, chora rozpoznawała tylko światło i to od dołu zewnątrz i od góry wewnątrz.

Napięcie, poprzednio nieco obniżone, stało się prawidłowem.

Dla zmniejszenia zaćmień ciała szklanego, poleciłem wykonywanie zastrzykiwań pilokarpiny podskórnie.

Po dziesięciu zastrzyknięciach zaćmienia ciała szklanego zmniejszyły się rzeczywiście o tyle, że można było teraz lepiej jeszcze rozpoznać szczegóły, a mianowicie pozostała ściana bąbla, po przez którego strzępki widać było naczynia siatkówkowe w prawidłowym przebiegu, atoli siatkówkę samą i tarcz w grubej tylko widać było mgłę, która jednak dozwoliła rozpoznać w siatkówce dwa wynaczynienia górą wewnątrz.

Zresztą żadnej innej zmiany nie dało się stwierdzić, ani co do wyglądu oka, ani też pod względem czynnościowym tegoż. Dolegliwości chora nie doznawała żadnych.

Dnia 17/VI. chora zniewoloną była powrócić do domu i dostawszy jeszcze kj. przepisane, przedstawiała się od czasu do czasu. Wskutek tego mogłem później przekonać się, że wzrok nie poprawiał się, a nawet oko stawało się po pół roku miększe, ciało szkliste nie uległo dalszemu wyjaśnieniu, natomiast, prawdopodobnie wskutek ciągnięcia włóknisto skupionego ciała, wytwarzało się od dołu wewnątrz odczepienie siatkówki płaskie, trudne do stwierdzenia dlatego, iż zaćmienie ciała szklistego w znaczniejszej części siatkówkę zasłaniało.

Nie pomnę dokładnie, kiedy po raz ostatni chorą widziałem, ale to nie ulega żadnej wątpliwości, że co najmniej w dwa lata po operacji; stan zaś oka wówczas nie był odmiennym od tego, jaki codopiero opisałem.

Operacya więc, lubo bardzo utrudniona, udała się, nie mogła jednak mieć co do wzroku skutków, gdy zbyt silne wytworzyły się były zaćmienia ciała szklistego z następnymi zmianami oka. Dr J. Talko w przytoczonej swej pracy mylnie nazywa na str. 165 »Postępu Okulistycznego« z b. r. przypadek mój wągrzem podsiatkówkowym. W chwili operacyi był on niewątpliwie wągrzem ciała szklistego, a jako taki o wiele trudniejszym do usunięcia od wągra podsiatkówkowego. Miejsce przebiccia się przez siatkówkę znaczyło się ową białą plamą na tle siatkówki, o której wyżej wspomniałem.

Nie będę się rozwodził szczegółowo nad kazuistyką wągrów w poszczególnych częściach oka, bo wyręczyli mnie pod tym względem pp. Dr J. Talko w obszernej swej pracy o wągrze w Polsce, a także inni autorowie o tym przedmiocie piszący, jak Sroczyński w 1890, Bałłaban w r. 1898<sup>1)</sup>.

Nie od rzeczy może będzie kilka słów dorzucić w sprawie rozpoznawania wągra w tylnym odcinku gałki.

Jak wiadomo, dostają się wągry, pierwotwory lasiemców, drogą krążenia do rozmaitych części naszego ustroju, usadawiają się zaś w gałce samej, jużto na tęczy, jużto w naczyniówce lub też w siatkówce. W pierwszym przypadku wągr

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski.

rozwija się ze swoim pęcherzem w przedniej komórce, ze siatkówki rozwija się do ciała szklanego, a usadowiwszy się w naczyniówce, rozwijając się powoli, siatkówkę odczepia albo po jej pęknięciu do ciała szklanego przedostaje się.

Przedstawia on pęcherzyk o ścianach przezroczystych, ściągliwych, z pęcherzyka sterczy szyja, utrzymująca głowę, opatrzoną przysawkami i wzgórkami, najeżonym rzędami haczykowatych kolców.

Rozpoznanie wnętrznika tego, gdy się znajduje w przedniej komórce, bardzo jest łatwym i dlatego nad tem nie będziemy się bliżej zastanawiać. Natomiast napotyka ono na pewne trudności, gdy mamy do czynienia z wnętrznikiem ciała szklanego lub też podsiatkówkowym.

Przy wągrach ciała szklanego widzimy postać kulistą, o ściśle określonych granicach, pęcherz ten robi, niezależnie od ruchów gałki, mniej więcej szybkie faliste poruszenia, które atoli mogą i nie występować w razie obumarcia wnętrznika. Czasami w jednym lub drugim kierunku wysuwa się szyja wnętrznika, charakterystyczną głową rotacyjnie robiąc rzuty: wtenczas naturalnie rozpoznanie węgry najmniejszej już uledz nie może wątpliwości, jak to miało miejsce w moim właśnie przypadku.

Na pęcherzyku samym, jeżeli wągr dłużej gości, pokazują się plamki, jak przy *iritis serosa* na błonie Descemet'a.

Przy ruchach pęcherza pole oftalmoskopijne mniej lub więcej zostaje zasłonięte. Obok tych objawów, dotyczących samego wnętrznika, można także na samym dnie oka niektóre znamionujące spostrzedz znaki. I tak w siatkówce widać plamę jasno świecąca, okrągłą, jest to miejsce wejścia wnętrznika, w otoczeniu też znajdują się niekiedy plamki ciemne, drobniejsze, które, według Becker'a, odpowiadają tym miejscom, przez które wnętrznik usiłował wydostać się, ale tego nie mógł dokazać.

Wecker w jednym przypadku zauważył naokoło owej jasnej plamki rozdartą siatkówkę, poruszającą się w drobnych

strzępkach. Niekiedy spostrzedz można nitki, łączące pęcherz z siatkówką, do której wągr poprzednio był przyrośnięty.

Wszystkie te znamiona uwydatniają się jasniej, pewniej, skoro przypadek jest świeży, a zatem wkrótce po jego przedostaniu się do c. szklistego. Później bowiem, z powodu tworzących się zaćmień ciała szklistego, dokładne badanie staje się utrudnionem i objawy powyższe występują mniej dokładnie.

Rozmiary wagra w ciele szklistem mogą przedstawiać się rozmaicie, a stosownie do tego, czy wągr znajduje się niedaleko soczewki lub też w odleglejszej od tejże stronie.

Skoro wągr, znajdując się na naczyniówce, siatkówkę podnosi, natenczas dopuszczalną byłaby wątpliwość co do rodzaju objawu oftalmoskopijnego. Wątpliwość tę jednakże rozprószymy niebawem, uprzytomniając sobie, że odczepienie siatkówki urazowe lub samoistne nie ma nigdy tej postaci ściśle okrągłej, jaka się przedstawia przy odczepieniu siatkówki przez wagra. W późniejszym naturalnie okresie obok odczepienia pierwotnego, spowodowanego wzniesieniem się pęcherza, rozwinać się może odczepienie wysiękowe, wywołane obecnością wagra, t. j. ciała obcego, a wtedy postać jego już nie będzie tak znamionującą, ale zawsze jeszcze pewna sprężystość pęcherza, falowanie tegoż, które się i siatkówce udzieli, a niekiedy i dostrzeżenie głowy, jako miejsca jaśniejszego ściśle okrągłego, ułatwi nam nieco rozpoznanie różniczkowe.

Objawy podmiotowe, wywołane obecnością wagra w oku, zależą przedewszystkiem od miejsca, gdzie wnętrznik się usadowił.

Dopóki wnętrznik rozwija się pod siatkówką, powstać mogą zrazu objawy, odpowiadające podrażnieniu siatkówki wyprężanej, później, gdy ona w większych rozmiarach się odczepi, przechodzi do upośledzenia wzroku z ograniczeniem pola, odpowiadającym siedlisku wagra. Najszybsze jednak obniżenie wzroku nastąpi, gdy okolica samej żółtej plamki będzie zajęta.

Wągr w ciele szklistem działa jako ciało obce, a wytwarzając zaćmienia ciała szklistego, już tem obniża wzrok i objawom podmiotowym daje podstawę, ale nadto, zasłaniając siat-

kówkę, zaburzenia stosowne wzrokowe wywołuje, nad czym zbytecznie byłoby tutaj się rozwodzić.

W dalszem następstwie widzimy powstające zapalenia tęczówko-naczyniówkowe, które z czasem doprowadzają do zaniku gałki; jednakże zejście to nie zawsze szybko występuje, ale raczej poprzedzają je często powtarzające się objawy jaskry następowej. Nawet drugie oko nie jest wolne od ujemnego wpływu pod względem sympatycznego podrażnienia; sympatyczne zajęcie zwykło jednak wtenczas dopiero pojawiać się, gdy wewnątrzniak przez wsteczne przemiany uległ zwapnieniu.

Zresztą wśródoczny wągr, według Schmidt-Rimpler'a <sup>1)</sup>, nigdy prawdziwego zapalenia sympatycznego nie wywołuje, tylko podrażnienie sympatyczne, a do tego przekonania dochodzi także w ostatnich czasach de Bernardinis z kliniki prof. de Vincentiis w Neapolu <sup>2)</sup>.

Objawy wspólne wągrom, w rozmaitych częściach gałki umiejscowionym, są następujące:

Ból w oku i rwanie w okolicy nadoczodołowej. Niekiedy zauważamy równocześnie u chorych, dotkniętych wągrem w oku, zawroty, bezsenność, osłabienie ogólne i t. p. objawy, które nie mogą chyba być wywołane gościem ocznym, ale przemawiają raczej za obecnością takichże towarzyszy w rozmaitych częściach mózgu.

Zachodzi pytanie, w jakim czasie wszystkie powyżej przytoczone zmiany zwykle się odgrywają? Jak długo gość ten niepożądany w oku przebywać może bez zdradzenia swojej obecności? Otóż zdaje się, że zazwyczaj dwumiesięczny pobyt wągra w oku doprowadza do takich zmian, które wielce stają się dla całości oka niebezpieczne, najpóźniej zaś w ciągu roku sprawy te zapalne kończą się utratą wzroku lub gałki.

Wprawdzie Teale <sup>3)</sup> podał przypadek, gdzie wągr podczas 2 lat nie wywołał znacznych zmian, i gdzie można było

<sup>1)</sup> Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. IV. Z. 2.

<sup>2)</sup> Contributo anatomo-patologico e clinico su'cisticerchi endoculari. Annali di ottalm., fas. 3—4. 1899.

<sup>3)</sup> Ophth. Hosp. Rep. V, p. 310.



przypuszczać, że początek pobytu dalszej sięgał chwili, aniżeli ta, w której wzrok zaczął słabnąć, ale co do ścisłości sporządzenia wolno mieć pewne wątpliwości.

Ze względu na niebezpieczeństwo, grożące oku przez wnętrznika, starano się wcześniej o usunięcie złych skutków przez najspieszniejsze usunięcie wągra, myśl zaś, jakoby, czyto przez przesylenie organizmu całego środkami przeciwbakteryjnymi, czy też przez wpuszczanie tychże do oka, można działać zabijająco na wnętrznika, okazała się niepłodną i dlatego wkrótce zaniechaną została.

Jedynie więc operacja, zmierzająca do usunięcia nieproszonego gościa, ma właściwe uzasadnienie.

Wecker przemawia za nakłuciem wągra za pomocą żegadła galwanicznego, mając przedewszystkiem na uwadze zadanie, ażeby uniknąć ubytku ciała szklistego, którego jednak, jak się przekonamy, uniknąć można i przy innych rękoczynach.

Dziś, kiedy jesteśmy w możności wysadzenia gałki przez stosowanie znieczulenia sposobem Schleich'a<sup>1)</sup>, dalej, kiedy kokaina obniża nam znacznie napięcie gałki, uda nam się łatwiej wydobyć wągra po dokładnem zlokalizowaniu jego siedliska.

W każdym razie najważniejszą sprawą jest właśnie oznaczenie miejsca usadowienia się wnętrznika. Alfred Graefe głównie w tym celu odpowiedni zbudował wziernik, który nazywał *Lokalisierungsophthalmoskop*<sup>2)</sup>.

W tym także celu dopomaga sobie z powodzeniem Stoelting, wprowadzając poprzednio do gałki igły<sup>3)</sup>.

Ze rodzaj cięcia i sposób prowadzenia go ważną dla powodzenia zabiegu odgrywa rolę, nie potrzeba chyba dodawać, a cięcia południkowe, pierwotnie przez Arlta dla wydobywania ciał obcych z gałki wprowadzone<sup>4)</sup>, daje nam pewność, że

<sup>1)</sup> Por. pracę Dra J. Talki. »Postęp Okulistyczny«. 1900, str. 173.

<sup>2)</sup> Archiv f. Augenheilkunde. T. XXVIII, p. 196.

<sup>3)</sup> Beitrag zur Lehre von der Extraction intraocularer Cysticerken. Berl. klinische Wochenschrift. 1889. Nr. 42.

<sup>4)</sup> Graefe-Saemisch. T. III, p. 394.

brzegi rany łatwiej przylegają, a omijamy przytem skutecznie przecięcia poprzecznego naczyń.

Dokładnie zatem powiadomiwszy się o miejscu, w którym cięcie twardówki powinno być zrobione, naznaczamy je cchińską barwą, poczem twardówkę obnażamy przez przecięcie spojówki i podspojówki i robimy nakłucie południkowe 8 mm. długie, już to przecinając twardówkę aż do naczyńcówki stopniowo, już to przecinając ją od razu nożykiem Graefowskim, ostrzem ku sobie zwróconem, po zrobieniu wkłucia, a stosownie dalej wykłucia.

Przy wągrach podsiatkówkowych cięcie to powinno być robione bardzo wolno, aby nie spowodować otwarcia przestworu tylnego gałki. Przy wągrach, w ciele szklistem zawartych, polecam postępowanie, którem posłużyłem się w przypadku powyżej opisanym.

Postępowanie to bowiem umożliwia prawie zupełne omińnięcie ubytku ciała szklistego.

Wyniki operacji przy wągrach, zawartych w tylnym odcinku oka, są bardzo względne co do wzroku i co do zachowania gałki. Lubo Graefe podaje, iż w kilku przypadkach wągra podsiatkówkowego udało mu się zachować wzrok, to słusznie zauważa Wecker, iż chwilowy wynik może się znacznie różnić od późniejszego. Jeżeli już w przypadkach wągra podsiatkówkowego wynik pod względem wzroku nie zawsze jest pewny, to daleko mniej korzystnie przedstawia się rzecz przy wągrach ciała szklistego.

Tu bowiem już sama obecność wnętrznika powoduje zmiany, niedające się później usunąć, a nadto wydobywanie wągra, chociażby od razu szczęśliwie uchwyconego, nie może się obyć bez znacznego skaleczenia ciała szklistego, nie mówiąc już wcale o ubytku tegoż. Daleko zaś niebezpieczniejszym i w następstwach przykrzym będzie rękoczyn, jeżeli wąż z siatkówką był zrośnięty, bo albo odczepienie tej błony, albo następcze wskutek podrażnienia przy oderwaniu wągra zapalenie tej błony da się niechybnie we znaki. Z tego to więc wynika, że rokowania nasze co do wzroku powinniśmy stawiać bardzo

ogłędnie, a niewątpliwie już wiele osiągniemy, jeśli przez wydobycie węgry zachowamy oku prawidłową postać, uchronimy od długotrwałych zapaleń, a nawet od sympatycznego zajęcia drugiego oka.

Wyniki operacji węgry, chociaż udanych, nie bywają świetne pod względem przywrócenia, względnie zachowania wzroku, a nie zadawałaby one nawet genialnego Graefe'go, który tak niedostateczne osiągał skutki, że jeden z jego uczni i były asystent, prof. Hirschberg, tak się w tej mierze wyraża<sup>1)</sup>: »A. v. Graefe, dem wir diese kühne Encheirese (wydobycie węgry z ciała szklatego) verdanken, hat unter mehr als 20 Operationen wohl nur einmal eine leidliche Sehkraft erzielt. Bei mehreren seiner Operirten aber sah ich Zustände, welche eine sympathische Bedrohung des zweiten Auges bedeuten«, — a dalej, omówiwszy własne niekorzystne wyniki z kilku operacji, dodaje: »ich halte es für weit sicherer, unter solchen Umstaenden die Erblindung des befallenen Augapfels, oder den Beginn des Reizzustandes abzuwarten, um dann sofort zur Enuclation zu schreiten, und glaube, dass wir es vorläufig unterlassen koennen, mit einer Extraction des Cysticercus, wenigstens aus der Tiefe des Glaskoerpers unsere Sporen zu verdienen«.

Pojmuję pesymistyczne zapatrywanie autora wobec niekorzystnych wyników i własnych i wielkiego swego a także naszego mistrza, — ale technika postępuje, rozpoznanie przy większej naszej wprawie wziernikowania wcześniej może nastąpić, — a uwzględniając jedno i drugie, przecie można się spodziewać, że niejedno oko nie tylko przez zręczną operację zachowa przynajmniej wygląd prawidłowy, ale, że i część wzroku zachowaną być może.

Do tego nasze zabiegi dążyć powinny.

---

<sup>1)</sup> Graefe'go Arch. f. Ophthalm. T. XXII, str. 147.

## 2. Przypadek wężra podsiatkówkowego (?<sup>1</sup>).

Podał

DR P. WADZYŃSKI,  
okręgowy okulista z Wilna.

Nowobraniec B. S., 24letni mężczyzna, dopiero za trzecim razem przyjęty do służby wojskowej (pierwsze dwa lata nie przyjmowano go ze względu na niedostateczny wymiar piersi), został przysłany komisji do ujazdowskiego szpitala 11/VI. r. 1893; pochodził z tambowskiej guberni, kirsanowskiego powiatu, analfabeta, z zawodu rolnik.

Badanie oczu wykazało: Bez szkieł V. o. d. =  $\frac{3}{200}$ , szkła wzroku nie polepszają; V. o. s. =  $\frac{20}{100}$ . M.  $\frac{1}{15}$ , ze szklami V. =  $\frac{20}{30}$ .

|                      | Pole widzenia. | O. prawe. | O. lewe. |
|----------------------|----------------|-----------|----------|
| Na prawem oku na ze- | górną          | 50.       | 52.      |
| wnątrz pomiędzy 20—  | dołem          | 55.       | 53.      |
| 30° nieznaczna prze- | zewn.          | 70.       | 75.      |
| rwa w polu widzenia. | wewn.          | 42.       | 60.      |

Spojówka powiek obydwóch ocz zdrowa. Obydwie tarcze cokolwiek postaci owalnej, na zewnętrznej stronie posiadały okresowo powiększające się garbce w  $\frac{1}{2}$  D., dno prawego oka w stanie przekrwienia. Wszystko, co następuje poniżej, odnosi się do prawego oka. Napięcie gałki ocznej jak gdyby mniejsze, aniżeli lewej. Rogówka i soczewka widzialnych chorobowych zmian nie przedstawiają. W ciele szklistem pływa znaczna ilość szarawobiałych kłaczek rozmaitej wielkości, niektóre zaledwie są widzialne, niektóre znów pod postacią ciemnych nitok i kulek swobodnie pływają w ciele, co najlepiej uwidacznia się przy ruchach ocz. Oprócz tego mieszczą się w ciele szklistem znaczne nieruchome męty pod postacią półprzezroczystych, a w nie-

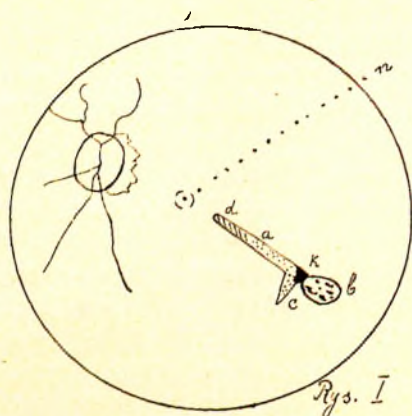
<sup>1</sup>) Tłómaczenie (p. »Postęp Okulistyczny«. 1900. Str. 182).

których miejscach zupełnie nieprzezroczystych błonek, czyli prążków. Gdy nowobraniec patrzy wprost, to także i w samym środku widzieć się daje stały, szarawolbiały męt wielkości ziarnka konopi.

Wziernikując uważnie dno prawego oka w obrazie odwrotnym, spostrzegać można następujący rysunek: mniej więcej w odległości 2 średnic tarczy ku zewnątrz i górze od tarczy n. wzrok. mieści się zupełnie białe, cokolwiek błyszczące, ciało, podobne do wyrostka (na rys. *a*), które bieży ku zewnątrz, tworząc na swym końcu zgrubienie, jak łebek szpilki (na rys. *b*); zgrubienie jak gdyby umiejscowionem było między siatkówką i naczyniówką. Dłuższy wyrostek (*a*), nie dochodząc do zgrubienia mniej więcej na odległość  $\frac{1}{2}$  średnicy tarczy nerwu wzrokowego, daje takiejże barwy, lecz cokolwiek cieńszy, drugi wyrostek (*c*) ku dołowi (w obrazie odwrotnym). Długość pierwszego wyrostka równała się  $2\frac{1}{2}$ —3 średnicom tarczy, długość mniejszego wynosiła  $\frac{1}{4}$  część pierwszego. Jak pierwszy, tak i drugi wyrostek krzywizn nie tworzył. Miejsce, w którym dłuższy wyrostek sąsiaduje ze zgrubieniem (na rys. *k*), wyjątkowo błyszczący. Zgrubienie owo posiadało postać gruszki, szerszą połową będąc zwrócone w lewą stronę, węższą zaś — w dalszym ciągu łączącą się z długim wyrostkiem — w stronę tarczy nerwu wzrokowego. Barwę zgrubienia trudno dokładnie określić, ponieważ — jakem zauważył wyżej — mieściło się ono pomiędzy siatkówką i naczyniówką, biorąc najprawdopodobniej początek swój z tej ostatniej, gdyż niemal całkowicie pokryte było czarnym barwikiem. Zdawało się, jak gdyby obydwa wyrostki znajdowały się przed siatkówką, być może nawet w ciele szklistem. Z lekka pod nimi podniesiona siatkówka — jak gdyby odklejona. Plamka żółta znajduje się prawie pośrodku między tarczą a końcem dużego wyrostka (*d*), nic osobliwego nie przedstawiając.

Rysunek w obrazie odwrotnym mniej więcej taki:

Przy dłuższem i uważnem wziernikowaniu owych dwu wyrostków pewnego razu zauważyłem skurcz dużego wyrostka na podobieństwo fig. II.



Na zasadzie powyższych danych skłonny byłem do przypuszczenia, iż mam do czynienia z podsiatkówkowym wągrem. Przypadek niniejszy przedstawiałem wielu wileńskim kolegom, którzy też rozpoznanie moje potwierdzili. Drukiem ogłaszam go po raz pierwszy, komunikatu w żadnym towarzystwie lekarskiem nie robiłem.

(Przetłómaczył z rosyjskiego rękopisu *Dr Włodz. Talko*).

Na ponownie objawione życzenie Dra Talki (ojca) umieściliśmy powyższy opis rzekomego wagra, a zachęceni przez tegoż kolegę, dołączamy kilka uwag od siebie.

Tłómaczenie zjawisk w danym przypadku niełatwe, to też szan. autor słusznie w tłumaczeniu tychże objawia pewną powściągliwość. Anamneza nie dała, zdaje się, żadnych wskazówek co do powstawania zmian ocznych. Znaczne męty ciała szklonego musiały chyba wziernikowanie utrudniać, a z tegoż powodu zaniechano niezawodnie oznaczyć stan refrakcyi w rozmaitych częściach dna oka, co by przez lokalizowanie widzianych zmian było mogło ułatwić rozpoznanie. W każdym razie, wobec nie dość jasnego obrazu wziernikowego, nie możemy sobie wyrobić ścisłego wyobrażenia o stanie rzeczy. Naszem jednak zdaniem przedstawiały prawdopodobnie owe wyrostki ściślejsze, zwyrodnienia włókniste ciała szklonego, dające powód do odczepienia siatkówki, konfiguracją zaś swą, jak to niekiedy bywa, do złudzeń optycznych. Do owego jednorazowego ruchu wyrostka, jako możliwie ruchu biernego, nie przywiązujemy wielkiej wagi.

*Wicherkiewicz.*

### 3. Meningocele intraorbitalis posterior.

(Z 2 rycinami).

Podał

DR JÓZEF TALKO.

Dokończenie.

Potrącając sprawę uwężnienia błon i istoty mózgowej w jamie oczodołowej, nie można nie wspomnieć o badaniu anatomico-patologicznem, dokonanem przez Dra E. Krueckman'a w Lipsku, na pewnym preparacie, który się składał z dolnej części gałki i zawartości oczodołowej 7letniej dziewczynki. Po szczegółowem zbadaniu tego okazu, autor przyszedł do wniosku, że we wnętrzu gałki znajdowała się odsznurowana pewna część mózgu, w niej bowiem były zawarte składniki, podobne do tkanki mózgowej i neuroglii, a także do budowy miękkich błon mózgowych. Odsznurowanie tu miało miejsce nie tylko w gałce ocznej, lecz i daleko poza nią, w t zw. Verbin dungstrang, który widzialny był obok n. wzrokowego, wchodząc do gałki przez twardówkę. Nastąpiło to w okresie, gdy szpara płodowa oka nie była jeszcze zankniętą. Była to więc *meningoencephalocèle bulbi*, rzadkość w swoim rodzaju<sup>1)</sup>.

Czy przepukliny mózgowe oczodołu mogą być operowane? Berlin (1880 r.) uważał je, jako *noli me tangere*. Od czasu jednak stosowania środków odkażających, radykalne operacje czasami udawały się (Bergmann — sincipitale Enkephalokenelen, t. j. przepukliny, sadowiące się u przedniego końca osi strzałkowej czaszki: nasofrontale, nasoorbitale i nasoethmoidale). Okulistów przeważnie zajmują noso-oczodołowe przepukliny — kenenkephalokele, t. j. nieposiadające torbielowej zawartości, nie są przeciwwskazane i hydrenkephalokele, chociaż dają mniej dobry wynik, jako połączone z wodogłowiem. Przecina się

<sup>1)</sup> Emil Krueckman: Ueber eine Meningoencephalocèle d. Augapfels. Lipsk. 1898. Str. 17, z tablicą rycin (Odbitka z Graefe's »Arch. f. Ophthalm.« XLVII. Bd. 1 Abth.).

skórę, mięśnie i dochodzi się do worka cienkiej, bliznowatej lub angiomatycznej błony, odpreparowuje się szypułkę i tu się podwiązuje katgutem, przy samym otworze w kości; guz się odcina, ranę się zaszywa i przeciwnie zakłada opatrunek. Tak twierdzi Czermak w swoim dziele<sup>1)</sup>. Sklifossowski jednak radzi otworzyć przepuklinę, wprawić zawartość, starannie zszyć błony mózgowe i wreszcie skórę<sup>2)</sup>.

Korzystając z antyseptyki, prof. Sklifossowski i inni robią osteoplastyczne operacje mózgowych przepuklin (dotąd stosowane na kości czołowej), które naturalnie mogą być wykonywane przez okulistów li tylko w okolicy worka łzowego przy t. zw. herniae naso-orbitales. O osteoplastycznych operacjach mózgowych przepuklin podał Dr Herman<sup>3)</sup>. Dla zakrycia czołonosowego otworu można brać płat kości z zewnętrznej części nadoczodołowego brzegu, gdzie margo supraorbitalis przechodzi w processus jugalis<sup>4)</sup>, i gdzie grubość jej nawet u dzieci dochodzi 1 ctn. Brak ten z pożytkiem można zakryć okostnokostnym skrawkiem, odbitym zapomocą dłuta z kości goleniowej, przyczem okostna zwróconą być powinna ku wewnątrz (sposób Seydel'a z r. 1889); tak wyleczono meningocele traumaticum (Zimin)<sup>5)</sup>. Przepukliny podobne, jak w moim przypadku, pozostaną na zawsze nieuleczalnemi, z powodu niedostępności otworu t. zw. Bruchpforte. Do nich więc będzie się zawsze stosowała przestroga: *noli me tangere!*

Osobliwy przypadek pod względem modus operandi opisuje P. Lagleyze<sup>6)</sup>. Przedmiotem spostrzegania była 21letnia kobieta ze znacznym trzeszczem prawego oka (godny uwagi

---

<sup>1)</sup> Die augenärztlichen Operationen 1894. p. Exstirpation d. Enkephalokelen, str. 401.

<sup>2)</sup> Prof. mosk. chir. Towarzystwa. Nr 13. 1880.

<sup>3)</sup> L. c. Str. 254.

<sup>4)</sup> Bergmann: Die Cephalocelen (p. Handb. d. prakt. Chirurgie von Bergmann, Bruns u. Mikulicz bearbeitet. 1899. Chirurgie des Kopfes. Lief. I. Str. 169).

<sup>5)</sup> Wracz. Nr 40. 1900.

<sup>6)</sup> P. jego Meningocele orbitalis w »Anales de Oftalmologia«, mai 1900.



fakt, że cephalocele częściej się zdarza w prawym niż w lewym oczodole), który stopniowo powiększał się od urodzenia. W guzie oczodołowym nie wyczuwało się ani tętnienia, ani szumów, ani chęłbotania. Nakłucie igłą *P r a v a z'a* — przyczem się wydzielł płyn przezroczysty — nie było dostateczne dla rozpoznania, czy to był bąblowiec, czy też meningocele. Ponieważ chora stanowczo oświadczyła, iż chce się pozbyć tego oszpecenia, przeto autor przystąpił do radykalnej czynności: górną powiekę rozcięto poziomo (rana 4—5 centm.), poniżej brzegu oczodołu; palec, wprowadzony do worka torbielowego, znalazł ścianę jego gładką, z wyjątkiem górnej części, gdzie wykryto szparę w oczodole, idącą od jego wierzchołka i kończącą się 1 centm. poza jego brzegiem; szpara szeroka około 1½ centm.; na całej tej przestrzeni dotykano istoty mózgowej. Wskutek oblitego krwotoku, musiano zrobić tamponadę. Była to więc meningocele bez encephalocele. Po 20 dniach rana się zablizniła, lecz trzeszcz powrócił znowu. To rozpoznanie sprawy nie odstraszyło jednak ani chorej, ani też lekarza: postanowiono znowu udać się do pośrednictwa noża. Najprzód tedy wykonano enukleację, potem wycięto część rozciągniętych powiek i zszyto je tak z sobą, aby zakryć zupełnie wejście do oczodołu, co się i udało po 15 dniach. Wykonana potem podobizna twarzy chorej przekonanywa, że torbiel wcale już się nie wydobywa z oczodołu. Ciekawa rzecz, czy to się na zawsze utrzyma, czy przykrywka ze zszytych powiek długo się będzie opierać naporowi płynu mózgo-rdzeniowego z głębi oczodołu?

Przypadek *Delpesch'a*, o którym w swym liście wspomina mi *van Duyse* był taki: u 20letniego mężczyzny istniał guz, wypełniający cały lewy oczodół i zniekształcający czoło; pacjent zresztą był zdrowy i nie miał żadnych mózgowych objawów. Ponieważ chęłbocącą torbiel przyjęto za zwykłą surowiczą, poradzono przeto młodemu człowiekowi operację: przez środek dolnej powieki zrobiono nakłucie ostrym nożykiem, przyczem z oczodołu wylała się oblita ilość przezroczystego, słabo cytrynowo-żółtej barwy płynu; przy zbadaniu palcem przekonano się, że torbiel nie tylko wypełniała cały oczodół,

lecz przez for. opticum łączyła się z jamą czaszkową. Chory zmarł wskutek meningitis. Tout comme chez nous!, z tą tylko różnicą, że Delpach był szczęśliwszym, gdyż mógł dokonać pośmiertnego badania: torbiel sięgała 3 cale w głąb mózgu, for. opticum rozszerzone było do 6'''<sup>m</sup>; na odpowiednim miejscu przeciwnej strony znaleziono też podobną torbiel z surowiczo-słuzową zawartością wielkości 1/2 jaja gołębiego<sup>1)</sup>.

Rzeczy to stare, ale w każdym razie bardzo pouczające, aby ich w danym przypadku nie zapomnieć. Nie wątpię, że i w przyszłości będą się zdarzać pomyłki w rozpoznawaniu tej postaci przepuklin mózgowych, jak w spostrzeganiach: Delpach'a i mojem.

Chociaż Delpach dokonał pośmiertnego, anatomicznego badania swego przypadku, jednakże histologiczne badanie zrobionem zostało dopiero w mojem, podobnem spostrzeżeniu. (Przypadek Weiss'a — patrz niżej). Zrobił je prof. v. Duyse, któremu składam za to serdeczne podziękowanie.

W liście z Gandawy, datowanym dnia 5/VII b. r., pisze on mi:

»Po histologicznem zbadaniu oczodołowej torbieli, wyłuszczonej przez Pana, nie może być wątpliwości co do jej natury: jest to *miningoencephalocèle*, które wyszło przez fissura orb. sup. lub przez for. opticum. Pisałeś Pan do mnie, że obydwie te otwory były rozszerzone, — torbiel rozwinęła się, wychodząc na zewnątrz. W obu hipotezach następowo gałka i nerw wzrokowy powinny być usunięte ku górze, lepiej jednak przypuszczać w danym razie hipotezę for. optici.

»Torbiel łączyła się z komórkami mózgowemi, bacząc na ciągły wypływ po operacji płynu mózgodzeniowego.

»Budowa ściany torbielowej była taką jak mózdzku (du cervelet): komórki glialne (gliales distantes), kapillarne-hyalinowe, komórki zwojowe rzadkie; komórek ependymalnych nie wykryto wcale, lecz znaleziono (na jednym kawałku) ściankę,

<sup>1)</sup> Berlin, l. c. str. 674, a także Clinique de Montpellier II. str. 505. Paris. 1828.

utworzoną wewnątrz przez splot elementów, a na zewnątrz — z powłoczki włóknistej, unaczynionej, mezodermalnej — zastępującej błony mózgowe.



Ryc. 2.

»Podobieństwo bardzo wielkie z torbielą obuoczną, o której pisałem przed paru laty w »Archives d'Ophthalmologie«.

»Pierwotne zmiany zbiorowiska limfy pierwotnej tubuli nerwowej są przyczyną przedwczesnego wodogłowia i rozszerzenia w przestrzeniach przednich części tejże tubuli.

»To właśnie jest źródłem kolobom (naturalnie wydętych i torbielowych oka).

»Oczywiście kolobomatyczna torbiel (Evetzky) może być powikłaną innemi przyczynami mózgowemi, na przykład meningocele. Zecheiej, szanowny p. Kolego, zwrócić pod tym względem uwagę na moje ostatnie spostrzeżenie w Towarzystwie oftalm. belgijskiem p. t. Pathogénie des Kystes colobomateux rétro-palpébreux«<sup>1)</sup>.

Szanowny autor zbadał tę ostatnią u nieżywego 8miesięcznego płodu, dotkniętego wewnętrznem wodogłowiem, meningocele w tylnej części głowy, mikroftalmią i pozapowiekową

<sup>1)</sup> Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie. Nr 8. 1900. Str. 27. z 2 rycinami.

torbielą, w której znaleziono wywróconą siatkówkę (la rétine intracystique invertie). Opierając się na dawniejszych, a także na świeżem badaniu zwłok tego potwora, v. D. przyszedł do wniosku, że wszystkie te nieprawidłowości rozwojowe mózgu i oczu są wynikiem nieprawidłowego zebrania się limfy w pierwotnych okresach rozwojowych — przed zamknięciem się szpary ocznej — dzięki czemu wytwarza się ucisk na pęcherz oczny i część takowego wypycha się na zewnątrz w postaci wywróconej siatkówki w torbield. Wodogłowiem trzeba tłumaczyć przeto: cyklopię (wszystkie takie oczy są mikroftalmiczne), mikroftalmię, kolobomatyczne torbiele, encephalo-meningocele i t. p. wady rozwojowe czaszki i oczu.

Histologicznego badania zagadkowej torbield oczodołowej dokonał Dr Weiss. Przypadek ten opisał Klingelhoeffer p. t. »Ueber eine durch temporäre Resection der äusseren Orbitalwand nach Krönlein exstirpirte Orbitalcyste (cephalocèle)<sup>1)</sup>. W klinice Weiss'a szczęśliwie operowano w r. 1895 3kwartałowe dziecko, u którego trzeszcz ciągle się powiększał po urodzeniu. Torbiel była surowiczą, ścianki okazały się silnie przyrośniętymi w okolicy fissura orb. superior, gdzie znaleziono sznurek, pozostałość łączności torbield z błonami mózgowymi. — Autor mniema, że to była Abschnürungscyste, to jest odsznurowana meningocele. W tem przekonaniu utwierdza go też porównanie drobnowidowych rycin ze ściany torbielowej, a także z prawidłowych błon mózgowych dziecięcia zrobionych — okazało się pewne podobieństwo budowy ściany torbielowej z twardą błoną mózgową.

Przypadki takiego rodzaju, jak Weiss'a, Coppez'a i in., przemawiają za możliwością samoistnego wyleczenia się przepuklin mózgowych. Jednakże takie spostrzeżenia, opisywane jako wyleczone ze zarosnięciem otworu czaszkowego, zdaniem Reclus'a i Duplay'a (l. c.), były to prawdopodobnie t. zw. torbiele wrodzone oczodołu, o czem pozwałam sobie wątpić.

Pisałem w Lublinie d. 10 lipca 1900 r.

<sup>1)</sup> Archiv f. Augenheilkunde. XXXV.

## II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. Tom XLII. zeszyt. 2 i 3<sup>1)</sup>.

I. *Kliniczne przyczynki do znajomości rzadkich chorób skóry powiek i spojówek.* (Klinische Beiträge zur Kenntniss seltener Krankheiten der Lidhaut und Bindehaut) Prof. Michel.

1. *Torbiele gruczołów potowych skóry powiek i twarzy.* (Retentioncysten der Schweissdrüsen der Lid- und Gesichtshaut).

55 l. kobieta cierpi od 12 lat na pocenie się twarzy i szyi<sup>2)</sup>, które się szczególnie wzmaga przy silnym ruchu i przy spożywaniu kwaśnych pokarmów. Równocześnie występują pęcherzyki na powiekach i na twarzy. Pęcherzyki te powiększają się w czasie upałów, przyczem równomiernie z ich wzmaganiem się powstaje silne swędzenie.

Na skórze obu powiek znajdują się obustronne liczne ostro ograniczone pęcherze, wypełnione wodnistą cieczą. Podobne pęcherze widać na skórze powieki i twarzy aż poniżej dolnej szczęki. Na lewej twarzy są widoczne porażenne objawy nerwu współczulnego, a mianowicie zwieszanie widoczne górnej powieki, gałka zaś oczna jest wklęsnięta. Lewa źrenica jest węższą, a także i ucisk śródoczny lewej gałki jest zmniejszony. W przypadku tym rozchodzi się o zwiększone wydzielanie potu<sup>2)</sup> i porażenie włókien okołozrenicznych (oculopupillär) nerwu współczulnego. W następstwie tego powstały opisane pęcherzyki, które autor tłumaczy jako torbiele (Retentioncysten) gruczołów potnych.

2. *Opryszczka na dolnej powiece.* (Herpes facialis des unteren Lides).

U 30 l. dziewczyny wystąpiło równocześnie z miesiączką silne zaczerwienienie i opuchlina prawej dolnej powieki. W środku tego silnie zaognionego miejsca powieki, pojawiły się pęcherzyki wypełnione ropą, z których niektóre były wyschłe i nieco wgłębione. Po 8 dniach skóra powieki była prawidłową.

3. *Eczema impetiginosum necroticum powiek: pierwotna zmiana kiłowa na spojówce powieki dolnej.* (Eczema impetiginosum

<sup>1)</sup> Poświęcony prof. Schweiggerowi, w jego 70 rocznicę urodzin. (Red.)

<sup>2)</sup> Ephhydrosis unilateralis przyp. Ref.

necroticum der Augenlider: im Anschluss daran Primäraffekt der Bindehaut des unteren Lides).

5 l. dziewczynka zgłosiła się z zapaleniem skóry powiek i częściowo twarzy po prawej stronie.

Obie powieki były bardzo obrzmiałe i owrzodziały, aż do nosa. Brzegi owrzodziałej tej powierzchni były ostre, podczas gdy dno jej było wypełnione krwawymi i żółto brunatnymi strupami. Ze względu, że na skórze chorej połowy twarzy, jako też na brwiach znajdowały się liczne pęcherze, było rozpoznanie nie trudne, przy czem chora część skóry powieki prawej była w nekrozie. Gałka oczna była przytem prawidłową. Po 15 dniach miejsca te wygoiły się, przyczem powstała rozległa blizna. Równocześnie pojawił się teraz dopiero mały wrzód na dolnej spojówce prawego oka, który szybko się rozszerzał i wnikał w głąb. Obok tego słoninowato pokrytego wrzodu powstały bardzo liczne małe guzikowate nacieki na spojówce powiek, załamka a także i gałki ocznej. Dokładne badanie utwierdziło rozpoznanie pierwotnego wrzodu kiłowego spojówki powiekowej.

Zakażenie musiało w tym przypadku mieć miejsce w czasie, w którym już istniało *eczema impetiginosum* i to w ten sposób, że pozbawione przybliżonka miejsce spojówki zostało zakażone wprost przez osobnika chorego na kiłę. Przedsięwzięte z dobrym wynikiem leczenie przeciwikiłowe ustaliło rozpoznanie na pewno. Brak wysypki kiłowej przypisuje autor w tym razie wczesnemu stosowaniu wcieriek.

Powstanie licznych guzikowatych nacieków na spojówce powiek należy przypisać szybkiemu rozprzestrzenieniu się jadu kiłowego w spojówce, podobnie jak to też się dzieje przy gruczliczych naciekach spojówki.

4. *Wrzody kiłowe na skórze i na spojówce gałkowej.* (Syphilitiden der Haut und der Scleralbindehaut).

47 l. kobieta uskarża się na zapalenie lewego oka i przypisuje powstanie tegoż silnym bólowi lewej skroni i głowy.

Na górnym brzegu rogówki lewego oka znajduje się na spojówce gałkowej okrągły wrzód wielkości główki od szpilki. Wrzód ten, okolony licznymi małymi żółtawymi naciekami, umiejscowionymi w górnej połowie twardówki, rozszerzał się szybko tak, że i sąsiadująca górna warstwa twardówki i rogówki również się rozpadła. Ciecz wodna była zmętniałą, na błonie zaś Descemet'a były liczne osady.

Ogólne badanie dało wynik następujący; Sclerosis tonsillae et arcus palatoglossi later. sin., angina luetica, condylomata lata

faucium, syphilis cutanea papulo-squamosa, pustulosa-lenticularis et miliaris, polyadenitis.

Na tej podstawie należało rozpoznać wrzód twardówki jako pęcherzykowały kilak (pustulöses Syphilitid), przeprowadzone zaś leczenie przeciwickłowe utrzymało to rozpoznanie na pewno, a chora uzdrowiała zupełnie po 3 tygodniach.

Podobnie jak w przypadku poprzednim przyjmuje autor i w tym przypadku jako przyczynę powstania zapalenia tęczówki i nacieków w twardówce szybkie rozprzestrzenienie się zarodka kiłowego.

5. *Zagajona lues tuberosa serpiginosa skóry powiek, twarzy, głowy, szyi, podudzi i przedramion.* (Abgelaufene Lues tuberosa serpiginosa der Haut der Augenlider, des Gesichtes, des Kopfes, des Halses, der Unterschenkel und Vorderarme.)

52 l. mężczyzna zakaził się w r. 1872.

Na skórze twarzy, głowy, karku i szyi znajdują się liczne blizny w postaci siatki, przyczem skóra jest miejscami wyniosłą. Na powiekach widać miejscami brak skóry, a lewa górna powieka jest w zewnętrznej swej części odwróconą na zewnątrz. Na powiekach widać dalej tylko nieliczne rzesy, rogówka jest zmętniałą wskutek łuszczyki. Obie powieki prawego oka są w najwyższym stopniu odwrócone na zewnątrz, a cała spojówka załamka i powiek jest bardzo silnie przekrwiona i opuchła. Tak samo zmienioną, tylko jeszcze w wyższym stopniu jest spojówka gałkowa, która otacza w postaci wału rogówkę tak, że tylko mała jej część środkowa jest widoczna. Cała rogówka tego oka jest zbliźnowaciała,

Bardzo znaczne zbliźnowacenie znajduje się także na wewnętrznej stronie obu ramion i w okolicy stawu łokciowego.

W przypadku tym rozchodzi się o kilaki skóry. (Hautgumma).

*Dr. Battaban.*

II. *Wynik badania oczu u 2500 robotników pracujących w różnych gałęziach przemysłu.* (Augenuntersuchungen an 2500 Arbeitern verschiedener industrieller Betriebe) Walter.

Autor badał wspólnie z Overwegiem i Haselberg'em oczy 2500 robotników różnego zawodu. Największą uwagę poświęcono robotnikom między 14—23 rokiem życia.

Wedle różnego zajęcia badano następujące rzemiosła: zecerów i drukarzy, złotników, robotników zajętych przy nowem srebrze (Neusilberarbeiter), robotników zajętych w fabrykach instrumentów, pieczętarzy, ślusarzy, tokarzy, ślifierzy, kowali, robotników przy budowie maszyn, stolarzy, robotników zajętych politurą mebli, robotników przy fabrykach fortepianów, rzeźbiarzy, bednarzy, ślifierzy

szkła, robotników w fabrykach porcelany, dywanów, w zakładach elektrycznych i zakładach gazowych.

Wyniki podjętego badania były następujące:

Na 2672 robotników różnego zawodu znaleziono 611 o mniej lub więcej upośledzonej bystrości wzroku. Była ona u 387 wrodzoną, zaś u 224 nabytą. U 95 osobników można było z całą stanowczością przypisać zmniejszoną bystrość wzroku wykonywanemu zajęciu. W procentach dało się ustalić wrodzone upośledzenie bystrości wzroku do nabytej w stosunku 63,3:36,6, zaś 15% osobników miało upośledzoną bystrość wzroku przez wykonywanie pewnego rzemiosła.

Inaczej przedstawia się ten stosunek, jeżeli zestawi się robotników młodocianych od 14—23 roku życia.

W tych latach było zajętych ogółem 775 robotników, a z tych było 138 z upośledzoną bystrością wzroku. W 109 przypadkach była ona wrodzoną, a tylko w 26 nabytą i to w rzemiośle w 11 przypadkach. Stosunek w procentach wypada zatem 80,7%:19,2%, w rzemiośle zaś nabyte było to upośledzenie w 8,1%. Z tego wynika, że u młodocianych robotników nie można właściwie brać w rachubę upośledzenia wzroku nabytego w rzemiośle, gdyż jest ono minimalne, a niebezpieczeństwo pogorszenia się wzroku wzrasta dopiero w stosunku do wieku i rodzaju wykonywanego rzemiosła. Najwięcej narażeni na upośledzenie wzroku są zecerzy, tkacze i maszyniści. Wreszcie należy podnieść częste pojawienie się nieżytych spojówki u stolarzy i robotników zajętych politurą mebli, jakoteż częste przypadki skaleczenia u robotników w fabrykach metalowych. Na całą ilość robotników znaleziono 9 osobników, którzy wskatek skaleczenia utracili jedno oko.

Dr Ballaban.

III. *Wpływ kofeiny na pole widzenia przy zatruciu chinina.* (Die Einwirkung des Koffeins auf das Gesichtsfeld bei Chinin-Amblyopie.) Dr G. Schwabe z Lipsku.

Na podstawie wieloletniego spostrzegania przypadku wykazuje autor wpływ alkaloidów zawartych w kawie i herbacie na zachowanie się pola widzenia przy ślepcocie, która była następstwem użycia stosunkowo niewielkiej dawki chininy, gdyż tylko 1,25 gm.

Doświadczenia swe przeprowadził autor u 33 letniej, pod każdym względem zdrowej osoby. Z powodu bólu zęba zażyła ona 5 proszków chininy w odstępach kilku minutowych, poczem wystąpiły natychmiast objawy zatrucia, przyczem chorego po upływie 5-ciu godzin zupełnie ociemniała. Badanie wykazało obie gałki oczne zewnętrznie prawidłowe, źrenice szerokie nie oddziaływały zupełnie na światło. Środki łamiące były zupełnie przejrzyste, obie



tarcze wzrokowe silnie poblądłe, tętnice bardzo znacznie zwężone, żyły zaś tylko niewiele. Po zatem dno oka prawidłowe. Po 19 godzinach od chwili zatrucia poczuła chora światło od nosa i dołu, źrenice nie oddziaływały jednak i nadal. Czwartego dnia wykazało badanie: o. p.  $\frac{6}{15}$  o. l.  $\frac{1}{21}$ . Schweigger Nr. 3. Środkowo rozszawała chora barwy zupełnie dokładnie. Pole widzenia było ścięśnione na barwę białą od  $17^{\circ}$ — $25^{\circ}$ , na inne zaś barwy od  $3^{\circ}$ — $7^{\circ}$ . Źrenice oddziaływały leniwie. Po upływie 10 tygodni oddziaływały źrenice prawidłowo, tarcze wzrokowe były nieco przybladłe, naczynia siatkówki pozostały nitkowate. V. o. p.  $\frac{6}{6}$  o. l.  $\frac{1}{24}$ .

Pole widzenia pozostało jednak ścięśnione i tak dla barwy białej od  $28^{\circ}$ — $35^{\circ}$ , dla innych barw od  $15^{\circ}$ — $28^{\circ}$ .

W 3 lata potem badana chora wykazywała zupełnie prawidłową bystrość wzroku i prawidłowe dno oka, gdyż naczyń przybrały swoją prawidłową grubość, tarcza wzrokowa była prawidłowo zabarwioną, a tylko pole widzenia pozostało dość znacznie ścięśnione.

Ponieważ chora uskarżała się, że od czasu zatrucia chininą, wzrok jej się znacznie pogarsza po wypiciu silnej kawy lub herbaty, poddał ją autor dokładnemu badaniu w tym kierunku i przekonał się, że pomimo, iż bystrość wzroku i poczucie na barwy były niezmiennie, ścięśniało się przytem pole widzenia bardzo znacznie. I tak gdy prawidłowe pole widzenia wynosiło dla barwy białej od  $24$ — $32^{\circ}$ , dla barw zaś innych od  $17^{\circ}$ — $30^{\circ}$ , ścięśniało się ono wskutek działania kofeiny dla barwy białej i innych od  $0^{\circ}$ — $6^{\circ}$ , po upływie zaś 2 godzin wracało ono do stanu prawidłowego. Pomimo, że pole widzenia było w czasie najsilniejszego działania kofeiny minimalnie ścięśnione pozostała bystrość wzroku i poczucie na barwy były prawidłowe. Natomiast były tętnice bardzo waziatkie, żyły silnie zwężone, tarcza zaś wzrokowa była przybladłą. Stosownie do zmniejszenia się działania kofeiny wypełniały się naczynia. Z powyższego badania wynika, że otrucie chininą sprowadza często lata całe trwające ścięśnienie pola widzenia, a także że w takich przypadkach może kofeina, sprowadzić przejściowe dalsze bardzo znaczne zwężenie pola widzenia i to wskutek wywołanego nią skurczu naczyń obwodowych siatkówki, przyczem pozostaje środkowa bystrość wzroku i poczucie na barwy prawidłowe.

*Dr Baltaban.*

IV. *Mięsak naczyńiówki ze zejściem w zanik gałki.* (Sarcoma chorioideae mit Ausgang in Phthisis bulbi.) Dr Schultz.

Przedsiębrane badanie prawego oka u 26 l. chorej wykazało zewnętrznie prawidłową gałkę oczną, wzornikiem zaś było widocznem oderwanie siatkówki od dołu i zewnątrz aż do tarczy wzrokowej. Odpowiednio temu znajdował się w polu widzenia uby-

tek od góry i wewnątrz, a chora liczyła palce w odległości  $\frac{1}{4}$  m. Tn. Gdy po upływie kilku miesięcy powstało bez żadnej zewnętrznej przyczyny silne zapalenie całej tej gałki ocznej i chora się ponownie zgłosiła, można było wykazać lekki treszcz gałki, znaczny obrzęk spojówki gałkowej, całą przednią komorę wypełnioną krwią, bardzo znaczną bolesność i znaczne zmniejszenie ucisku śródocznego. Przy odpowiednim leczeniu ustały zupełnie objawy zapalne i bóle gałki, równocześnie jednak zmetniała i zakłęsta rogówka a zmalałe w całości oko przedstawiało zupełny obraz zaniku. Po wyjęciu gałki ocznej została ona stwardnioną w formolu i alkoholu. Na poziomym przekroju była rogówka nieprawidłowo wklęsła, twarłowka zaś silnie zgrubiała. Cała tylna część gałki była po większej części zajęta przez żółtawy nowotwór, który wychodził od tarczy nerwu wzrokowego i sięgał aż prawie do tylnej powierzchni soczewki.

Badanie drobnowidowe. Rogówka była nieco zgrubiałą o nierówną pagórkowatą powierzchnię, powstałą przez miejscowe wklęsnięcie przybliżonka. Na tylnej ścianie rogówki znajdowały się czarne ciałka krwi i komórki barwika. Bardzo ścięciężała tęczówka przylegała w całości do przedniej torebki soczewki, również i ciałko rzęskowe było zanikłe. Cała siatkówka była zwyrodniałą i zmienioną w tkankę łączną, w której znajdowały się komórki barwika. Naczyniówka była zgrubiałą, przyczem naczynia jej były silnie wypełnione. Zajmujący tylną część gałki nowotwór był w całości nekrotyczny i wypełniony jednorodnymi i ziarnistymi słojami. Naczyń nie było w nim nigdzie, a tylko miejscami były widoczne kanały, wypełnione nekrotycznymi słojami, jako resztki naczyń, obok nich zaś mniejsze lub większe jamy i liczne ziarna barwika. Nowotwór ten był na obwodzie okolonym warstwą komórek, których jądra barwiły się dokładnie, a których protoplasma składała się z rozpadłych mas i ziarenek barwika. Na skrawkach porządkowych dała się ta warstwa rozpoznać jako tkanka mięsakkowa. W ciałku szklistem znajdowały się komórki wypełnione krwią i barwikiem, nerw wzrokowy był nacięty a w jego przedziałach znachodził się barwik.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym rozchodziło się o zupełnie nekrotyczny okrągło-komórkowy mięsakk naczyńiówki. Nowotwór ten był pierwotnym, a wywołane nim oderwanie siatkówki i plastyczne zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, w następstwie którego gałka oczna zanikła.

Znaczenia nabiera ten przypadek głównie przez to, że wogóle są rzadkie tego rodzaju przypadki, w których istniejący nowotwór powoduje następowy zanik gałki ocznej. Pośrednikiem jest w tych razach zawsze ostre zapalenie całej gałki, przyczem nie da się sta-

nowczo orzec, czy zapalenie to jest spowodowane samym nowotworem, czy jakimś zakażeniem drobnoustrojowym. *Dr Ballaban.*

V. *Pooperacyjnie zapalenie spojówki z wynikiem badania bakteriologicznego.* (Über postoperative Conjunctivitis mit bakteriologischem Befunde.) Dr F. Abelsdorf und Dr G. Neumann.

U 3 chorych operowanych na zaćmę wystąpił po operacji bardzo silny śluzotok ropny spojówki pomimo, iż we wszystkich 3 przypadkach była spojówka przed operacją zupełnie prawidłowa. Przebieg samej choroby był we wszystkich tych przypadkach prawidłowy i krótkotrwały.

Badanie drobnowidowe wydzielin wykazało obok okrągłych komórek dwoinki podobne do t. z. gonokoków, które to ostatnie dały się z łatwością wykluczyć badaniami na pożywkach, a wprowadzone do worka spojówkowego świnki morskiej i królika nie wywoływały wcale żadnego zadrażnienia.

Ze względu na morfologiczne zachowanie się tej dwoinki uważają ją autorowie za identyczną z t. z. *diplococcus albicans* Bumba i omawiają miejsca, w których różni autorowie znaleźli ten drobnoustroj u człowieka a zarazem i zachowanie się jego co do sposobu barwienia. Zakażenie musiało w tych przypadkach nastąpić pośrednio lub bezpośrednio. *Dr Ballaban.*

VI. *Wziernik stercoskopowy.* (Ein stereoskopischer Augenspiegel.) Dr Walter Thorne.

Autor będąc zdania, że zbudowany przez Giraud-Teulona obuoczny wziernik nie odpowiada swemu zadaniu głównie dla tego, że jest sporządzony na zasadzie obrazu odwrotnego, przez co staje się niemożliwym badanie wymiarów głębokości oka zbudował nowy. Liczne obliczenia i rysunki umożliwiają zrozumienie budowy tego przyrządu. *Dr Ballaban.*

VII. *Zmiany oczne występujące w przebiegu xeroderma pigmentosum.* (Ueber Augenerkrankungen bei Xeroderma pigmentosum). Prof. Dr. R. Greeff z Berlina.

*Xeroderma pigmentosum* należy do bardzo rzadkich i stosunkowo mało dotychczas poznanych chorób skórnych, a ponieważ widać się bardzo często z zajęciem powiek i oczu, przeto zasługuje na uwagę także ze stanowiska okulistyki.

Prof. Greeff podaje szczegółowy opis dwóch przypadków spostrzeganych przez siebie i leczonych na oddziale ocznym berlińskiej Charité. Dwaj bracia, jeden w wieku 11 lat, drugi 6-letni, okazywali w bardzo wybitnym stopniu to ciężkie cierpienie skórne.

Skóra wszystkich części nie przykrytych ubraniem, a zatem twarzy, rąk do połowy przedramienia i nóg do połowy podudzia (chłopcy przez całe lato biegali bosy) pokryta była ciemno pigmentowanemi, tu i ówdzie zupełnie czarnemi plamami, dużych rozmiarów i tak gęsto rozsianemi, że mało pomigłszy niemi pozostawało skóry względnie zdrowej a i ta była zcieńczała i okazywała znamiona zaniku. Prócz tego na twarzy znajdowały się liczne mniejsze i większe guzkowate wyrośnię, u starszego z braci także na karku i plecach. Co do oczu to u starszego chłopca zmiany ograniczały się tylko na obustronnym zupełnym braku rzęs, przewlekłym zapaleniu spojówek i brzegu powiekowego, na spojówce gałkowej widać było tu i ówdzie wyraźne rozszerzenia naczyń (teleangiektazy), u lewego oka znajdowała się na twardówce jedna ciemna plamka barwikowa, a u prawego oka na rogówce przybrzeżne zaćmienie trójkątnej postaci. U młodszego chłopca zmiany oczne były o wiele donioślejsze. Na lewym oku nie było wprawdzie nie prócz nieżyty i rozszerzenia poszczególnych naczyń, ale natomiast gałka prawego oka pokryta była całkowicie nowotworem wielkości i postaci owocu kaszlana, barwy brudno-czerwonej, zbitości twardej, o powierzchni nierównej, pokrytej ropiastą wydzieliną. Guz ten ściśle i szeroko z gałką zrosnięty, tylko razem z nią dość ograniczone wykonywał ruchy. Badanie anatomiczne, dokonane po wyjęciu guza wraz z gałką, wykazało, jak się tego przy *xeroderma pigmentosum* z góry można było spodziewać, utkanie rakowe.

Nowotwór wychodził z brzegu rogówko-twardówkowego od strony nosa, ale przyrośnięty był do całej prawie rogówki (z wyjątkiem wąskiego skrawka od skroni), a ku wewnątrz sięgał prawie do równika gałki. Znamienne dla rakowego utkania czopy przybłonkowe wnikały z jednej strony w miąższ rogówki, a z drugiej wrastały pomiędzy włókna mięśnia prostego wewnętrznego i w łuszczy oczodołowej; w okolicy zaś brzegu rogówko-twardówkowego przedostały się już były wzdłuż gałżek żył rzęskowych przednich do kącika przedniej komory zapuszczając się stąd w tęczówkę, a nawet w naczyniówkę. Jak widać z tego wyjęcie gałki było tu aż nadto usprawiedliwione. Na podniesienie zasługuje okoliczność, że w nowotworze nie znaleziono wcale złogów barwikowych. Dodać również należy, że guzkowate wyrośnię z twarzy obydwóch braci, a u starszego także z pleców i karku okazywały się również naciekami rakowatymi. Wiadomo, że poza chirurgicznym usuwaniem wytworzących się nacieków nowotworowych, wszelkie inne leczenie jest wobec *xeroderma pigmentosum* zupełnie bezsilne. Wszelkie też zabiegi, jakie zastosowano w Charité u obydwóch chłopców pozostały bez najmniejszego wpływu na przebieg choroby. Starszy po-

padłszy w najzupełniejsze wycieńczenie, zmarł po upływie roku, a bezpośrednią przyczyną śmierci był udar mózgowy. Młodszy był jeszcze przy życiu w czasie, gdy Prof. Greeff oddawał swą pracę do druku, ale już po opuszczeniu szpitala ośleplł zupełnie, gdyż stracił drugie oko, z powodu sprawy ropnej, co do której bliższych szczegółów autor nie podaje. Ani u rodziców chorych chłopców, ani u ich rodzeństwa (złożonego z dwóch jeszcze braci i dwóch sióstr) nie znalazły się najmniejsze choćby ślady choroby skórnej. Niezwykle tak młodemu wiekowi wystąpienie raka, tłumaczy autor zgodnie z wywodami Prof. Łukasiewicza, którego kazuistykę bogatą w powikłania oczne przytacza szczegółowo. Zmiany skórne występujące przy *xeroderma pigmentosum* należy uważać za następstwo przedwczesnego niejako zestarzenia się (*senilitas praecox*) skóry, która z powodu wrodzonego braku odporności ulega pod wpływem działania szkodliwych czynników, w pierwszym rzędzie promieni światła słonecznego, zwłaszcza promieni pozafioletkowych (Widmark) w krótkim czasie zupełnie takiemu samemu zanikowi, jaki okazuje zwyczajnie skóra 70 lub 80-letnich starców. Stąd to i ta nadzwyczajna u dzieci tych skłonność do nietypowego bujania przybłonków, a tem samem do rozwoju raka, któremu w zwyczajnych warunkach ulegają tylko osoby wiekiem podeszłe.

Dr. K. W. Majewski.

VIII. *O istocie zaćmienia rogówki przy jaskrze.* (Ueber das Wesen der glaukomatösen Hornhauttrübung). Prof. Dr. P. Silex.

We wszystkich niemal podręcznikach okulistyki wyrażone jest zapatrywanie, że zaćmienie rogówki występujące przy jaskrze ostrej polega na obrzuku tkanki rogówkowej (*oedema corneae*). Ten sposób tłumaczenia tego stałego objawu jaskry zawdzięczamy w pierwszym rzędzie anatomicznym poszukiwaniom prof. Fuchsa, który wykazał, że rogówka pochodząca ze świeżego przypadku jaskry okazuje zwłaszcza w powierzchniowych warstwach wolne przestwory wypełnione skrzepłą ciecżą, nadto znachodził podobną ciecz, skrzepłą w rozszerzonych pochwłkach nerwów, a w niektórych przypadkach nawet cieniutką warstewkę bezpostaciową pomiędzy przybłonkiem a błoną Bowmana, którą to warstwę uważa on za płyn przesączynowy skrzepły już *intra vitam*.

Prof. Silex podaje jednak w wątpliwość słuszność tego przedstawienia rzeczy i na podstawie własnych spostrzeżeń klinicznych, na podstawie badań doświadczalnych i drobnowodowych twierdzi, że utrata połysku i przezroczystości rogówki pod wpływem jaskry polega na wytworzeniu się w jej miąższu warstw podwójnie światło załamujących, przez co zdaniem jego wielka

część promieni świetlnych ulega odbiciu i rozproszeniu. Zupełnie podobną przyczynę przyjmuje Fleischl dla zaćmienia rogówki powstającego przez ucisk wywarty na nią od zewnątrz. Zaćmienie takie występuje z chwilą, kiedy ucisk rozpoczyna działać i ustępuje natychmiast po ustaniu jego działania. Tak szybkiego powstawania i znikania obrzęku w zbitej tkance rogówkowej autor wyobrazić sobie nie może. Wstrzykując zapomocą strzykawki opatrzonej możliwie cienką igłą płyn obojętny do ciała szklistego królikom, wywoływał on natychmiast zaćmienie rogówki połączone z utratą połysku, ładując podobne do zaćmienia spostrzeganego przy jaskrze. Im więcej wstrzyknął płynu, im bardziej zatem ucisk śródoczynny podwyższył, tem silniejszym stawało się to zaćmienie, po wypuszczeniu zaś płynu znikало ono natychmiast bez śladu. Dla potwierdzenia swego zapatrywania przytacza autor także spostrzeżenia kliniczne, zwraca mianowicie uwagę na okoliczność, że jeśli wykonywany irydektomią na oku dotkniętem ostrą jaskrą w narkozie, bez użycia kokainy, która sprowadza zmiany w przybłonku rogówkowym, wtedy natychmiast po pierwszym cięciu, gdy tylko ciecz wodna odpłynie możemy zauważyć, że rogówka zupełnie się wyjaśnia. Gdyby zaćmienie polegało istotnie na obrzęku, to ten tak szybko nie mógłby ustąpić. Nareszcie przytacza Prof. Silex anatomiczne badania Elschniga i Zirna, którzy nie zdołali wykazać w świeżych przypadkach jaskrowego zaćmienia rogówki żadnych zmian odpowiadających obrzękowi.

*Dr. K. W. Majewski.*

*IX. Przypadek niepewnego zrazu miesaka w oczodole z następowym bezgłębokim zakrzepem w zatoczce jamistej.* (Ein Fall von anfangs unsicherem traumatischem Orbitalsarkom gefolgt von aseptischer Thrombose des sinus cavernosus). Knapp.

30 letni chory przebył w młodości obustronne ropne zapalenie środkowego ucha, w następstwie którego ogłuchł na prawe ucho zupełnie, na lewem zaś uchu słuch był znacznie upośledzony. 5 tygodni przed przyjęciem do kliniki, został on bardzo silnie uderzony w lewe oko i lewy brzeg oczodołowy kijem bilardowym. Oko łzawiło przez dni kilka, poczem wystąpił trzeszcz gałki lewej.

Badanie wykazało silny obrzęk obu powiek oka lewego, oko zaś samo wystawało ku przodowi i na dół, przyczem zwracało się tylko z trudnością i to szczególnie trudno ku górze, Tarcza wzrokowa, jako też okolice siatkówka były silnie obrzękłe, żyły rozszerzone i pokręcone, przyczem tętniły żyły i tętnice przy silnym ucisku. Krwotoków na siatkówce nie było.

Mimo odpowiedniego leczenia powiększał się obrzęk powiek, a w miesiąc od dnia przyjęcia powstała na oku lewym keratitis ulcerosa e lagophthalmo.

Wobec silnego obrzęku powiek i spojówki, trzeszczu, następowego porażenia nerwu okoruchowego, blockowego i prostego zewnętrznego, znieczulenia w zakresie pierwszej gałęzi nerwu trójdzielnego, a także i wobec zastoiny i przekrwienia siatkówki, przyczem chorey nie gorączkował, było zupełnie usprawiedliwionem rozpoznanie niezakaźnego zakrzepu lewej poprzecznej zatoki mózgowej w następstwie pęknięcia górnego sklepienia oczodołowego i skaleczenia zatoki poprzecznej, pomimo, iż możliwości istnienia urazowego mięsaka powiek i oczodołu nie można było w zupełności wykluczyć.

Ponieważ w niedługim czasie wystąpiły objawy początkowego zakrzepu i na prawej stronie i chorey wobec groźnego przebiegu choroby był narażonym na utratę wzroku i życia nakłonił autor Dra Hartleya do operacyi, która miała na celu podwiązanie zatoki kolistej, aby w ten sposób zapobiedz dalszemu postępowi zakrzepu do prawej zatoki poprzecznej. Niezwykła ta i bardzo trudna operacya, przy której usunięto całkowicie zakrzep z zatoki poprzecznej, powiodła się nadspodziewanie dobrze a bezpośrednio po niej jako też w następnych tygodniach czuł się chorey bardzo dobrze.

Po upływie 3 tygodni nowotwór powiększył się jednak w bardzo znaczny sposób i owrzodził a równocześnie podniosła się temperatura ciała i chorey pozostawał w śpiączce.

W 5 miesięcy od czasu przyjęcia go do szpitala umarł. Przedsiębrana obdukcya zwłok wykazała mięsak małokomórkowy, który wychodził z górnego sklepienia oczodołowego i wypełniał cały oczodoł. Cała okoliczna skóra i tkanka podskórna z wyjątkiem maskórki była mięsakowato rozpadłą. Toż samo przeciętą była kość czołowa jako też sąsiadujące z nią części kostne ucha, nosa i górna część kości klinowej. Drobnowidowo dało się rozpoznać małokomórkowe utkanie mięsaka.

Uwagi godnem było zachowanie się miejsca skrzyżowania się nerwów wzrokowych. I tak był lewy nerw wzrokowy 2 razy tak gruby jak prawy, różowo zabarwiony w przeciwieństwie do nerwu prawego, który był biały i gładki.

Zarazem były bardzo dokładnie odgraniczone obie połowy lewego nerwu, z których prawa, zewnętrzna przebiegała prawidłowo do prawego szlaku wzrokowego, połowa zaś jego wewnętrzna była silnie zaróżowioną i ostro się oddzielała. Tak samo grubszą i cieńszą była lewa połowa chiasma i lewy szlak wzrokowy.

Badanie wykazało, że lewy nerw wzrokowy miał w sobie li-

czne komórki mięsakowate. Pojedyncze także komórki znajdowały się także w początku prawego nerwu.

Nadzwyczaj zajmujące pytanie powstania zakrzepu w tym przypadku pozostawia autor nierozstrzygnięte. Jego zdaniem powstał najprawdopodobniej najprzód mięsak wskutek urazu, który w następstwie spowodował przez ucisk żył oczodołowych, zakrzep w zatoce poprzecznej.

Dr. Ballaban.

X. *O jaskrze prostej.* (Über Glaucoma simplex). Dr Horstmann.

W pracy swej opisuje autor 9 przypadków glaucoma simplex wedle pojęcia Donders'a, w których to tarcza nerwu wzrokowego była wyźłobioną, bystrość wzroku upośledzoną, w polu widzenia istniały ubytki a zarazem było poczucie na barwy i światło mniej lub więcej upośledzone. Po zatem była gałka oczna we wszystkich przypadkach prawidłową, ucisk śródoczny nie był zwiększony i brak był jakichkolwiek objawów zapalnych.

W przypadkach tych wykonana irydektomia nie tylko nie była korzystną, ale przeciwnie powodowała ona bardzo często znaczne upośledzenie wzroku. Właśnie dla tego podnosi autor ważność dokładnego rozpoznania i poucza, że samo istnienie wyźłobienia nerwu ocznego nie upoważnia do przedsięwzięcia irydektomii w tych przypadkach. Dla uniknięcia nieporozumienia skłania się on raczej do rozpoznania jakie Albrecht Graefe w r. 1857 dla tych przypadków ustalił a w r. 1891 Schweigger poparł „*Amaurose mit Sehnervenerexcavation*“.

Jako dowód, że samo wyźłobienie nerwu wzrokowego, pomimo że takowe jest w istocie jednym z podstawowych objawów jaskry, nie może być miarodajnym dla rozpoznania jaskry, podaje autor 4 przypadki, w których u ludzi chorych pomiędzy 62 a 72 rokiem spostrzegał przez lat kilka z rzędu istniejące całkowite wyźłobienie nerwu wzrokowego aż po brzeg tarczy, przyczem brak był wszelkich innych objawów jaskry, a bystrość wzroku pozostała stale prawidłową<sup>1)</sup>.

Następnie opisuje on 4 inne przypadki, które wedle Donders'a należałoby także zaliczyć do glaucoma simplex pomimo, iż były one nacechowane przemijającymi i krótkotrwałymi objawami zapalnymi, zamgleniem i tęczami barwnymi. W dzisiejszem pojęciu rzeczy nazwalibyśmy je raczej przewlekłą jaskrą zapalną. W przypadkach tych odniosła irydektomia, z wyjątkiem jednego przy-

<sup>1)</sup> Autor ma na myśli prawdopodobnie fizyologiczne wyźłobienie tarczy wzrokowej. (*Przyp. spraw.*).



padku, mniej lub więcej korzystne wyniki lecznicze, dla tego też radzi autor podział jaskry prostej na dwie grupy. Do pierwszej należy zaliczyć wszystkie te przypadki, w których nie ma żadnych objawów zapalnych i nazywa je wedle Graefe'go »ślepotą względnie niedowidzeniem z wyłobieniem tarczy wzrokowej«, do drugiej natomiast przypadki choćby z najmniej widocznymi i bardzo krótkotrwałymi objawami zapalnymi a zatem właściwie nazwane »przewlekłą jaskrą zapalną«.

Podział ten jest zdaniem autora bardzo ważnym, gdyż w pierwszych przypadkach operacya nie jest wskazaną a bardzo często szkodliwą, w przypadkach zaś ostatnich jest ona natomiast konieczną <sup>1)</sup>.

Dr. Ballaban.

XI. *Zmiany wziernikowe u ciężarnych i położnic.* (Augen-hintergrundsbefunde bei Schwangeren und Wöchnerinnen). Dr. Bruno Bosse.

Autorem wykonano liczne badania wziernikowe dna oczu u kobiet ciężarnych w królewieckiej klinice położniczej. Zbadał on 124 ciężarnych, a spostrzeżenia jego odnoszą się do wszystkich miesięcy ciąży, począwszy od czwartego, najwięcej ich jednak, bo prawie połowa przypada na ostatni miesiąc ciąży. W  $\frac{3}{4}$  przypadków stwierdził uderzające wybitne przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego, połączone z wyraźnym obrzękiem tęcz. O przekrwieniu świadczyło rozdzielenie żył i czerwone zabarwienie tarczy we wielu przypadkach tak wybitne, że tylko po wynurzających się naczy-

<sup>1)</sup> Jakkolwiek wskazania co do operacyi przy jaskrze prostej nie są do dziś jeszcze ustalone, to jednak opierając się na doświadczeniu w tym kierunku nabytem sądzę, że jaskra prosta powinna być zawsze operowaną. Bezprzecznie upada bardzo często bystrość wzroku dość znacznie bezpośrednio, lub też w najbliższym okresie po operacyi, pozostała jednak utrzymuje się po większej części nadal. Zaniedbanie zaś operacyi przyprawia zazwyczaj chorego o utratę wzroku. Wskazanie to zdaje mi się być choćby już dla tego usprawiedliwionem, że zbyt często nie mamy dokładnego sądu, czy chore na pojedynczą jaskrę oko nie podlega choćby nieznacznie i trudno dającym się zbadać objawom zapalnym.

Należy też sądzić, że opisana przez autora druga grupa należy do tych właśnie niepewnych przypadków, gdyż w innym razie nie możnaby pojąć dla czego autor podporządkował je pod jaskrę prostą i nazywa je tylko z pewnem zastrzeżeniem, »glaucoma chronicum inflammatorium«.

Wreszcie i przypadki pierwszej grupy opisane przez autora nie mogą zachwiać wskazania co do operacyi prostej jaskry, gdyż jakkolwiek w 4 operowanych przypadkach wzrok się pogorszył, to jednak i w 5 innych nieoperowanych zmniejszyła się bystrość wzroku bardzo znacznie, gdyż najczęściej na liczenie palców odległości 2—3 m. (*Przyp. spraw.*).

niach można było wśród czerwonego dna poznać miejsce odpowiadające tarczy. Zagłębienie fizyologiczne znaczące się zazwyczaj barwą białą znikało w większości przypadków zupełnie. O miernym obrzęku przekonywały wyraźne paralaktyczne ruchy naczyń. Z innymi zmianami nie spotkał się autor w swych spostrzeżeniach. Raz jeden tylko znalazł w siatkówce małą wybroczynę. Dr. Bosse wyraża zdziwienie, że tak znacznym zmianom w wejrzeniu tarczy nerwu wzrokowego nie odpowiadały żadne czynnościowe zaburzenia. Co prawda ograniczał się on na zapytywaniu badanych, czy dobrze widzą. Żałować wypada, że nie uzupełnił swych ciekawych spostrzeżeń dokładnem oznaczaniem bystrości wzroku i pola widzenia. Że zmiany te w głębi oka są co do swej istoty dosyć niewinne, zatem przemawia także szybkość, z jaką ustępują po porodzie. U położnic w pierwszym dniu po porodzie znalazł on tarcz o prawidłowem już wejrzeniu w  $\frac{1}{8}$  przypadków, drugiego dnia w  $\frac{1}{11}$ , między 3-cim a 10-ym dniem w połowie przypadków, jedenastego dnia w  $\frac{2}{3}$ , a począwszy od 15-go dnia u żadnej z położnic nie mógł stwierdzić przekrwienia ani obrzęku tarczy. Za przyczynę tej przejściowej zmiany pospolitej, jak widać, w przebiegu ciąży, uważa autor zmieniony skład krwi i ogólny zastój żylny.

Dr. K. W. Majewski.

XII. *Wyrostki rzęskowe w obrębie źrenicy.* (Ciliarfortsätze im Pupillargebiet). Dr. R. Schweigger.

W XXXIII tomie archiwum Knappa (str. 109) mieści się pierwszy w literaturze przez Siegrista podany opis wyrostków rzęskowych (*processus ciliares*) sięgających w obręb źrenicy. Drugi niezwykle ciekawy przypadek tego rodzaju spostrzegł Dr. Schweigger a opis jego oraz rysunek obecnie podaje.

Młody 22 letni człowiek zgłosił się do niego z prośbą o usunięcie w celu kosmetycznym przynajmniej zaćmy wrodzonej zasłaniającej źrenicę prawego oka. Oko to w całości nieco pomniejszone okazywało drżenie (*nystagmus*) i zez zbieżny. Po rozszerzeniu źrenicy, w której widać było ścieńczoną, szczątkową zaćmę wrodzoną, ukazały się od strony nosa liczne (około 25) szeregiem promienisto obok siebie ułożone wyrostki, ciemno-brunatnej barwy. Były one końcami do zaćmionej torebki silnie przyrośnięte i wystawały z poza wolnego brzegu rozszerzonej źrenicy na przeszło 2 mm.

Autor chcąc uczynić zadość życzeniu chorego, starał się wazkim nożykiem Graefego rozciąć torebkową zaćmę, ale, gdy ta usuwała się tylko przed naciskiem noża pociągając za wyrostki rzęskowe, co choremu wielki ból sprawiało, zaniedbał na razie dalszych prób i dopiero po kilku dniach w głębokiej narkozie roz-

kawałkował zaćmę zapomocą nożyczek podanych do tego celu przez ojca swego Prof. Schweiggera. Po operacyi tej chory uzyskał czarną źrenicę, a wyrostki rzęskowe skureczyły się cokolwiek i schowały się poza tęczęwkę.

Dr. K. W. Majewski.

XIII. *Przyczynek do leczenia hydrophthalmus congenitus et infantilis.* (Beitrag zur Therapie des Hydrophthalmus congenitus et infantilis). Dr. C. Schoenemann.

Uleczalność *hydrophthalmus* uchodzi dość powszechnie za wielce wątpliwą. Podczas gdy jedni autorowie jak Schweigger i Stölting polecają leczenie operacyjne, jako jedyny środek prowadzący do celu, to inni o wiele liczniejsi przestrzegają przed wszelkim zabiegiem operacyjnym, a zwłaszcza przed irydektomią, wskazując na niebezpieczeństwa, jakie w tych przypadkach operacyi towarzyszą. Obawiają się oni wypływu ciała szklanego, zwknięcia soczewki lub wreszcie krwotoku śródgałkowego. Graefe z obawy tych powikłań uważa *hydrophthalmus* za *noli me tangere*. Haab, Stölting, Thier polecają samą tylko sklerotomią. Dopiero prof. Schweigger w roku 1891 wykazał, że irydektomia nie przedstawia tych wszystkich niebezpieczeństw, jeśli cięcie wykonany po rogówkowej stronie rąbka spojówkowego i jeśli nie przystąpimy do operacyi nie sprowadziwszy poprzednio za pomocą ezeryny lub nawet w razie potrzeby za pomocą kilkakrotnie powtarzanego nakłucia rogówki obniżenia ucisku śródocznego. Tych zasad trzymał się Dr. Schoenemann w leczeniu *hydrophthalmus* i obecnie przytacza szczegółowe historye choroby siedmiu operowanych przez siebie przypadków. Szczególna wartość tych spostrzeżeń polega na tem, że z wyjątkiem jednego odnoszącego się do dziecka operowanego przed rokiem, wszystkie inne dotyczą chorych, u których autor miał sposobność przez cały szereg lat po operacyi badać jej następstwa i śledzić późniejsze losy operowanego oka. Otóż we wszystkich tych przypadkach, których opisu nie będziemy tu powtarzać, irydektomia wykonana wedle przepisów Schweiggera po poprzedniem kilkudniowem stosowaniu ezeryny okazała się zbawiennym zabiegiem leczniczym, a nie sprowadziła w żadnym przypadku jakichkolwiek powikłań. Objawy jaskrowe ustępowały po niej szybko i bezpowrotnie, a oczy operowane, badane przez autora wielokrotnie po upływie miesięcy i lat nie okazywały już później ani żadnego podrażnienia, ani wzmożenia ucisku śródocznego. W kilku przypadkach wytworzyła się niedomiarowość miernego stopnia przy zachowanej dobrej bystrości wzroku. Ten pomyślny stan utrzymujący się trwale przez tak długi przeciąg

czasu napawa autora dobrą otuchą co do dalszych losów oczu przez niego operowanych.

*Dr. K. W. Majewski.*

*O uszkodzeniach oczu wapnem.* (Ueber Kalkverletzungen der Augen). Prof. Schmidt-Rimpler. (>Berl. kl. Wochenschr.< Nr. 36. 1900).

*Udzielanie pierwszej pomocy przez laików w uszkodzeniach oka wapnem.* (Die erste Hilfeleistung durch Laien bei Kalk- resp. Mörtelverletzungen des Auges). Dr. H. G. Stutzer. (>Deutsch. med. Wochenschr.< Nr. 37. 1900).

Prawie równocześnie pojawiły się dwie prace o tym samym przedmiocie, głównie jednak omawiające postępowanie polecone przez Andreae'go, mianowicie obfite wypłukanie sparzonego oka wapnem wodą, które to postępowanie było poniekąd dotychczas przeciwwskazane. Doświadczeniami swemi Andreae dowiódł, że przy dostaniu się wapna do oka, ma się do czynienia ze żrącym działaniem chemicznem, a nie ze sparzeniem wywołanem podniesioną ciepłotą; wapno bowiem zgazzone przy zetknięciu się z wodą nie wywołuje podniesienia temperatury, które wywołuje wapno palone i to tylko z niewielką ilością wody.

W pierwszej pracy, na podstawie statystyki z lat 10 w klinice w Getyndze i doświadczeń wykonanych na zwierzętach, zgadza się wprawdzie autor po części z zapatrywaniami Andreae'go dochodzi jednak do przekonania, że w przypadkach dostania się wapna do oka, lepiej jest użyć oliwy i radzi przede wszystkim mechanicznie usunąć wszystkie okiem dostrzegalne cząstki wapna, szczególnie z rogówki, zapomocą płotka płóciennego, gazy lub waty umaczanej w oliwie, następnie przepłukać oliwą cały worek spojówkowy, za pomocą sikawki około 100 gr. pojemności dosyć silnym prądem. W razie dopiero, gdy nie ma pod ręką oliwy, można użyć w tym celu wody.

Autor zaś drugiej pracy podziela zapatrywanie Andreae'go że najskuteczniejszym środkiem w udzielaniu pierwszej pomocy w sparzeniu oka wapnem jest obfite i dość długie wypłukiwanie oka wodą, które ktokolwiek z otoczenia może skutecznie w następujący sposób: Chorego ułożyć na ziemi, tymczasem jakiegokolwiek naczynie (najlepiej z dzióbkiem) szybko oczyścić i napełnić czystą wodą. Jedną z otaczających osób, umywszy sobie przedtem ręce, klęka przy chorym po stronie sparzonego oka i rozwiera wielkimi palcami szeroko obie powieki, druga zaś na w ten sposób otwarte oko leje przyniesioną wodę cienkim strumieniem z wysokości około  $\frac{1}{2}$  metra (!) tak długo, dopóki znajdują się jeszcze

jakie cząstki wapna. Następnie oddać chorego w opiekę lekarza. Motywuje zaś autor w ten sposób, że w wodzie mamy środek, który zawsze i wszędzie jest pod ręką i może być przez każdego użyty, strata zaś czasu na szukaniu innych środków może sparzonemu oku przynieść nieobliczalne szkody, dalej, że sposób postępowania jest nadzwyczaj prosty i łatwy, a przez odpowiednie opublikowanie może dojść do wiadomości najszerszych warstw ludności.

*Dr. Luniewski.*

*Ostre pozagatkowe zapalenie nerwu wzrokowego a histerya.* (Acute retrobulbäre Neuritis u. Hysterie). Dr. Bregman z Warszawy (>Wien. med. Wochenschr.\* Nr. 41. 1900).

Rozpoznanie między ostrą neuritis retrobulbaris a histeryczną ślepotą, napotyka nieraz na pewne trudności, czego przykładem jest przytoczony przez autora przypadek, w którym objawy jak: szybka utrata wzroku wśród towarzyszących bólów głowy, ból przy ruchach gałki, brak zmian na dnie oka, leniwe oddziaływanie źrenicy, obniżenie odczynu galwanicznego nerwu wzrokowego, stosunkowo szybka poprawa wśród zaburzenia poczucia barw, przemawiały raczej za klinicznym obrazem ostrej neuritis retrobulbaris, niż za histeryą, którą przecie ze względu na inne znamienne objawy trzeba było rozpoznać.

To też autor przyjmuje możliwość skojarzenia się, względnie pewną zależność od siebie tych dwóch stanów chorobowych i to w ten sposób, że albo obie choroby, według najnowszych zapatrywań na istotę i przyczynę histeryi (Biernacki, Vigonroux, Bechterew) są wynikiem pierwotnego zaburzenia wymiany materii, gdzie owe nieznanne nam toksyny działając na nerw wzrokowy wywoływałyby z jednej strony objawy oczne, z drugiej strony działając na mózg byłyby znów przyczyną histeryi; lub też zaburzenia oczne mogą polegać na naczynioruchowych zmianach w nerwie wzrokowym wywołanych histeryą. Takie naczynioruchowe zmiany, podobnie jak przy obrzmieniu histerycznem, mogą spowodować obrzęknięcie nerwu wzrokowego, przyczem włókna nerwowe muszą uleść uciskowi ze strony tkanki łącznej, szczególnie w ciasnem i niepodatnem for. opticum.

*Dr. Luniewski.*

## III. ZE STOWARZYSZEŃ.

Sekcja okulistyczna na XIII kongresie międzynarodowym lekarskim w Paryżu. (Dokończenie.)

IV. posiedzenie, pod przewodnictwem Kriukowa z Moskwy, rozpoczęło kilku mniej ważnymi komunikatami, jak Bulla o *mierzeniu stopnia zbieżności stereoskopem*, Grosmana z Liverpoolu o *ilościowym badaniu poczucia barw*, Abadiego o *wycinaniu nerwu sympatycznego w przewlekłej jaskrze zwyczajnej*, Romera z Nancy o *angiomegalii symetrycznej górnych powiek*, występującej u młodych dziewczyn, wskutek podrażnienia psychicznego, — poczem przystąpiono do głównego tematu, t. j. do referatu: *o ośrodku korowym widzenia*, przedstawionego przez trzech referentów.

1. Angelucci z Palermo: Usunięcie półkul mózgowych u ryb i żab nie wywołuje obniżenia wzroku, dopiero u gołębi takowe nieznacznie się objawia, tak samo u królików. U psa występuje po usunięciu obu półkul aż do trzeciego zakrętu trwała ślepota. U małpy występuje po wyluszczeniu cuneus, fissura calcarina i lobulus lingualis przemijające widzenie połowiczne, z czego wynika, że i jeszcze u małpy ośrodek wzrokowy jest bardzo rozgałęziony. Stosownie do wzmagającego się znaczenia i wyodrębnienia półkul, dopiero począwszy od ptaków podrażnienie faradyzacyjne półkul wywołuje wzmagającą się zmianę szerokości źrenic i ruchów gałki: zmysłowe ośrodki korowe odpowiadają ośrodkom odpowiednich ruchów, co by wynikało z następującego doświadczenia: Elektryzując zmysłową korę mózgową u królika lub psa, otrzymujemy obustronne rozszerzenie źrenic, zboczenie skojarzone ku odwrotnej stronie i lekkie pochylenie powiek i gałek.

Zwracając prąd na tylną część zakrętu Terriera, otrzymujemy lekkie rozszerzenie źrenic i rozszerzenie szpary, a objawy te występują już przy bardzo słabych prądach, które zastosowane do innych części kory nie skutkują. Silniejsze prądy na zewnętrzną i wewnętrzną powierzchnię przedniej części lobus occipitalis dają zboczenie skojarzone gałek w przeciwną stronę i równoczesne pochylenie gałek, podrażnienie przedniej części lobus wywołuje lekkie zboczenie poziome, silniejszy zaś prąd odwrotne zboczenie skojarzone z uniesieniem gałek.

Doświadczenia na małpach wykazują, że ruchy boczne połączone z uniesieniem gałek, mają ośrodek w okolicy bardzo ograniczonej, wyłącznie w korze potylicowej położony, w sferze zaś czuciowej znajduje się ośrodek dla ruchów bocznych i ku dołowi,

który to ruch może także być wywołanym z przednich części płatów potylicowych.

Unoszenie i pochylenie w kierunku pionowym, jakoteż zbieżność, nie mają zdaje się żadnych szczegółowych ośrodków korowych. Ruchy te przychodzą do skutku albo przez powikłane asocjacje, albo przez połączenia, które nie leżą w korze, albo też ośrodki takie nie działają jednolicie, gdy silniejsze podrażnienie wywołuje także ruch boczny.

Doświadczenia Angelucci'ego potwierdzają zapatrywanie Bernheimer'a, że kora mózgowa, nie zaś przednie wzgórki czworaczce zawierają ośrodek zwrotny dla ruchów gałek, z wyjątkiem przyządu mięśniowego tęczówki, która posiada osobny pęczek w corpus quadrigeminum i to przed pęczkiem skrzyżowanym, odchodzącym do kory.

Ang. dochodzi do następujących wniosków: U niższych kręgowców ośrodek jest jeszcze mezencefaliczny, umiejscowiony w lobus opticus, a półkule mają jeszcze bardzo podrzędne znaczenie. Dlatego też tutaj ruchy gałek ograniczone są do najważniejszego ruchu, to jest do zbieżności. Gdy zaś bez zwrotnych ruchów dowolne ruchy są niemożliwe, ostatnie zaś uważane być muszą jako ruch zwrotny wyższego stopnia, biorący swój początek z większej liczby ośrodków wyższych, przeto z tego wynika, że czynność wzrokowa niższych kręgowców należy do aktów zwrotnych niższego stopnia.

Z rozwojem półkul idzie w parze zmysłowe działanie i stamtąd wyłaniają się ruchy gałek. U człowieka tworzą korowe neurony rozgałęzione powiązanie ośrodków, tak, że przychodzi do przenoszenia na sąsiednie ośrodki, jako też pomiędzy obu półkulami. I tak, jeżeli wystawiamy jedno oko na działanie światła, gdy drugie przez czas niejaki utrzymujemy zasłonięte, nie odczuwamy po odsłonięciu tegoż żadnego olśnienia, ponieważ w zasłoniętym oku przez połączenia zwrotne te same neurony wzrokowe, co i w oku oświetlonym, pobudzone były. Tem też wytłómaczyć wypada niejedno fizjologiczne zjawisko, jak n. p. pobłyki (Nachbilder), występujące w oku niepodrażnionem. —

2. Bernheimer, jako korreferent, przedstawia część anatomiczną i doświadczalną przedmiotu. Zwalcza on przedewszystkiem zapatrywanie Munka o korowej projekcyi siatkówek, a mianowicie o opisanej lokalizacyi korowej żółtych plamek. Tak samo zwalcza zapatrywanie Goltza, dotyczące siedliska czynności wzrokowych w pierwotnych ośrodkach optycznych, i nie zgadza się z Ferrier'em, jakoby gyrus angularis przedstawiał ośrodek wzrokowy. Według Bernheimer'a gyrus angularis jest tylko ośrodkiem dla ruchów skojarzonych i łączy się przez bardzo liczne włókna asocjacji z wła-

ściwą sferą wzrokową, która, jak to słusznie Munk zaznaczył, znajduje się w całej korze płata potylicowego.

Sprzeczności, objawiające się w zdaniach rozmaitych fizjologów, tłumaczy się niedokładnością metody usuwania kory zapomocą noża, łyżki ostrej albo też Paquelinem. Przytem wprost albo pośrednio przychodzi do obrażenia części, poniżej usniętej kory leżących, i tak n. p. promieniowania wzrokowego (Sehstrahlung), jako też włókien asocjacyjnych. Przy bardzo obszernem zniszczeniu równoczesnem także tych włókien asocjacyjnych, które ośrodek wzrokowy łączą z innymi ważniejszymi ośrodkami, jak mowy, słuchu, czucia i t. d., przychodzi do — tak zwanej przez Munk'a — *Seelenblindheit*, która nie jest wynikiem niepowikłanego wykluczenia pewnego okręgu kory potylicowej, jak się to Munk'owi zdawało.

Daleko wolniejsze od zarzutów wyniki otrzymał B. przez *a.* anatomiczne badania mózgu noworodków i dzieci 1—2 rocznych, przy czem zastosował swą metodę badania rozwoju osłonek rdzeniowych nerwu, i przez *b.* anatomiczno-doświadczalną metodę badania następowego zwyrodnienia (Marchi i Nissl).

Z badań Bernheimer'a wynika, że oba nerwy wzrokowe wysyłają prawie równą ilość włókien skrzyżowanych, jak i nieskrzyżowanych do pierwotnego ośrodka wzrokowego, t. j. do pulvinar thalami optici, do przednich wzgórków bliźniaczych (*Zweihügel*) i do corpus geniculatum externum, kończąc się pomiędzy komórkami zwojowemi tegoż. Za pośrednictwem komórek wkleszczonych, czyli przez Monakow'a t. zw. *Schaltzellen*, każde pojedyncze włókno nerwu wzrokowego stoi w połączeniu z całym szeregiem początkowych komórek mózgowego promieniowania wzrokowego. Włókna osłatnego, rozbieżnie przebiegając, gubią się w całej korze płata potylicowego, przedewszystkiem zaś w jej powierzchni wewnętrznej, to jest cuneus, fissura calcarina, lobus lingualis, gyrus descendens. Zwłaszcza włókna, wychodzące z najważniejszego pierwotnego zwoju wzrokowego, to jest z corpus geniculatum externum, prawie wyłącznie dobiegają do wewnętrznej powierzchni płata potylicowego, dlatego też ona za najważniejszą część sfery wzrokowej uważaną być winna.

Korowego ośrodka dla macula nie ma; zjawisko, iż przy korowem równomiernem widzeniu połowicznem maculae luteae przedstawiają się zdrowe, tłumaczy sobie Bernheimer, za przykładem Monakow'a, tem, że włókna makularne nigdzie nie tworzą osobnego pęczka, lecz pomieszane z innymi kończą się w corpus geniculatum externum. Po zniszczeniu najkrótszej drogi, na której bodźce z maculae dochodzące do kory, zawsze jeszcze drogami bocznemi do sfery wzrokowej dochodzą, dopóki tylko istnieje choćby



najsłabsze połączenie między pierwotnymi zwojami, a płatem policyowym.

3. Henschen z Upsali, drugi korreferent, wykazał wyniki dochodzeń kliniczno-patologicznych i anatomicznych na mózgu ludzkim.

Jako najważniejszą rzecz, dotyczącą znajomości naszych o przebiegu włókien nerwu wzrokowego, zaznacza, że, tak przed, jako też po skrzyżowaniu włókna nerwu wzrokowego, zawsze zachowują położenie, odpowiadające odnośnym punktom siatkówki, to znaczy, że włókna, pochodzące z górnego kwadrantu siatkówkowego, zawsze górą przebiegają, z dolnego dołem, z nosowego po stronie nosa w nerwie, a po stronie skroni w przewodzie nerwu, odwrotnie co do włókien, wychodzących z kwadrantu skroniowego.

Co do pierwotnych zwojów wzrokowych, to tylko corpus geniculatum externum (przynajmniej u człowieka) otrzymuje optyczne włókna, oba drugie pierwotne zwoje wzrokowe, a mianowicie pulvinar i przedni wzgórek bliźniaczy zdaje się przedstawiać tylko zwoje zwrotne dla wrażeń wzrokowych, a siatkówkę i sferę wzrokową łączą z innymi częściami mózgowemi.

Według poszukiwań Henschen'a posiada także corpus geniculatum externum projekcję siatkówki. Projekcyja ta rozciąga się przez mózgowie promieniowanie do korowego ośrodka wzrokowego.

Mózgowe promieniowanie wzrokowe ma prawie przebieg poziomy i tworzy powróż 1 cm. gruby przy dolnym brzegu ciemieniowego rozbiegu Gratiolę'a. W zrazie ciemieniowym przebiegają włókna na wysokości pierwszej bruzdy skroniowej i drugiego zakrętu skroniowego. Dochodzą do właściwej sfery wzrokowej, którą H., w przeciwstawieniu do Monakow'a i Bernheimera'a, lokalizuje jedynie w korze przy fissura calcarina. Według niego projekcyja siatkówkowa istnieje także w korowym ośrodku wzrokowym, i to w ten sposób, że górna warga szczeliny ostrogowej odpowiada górnej, dolna dolnej połowie siatkówki.

Prawdopodobnie część ośrodka wzrokowego, odpowiadająca plamce żółtej, tem się odznacza, że tutaj każdy punkt odbiera włókna, pochodzące tak z górnej, jako też z dolnej połowy siatkówki. Tem się tłumaczy brak zmian w żółtej plamce, występujący niekiedy przy połowicznym polu widzenia. Na podstawie krytycznego przeglądu swego materiału zwalczą H. zapatrywania Bernheimera i Monakow'a co do żółtej plamki.

H. zauważa, że na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości nie możemy określić, która warstwa komórek korowych szczeliny ostrogowej w bezpośrednim stoi związku z promieniowaniem wzrokowem.

Badania nasze na mózгах osób dawno oślepych nie dopro-

wadziły do żadnego jednolitego wyniku, ponieważ przy długotrwałej bezczynności optycznych przewodów wzrokowych, nie tylko komórki bezpośrednio łączone, ale wszystkie warstwy korowe zrazów politylicowych ulegają zanikowi, gdyż wszystkie czynnościowo są ze sobą połączone. —

Rozprawa: Monakow raz jeszcze zaznacza, że nie uznaje projekcy siatkówki w korze mózgowej. Przy starych ogniskach miążgowych nie można oznaczyć, co jest pierwotnem a co następstwem. Dowód lokalizacyi żółtej plamki mielibyśmy dopiero wtenczas, gdyby nam się udało wykazać widzenie odosobnione połowicznie samej żółtej plamki.

Henschen zapytuje Monakowa, jak pogodzi występujące rzeczywiście połowiczne widzenie korowe w postaci kwadrantu z własnem zapatrywaniem, że nie istnieje projekcyja korowa siatkówki?

Bernheimer: Monakow żąda na udowodnienie teoryi Henschena przypadku odosobnionego makularnego połowicznego widzenia. Ja zaś dalej idę, twierząc, iż przypadek taki jest wprost niemożliwym wobec rozlanego rozprzestrzenienia się włókien makularnych w zewnętrznym corpus geniculatum, a rozprzestrzenienie to istnieje według moich badań anatomicznych.

W jednym przypadku, który tutaj przytaczam tylko dla tego, że byłem zaczepionym przez Henschena, starałem się na drodze doświadczenia o tem przekonać się. Zniszczywszy bowiem u małpy igłą dyscezyjną samą tylko żółtą plamkę, badałem mikroskopijnie następowo zwyrodnione włókna nerwowe a wynik doświadczenia najzupełniej potwierdził moje dotychczasowe zapatrywanie.

V. Posiedzenie. Przew. Prof. Albertotti z Modeny.

Ref. ogólny: *O leczeniu przed i po operacyi zaćmy.*

Referent Schiøtz z Chrystyanii zaznacza co następuje: Dokładne odkażenie powiek można tylko skutecznie po wyrwaniu wszystkich rzęs, takowe zapobiega nadto zlepianiu się powiek. W czasie kilkodniowym pomiędzy wyrwaniem rzęs a operacyą oczyszcza się spojówkę wodą fizyologicznie słoną. Przed operacyą zakłada się opaskę próbną.

Po operacyi opaski nie zakłada się. Na 100 przypadków leczonych z opaską przypadło 1 zakażenie pierwotne, 5 późniejszych, z których dwa wskutek panophthalmitis skończyły się utratą wzroku, gdy 3 przez galwanokaustykę udało się ocalić. Nadto nastąpiła utrata 4 innych ócz a mianowicie po jednym przez oclusio pupillae, iridocyclitis, glaukoma i utratę ciała szklanego. Na 50 bez opaski leczonych przypadły 3 utraty, a pomiędzy temi 2 przez zakażenie.

Rozprawa. Landolt zakłada opaskę, gdyż tylko tak można chorych do spokojnego zachowania spowodować. Valude zawiązuje jedno tylko oko, a opaskę zdejmuje dopiero czwartego dnia. Przed operacją używa formolu do odkażania powiek. Mc. Hardis z Londynu jest przeciwny epilacji, a zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia przez usta operatora i asystenta.

Wspomina o przypadku zakażenia spowodowanego przez *sarcina stomachicalis* (?). Używa opasek Snellena, a ręce zawiązuje chorym operowanym tak, że mogą się nimi posługiwać, jednak do ocz nie dosięgną.

Kuhnt z Królewca zachwala przepłukiwanie dróg łzowych a obmywanie brzegów powiekowych sublimatem. Zamiast epilacji wystarczy obcięcie rzęs.

Gąęzowski przywytarza Kuhntowi i zaznacza, że blepharitis, co się przecież samo przez się rozumie, winna być przed operacją leczoną. Opaskę uważa za niezbędną, a używa do tego tafetu odjałowionego przymocowanego kolloidionem.

Javal słusznie podnosi, że mylnem jest zdanie, jakoby opaska jak najstaranniej założona mogła oko unieruchomić.

Lagrange odmawia epilacji skuteczności na podstawie statystyki referenta.

Po wyzerpaniu rozprawy wygłosił True z Montpellier swój wykład o dwóch przypadkach zepchnięcia zaćmy, która to operacja i dziś bywa wskazaną, mianowicie jeżeli jedno oko wskutek krwotoku naczyniówkowego stracone, dalej u obłąkanych, alkoholików itd.

Panas podziela zdanie prelegenta, to samo Hirschberg, Dor, Gayet, który nigdy tej operacji nie zaniechał, a nawet w bieżącym roku już 6 reklinacji wykonał, Tegoż zdania jest Valude.

Wicherkiewicz zasadniczo jest przeciwnikiem operacji, której złe skutki widywał u chorych operowanych niegdyś przez Jungkena w Berlinie. Polegały one na późniejszym zmętnieniu ciała szklistego, zaniku naczyniówki i siatkówki, a nawet na odczepieniu siatkówki. Przyznaje jednak, że wyjątkowo może ona mieć *faute de mieux* swe uzasadnione.

1. Hoquard podaje *wyniki badań anatomicznych ocz operowanych na zaćmę*, zaznaczając położenie blizny po cięciach płatowych oddalonych więcej aniżeli 1 mm. od cięciwy mięśnia rzęskowego, a dalej nierówność cięcia (pewnie indywidualne, *uwaga sprawozd.*).

2. Vacher z Orleanu mówi *o operacjach zaćm z mostem spojówkowym*, który zabezpiecza przed wypadnięciem tęczówki i zakażeniem.

Następne komunikaty 4. Terrien a o *usunięciu zupełnem zaćmy następcowej*; 5. Loughnona o *nowym sposobie operowania zaćm następcowych*; 6. Vitalicio z Bari o *wycyzajnej operacji zaćmy nie-dojrzalej*; 7. Tersona, ojca, o *wyrcianiu przedniej torebki*, — nie budziły żadnego zajęcia nie podając nic nowego.

8. Bourgois z Reims wspomina o *operacji zaćmy bez irydektomii* przez cięcie boczne ze szwem rogówkowym. Operację swą żmudną przeznacza dla niespokojnych osób lub takich, których oczy bardzo wystają, osób głuchych, dalej o wąskiej szparze, a także dla zaćm zwiechniętych.

Postępowanie polega na wprowadzeniu przy bocznym rąbku dwóch ze sobą w rękojeści złączonych broad needles do przedniej komórki, a prowadząc następnie jedną igłę ku górze, drugą ku dołowi operator rozszerza ranę pozostawiając mostek, który nożykiem o końcu gałkowanym przecina, przeprowadziwszy poprzednio dla górnej i dolnej połowy rany nitkę przez rogówkę i brzeg twardówkowy. Szczęś w ten sposób operowanych przypadków miało dać dobry wynik.

VI. Posiedzenie. Przew. Garcia Calderon z Madrytu.

1. Rolland z Toulouzy o *zapobieganiu i leczeniu krótkowzroczności, przez wyrcianie nerwu wzion. nosowego (nas. ext.)*. Przez tę operację miałyby kureczowa postać krótkowzroczności zupełnemu uleczyć wyleczeniu, a osiową wstrzymuje się w rozwoju lub ogranicza.

W rozprawie słusznie zaznacza Lagrange, że nie pojmuje, jak wyrwanie nerwu czuciowego ma wpływać na mięsień rzęskowy, w tymże duchu przemawiają Motais i Badal z Bordeaux, który nie widywał skutków po tej operacji.

2. Grandelement z Lyons mówi o *nowych spostrzeżeniach i zapamiętaniach na t. zw. uveitis iridica*, pod czem rozumie nawaly jagodówkowe z przerwaniami lata trwającymi, a połączone z nieznanym przekrwieniem oka i zrostami tylnymi. Choroba ta, zazwyczaj obustronna, zachodzi u kobiet we wieku od 15—50 lat, przy zaburzeniach w miesiączkowaniu i prowadzi powoli do ślepoty. Syfylis, lub gościec nie stanowią przyczyny etiologicznej. Atropina nie zapobiega chorobie, natomiast irydektomia działa skutecznie. Oprócz tego zajęły posiedzenie rozmaite demonstracye tak przyrządów jako też i preparatów.

VII. Posiedzenie.

1. Darier rozwodzi się *nad znaczeniem dioniny jako środka znieczulającego i działającego na podobę zastrzykiwań podspojówkowych soli kuchennej*. Zdaniem Darier'a dionina usuwa ból przy zapaleniu tęczówki, tęczówko-rzęskowem i jaskrze, i działa wprost przeciwnie.

W rozprawie zaznacza Neuschüller z Bonn, że zarzucił dioninę, jako wywołującą zbyt silne oedema, które chorego przestrasza.

Jocqs i Dor, syn, widzieli dobre skutki.

2. Antonelli z Paryża mówi o *wziernikowych znamionach odziedziczonej i atawistycznej syfilis*. Antonelli potwierdził na 400 nowych przypadkach zapatrywania dawniej wypowiedziane o tych wziernikowych znamionach (stigmatach) były odziedziczonej, które mu pozwalały w wielu przypadkach, objawy parasyfilityczne, jak wrzody gołeniowe u młodszych osób, żylaki, wyrzuty podobne do wilka, uznać za syfilityczne i przez stosowne leczenie usunąć.

3. Referat: *O mechanizmie akomodacji*.

a. Pierwszy referent Hess z Marburga: Według niego teoria Helmholtza zawsze utrzymuje się, sam zaś odmiennego jest zdania o tyle, iż zaprzecza, jakoby zawieszadło Zinna także w czasie akomodacji było naprężone przez ciśnienie ciała szklistego, co już i fizycznie dlatego byłoby niemożliwym, gdy, jak już on, a także inni wykazali, ciśnienie w przedniej komorze i w ciele szklistem jest równe, a także niemożliwe fizyologicznie wobec tego, iż referent niewątpliwie wykazał zmianę położenia soczewki w czasie akomodacji. H. zwraca raz jeszcze uwagę na zmianę położenia całej soczewki, nie zaś, jak to Tscherning przypuszczał, samej masy soczewkowej w obrębie torebki. Nowsze badania Hess'a i Heinego wykazały, że napięcie wśródgałkowe w czasie akomodacji nie doznaje żadnej zmiany, podnosi się zaś wskutek kurczu zewnętrznych mięśni ocznych. Z tego zaś wynika, że zupełne uwzględnienie refrakcyi krótkowzrocznych wychodzi na korzyść myopów, gdyż wskutek uchylenia nadzwyczajnej zbieżności powstrzymuje się wzmożenie napięcia, towarzyszącego właśnie zbieżności, które to napięcie do wydłużenia gałki się przyczynia. Natomiast połączone z noszeniem szkieł naprężenie akomodacji nie przyczynia się do większego napięcia.

Także i zapatrywanie, jakoby akomodacja przyczyniała się do wytworzenia jaskry, niema wobec powyższych danych podslawy, co zresztą odpowiada i doświadczeniu, że miotlica są dobrymi środkami przeciw jaskrze.

Omawiając stosunek akomodacji do presbyopii, nie zgadza się referent z zapatrywaniem, jakoby z wiekiem to samo wypuklenie soczewki wymagało silniejszego wysiłku akomodacji. Gdyby tak było, musiałyby albo stosunek akomodacji do zbieżności ciągle się zmniejszać, co, jak wiemy, niema miejsca, albo presbyop musiałby, chcąc z bliska widzieć, zezować.

Według Hess'a ten sam wysiłek akomodacyjny, t. j. ten sam

kurcz mięśnia rzęskowego, wywołuje zawsze tę samą zmianę postaci soczewki, dopóki ona nie osiągnie maximum swej zdolności wypuklania się, i to zupełnie niezależnie od wieku człowieka i ściśłości soczewki. Poza tem maximum każde dalsze wysilenie byłoby bezskutecznem (akomodacya ukryta), a w rzeczywistości przez presbyopów bywa zaniechanem. Z wzmagającym wiekiem, gdy soczewka staje się coraz twardszą, odpowiada coraz mniej wypukłą postać soczewki jej równowadze elastycznej, przytem punkt dali coraz więcej się odsuwa, a jawna akomodacya ustępuje coraz więcej miejsca ukrytej.

W końcu H. zaprzecza istnieniu tak zwanej ujemnej akomodacyi, rzekomo, według Morał'a i Doyon'a, zależnej od nerwu sympatycznego, a także istnieniu akomodacyi częściowej, to jest niezbornej. —

W rozprawie zabiera głos Schoen z Lipska, twierdząc, że Hess nie uwzględnił dostatecznie anatomicznych motywów przeciw teorii Helmholtz'a, przyjmuje częściową akomodację i przedkłada nowy model dla wykazania mechanizmu akomodacyjnego.

Tscherning: Postać soczewki z oka wydobytej nie odpowiada postaci akomodacyjnej, jakby to wynikało z teorii Helmholtz'a. Pierwsza ma zbliżoną postać do soczewki, znajdującej się w stanie spoczynku akomodacyjnego.

W niektórych atoli patologicznych stanach znajdujemy niekiedy soczewkę anatomicznie w stanie akomodacyi, a mianowicie, jeżeli wiązadło Z. za życia ulegało nieprawidłowemu ciągnięciu. Niekiedy przy zapaleniu tęczówki spostrzeganą krótkowzroczność możnaby sobie tłómaczyć nadmiernem wydzieleniem cieczy wodnej, która wtenczas wywiera silniejsze ciągnięcie. Tsch. starał się wstrzyknięciem żelatyny do przedniej komórki oznaczyć stosunek głębokości p. k. do postaci soczewki, ale rysunki przedłożone pozostawiają wiele do życzenia, by mogły poprzeć teorię autora.

Dor, syn, podnosi, że doświadczenie bardzo ściśle Morał'a i Doyon'a, według których nerw sympatyczny miałby być przeciwnikiem okoruchowego przy akomodacyi, nie zostały dostatecznie zwalczane.

Lagrange nie zgadza się z tem, by zupełna korekcya miała być korzystną dla krótkowzrocznego, a stanowczo przyjmuje akomodację astygmatyczną.

Guende z Marsylii: Przypadki krótkowzroczności urazowej z drzeniem tęczówki przemawiają za teorią Helmholtz'a.

Ostwald z Paryża: Przesunięcie soczewki przy silnej akomodacyi łatwo wykazać, a przemawia ono stanowczo za teorią Helmholtz'a. O. przyjmuje także częściową akomodację przy niezbor-

ności, a doświadczenia i rozumowania Hess'a bynajmniej przeciw temu nie przemawiają. Nasze codziennie powtarzające się spostrzeżenia przemawiają za tem, że przynajmniej niektórzy astygmatycy zdołają część swej niezborności przez kurcz akomodacyjny pokryć <sup>1)</sup>.

W końcu odpowiada Hess: Uwag Schoen'a, tylokrrotnie zwalczanych, nie uwzględnia. Co do Tscherning'a, to dziwi się, że tenże z badań ocz, które leżały w płynie Myller'a, chce wnioskować o rzeczywistej postaci soczewki. Mylnem jest dalej zapatrywanie autorów, jakoby emetrop mógł częściowo, t. j. astygmatycznie, akomodować. Dotychczas ani w jednym przypadku nie wykazano bez zarzutu akomodacji astygmatycznej. —

4. Piąty główny temat brzmiał: *Reforma w oznaczaniu bystrości wzrokowej*, a referentem był Javal.

Tak jak przez zaprowadzenie dioptryi otrzymujemy równe odstępki między rozmaitemi szklami, tak też starać się powinniśmy takie odstępki w geometrycznym postępie dla oznaczenia bystrości wzrokowej osiągnąć.

Wielkość typów Snellen'a nie zmienia się według pewnej normy, — właściwą byłoby rzeczą, gdyby wielkość liter zmniejszała się w geometrycznej proporcji. Z praktycznych względów poleca J.

<sup>3</sup>  
jako koeficient  $\sqrt{2} = 1,41$ , jaki już Green w roku 1868 proponował. Próby na tej zasadzie otrzymane zbliżałyby się bardzo do typu Snellen'a. Skoro  $>1<$  oznacza kreskę najmniejszych prób Snellen'a, grubość następnych przedstawiałaby się w następującej proporcji:

1,5—2—3—4—6—10, a według Javala: 1,4—2—2, 8—4—5, 6—8.

Podana przez Snellen'a bystrość wzrokowa jest nadto o połowę za niską, a zatem dopiero jego  $1\frac{1}{2}$  stanowi bystrość wzrokową prawidłową. Rozpoznawanie grubych liter mniej jest zależnem od oświetlenia, aniżeli wielkich a cienkich, dlatego pierwsze więcej są stosowne. Wogóle litera może być w 1000-krotnem oddaleniu jej wysokości rozpoznawana.

Dla badania z bliska poleca J. fotograficzne pomniejszenie wielkich liter o  $\frac{1}{20}$ .

Gdy zawsze tylko na 5 m. albo 25 cm. badamy, będzie w przyszłości potrzeba tylko podawać wysokość liter.

Rozprawa: Landolt jest przeciwny używaniu liter do oznaczenia bystrości, a nie sądzi, by metoda przez Javal'a podana

<sup>1)</sup> Odpowiada to także najzupełniej naszemu doświadczeniu.

odpowiadała potrzebom praktycznym: z jednej strony za wiele, z drugiej za mało many numerów.

Geometryczna równoodstępowa serya jest więcej naukową, decymentalna zaś praktyczniejszą.

Javał podtrzymuje zasadniczość i uprawnienie swej propozycji i poleca utworzenie komisji międzynarodowej, z 5 lub 6 członków składającej się, celem omówienia tej sprawy. Wybrano Javała, Hirschberg'a, Parent'a, z prawem kooplacyi.

VIII. Posiedzenie popołudniowe d. 8 sierpnia.

1. Baretto-Sampajo wspomina o *zwichnięciu soczewki do przedniej komórki u dwojga rodzeństwa*, z których jedno przez pochylenie głowy w tył i ucisk na rogówkę mogło soczewkę sprowadzić do prawidłowego położenia, a manewr ten powtarzał się przez dwa lata, ile razy ból w oku wystąpił wskutek ponownego zwichnięcia.

2. Demicheri: o *leczeniu wądłowego zaniku nerwu wzrokowego*. Przez zastrzykiwania podspojówkowe i podskórne azotanu sodowego miało w 5 przypadkach nastąpić polepszenie nosisowego wzroku, a także i rozszerzenie pola widzenia. Zastrzykiwania te powtarzał przez 3—4 miesiący codziennie, i to 1 cm. kub. 6<sup>0</sup>/<sub>0</sub> rozczyntu.

3. Jonnesco z Bukaresztu: o *leczeniu jaskry przez resekcję nerwu sympatycznego szyi*, którą to operację 12 razy mniej więcej z dobrym skutkiem wykonał, i to nie tylko przy jaskrze prostej, ale także przy jaskrze przewlekłej zapalnej (gl. chronicum irritativum), w której poprzednio skutku nie osiągnął był przez irydektomię. W niektórych przypadkach dobry skutek utrzymywał się jeszcze po 3 latach. —

Rozprawa. Lagrange wykonał operację tę u zwierząt 30 razy, a zawsze po 2 miesiącach hypotonia znówu ustępowała prawidłowemu napięciu.

Panas uważa także hypotonię jako przejściową.

Chipault z Paryża 7 razy operował z najlepszym skutkiem

4. Jonnesco mówi o *wyluszczeniu guzów nerwu wzrokowego z zachowaniem gałki* przez operację Kroenleina z dobrym skutkiem, który to skutek w rozprawie potwierdzają co do operacji Kroenleina, Valude w 3 razach, Axenfeld, — który celem zapobiegnięcia następowemu zezowi na zewnątrz, w innym miejscu zakłada ranę orbitalną, aniżeli zewnętrzną, — także w 3 razach, i Kuhnt dwa razy.

5. Schoen z Lipska mówi o *mechanicznem przesunięciu się błon przy krótkowzroczności*. Tam, gdzie staphyloma zachodzi, przypuszcza się, że twardówka w kierunku działania mięśni wewnętrz-



nych, przesuwają się ponad innymi częściami gałki, ale nie wytlómaczono dotychczas, jak się rzeczy mają w razach, gdzie wzornikowo garbea tylnego stwierdzić nie można. W przypadku przez siebie badanej krótkowzroczności, wynoszącej 6—7 dioptryi, granica naczyńnikowa dochodziła do samego nerwu, który przesunięty był ku skroni, gdy pochwa jego po stronie nosa była wyciągnięta.

Naczyńnikowa w dwojaki sposób może wzmożenie się objętości gałki pokryć, a mianowicie: *a.* przez rozszerzenie otworu dla nerwu wzrokowego czyli utworzenie garbea naczyńnikowego, albo *b.* przez przesunięcie ku tyłowi ciała rzęskowego i pogłębienie przedniej komórki. Obie ewentualności stoją do siebie w stosunku zależności, gdy przednia komórka bardzo jest głęboką, braknie zazwyczaj garbea, i odwrotnie. W przypadku zbadanym nie znalazł prelegent garbea, ale za to przednia komórka przynajmniej o 1 mm. była głębsza.

Prelegent zwraca jeszcze uwagę na wpływ przesunięcia soczewki na refrakcję. Jeżeli w jednym z dwu oczu, o równej długości osiowej, soczewka leży głębiej, to korekcyja wyniesie całe 2 d. mniej, aniżeli w drugim; po usunięciu zaś soczewki w obu oczach, długość osiowa, a tem samem i refrakcyja będzie równą.

6. Lavagna z Monaco operował *przypadek torbieli surowiczego poza gałką* u dziecka półrocznego, które często pozwalało się psu lizać po twarzy.

Objawy były następujące: wystąpienie gałki o jakie 10 mm., zupełne opadnięcie powieki górnej i lekkie zapalenie wśródgalkowe nerwu ocznego. Torbiel z góry wyłuszczone przez nacięcie brwi aż do kości i wywiechnięcie gałki na zewnątrz.

Jeden z torbieli pękł, w drugim znaleziono pęcherz bąblowcowy z 6 przysawkami.

7. Schanz z Drezna mówi o *objawie źrenicznym Westphala-Piltza*.

Jak czytelnikom »Postępu« wiadomo <sup>1)</sup>, opisali W. i P. prawie równocześnie objaw rzekomo nowy, a polegający na tem, że przy silnem zamykaniu powiek źrenica się zwęża, uważali zaś ten objaw jako współruch, powstający w podobny sposób, jak równoczesne zwracanie się gałki ku górze i zewnątrz.

Objaw autorowie przypuszczają, że gałąź źreniczna m. okoruchowego jeszcze wtenczas może przy silnem mrużeniu działać, gdy źrenica już na światło nie oddziaływała.

Schanz nie wierzy, by podrażnienie gałęzi źrenicznej w n. okoruchowym ten odczyn wywoływało, przypuszcza raczej, że jedynie mechaniczne podrażnienie odgrywa tutaj główną rolę. Ucisk

<sup>1)</sup> Por. »Post. Okulist.« 1900. Z. 6, str. 234.

mięśnia obrączkowego na gałkę, silne zwrócenie gałek ku górze i zewnątrz wywołuje zastój w naczyniach tęczówkowych, a z nim zwięzenie, które może wystąpić, gdy źrenice na światło nie oddziałują. Sch. często spostrzegał ten objaw, a jako potwierdzenie swego zapatrywania uważa przypadek oflalmoplegia interna, w którym można było ten objaw źreniczny wywołać.

Że w oczach prawidłowych objawu tego nie stwierdzamy, przyczyny w tem szukać należy, że oddziaływanie źrenicy na światło jest silniejsze, aniżeli zwięzenie, spowodowane przez ów zastój naczyniowy. Objaw więc W.-P. najwidoczniej wystąpi na źrenicach nieruchomych o średniej wielkości.

8. Campos z Paryża przyłącza przypadek zakażenia spojówki i rogówki, wychodzącego z gruczolu Meibom'a, co by przemawiało za twierdzeniem Panasa, że gruczoły brzegów powiekowych stanowią najważniejsze źródło zakażenia. Wobec tego byłoby wskazaniem oczyszczenie brzegów przed operacyami olejnym rozczylnem środków odkażających.

W końcu demonstrowano zapomocą aparatu projekcyjnego rozmaite okazy, pomiędzy innymi Rochon Duvigneaud okazy, dotyczące anatomii oka, Elschnig z Wiednia rozmaite przecięcia oka prawidłowego i patologicznego, Hocquard z Paryża fotografie wiązadła Zinna, mięśnia rzęskowego w stanie spoczynku i napięcia. —

Po obfitej biesiadzie naukowej ugrupowali się kongresieści w dziedzińcu Hôtel-Dieu dla zbiorowej fotografii, mającej stanowić miłą pamiątkę wspólnie spędzonych chwil. — W.

#### IV. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

##### *Art. corporis vitrei perseverans.*

Przetrwanie tętnicy ciała szklistego należy bądźco bądź do rzadko spotykanych nieprawidłowości. W dniu 6 grudnia zgłosiła się do mnie po poradę A. S. z Gołonoga. Oczy okazały się budowy krótkowzrocznej i Dioptr. W obydwu oczach wzienik wykrył poruszającą się nitkę czarną: w oku prawem przebiegającą na wskroś (falisto) ciało szkliste od tarczy nerwu wzrokowego do zagłębienia miseczkowatego, w oku lewem połączoną jedynie z tarczą nerwu. W oku prawem art. hyaloidea przyczepioną była do fovea patellaris na 2 mm. od środka źrenicy w stronę nosa. Chora, pomimo powyższej nieprawidłowości w oczach, na muszki latające przed oczyma nie uskarżała się nigdy.

Przypadek art. corp. vitr. perseverans komunikuję Sz. Redakcyi »Postępu«, jako spostrzegany przezemnie w obydwu oczach jednocześnie. Za przyczynę oderwania tętnicy od soczewki w oku lewem poczytuję kurczowe naprężenia akomodacyi.

Dr. W. Talko.

## V. LECZNICTWO.

34. Kwas jodowy w leczeniu jaglicy. Dr. Schiele, rosyjski lekarz wojskowy poleca kwas jodowy, — zastosowany w medycynie po raz pierwszy w r. 1894 przez Ruhemanna, — jako środek miejscowy działający bardzo skutecznie w jaglicy i jej powikłaniach, przy równoczesnem podawaniu jodku lub jodanu potasowego na wewnątrz. We wczesnych okresach jaglicy zapisuje Dr. Schiele 1 do 3% roztwór kwasu jodowego z poleceniem zapuszczania do worka spojówkowego. Już przez to uzyskuje zazwyczaj zmniejszenie ziarnistości i nabrzwienia spojówki, a zarazem ustąpienie światłowstrętu i lżawienia. W okresach późniejszych pędzkuje on spojówkę powiek rozczytnem zawierającym 6% jodku potasu i 5% kwasu jodowego, wreszcie przypala ziarnistości kryształem czystego kwasu jodowego *in substantia*. Nadto wykonywa mięsienie spojówek po poprzedniem posypaniu ich proszkiem następującego składu:

|                    |       |
|--------------------|-------|
| Acidi jodici       | 1,0   |
| Natrii jodici      | 5,0   |
| Acidi borici prlv. | 100,0 |

Na wewnątrz podaje Schiele jod w zwyczajny sposób w postaci rozczyntu jodku potasu lub też robi zastrzykiwania podskórne po pół lub jednym cm. sześciennym 10% jodanu potasowego. („Sem. médicale“).  
K. H. M.

35. Płyn przeciw gruźlicy. Zachwalany przez Kachera z Orleanu dla leczenia gruźlicy krtani płyn oddać może także, o czem nawet w jednym przypadku mieliśmy sposobność przekonać się, usługi przy podobnem cierpieniu spojówki. Płyn ten składa się z następujących części: Aetheris jodoformii saturati 100,0, Guajacoli 5,0, Eucalyptoli 2,0, Mentholi 1,0. (Rev. hebdomadaire de laryng. 1900 Nr. 46).

36. Różę leczy Desquelle pędzując miejsca zajęte i otoczenie następującym płynem: Rp. Olei camphorati 30,0, Guajacoli cryst. 1,0, Mentholi 1,0 M. D. SM. („Journal des praticiens 1900 Nr. 46“).

## VI. ROZMAIŃCOCI.

Encyklopedia spraw i przedmiotów dotyczących ślepoty i ślepych wydana została w dwóch tomach przez A. Meil'a p. t. „Encyclopädisches Handbuch des Blindenwesens“ (Lipsk i Wiedeń 1899). Celem tego popularnego dzieła jest zapoznanie szerszego ogółu z postępem, jaki uczyniły liczne istniejące już zakłady ciemnych w kształceniu i rozwijaniu władz i zdolności umysłowych u swych wychowan-

KLINIKA OKULISTYCZNA  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej

ków, pozbawionych tak ważnego zmysłu, jakim jest wzrok. Ponieważ dzięki wydoskonalonym metodom nauczania sztuka czytania i pisanie jest dziś dla ociemniałych dostępną, przeto mogą się oni nie tylko rękodzielcom, w których nieraz wielką okazują sprawność, ale także zajęciom intelektualnym z pożytkiem oddawać. Wiadomo, że istnieją osobne biblioteki i czytelnie dla ślepych. Obowiązkiem jest państw i społeczeństw starać się zapewnić wszystkim ślepych odpowiednio ich zdolnościom wykształcenie przez tworzenie odpowiednich zakładów i ich należyte wyposażanie. (Wedł. „Klin. Monatsbl.“). K. W. M.

Napięcie śródgałkowe a górny zwój szyjny nerwu współczulnego (*ganglion cervicale supremum*). Na posiedzeniu paryskiego towarzystwa biologicznego z o. 24 listopada b. r. Lagrange i Pachen (z Bordeaux) okazali psa, u którego przed dwoma laty wycięty został górny zwój szyjny nerwu współczulnego po prawej stronie. Po operacji tej oko prawe bardzo zmiękło i to obniżenie ucisku śródocznego utrzymało się przez sześć tygodni, poczem napięcie zaczęło się wzmacniać, ku końcowi drugiego miesiąca stało się znowu zupełnie prawidłowe i utrzymuje się w tym stanie dotychczas. Doświadczenie to o tak długim okresie spostrzegania stanowi dowód, że obniżenie ucisku po wycięciu szyjnego zwoju współczulnego, wyzyskiwano w ostatnich czasach wielokrotnie w celach leczenia jaskry, jest nietrwałe, nie ziści zatem zapewne pokładanych w niem nadziei<sup>1)</sup>. (Według „Sem. Médical“). K. W. M.

Elektryczność w celach rozpoznawania wągra podsiatkówkowego zastosował Prof. Carlo de Vincentis „Annali di ottalmologia“ 1899, fasc. 2, w ten sposób, że oba bieguny prądu stałego albo też przerywanego zakładał na skronie. W chwili przerywania prądu widzi się wzniernikując tak w ognisku wypukłości siatkówkowej jakoteż w otaczającej powierzchni wciągnięciu, w czasie którego dają się wyróżnić dwa objawy. 1. Gdy wypukłość po retrakeyi znowu się podnosi, powstaje na brzegu jej smuga niebieskawa coraz więcej od brzegu oddalająca się, 2. w środku wypukłości widać powierzchowny bardzo nieznaczny ruch jakoby ciemniejszej plamki. Zjawisko to daleko wyraźniej występuje przy wągrom w ciałku szklistem. (Według ref. „Wsch. f. Ther. u. Hyg.“ Nr. 10).

Prątek Weeksa wywołuje nierzadko zapalenie spojówki noworodków podobne do rzeżączki, ale rokowanie jest daleko lepsze, aniżeli w rzeżączce, gdyż rogówka prawie nigdy nie bywa zagrożoną. Ważną zatem jest rzeczą celem dokładnego rozpoznania zbadanie wydzieliny

<sup>1)</sup> Zapatrywania niekorzystne dla sympatectomii przeciw jaskrze objawiały się już na kongresie międzynarodowym (por. spraw. sekcyci okul. w »Post. Okul.«).

mikroskopowe. Takie doświadczenie ogłasza Fage w towarzystwie lekarskim w Amiens i zaznacza, że lekkie rozczyny salotranu srebra protargol lub cynk do leczenia choroby tej wystarczają. („La clinique Opth.“ 21, 1900).

Nowy sposób barwienia dwoinek podaje Plato w wydziale lekarskim tow. śląskiego „f. vaterlaend. Cultur“. Do wydzielin świeżej na szkiełku przedmiotowym zapuszcza się odrobinę czerwieni neutralnej zobojętnionej (Neutralroth), zmieszanej z rozczyntem fizyologicznym soli kuchennej, przykrywszy szkiełkiem, poddaje się badaniu immersyjnemu. Wszystkie dwoinki przedstawiają się teraz czerwono zabarwione, gdy reszta pola pozostaje bezbarwną. Objaw ten polega na życiowym barwieniu, w żyjących bowiem leukocytach zabarwiają się tą czerwinią takie białkowate istoty, które przez fagocytozę do nich się dostały. („Klin. therap. Wschr.“ 1900 Nr. 40).

W Karlsruhe założono przy pomocy legatu lecznicę oczną o 32 łózkach, a kierunek jej oddano znanemu okuliście Dr. Gelpkiemu.

Takież zakład miejski o 54 łózkach powstał w Moskwie, a kierownictwo objął Dr C. Adelheim.

## VII. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr. Hippel z Halli n. S. mianowany prof. w Göttingu na miejsce Schmidt-Rimplera, który w tymże charakterze przeniósł się do Halli.

Prof. Adamuk w Kazaniu wziął emeryturę.

Nadzw. Prof. Ewetzky mianowany zwyczajnym prof. w Jurjewie czyli Dorpacie.

Habilitowali się dla okulistyki: Dr. Siegrist w Bazylei, Dr. Adario w Neapolu.

Posady systemizowane elwów kliniki okulistycznej w Krakowie są do obsadzenia. Bliższych wiadomości udzieli dyrektor kliniki.

## VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dnia 10 grudnia zmarł w Warszawie w 34 roku życia Dr. Bronisław Wagner, b. ordynator oddziału ocznego w warsz. szpitalu

dla dzieci. Był to skromny pracownik, któremu — niestety — nie dano doczekać owocu swej tak pięknie rozpoczętej działalności dla dobra ogółu i pożytku nauki.  
*Dr. J. Talko.*

W Brukselli um. d. 24 sierpnia w w wieku 64 lat Dr. Pierre Desire Lebrun, kierownik zakładu oftalm. w Brabancji, znany z metody operowania zaćmy płytkiem cięciem płatowem bez irydektomii.

W Nowym Jorku um. Dr. Noyes, prof. okulistyki i otyatrii w Bellevue Hospital College.

W Madrycie um. d. 21 lipca z. r. znany okulista Dr. Osio, ur. w r. 1840 w Caracas, uzyskawszy w r. 1865 stopień doktora, odbywał specjalno studia w Paryżu, Londynie, Berlinie, Wiedniu, a także w Wiesbaden, gdzieśmy mieli sposobność poznać tego sympatycznego kolegę. Osiedliwszy się w Barcelonie miewał przy tamtejszym wydziale lekarskim jako docent wykłady okulistyczne, a tak samo później w Madrycie, dokąd się przeniósł w r. 1881. W obu miejscowościach rozniecił swą energią ruch naukowy i wybitny nadawał kierunek pracom naukowym i publicystycznym w ojczystym języku. Nieraz i później spotykaliśmy go na kongresach międzynarodowych zawsze szukającego postępu. —

## IX. JAWNA KORRESPONDENCYA.

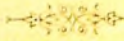
Odpowiedź koledze p. *Bednarskiemu*.

W sprawie »sideroskopu« wypowiedziałem na Zjeździe Szanownemu prelegentowi to tylko, co napisałem w lipcowym zeszytce Post. Ok. na str. 279. To co podano na str. 325 w dyskusyi, włożono mi w usta przez sekretarza sekcji w zmienionej formie. Zagalopowałbym się bardzo daleko, gdybym wypowiedział o zastosowaniu igły magnesowej w praktyce oftalmicznej jeszcze przed 70 laty, — wreszcie kiedy okuliści byli za nadto biedni w narzędzia i aparaty w ogóle, a szczególnie w te, które ułatwiałyby im badanie obrażeń głębokich części oczu. W każdym razie wdzięczni jesteśmy Drowi B. za opis ciekawego referatu Narbutta, który — co prawda — nieznanym nam był szczegółowo. *Dr. J. Talko.*

## X. Wykaz polskich oryginalnych prac okulistycznych ogłoszonych w r. 1900.

1. Dr. Gabszewicz A.: *Wysadzenie gałki tętniącej (exophthalmus pulsans)* Gazeta lekarska Nr. 1—9.
2. Miklaszewski: *O nierówności zmiennej źrenic*. Kronika lekarska Nr. 1 i 2.
3. Dr. Strzemiński L.: *Przypadek nosacizny pierwotnej na spojówce powiekowej*. Postęp okulistyczny Nr. 1 i 2.
4. Prof. Wicherkiewicz: *O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci*. Postęp okulistyczny Nr. 1, 2 i 3.
5. Dr. S. Getnarowicz: *Kilka uwag z powodu pobytu ruchomego oddziału okulistycznego w Suchedniowie*. Nowiny lekarskie Nr. 3.
6. Dr. K. Noiszewski: *Powidoki, przyczynek do nauki o różnicy pomiędzy obrazami siatkówkowymi a kolorowymi*. Nowiny lekarskie Nr. 4.
7. Dr. L. Bregman: *O reakcyi zwyrodnienia mięśnia unoszącego powiekę górną, oraz kilka uwag o odosobnionem porażeniu urazomem nerwów okoruchowego i bloczkowego*. Kronika lekarska Nr. 4.
8. Dr. Stasiński: *Przypadek neuroparalitycznego zapalenia rogówki*. (Sposzczerzenie z praktyki). Nowiny lekarskie Nr. 5.
9. Dr. Mikołajew i Dr. Dogiel: *Fotografowanie siatkówki*. Medycyna Nr. 11.
10. Dr. I. Piltz: *Kilka słów o nowych zjawiskach źrenicznych*. Medycyna Nr. 12.
11. Prof. A. Beck: *O zjawiskach elektrycznych, wywołanych przez oświetlenie siatkówki głowonoga (eleone moschata)*. Kosmos 1900.
12. Dr. W. Garliński: *Przypadek oderwania się tęczówki od wieńca rzeskowego (tridodialysis)*. Kronika lekarska Nr. 6.
13. Dr. A. Tróczewski: *Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagałkowej i okotoszczekowej z następnym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego*. Czasopismo lekarskie Nr. 4.
14. Dr. J. Talko: *Wągr oka w Polsce*. Postęp okulistyczny Nr. 3, 4 i 5.
15. Dr. L. E. Bregman: *Ostre zapalenie pozagałkowe nerwu wzrokowego i histerya*. Medycyna Nr. 15.
16. Dr. J. Steinhaus: *O gwałtu siatkówki*. Medycyna Nr. 18. i 19.
17. Dr. K. Brudzewski: *Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka*. Postęp okulistyczny Nr. 4.
18. Dr. A. Szulistański: *Doświadczenia nad wydzielaniem cieczy wodnej (humor aquens)* Przegląd lekarski Nr. 20—24.
19. Dr. K. Brudzewski: *Przyczynek do nauki refrakcyi oka ludzkiego*. Pamiętnik Tow. lek. warsz. Nr. 1.
20. Dr. M. Berenstein: *Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włókiennego w Łodzi*. Czasopismo lekarskie Nr. 6 i 8.
21. Dr. I. Idzikowski: *Nowy sposób leczenia gradówki (chalazion)*. Postęp okulistyczny Nr. 6.
22. Dr. Rumszewicz: *Obustronna zgorzel powiek i gałek ocznych*. Postęp okulistyczny Nr. 6.
23. Prof. Wicherkiewicz: *Aspiryna w okulistyce*. Postęp okulistyczny Nr. 6.

24. Dr. A. Tumpowski: *Przypadek jednostronnego porażenia wewnątrzmięśni ocznych pochodzenia urazowego*. Czasopismo lekarskie Nr. 7.
25. Prof. B. Machek: *Badania promieniami Roentgena w przypadkach utkwienia ciała obcych w oku i w oczodole*.
26. Dr. J. Strzebiński: *Przyczynę i leczenie gradówki*. Postęp okulistyczny Nr. 7.
27. Prof. Wicherkiewicz: *Jeszcze o sypilitycznem zapaleniu rogówki*. Postęp okulistyczny Nr. 7.
28. Dr. Z. Krausztyk: *Walka z jaglicą jako kleską społeczną*. Postęp okulistyczny Nr. 8.
29. Dr. K. W. Majewski: *O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacji zaćmy*. Postęp okulistyczny Nr. 8 i 9.
30. Dr. F. Rymowicz: *W sprawie patogenezy i biologii prątka Morax Axenfelda*. Postęp okulistyczny Nr. 9.
31. Dr. I. Muttermilch: *O przytwierdzeniu płata śluzowego przy plastycznej operacji brzoju powiekowego*. Gazeta lekarska Nr. 38.
32. Dr. A. Bednarski: *Ciała obce żelazne lub stalowe w gałce ocznej i technika ich wydobycia*. Przegląd lekarski Nr. 43 i 44.
33. Dr. S. Getnarowicz: *Leczenie jaglicy*. Postęp okulistyczny Nr. 10.
34. Dr. J. Talko: *Meningocela intraorbitalis posterior*. Postęp okulistyczny Nr. 10, 11 i 12.
35. Dr. A. Bednarski: *Dalsze dwa wypadki zaniku okrężnego naczyńki i siatkówki*. Postęp okulistyczny Nr. 10 i 11.
36. Dr. Br. Wagner: *Przypadek obustronnego wycięcia części szjowej nerwu współczulnego przy jaskrze*. Gazeta lekarska Nr. 48.
37. Dr. K. Noiszewski: *Hydroelektryzacja oka*. Postęp okulistyczny Nr. 11.
38. Dr. J. Koliński: *W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki, a szczególnie wrzodu pęczającego*. Czasopismo lekarskie Nr. 12.
39. Prof. Wicherkiewicz: *Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklanego, oraz kilka uwag dotyczących rozpoznania i operacji tychże*. Postęp okulistyczny Nr. 12.
40. Dr. E. Wadzyński: *Przypadek wągra podsiatkówkowego*. Postęp okulistyczny Nr. 12.





Spis rzeczy w roczniku II.

- Abrinum** 401, 403.  
**Acidum jodicum** 494.  
**Achromatopsia** 93, 108.  
**Akomodacya** 103, 104, 190, 395, 431, 489.  
**Akromegalia** 64.  
**Akyanopsia** 70.  
**Amblyopia chinica** 407.  
**Amotio retinae** 279, 321 (etymol.) 435.  
**Amylenhydrat** 365.  
**Amyloform** 442.  
**Anaemia** 97.  
**Angiomegalia** 398.  
**Anticellinum** 201.  
**Antropologia** 48, 51, 403.  
**Aphakia** 265.  
**Arekolina** 26.  
**Argentaminum** 241.  
**Argyrosis conjunctivae** 201.  
**Arteria hyaloidea** 226, 498.  
**Aseptyka** 51.  
**Aspirinum** 216.  
**Astigmatismus** 91, 285, 342.  
**Asthma conjunctivale** 244.  
**Atrophia gyrata chorioideae et retinae** 389.  
**Atrophia n. opt.** 32, 105, 492.  
  
**Bacillus Koch-Weeks.** 152.  
**Bacillus Loeffleri** 19, 264.  
**Bacillus Morax-Axenfeld** 329.  
**Bacillus xerosis** 19.  
**Bakteryologia jaglicy** 272.  
**Bakteryologia ropnych otoków** 404.  
**Bezsenność wskutek wad refrakcyi** 265.  
**Blepharospasmus** 69.  
**Blizny twardówkowe** 329.  
**Bystrość wzroku** 65, 491.  
  
**Cataracta** 97, 202, 357, (etymol.).  
**Cataracta zonularis** 202.  
**Catarrhus vernalis** 25, 311.  
**Chalazion** 207, (ther.) 247 (etymol. i ther.).  
  
**Chinina (zatrucia)** 468.  
**Chloralhydrat** 107.  
**Chloropsia** 243.  
**Chlorosis** 21.  
**Chorioidea** 24 (pat.) 196 (pat.) 389 (pat.).  
**Ciała obce żelazne** 323.  
**Cieżar soczewki** 265.  
**Collodium Perla** 365.  
**Collyria olejne** 404.  
**Commotio retinae** 100.  
**Conjunctiva** 1 (pat.) 19 (pat.) 25 (pat.) 29 (pat.) 61 (ther.) 201 (pat.) 229 (pat.) 264 (pat.) 267 (pat.) 308 (pat.) 357 (pat.) 465 (pat.) 471 (pat.).  
**Conjunctivitis epidemica** 278 (zakazanie w kąpiel).  
**Conjunctivitis metastatica** 29.  
**Conjunctivitis postoperativa** — 471 (bakt.).  
**Conjunctivitis vaccinalis** 308.  
**Cornea** 6 (pat.) 41 (pat.) 95 (pat.) 99 (pat.) 143 (pat.) 144 (pat.) 144 (pat.) 145 (pat.) 146 (pat.) 199 (pat.) 231 (pat.) 239 (pat.) 254 (pat.) 326 (pat.) 358 (pat.) 437 (pat.).  
**Cornu eutaneum** 13.  
**Corpora quadrigemina** 88.  
**Corpus alienum in sacco conjunctivali** 436.  
**Corpus vitreum** 14 (pat.) 303 (pat.).  
**Cysticercus** 73, 122, 447, 456.  
**Cystis** 14, 234, 263, 319, 465, 493.  
**Cystis conjunctivae bulbi** 319.  
**Cystis haemorrhagica corporis ciliaris** 234.  
**Cystis iridis** 263.  
**Cystis serosa retrobulbaris** 493.  
  
**Daltonismus** 93, 108.  
**Dermoidum** 432.  
**Dioninum** 200, 320, 488.  
**Diplococcus** 496 (barwienie).  
**Dipropus triophthalmus** 63.  
**Dormiol** 365.

- Drożdże 144, 237.  
 Ductus nasolacrimalis 227 (embr.)  
 261 (embr.).  
 Dziedziczność opt. bulwowy oczu 318.
- Eczema impetiginosum** 465.  
**Eczema palpebrarum** 277, 465.  
 Encyklopedia ślepych 495.  
 Endothelioma 101.  
 Enucleatio i operacye zastępcze —  
 360.  
 Elektryczność (diagn. cysticerci sub-  
 retinalis) 496.  
 Epiphysis cerebri 434.  
 Episcleritis periodica fugax 147.  
 Erysipelas 69.  
 Evisceratio bulbi 151.  
 Euphthalmium 69.  
 Expulsio lentis traumatica 55.  
 Extractum suprarenale 15.  
 Ezeryna 108.
- Fibrae medullares** 356.
- Ganglion cervicale supremum** 492,  
 495.  
**Gangraena palpebrarum** 60, 212, 264.  
 Gaz swietlny 433.  
 Gaza amyloformowa 442.  
**Glandula lacrymalis** 101 (pat.) 311.  
 396.  
**Glandulae Meibomii** 24 (pat.).  
**Glandula Rosenmülleri** 396.  
**Glaucoma** 67 (oper.) 67 (pat.) 92  
 (oper.) 105 (anat.) 313, 492 (oper.)  
 495 (ther.).  
**Glaucoma simplex** 92, 279 (oper.)  
 476 (ther.).  
**Glioma retinae** 430.  
**Gonorrhoea** 236, 441.  
**Gummata conjunctivae bulbi** 466.
- Haemophthalmus** 359.  
**Haemorrhagia corneae** 144.  
**Hemeralopia** 148.  
**Herpes facialis** 465.  
**Historia optyki** 20.  
**Hordeolum** 237 (ther.).  
**Humor aqueus** 222 (fizjol.).  
**Hydrargyrum** 69.  
**Hydroelektryzacya oka** 409.  
**Hydrophthalmus congenitus** — 479  
 (ther.).  
**Hydrostatyka oczna** 192.
- Hygiena oczna** 278.  
**Hyteria** 96, 481.
- Ichtyolowe krople** 366, 441.  
**Idiotismus** 400.  
**Jequirity** 404.  
**Injectiones subconj.** 151, 200.  
**Jodipinum** 365.  
**Jodoforminum** 365.  
**Iridectomia** 92, 279.  
**Irideremia congenita** 13.  
**Iridochorioiditis insidiosa** 196.  
**Iris** 13 (anom.) 15 (pat.) 48 (antro-  
 pol.) 196 (pat.) 235 (pat.) 236 (pat.)  
 240 (pat.) 263 (pat.).  
**Iritis gonorrhoeica** 236, 240.  
**Iritis lueticum** 235.
- Kamfora** 107.  
**Keratitis annularis** 437.  
**Keratitis neuroparalytica** 31, 358.  
**Keratitis parenchymatosa** 99, 239,  
 437.  
**Keratoconus** 142, 227.  
**Keratomycois** 145.  
**Kofeina** 468.
- Largina** 278.  
**Lasecznik dyflteryi** 264.  
**Leczenie ran po oper. ocznych bez**  
**opaski** 57.  
**Lens** 52 (pat.) 55 (pat.) 66 (oper.)  
 113 (oper.) 266 (anat.) 394 (fizjol.)  
 492 (pat.).  
**Lepra** 24, 30 (anat. pat.).  
**Leukaemia** 399.  
**Levator palp. sup.** 141.  
**Ligamentum pectinatum** 102 (anat.).  
**Lipoma subconjunctivale** 264.  
**Literatura okulistyczna** 367, 408.  
**Luxatio lentis** 55, 492.
- Malleus** 1.  
**Melanosis corneae** 146.  
**Melanosarcoma corneae** 326.  
**Meningokele orbitalis** 320, 379.  
**Menstruatio vicaria** 65, 438.  
**Mięsienie** 68, 98, 237.  
**Morbus Basedowii** 107.  
**Myopia** 16 (oper.) 243 (ther.) 488  
 (ther.) 492.
- Narkoza chloroformowa** 242.  
**Nervus oculomotorius** 141.

Nervus opticus 25 (pat.) 32 (pat.) 101 (pat.) 103 (pat.) 190 (pat.) 240 (pat.) 404 (pat.) 477 (pat.) 481 (pat.) 492 (pat.).  
 Nervus trochlearis 141.  
 Neuralgia supraorbitalis 201.  
 Neuritis optica 404, 481.  
 Neuritis proliferans 101.  
 Neuritis retrobulbaris 481.  
 Neurofibroma 101, 358.  
 Neurosis ophthalmica 107.  
 Neurosis traumatica 93.  
 Nirwaninum 151.  
 Nosacizna 1.  
 Objaw Bella 188, 229.  
 Odżywianie oka 26.  
 Okłady zimne i ciepłe 107.  
 Olsnienie boczne 260.  
 Olsnienie siatkówki 65.  
 Operacje plastyczne 202.  
 Operacje umożliwiające noszenie protezy 238.  
 Operatio cataractae 57, 66, 285, 342, 486.  
 Operatio m. Kroenlein 492.  
 Ophthalmoplegia interna 312.  
 Ora serrata 195.  
 Ortoform 33, 63.  
 Ośrodek korowy widzenia 482.  
 Ośrodki łąjące 189.  
 Palpebrae 60 (pat.) 69 (pat.) 277 (pat.) 465 (pat.).  
 Pannus trachomatousus crassus 278.  
 Paradoks optyczny 367.  
 Paralysis abducentis 267.  
 Peroninum 33.  
 Pestis 69.  
 Pierścienie barwne 31.  
 Pismo zwierciadlane 108, 440.  
 Phlegmone retrobulbaris 482.  
 Phlycaena pallida 25, 311.  
 Pneumonia 367.  
 Polypus sacci lacrymalis 23.  
 Processus ciliares 195, 478.  
 Protargol 33.  
 Proteza 238.  
 Przyrzęd do asept. przechow. nici 258.  
 Pseudotumores retinae 399.  
 Ptosis 198 (oper.).  
 Pupilla 228 (pat.) 234 (fizjol.) 367 (pat.) 493.

Refractio 113, 318, 328.  
 Regeneratio lentis 52.  
 Retina 21 (pat.) 24 (pat.) 65 (pat.) 93 (pat.) 94 (pat.) 100 (pat.) 187 (fizjol.) 279 (pat.) 307 (pat.) 321 (pat.) 389 (pat.) 399 (pat.) 430, 435 (pat.).  
 Retinitis albuminurica 94.  
 Retinitis electrica 93.  
 Retinitis proliferans 307.  
 Retractio bulbi 436.  
 Rheumatismus 15.  
 Rhinoscleroma 22.  
 Roztwory oliwne 195.  
 Saccharomyces cerevisiae 237, 144.  
 Saccus lacrymalis 22 (pat.), 23 (pat.).  
 Sapodermimum 200.  
 Sarcoma 63, 469, 474.  
 Sclera 67, 147 (pat.).  
 Sclerosis initialis conjunctivae 229.  
 Scotoma annulare 54.  
 Scotoma scintillans 277.  
 Scrophulosis 231.  
 Siderosis bulbi 323.  
 Sideroskop 279.  
 Statystyka 60, 203, 442, 467.  
 Stereoskop 482.  
 Syphilis 6, 15, 235, 229, 254, 467, 489.  
 Syndrom Benedicta 197.  
 Szkła periskopijne 354.  
 Szkła pryzmatyczne 66.  
 Tabes 32, 439, 492.  
 Tatuatio corneae 429.  
 Teleangiectasia 429.  
 Teratologia 63.  
 Thrombosis sinus cavernosi 474.  
 Thrombosis venae centralis retinae 21.  
 Tuberculosis 357.  
 Tumor corneae 231.  
 Tumor n. optici 240, 492.  
 Trachoma 231, 267 (ther.), 269, 278, 281, 314, 369 (ther.), 401, 442.  
 Validol 151, 277.  
 Vesicatoria 69.  
 Vulnus bulbi perforans 359.  
 Wady refrakcyi 264.  
 Wessalność płynów 328.  
 Widzenie jednooczne 202.

- Włókna nerwu wzrokowego 232.  
 (ich przebieg w mózgu).  
 Wyciąg z nadnercza 242.  
 Wyrostki szkliste na błonie Bow-  
 mana 143.  
 Wziernik 92, 259, 471.
- Xeroderma pigmentosum 471.  
 Xerosis conjunctivae 19.
- Zaćmienie rogówki przy jaskrze 473.  
 Zapadanie gałki 436.  
 Zatrucie gazem świetlnym 433. .  
 Zawrót wzrokowy 265.  
 Zjazdy lekarskie 203, 204, 268, 316.  
 Złudzenia optyczne 366.  
 Zmiany wziernikowe u ciężarnych  
 i położnic 477.  
 Zona opłithalnica 437.  
 Zonula Zinnii 12 (anat.).

### Spis autorów w roczniku II.

- Abadie 482.  
 Abelsdorf 471.  
 Aleksander 107.  
 Allard 279.  
 Almkvist 278.  
 Andogsky 266, 328.  
 Angelucci 482.  
 Antonelli 489.  
 Artault 151.
- Baas 52.  
 Babiński 440.  
 Baeck 231, 278.  
 Baehr 202.  
 Ballet 440.  
 Balzer 441.  
 Bałaban 21, 274, 319.  
 Baretto-Sampajo 492.  
 Bayer 310.  
 Bednarski 321, 389.  
 Bellarminow 63.  
 Benoit 225.  
 Bernheimer 88, 483.  
 Bielewicz 366, 441.  
 Bieriozkin 100.  
 Bistis 24.  
 Blessig 64.  
 Bock 429, 432, 435.  
 Bohdan 436.  
 Borel 96.  
 Bosse 477.  
 Bourgeois 478.  
 Brackmann 365.  
 Bregmann 141, 481.
- Brissaud 440.  
 Bruch 403.  
 Brudzewski 113, 276.  
 Bruni 151.  
 Brunson Randolph 15.  
 Buffalini 33.  
 Bull 482.
- Cabannes 357.  
 Calmette 69.  
 Campos 494.  
 Cauvin 92.  
 Cetnarowicz 270, 274, 369  
 Charcot J. 197.  
 Chauvin 279.  
 Cohn 278.  
 Cramer 60.  
 Critchett 239.  
 Crzellitzer 54.  
 Czemołosow 63.
- Darier 68, 242, 488.  
 Dejerine 440.  
 Demicheri 492.  
 Demidowicz 267.  
 Depène 260.  
 Devereux Marshall 240.  
 Dianoux 198.  
 Dimmer 95.  
 Disler 101.  
 Dodd 243.  
 Dołganow 65, 438.  
 Druault 31, 91.  
 Dudziński 272.

Dunlop 93.  
van Duyse 226.

Elschnig 143.  
Ernroth 64.  
Erwin 108.  
Ewecki 24.

Fehr 278, 307.  
Feilchenfeld 399.  
Fenoaltea 202.  
Fischer 69.  
Franke 30.  
Fukała 238.  
Fuerbringer 51.

Gagarin 64.  
Gallemaerts 202.  
Gallenga 22.  
Gille de la Tourette 197.  
Giofreddi 107.  
Glauning 359.  
Goldmann 151.  
Goldzieher 105, 279.  
Gorbunow 242.  
Graefe A. 200.  
Grandclément 471.  
Greef 488.  
Griffith 241.  
Grosman 482.  
Grosz 31, 32.  
Grunert 266.  
Guépin 69.  
Gumiński 60.

Haab 95.  
Hauenschild 359.  
Henschen 485.  
Hertel 107.  
Hess 489.  
HernSemercote 67.  
Hilbert 311.  
Hinshelwood 107.  
Hippel 356.  
Hirschberg 109.  
Hirschl 228.  
Hoffmann 152.  
Holden 244.  
Holzhauser 365.  
Hoquard 487.  
Hoor 241, 365.  
Horstmann 476.

Javal 491.  
Idzikowski 207.  
Jocqs 66, 144.  
Jonnesco 492.

Kalt 231.  
Karnicki 65.  
Katz 328.  
Kerschbaumer 63.  
Klein-Baeringer 265.  
Knapp 474.  
Koenigshöfer 365.  
Koliński 274.  
Kopp 33.  
Korkaszwilli 237.  
Koster 67.  
Kozłowski 202.  
Kramsztyk 269, 277, 281, 318, 322.  
Kucharzewski 236.  
Kutner 69.

Lagrange 263, 264, 357  
Landgraf 70.  
Landolt 15, 66.  
Lapersonne 151, 401, 403.  
Laveran 108.  
Lawford 239.  
Leber 26.  
Le Gendre 439.  
Leprince 203.  
Lindenmeyer 303.  
Loungnon 488.  
Lundsgaard 144.  
Łuniewski 320.

Machek 318, 322.  
Mackay 93.  
Majewski 285, 318, 323.  
Makłakow 24.  
Maksimow 26.  
Margulies 229.  
Marie 439.  
Marinesco 108.  
Mayer 94, 264.  
Mellinger 69.  
Menacho 402.  
Menz 267.  
Merc 25.  
Meyer 234, 442.  
Michel 188, 189, 465.  
Mitsyasu Inouye 436.  
Mohilla 57.  
Mohr 400.

Moll 29.  
Mooren 71.  
Morgano 201.  
Morton 108.  
  
Natanson 13, 311.  
Neumann 471.  
Neustätter 277.  
Nicolai 395.  
Niessen 365.  
Nikati 34.  
Noiszewski 409.  
Nuel 225, 406.  
  
Obario 65.  
Ollendorf 357.  
Oscroft 14.  
Ostwalt 354  
Ovio 394.  
  
Pachomow 431.  
Painblan 401, 403.  
Panas 196, 243.  
Pantiuchow 48.  
Paulesco 107.  
Pergens 59, 187, 201, 366.  
Peters 201.  
Pflueger 360.  
Pflugk 258.  
Piek 33, 190.  
Pihl 97, 368.  
Piltz 234.  
Plaut 60, 142, 227.  
Ponchet 33.  
Poniatowski 232.  
Pospiełow 314.  
Proebsting. 357.  
Prus 88.  
Purtscher 433.  
  
Reimar 195.  
Rochon Duvigneaud 261.  
Rogman 104.  
Rolland 488.  
Rollet 200.  
Romer 398, 482.  
Rosenbach 243.  
Rubinowicz 108.  
Rumszewicz 212.  
Rymowicz 329.  
  
Sack 200.  
Salimbeni 69.  
Santos Fernandez 148, 403.

Sassaparel 98.  
Schanz 19.  
Schioetz 486.  
Schmidt-Rimpler 480.  
Schoen 105, 492.  
Schoenemann 479.  
Schulz 278, 469.  
Schwabe 468.  
Schweigger (jun.) 478.  
Schweinitz 362.  
Serini 151, 195.  
Selensky 266, 328.  
Semerada 367.  
Seydel 94.  
Sighicelli 367.  
Silex 16, 57, 473.  
Smirnow 65.  
Sniegiriow 101, 358.  
Snellen sen. 362.  
Soca 434.  
Sollier 440.  
Sourdille 2-9, 396.  
Stanculéanu 227.  
Steiner 429.  
Steinhaus 271, 430.  
Stoelzing 147.  
Strachow 25, 99.  
Strzemiński 1, 23, 247.  
Swanzy 363.  
Switalski 439.  
Szulistawski 222.  
  
Talko-Hryniewicz 51.  
Talko J. 73, 320, 379.  
Talko W. 149.  
Terrien 12, 91, 92, 437, 488.  
Terson 55, 237, 488.  
Thilliez 55.  
Thorner 471.  
Trantas 259.  
Treacher-Collins 102, 240.  
Trousseau 235, 265.  
Truc 92, 279.  
Tscherning 103.  
Tumpowski 312.  
  
Uhthoff 62, 65, 93, 404.  
Unna 33, 277.  
Uribe Troncoso 190.  
Urlaub 20.  
  
Vacher 487.  
Vieusse 404.

Wadziński 456.

Walter 467.

Wecker 313.

Więcherkiwicz B. 6, 145, 216, 254,  
268, 273, 275, 316, 318, 321, 324,  
326, 447.

Winawer 325.

Zelewski 356.

Zujew 199.

### Spis rycin, w roczniku II pomieszczonych.

|                                                                                                                                   | Str. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1. Konstrukcyja geometryczna, przedstawiająca wytwarzanie obrazka przez powierzchnię zwierciadłą wklęsłą (Nr. 4) . . . . .        | 115  |
| 2. Figura szematyczna, przedstawiająca przebieg promieni po usunięciu soczewki z oka (Nr. 4) . . . . .                            | 118  |
| 3. Obraz wziernikowy wągra podsiatkówkowego (Nr. 5) . . . . .                                                                     | 170  |
| 4. Obraz wziernikowy lejkowatego wytworu na tarczy nerwu wzrokowego (Nr. 8) . . . . .                                             | 305  |
| 5. Obraz wziernikowy sznurkowatej postaci wytworów w ciele szklistem (Nr. 8) . . . . .                                            | 306  |
| 6. Preparat drobnowidowy wydzieliny spojówkowej, zawierającej prątek Morax Axenfelda. (Powiększenie około 1500) (Nr. 9) . . . . . | 332  |
| 7. Inne miejsce tegoż samego preparatu; powiększenie 2250 (Nr. 9) . . . . .                                                       | 332  |
| 8. Preparat drobnowidowy, przedstawiający ciała ropne, zawierające liczne diplobacille (fagocytoza) (Nr. 9) . . . . .             | 341  |
| 9. Rycina przedstawia twarz dziecka okazującego meningocele intraorbitalis posterior (Nr. 10) . . . . .                           | 379  |
| 10. Obraz wziernikowy zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (Nr. 10) . . . . .                                                 | 390  |
| 11. Hydroelektroda (Nr. 11) . . . . .                                                                                             | 412  |
| 12. Obraz wziernikowy wągra podsiatkówkowego (?) (Nr. 12) . . . . .                                                               | 458  |
| 13. Preparat drobnowidowy dotyczący meningokele (Nr. 12) . . . . .                                                                | 463  |

**KLINIKA OKULISTYCZNA**  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej