

~~Mari Curie-Skłodowska~~

~~S. 44/3~~

~~№ 2. III - 43~~

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

PROFESORA DRA BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA

ROCZNIK III. — 1901.

KRAKÓW.

CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO  
pod zarządkiem Józefa Filipowskiego.

NAKŁADEM WYDAWCY.

1901.

~~KLINIK OKULISTYCZNY  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej~~

~~4006~~



**Okuliści polscy <sup>1)</sup>**  
według obliczenia z roku 1901.

- \*Dr Bałaban Teodor. Lwów, Wałowa, l. 7.  
Dr Bałaban. Warszawa.  
Dr Bannet Arnold. Kraków. Plac WW. Świętych, l. 11.  
Dr Bednarski Adam. Lwów. Akademicka, l. 5.  
Dr Bernhardt Józef. Wilno.  
\*Dr Bittner Adolf. Świsłocz (Rosya).  
Dr Bieniecki. Kalisz.  
\*Dr Borowski Stanisław. Tarnów. Wałowa, l. 1.  
Dr Borowski. Wilno.  
Dr Aleksander Bortkiewicz, lekarz 11 kadru zapasowego kawalerji (Rosya).  
Dr Brudzewski Karol. Kraków. Florjanska, l. 38.  
\*Dr Burbo Barbara. Wilno.  
Dr Cetnarowicz Stefan. Warszawa. Długa, l. 18.  
\*Dr Ciechański Al. Przemyśl.  
\*Dr Ciecieniowski Wiktor. Ewpatorya (Rosya).  
\*Dr Cywiński Maryan. Mohilew Białoruski.  
Dr Cywiński Zenon. Wilno.  
Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Złota, l. 14.  
Dr Ebersson Maur. Tarnów.  
Dr Elkner M., lek. zakł. oftalm. Wilno.  
\*Dr Eltinger J. Erlangen.  
Dr Feinstein Leon. Warszawa. Karłowicka, l. 3.  
Dr Fraenkel Henryk. Kraków. Starowiślna, l. 42.  
Dr Fukała Winc. Wiedeń.  
Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż. Bl. Hausmann, l. 103.  
\*Dr Garliński Władysław M. Łódź.  
\*Dr Gepner Bolesław (ojciec). Warszawa. Krakowskie Przedm., l. 65.  
Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa. — Aleje jerozolimskie, l. 25.  
\*Dr Giedrojé Juraga Witold. Aleksandropol.  
Dr Gilus Wincenty, lek. oft. lecznicy im. Wołudskich w Moskwie.  
\*Dr Gidlewski. Lwów.  
Dr Górecki Ludwik. Paryż. Rue de Treviso, l. 21.  
Dr Górecki Ksawery. Paryż. Blv. Murat, l. 137.  
Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft. w Charkowie.  
Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyński-środ.  
Dr Haas Ignacy, lek. wojsk. Morszeńsk.  
\*Dr Halicki Stan. w Bobrujsku.  
\*Dr Hertyk. Maryampol.  
Dr Hlasko Cezary. Wilno.  
Dr Holz Zygmunt. Warszawa.  
Dr Hulenicki Władysław. Sioło Uspieńskie, Sławianoserbsk, Ekater. gub.  
\*Dr Hulewicz. Bytom.  
\*Dr Huszczo Józef. Białystok.  
Dr Hoene Jan. Kijów.  
\*Dr Idzikowski Józef. Woskreszeński Zawód. Ułimska gub.  
Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pensylwania (Ameryka).

<sup>1)</sup> Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora »Postępu«, zapisanego w administracji »P. O.«





- Dr Januszkiewicz Michał. Warszawa.  
Ciepla, 1. 4.
- Dr Jarnatowski (senior) Poznań.  
Dr Jarnatowski (junior) Poznań.  
\*Dr Kamocki Walenty. Warszawa.  
Widok, 7.
- Dr Kapuściński Boł. Poznań.  
Dr Kępiński Michał. Warszawa. Se-  
natorska, 1. 32.
- Dr Kicki Tytus. Lwów. Ul. Koper-  
nika, 1. 3.
- Dr Koliński Józef. Łódź. Piotrowska,  
1. 86.
- Dr Krajski Waclaw Adolf. M. Ataki  
(pow. Sorokskiego). Besarabia.
- \*Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa.  
Graniczna, 1. 4.
- \*Dr Krzymiski. Tomsk.
- Dr Kreutz, H. asystent klin. okulist.  
we Lwowie.
- Dr Kuropatwiński A., lekarz ziemski.  
S. Kargapolskie.
- \*Dr Lachowicz Stefan, ordynator  
szpit. off. fund. hr. Przeździeckiego.
- Dr Langie Adam. Kraków. Sławkow-  
ska, 1. 20.
- Dr Likiernik Maurycy. Łódź. Zwada,  
1. 12.
- Dr Łasiński Ignacy, Radca zdrowia.  
Wrocław.
- \*Dr Łuniewski Stefan, b. H. asystent  
krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
- \*Dr Maciesza Aleksander. Syberya.
- \*Dr Machek Emanuel. Prof. okulist.  
Uniw. Fr. I. we Lwowie. Akade-  
micka, 1. 11.
- \*Dr Mączewski Tytus. Łomża.
- \*Dr Majewski Kazimierz W., I. asy-  
stent klin. okul. w Krakowie.
- \*Dr Majkowski. Drzewica.
- Dr Marcisiewicz Feliks. Kraków. Ul.  
Wiślna, 1. 10.
- \*Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
- \*Dr Markiewicz D. Przemyślany.
- Dr Markowski Stefan. Łódź. Ul. An-  
drzeja, 1. 5.
- Dr Muttermih Stanisław. Warsza-  
wa. Miodowa, 1. 5.
- \*Dr Niegolewski Felicyan. Poznań.
- \*Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk  
(Dynaburg).
- \*Dr Nowicki. Disna.
- \*Dr Ostafiński Marian. Stanisławów.
- Dr Płachecki Jan. Końskie.
- Dr Popławska Stan. Warszawa.
- \*Dr Przybylski Jan. Odessa.
- Dr Rakowicz. Drezno.
- Dr Ratul L. Paryż. Boulevard Bar-  
bès, 1. 57.
- Dr Rosenzweig Leon. Lwów. Ulica  
Sykstuska, 1. 6.
- \*Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
- \*Dr Rynowicz Feliks. Kazań.
- \*Dr Rymza Waclaw. Hurykowa,  
pow. Słucki.
- Dr Sawicz Witold, ordyn. szp. wojsk.  
w Moskwie.
- \*Dr Seidenmann Mojżesz. Lublin.
- Dr Słasiński. Poznań.
- \*Dr Strzemiński Ignacy. Wilno, ul.  
Trocka.
- Dr Świda Ignacy. Mińsk.
- \*Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
- \*Dr Szulislowski Adam. Lwów. Ki-  
lińskiego, 1. 2.
- \*Dr Talko Józef (ojciec), rzecz. radca  
stanu. Lublin.
- \*Dr Talko Włodzimierz (syn). Sosno-  
wice.
- Dr Tomaszewski. Smigiel.
- Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci  
Miłosierdzia.
- \*Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań.  
St. Marcin, 1. 6.
- \*Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca  
zdrowia; Prof. Uniw. Jagiel. Kra-  
ków. Wolska, 1. 11.
- Dr Winawer Adolf. Warszawa. Ele-  
ktoralna, 1. 4.
- Dr Witaliński Wincenty, II asystent  
kliniki okulistyecznej w Krakowie.
- Dr Wolfring Emil, b. prof. okulist.  
Uniw. Warszawskiego. Warszawa.  
Marszałkowska, 1. 87.
- Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i oku-  
lista portu w Petersburgu.
- Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
- Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa.  
Marszałkowska, 1. 140.
- Dr Zion Oswald. Lwów. Sykstuska,  
1. 21.

4006

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYTKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń

—\*— ROCZNIK TRZECI —\*—

1901.

DO CZYTELNIKÓW.

Mimo bardzo trudnych warunków, z którymi połączone jest wydawanie polskiego czasopisma okulistycznego, — mimo, że usiłowania nasze, zmierzające do tego, by zespolić dążności pracowników, uprawiających tę samą głębę wiedzy i umiejętności ludzkiej dla podniesienia nauki polskiej, mało, bardzo mało a tylko przez niewielu z powołanych współpracowników, za co im na tem miejscu składamy podziękowanie, były popierane, — nie upadamy na duchu, lecz z otuchą w sercu i z nadzieją w ocknienie się obojętnych wstępujemy w trzeci okres roczny naszego wydawnictwa, licząc na to, że z czasem i współpracowników nowych nam przybędzie i że grono czytelników się wzmoże. *Apelujemy zaś nie tylko do samych okulistów, dla których oczywiście „Postęp“ wychodzi w pierwszej linii, ale do wszystkich lekarzy, posiadających szerszy pogląd na naukę lekarską, do lekarzy, którzy ogarniają z równem zawsze zamiłowaniem wszelkie specjalności nauki lekarskiej, wszędzie czerpiąc ze źródła nauki i wszędzie umiejąc znaleźć dla siebie duchowe ziarno.*

Uwzględniając od dawna, bo od początku naszej praktyki okulistycznej, potwierdzające się spostrzeżenie, że choroby oczne nie tylko wprost bywają wywoływane patologicznymi zmianami nosa i jam sąsiednich, ale często współczynnie bywają podtrzymywane, lub naodwrot do zaostrzenia chorób nosowych się

przyczyniają, co też w ostatnich latach coraz częściej w pracach naukowych się zaznacza, postanowiliśmy w »Postępie Okulistycznym« poświęcić uwagę także chorobom nosa, o ile takowe pośrednio lub bezpośrednio z chorobami ocznymi mają jakikolwiek związek.

Jako stałych współpracowników dla tego działu pozyskałiśmy pp. prof. Pieniążka z Krakowa i Dra Jana Sędziaka z Warszawy.

Otwierając łamy »Postępu« gościnnie Kolegom rinologom, mniemamy, iż dwie specjalności w naukowych i leczniczych dążnościach uzupełniać lub wspierać się winny, a popieranie tego celu w piśmie naszym, nie znajdzie przeciwników.

---

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Bardzo rzadka postać przybłonkowego torbiela spojówki gałki ocznej.

Z trzema mikrofotogramami w tekście.

Napisat

DR TEODOR BAŁŁABAN.

Jeżeli pominiemy przypadki wągra podspojówkowego, które wedle mego <sup>1)</sup> zestawienia wynoszą  $\frac{1}{6}$  część wszystkich wągrów, ogłoszonych w literaturze, a także i wrodzone podspojówkowe torbiele skórzakowe, to zobaczymy, że pojedyncze surowicze podspojówkowe torbiele są bardzo rzadkie, co też i z zestawienia dotychczas literatury wynika.

Szczególnie rzadkimi są torbiele spojówki gałkowej, mimo iż utwory torbielowate, powstałe na niej z rozszerzenia naczyń chłonnych, zdarzają się dość często. To też dopiero w ostatnich czasach zwrócono większą uwagę na torbiele spojówki, a w szczególności na sposób ich powstawania. I tak, podczas gdy dawniej

---

<sup>1)</sup> Bałłaban T. »Przypadek wągra w ciałku szklistem«. »Przegląd Lekarski«. 1898. Nr. 35 i 36.



przypisywano ich powstanie najczęściej urazowi (Artl) (3), — to obecnie jest już znanem, że najwięcej torbieli powstaje z gruczołów, w licznych zaś przypadkach udało się rozpoznać rodzaj gruczołu, z którego torbiel powstał, a to głównie z jego umiejscowienia i histologicznej budowy.

O ile mi się powiodło zestawieć dokładną literaturę, to było dotychczas przez 48 autorów ogłoszonych 65 przypadków torbieli spojówki. Z tych było 5 umiejscowionych na spojówce powiekowej, 19 na załawkach, 32 na spojówce gałkowej, a 9 na innych częściach spojówki.

### 1. Torbiele spojówki powiekowej.

Liczba dotychczas opisanych przypadków jest szczupłą. Budowa zaś ich anatomiczna bardzo różnorodną. I tak jest takowa może najbardziej pojedynczą w przypadku de Beck'a (38), w którym są opisane dwa torbiele powieki dolnej o przekroju  $6 \times 10$  mm. i  $10 \times 15$  mm., wyścielone pojedynczym przybłonkiem płaskim. Goy (55) znowu znalazł kilkuwarstwowy przybłonek walcowaty w wrodzonym torbielu, o przekroju  $4 \times 2,5$  cm., który był usadowiony w dolnej powiece. Podobnie też w przypadku Vossius'a (39) były torbiele wyścielone także dwuwarstwowym przybłonkiem, a umiejscowione na obu górnych powiekach zupełnie symetrycznie, były one wielojamiste i graniczyły szczelnie z przybłonkiem spojówkowym. W najbliższym ich sąsiedztwie znajdowały się małe torbiele, wypełnione żółtawym rozpadem i nielicznymi ciałkami białymi. Wintersteiner (47) opisał wrodzony nieprawidłowy gruczoł spojówki powiekowej u jednomiesięcznego dziecka. Z pewnego podobieństwa budowy gruczołu tego do torbieli, opisanych przez Vossius'a, wnosi on, że i te ostatnie powstały także z nieprawidłowego zawiązku gruczołu.

Opisuje on dalej torbiel na spojówce, schorzałej przez jaglicę, który powstał z gruczołu Krause'go. Wspomina także o małych torbielach, powstałych z gruczołów Henle'go; sądzi jednak, że są to raczej złogi w rozszerzonym nieco przewodzie gruczołowym, a nie właściwe torbiele.

Zaznaczam już na tem miejscu, że nasuwa mi się mimowoli pytanie, czy opisane przez Wintersteiner'a wrodzone gruczoły chrząstki powiekowej, na podstawie których stara się on wytłómaczyć powstanie torbieli Vossius'a, nie dałyby się wytłómaczyć w inny sposób, a mianowicie — wpukleniem przybliżonka.

Dodać muszę jeszcze tę okoliczność, że Goy (55) spostrzegał we wszystkich torbielach spojówki powiekowej i załamka walcowaty przybliżonek, torbiele zaś umiejscowione na spojówce gałkowej miały przybliżonek płaski. Rozumie się, że nie można temu przypisywać wielkiego znaczenia, gdyż wiemy, że przy wzrastaniu torbieli zmienia się równocześnie w bardzo różnoraki sposób i postać przybliżonka.

## 2. Torbiele załamka spojówki.

Znany po dziś dzień dwojaki sposób powstawania tych torbieli. I tak nie podlega wątpliwości, że tworzą się one najczęściej przez zatrzymanie się wydzieliny w gruczołach Krause'go.

Podobne przypadki opisują: Laquer (6), Makrocki (14), Rampoldi i Faravelli (20), Moauro (22), Antonelli (25), Stoewer (41), Ischreyt (42), Wintersteiner (47).

Przypadek, opisany przez Rombolottiego (33), jest wątpliwy.

Ten sposób powstania torbieli można na pewno przyjąć wtedy, gdy światło przewodu gruczołu zaniknie w tak wysokim stopniu, że przewód nie da się wykazać.

Torbiele te, które równie często są umiejscowione na górnym jak i dolnym załamku, są w części wrodzone (Rampoldi i Faravelli), w większej zaś części nabyte.

Ich wielkość jest różną i waha się pomiędzy przekrojem kilku milimetrów a wielkością jaja gołębiego. Zawierają one w sobie płyn surowiczy, z niewielką ilością ściętego białka, jak również i rozpad. W niektórych przypadkach dają się spostrzedz na wyścielającym przybliżonku liczne wsteczne zmiany, jako objaw wyrodnienia.

Drugi sposób powstania tych torbieli z gruczołów Henle'go opisał Ginsberg (43). A mianowicie gruczoły te mogą się odsznurować wskutek zmian, wywołanych w spojówce nieżyłowym jej zapaleniem. A dalej zauważa Ginsberg, że także w tych miejscach spojówki, w których w zwykłych warunkach nie ma gruczołów Henle'go, powstają niejednokrotnie przy niezżytach spojówki cewki, podobne do gruczołów, które mogą przez odsznurowanie zmienić się w torbiele. Na podstawie swych badań, skłania się też Ginsberg przypisać ten sposób powstania licznym surowicznym przybłonkowym torbielom spojówki, opisanym przez innych autorów.

W końcu muszę jeszcze wspomnieć, że Puech i Fromaget (35) spostrzegali na spojówce załamka także torbiel skórzakowy.

### 3. Torbiele spojówki gałki ocznej.

Z pomiędzy wszystkich rodzajów torbieli są one co do sposobu powstania bezsprzecznie najbardziej zajmujące, a to głównie dlatego, że ta część spojówki prawidłowo nie posiada gruczołów, ze zwyrodnienia których możnaby wytłómaczyć powstanie torbieli.

Jeżeli pominiemy torbielowate zablżnienia na granicy rogówko-twardówkowej (po samoistnem lub pooperacyjnem otworzeniu się komory przedniej), a także torbiele, będące wyrazem nieprawidłowego rozwoju oka (niedostateczne zamknięcie wtórorzędnej szpary ocznej), — to wogóle torbiele spojówki gałkowej należą do wielkich rzadkości, i to tak dalece, że nawet w ostatnich czasach wątpią o ich istnieniu.

I tak, opisując zablżnienie torbielowate, wspomina Goy (55) li tylko o rozszerzonych naczyniach chłonnych: „*Es entwickeln sich Cysten in der Conj. bulbi, einem Bindehautabschnitte, der normalerweise keine Cysten trägt — Es sind dies Lymphcysten*“.

Tego rodzaju torbiele chłonne opisywali Sachs (23), Jocas (46), Wecker (10), Vossius (39), Uhthoff (9), Pristley-Smith (13), Sourdille (48), Ottava (18), Kroll (53), Snell (50).



Takowe powstają bez względu na wiek i są nadzwyczaj częste w najmniejszej swej postaci, natomiast większe zdarzają się rzadko, a osiągają najwyżej wielkości orzecha laskowego. Ściana ich bywa najczęściej ograniczona tkanką łączną, niekiedy z licznymi włóknami sprężystymi, i okazuje się wyłożoną jednowarstwowym przybłonkiem.

Obok tego znajdujemy już w dawniejszej literaturze opisane przypadki, które wskazują na urazowe powstanie torbieli spojówki gałkowej. Dzisiaj przyjmujemy, że przez urazowe przeszczepienie przybłonka w podspojówkową tkankę łączną mogą powstać torbiele przybłonkowe n. p. przypadek Uthoff'a (9).

Inne wreszcie torbiele spojówki gałki ocznej uznano za wrodzone (za torbielowate znamiona) — Wintersteiner (21). O tym ich rodzaju, jak również o torbielach, powstałych w skrzydliku — Fuchs (28), Schmidt-Rimpler (26), Kroll (53), Sachs (23) — wspomnę jeszcze później.

Oprócz wymienionych tu rodzajów torbieli spojówki gałkowej opisano jeszcze przypadki, które należy zaliczyć do osobnego działu, a to dla ich szczególniejszej budowy.

I tak pierwszy Rogmann (37) opisał torbiel przybłonkową, którego powstanie tłumaczy tak: „*Dass bestimmte Falten, Buchten oder Einsenkungen, die so zahlreich in der Conjunctiva vorkommen, sich isoliert und hierauf zu einem Stiel ausgezogen haben, später sich abschnüren und schliesslich sich vollständig von dem Boden, der ihnen zum Ursprung diente, entfernt haben, um dann die Gestalt von Cysten anzunehmen und unter das subconjunctivale Gewebe zu gelangen*“.

Inny sposób powstania torbieli przybłonkowych podaje Ginsberg (43), a przypuszczenie jego w tym kierunku zdaje mi się, na podstawie mych własnych spostrzeżeń, o wiele prawdopodobniejszym. Przyjmuje on bowiem, że i na spojówce gałki ocznej, która nie ma gruczołów, mogą się przy niezycie spojówki potworzyć cewkowate wklęsnięcia przybłonka, podobne do gruczołów, przez których zamknięcie powstają torbiele.

Czy torbiela, opisanego przez Hache'go (12), nie należy

raczej uważać za pęcherzykowate wydęcie przybłonka, nie da się rozstrzygnąć, — atoli nie można pod żadnym warunkiem zgodzić się z jego zapatrywaniem, jakoby torbiel mógł powstać wskutek wtargnięcia płynu surowiczego w tkankę łączną.

W końcu muszę jeszcze wspomnieć o nielicznych przypadkach, które zasługują na szczególniejszą uwagę z powodu swej niezwyklej budowy histologicznej. Są to opisane przez Parinaud'a (17) skórzaki przybłonkowe (*dermoeptelioma*) spojówki gałkowej, a także dobrotliwy przybłoniak torbielowy Best'a (54).

I tak opisany przez Parinaud'a nowotwór był wrodzonym, czasem powstawał on też w pierwszej młodości, umiejscowionym zaś był na brzegu rogówki. Barwy żółtawo-czerwonej, był on przezroczysty, czasami składał się z kilku płatów, na podstawie zaś był lekko przesuwalnym.

Drobnowidowo znalazł Parinaud pasma komórek przybłonkowych, z wolnymi przestrzeniami, lub też bez takowych, przykryte zaś były one mniej lub więcej prawidłowym przybłonkiem spojówki. Przewroty te były wypełnione rozpadem, lub też wielkimi pęcherzowatemi albo śluzowo-zwyrodniałemi komórkami przybłonka.

Opisany znowu nowotwór przez Best'a pojawia się, podobnie jak nowotwór Parinaud'a, także w najpierwszej młodości lub też jest wrodzony. I on jest również najczęściej usadowiony na brzegu rogówki, jest przezroczysty, matowo-żółty, o gładkiej powierzchni.

Drobnowidowa jego budowa jest podobna do przybłoniaka, przyczem znajdują się torbielowato zwyrodniałe miejsca<sup>1)</sup>.

W łączności z tymi ostatnimi przypadkami pozostaje torbiel, spostrzegany przeze mnie.

---

<sup>1)</sup> Po ukończeniu niniejszej pracy, którą przedstawiłem w lipcu 1900 na IX zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, pojawiła się praca de Savignie (58), w której znalazłem częściowe potwierdzenie moich spostrzeżeń, i praca Hirsch'a (59), na którą tutaj już tylko powołać się mogę, a która jest bardzo cennym przyczynkiem do wyłomaczenia sposobu tworzenia się opisanych przeze mnie torbieli.

H. Ł., 22letnia chora, zgłosiła się do mnie d. 18 września 1897 r., skarżąc się, że od dłuższego czasu odczuwa w prawem oku jakieś dziwne wrażenie ciała obcego. Mimo długotrwałego leczenia stan ten nie poprawiał się.

Badanie prawego oka wykazuje 4—5 małych wzgórków, które przy dokładnem oglądaniu przedstawiają się jako pęcherzyki o cienkich ścianach, wypełnione przezroczystym płynem. Cała część spojówki, na której te torbiele są umiejscowione, jest lekko żółtawo zabarwioną i rozpulchnioną. Daje się też wraz z torbielami dokładnie przesuwać.

W celu wycięcia tych nowotworów ująłem całą podstawę, na której one były umiejscowione, szerokimi szczypczkami i obciąłem ją nożyczkami w ten sposób, że zawartość torbieli, jakoteż i ich ściany nie zostały naruszone. Po rozpięciu wyciętej spojówki na korku i po utrwaleniu w 10% roztworze formaliny, zatopiłem ją w celoidynie. Przekroje robiłem mikrotomem i to w kierunku prostym do płaszczyzny spojówki. Skrawki wszystkie w porządku, jak po sobie następowały (*Serienschnitte*), barwiłem hematoksyliną i eozyną, sposobem van Giesona i 1% roztworem tyoniny, w celu wykrycia komórek plazmatycznych.

#### Badanie drobnowidowe.

W tkance podprzybłonkowej znajdują się liczne, małe torbiele postaci soczewicy i owalnego przekroju. Są one wyścielone bardzo nieprawidłowym przybłonkiem, który bez wyraźnych granic przechodzi w tkankę łączną. Przybłonek ten jest miejscami jednowarstwowym, a wtedy są komórki jego płaskie i wydłużone, miejscami zaś składa się on z kilku warstw komórek, które są w ten sposób ułożone, że komórki wewnętrzne, ograniczające bezpośrednio jamę torbiela, są częściowo sześciennie, częściowo walcowate, zaś warstwa ich zewnętrzna składa się li tylko z komórek walcowatych i to prawidłowo ułożonych.

Na skrawkach porządkowych można wykazać w wielu torbielach, i to szczególnie na ich ścianie zewnętrznej, pagórkowate wzniesienia, powstałe z licznych warstw przybłonka.



Im większym jest torbiel, tem cieńszym jest przybłonek i tem bardziej jest on zwyrodniałym. Niektóre komórki wewnętrznej warstwy przybłonka, i to głównie w ścianie, przylegającej do gałki ocznej, są rozmiękłe. W nich to znajdują się ciemne ziarna, zabarwione hematoksyliną i tyoniną, niedokładnie zaś zabarwione jądro daje się w nich tylko z trudnością spostrzedz.

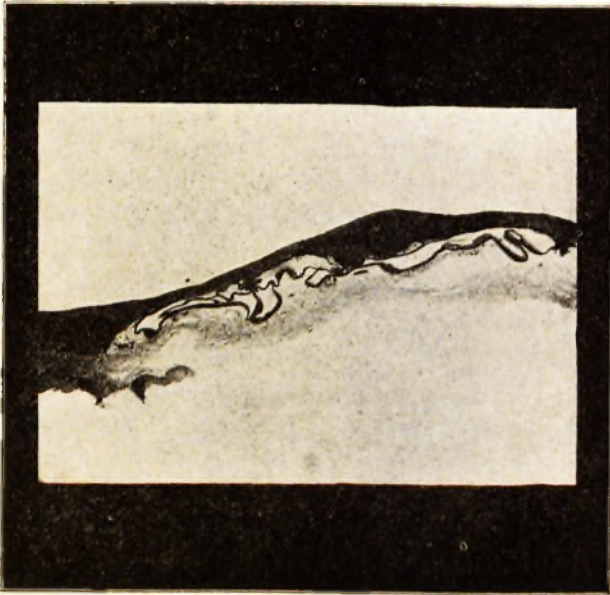


Fig. 1.

W innych znowu komórkach, które są po większej części wypełnione wielką jednorodną szklistą masą, jest ich protoplazma tylko niedokładnie widzialną w postaci ziarnistego rozpadu. W niektórych z nich daje się powstanie tej wielkiej kulistej masy wprost wykazać ze zwyrodniałego jądra komórki. Zawartość torbieli jest różnorodną. I tak w wielu z nich, szczególnie w wielkich, znajduje się ścięta istota białkowata, w mniejszych zaś widać obok niej gruboziarnisty rozpad.

Z powyższego opisu można już dać wyraz przypuszczeniu co do sposobu powstania tych torbieli, badanie zaś zachowania się przybłonka spojówkowego na skrawkach porządkowych ustala to przypuszczenie na pewno.

Amianowicie jest przybłonek spojówkowy o nader zmiennej grubości. W miejscach nadbrzeżnych wyciętej części spojówki,

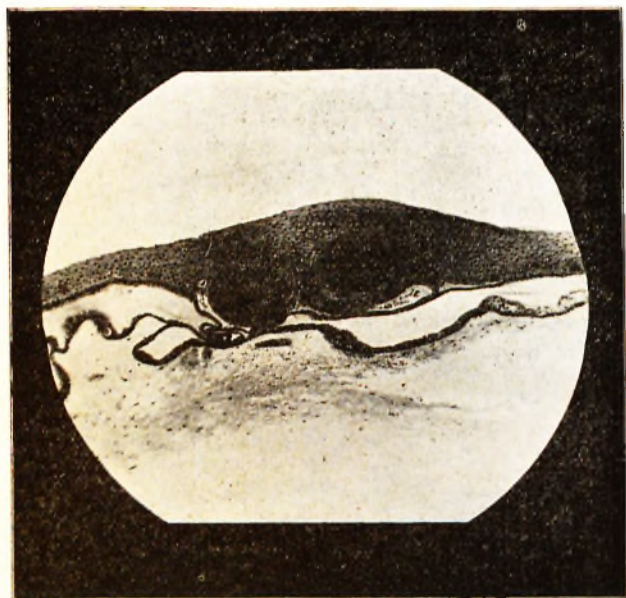


Fig. II.

w których jest on najbardziej prawidłowym, jest jego najgłębsza warstwa walcowatą, a wszystkie komórki są prawidłowo ułożone. W okolicy zaś samych torbieli można dokładnie rozpoznać w podstawowej tej jego warstwie pełne, czopowate wyrostki, które weiskają się w głąb pomiędzy torbiele. Dalej widzimy w większych takich czopach, w których komórki środkowe zwyrodniały, mniejsze jamy, wypełnione gruboziarnistą zawartością, przyczem daje się wprost wykazać łączność tych

wgłobień przybłonka z wielkimi torbielami. W ten sposób powstaje w niektórych miejscach zdwojenie przybłonka, gdyż podstawowa warstwa przybłonka spojówkowego przylega do przybłonka torbiela. W licznych miejscach widać także dokładnie w samych torbielach pagórkowate wyniosłości, powstałe przez bujanie przybłonka. Przez zwyrodnienie środkowych ich komórek powstają w ścianach większych torbieli małe, drugorzędne.



Fig. III.

Tkanka łączna spojówki jest zupełnie prawidłową i zawiera w sobie bardzo liczne tuczne komórki Ehrlich'a, które na preparatach, barwionych eozyną i hematoksyliną, zawierają w sobie ziarna eozynochłonne i ciemno-niebieskie komórki plazmatyczne, widoczne w preparatach, barwionych tyoniną. Naczynia są prawidłowe. Komórek barwikowych lub też tworów znamionowych nie ma nigdzie, również brak gruczołów.



W opisanym przez mnie przypadku rozchodzi się, jak widzimy, z całą pewnością o torbiele, które powstały w ten sposób, że pełne czopy przybłonka wcisnęły się w tkankę podprzybłonkową, poczem środkowe ich części rozpadły się. Powstałe to zwyrodnienie środkowych komórek przybłonka można wykazać bardzo dokładnie nawet w najmniejszych i młodych czopach. Komórki są bądźto rozmiękłe przez wchłonięcie w siebie wody, bądźto wypełnione szklistymi złożami, których powstanie ze zwyrodniałego jądra komórki daje się miejscami łatwo wykazać.

A także i wyjaśnienie co do powstawania wielkich torbieli o bardzo cienkich ścianach z tych zwyrodniałych wewnątrz czopów przybłonka nie napotyka na trudności. Musimy bowiem przyjąć, że sprawa wchłaniania wody przez zwyrodniałe komórki nie kończy się z chwilą ich rozpadu, lecz, że rozpadłe te masy wchłaniają w siebie jeszcze dalej drogą osmozy ciecz z tkanki podspójkowej, zasilanej obficie limfą i w ten sposób przyczyniają się one do znacznego wzrostu torbieli. Również i o tem nie należy zapominać, że komórki przybłonkowe mogą same, jako takie, posiadać własności wydzielania cieczy, a tem samem także pomagać zwiększaniu się torbieli.

Widzimy więc, że torbiele spojówki gałki ocznej, a tem samem i innych jej części, mogą powstawać bez żadnego współdziałania gruczołów.

Sposób ich powstawania zgadza się mniej więcej z przypuszczeniem Ginsberg'a w tym kierunku, a różni się od takowego zasadniczo tem, że Ginsberg obwinia w powstawaniu torbieli nowowytworzone gruczoły, ja zaś jestem zdania, że torbiele powstają *tylko z nowo wytworzonego przybłonka*, co też, o ile sądzę, dostatecznie udowodniłem.

Jakkolwiek przypadek mój jest na pierwszy rzut oka bardzo podobny do przypadków, opisanych jako t. zw. *dermo-epithelioma* lub *epithelioma cysticum*, to jednak, jeżeli porównamy ze sobą odpowiednie obrazy, możemy z łatwością spostrzedz wielką pomiędzy nimi różnicę. A mianowicie w przypadku

moim, w przeciwieństwie do przypadków powyższych, jest najznamienniejszem zwyrodnienie torbielowate, przyczem jest bujanie przybłonka tak dalece drugorzędnem, że możnaby je przy niedokładnem oglądaniu poszczególnych skrawków prawie zupełnie przeoczyć.

Co do t. zw. „*nacvi cystici*“ Wintersteiner'a (47), to jestem w tym względzie tego samego zdania, co Best, że takowe należy po większej części również tutaj zaliczyć.

A mianowicie, podobnie jak w naszych czystych przypadkach torbieli, musiny ich powstanie i bujanie przybłonka przypisać drażnieniu, któremu ulega spojówka gałki ocznej i to najbardziej w części niepokrytej powiekami i wystawionej na wpływy atmosferyczne. Tak też należy szukać przyczyny powstania torbieli w przypadkach, w których do istniejącego znamienia dołącza się bujanie przybłonka także w drażnieniu, które powoduje już sama tkanka znamienia.

Zdaje mi się, że w podobny sposób należy sobie także ułomaczyć powstanie torbieli w skrzydlikach.

A także rzadkie przypadki torbieli, umiejscowionych w innych częściach spojówki, jak w załamku półksiężycowym, w mięsku i t. p., musiny odnieść do powyżej opisanego wpuklenia przybłonka — o ile takowe nie powstały z już istniejących gruczołów.

#### Literatura.

1828. 1. Schön: »Handbuch der pathologischen Anatomie des menschlichen Auges«. Hamburg.
1852. 2. Sichel: »Iconographie«. LXXI. F. 2. Paris.
1860. 3. Arlt: »Die Krankheiten des Auges«, p. 169. Prag.
1864. 4. Zander und Geissler: »Die Verletzungen des Auges«.
1876. 5. Saemisch: »Krankheiten der Conjunctiva«. Handbuch von Graefe-Sämisch, p. 148.
1877. 6. Laqueur: »Seröse subconjunctivale Cysten an der unteren Übergangsfalte«. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
1878. 7. Bull C. S.: »A Contribution to the study of subconjunctival serous cyste«. Americ. Journ. of med. sienc. January.
1879. 8. Fano: »Kyste séreux sous-conjonctival d'un gros volume« etc. Journ. d'ocul. et de Chir. VII, p. 24.

1879. 9. Uthhoff: »Über Cystenbildung in der Conjunctiva«. Berliner klinische Wochenschrift. Nr 49.
1880. 10. Wecker et Landolt: »Traité complet d'Ophthalmologie«. Tome I. Paris.
1881. 11. Armaignac: »Kyste séreux de l'angle externe de l'oeil gauche, extirpation, guérison.« Rev. clin. d'ocul. Bordeaux, II, p. 300.
- » 12. Hache: »Note sur un kyste de la conjonctive bulbaire«. Recueil d'ophthalmologie.
1883. 13. Priestley Smith: »Cystic tumour of the conjonctive«. Brit. med. Journ. II.
- » 14. Makrocki: »Ein Fall von Conjunctivalcyste«. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde.
1884. 15. Schiess: »Gemuseus«. Jahresbericht der Augenheilanstalt in Basel.
- » 16. Moyné G.: »Cistico della congiuntiva«. Boll. d'oculist. VI, p. 178.
- » 17. Parinaud: »Dermo-epitheliome de l'oeil«. Archiv d'Ophth., p. 349.
1885. 18. Ottava J.: Klinikai közleményet. Szemészet 5, p. 93.
1888. 19. Tschernikew: »Un cas de kyste à rétention de la conjonctive«. Travaux de la société des médecins militaires de Moscou.
- » 20. Rampoldi e Faravelli. »Una forma rara di tumor cistico«. etc. Annali di Ottalmol. XVII, p. 225.
- » 21. Wintersteiner: »Beobachtungen etc. über Naevus pigmentosus«. Heidelberger Congress, p. 253.
1889. 22. Moauro: »Dilatazione cistica della glandola di Krause«. Annal. di Ottalmol. XVIII, p. 251.
- » 23. Sachs W. »Über die von den Lymphgefäßen ausgehenden Neubildungen am Auge«. Inaug. Dissertation. Königsberg.
- » 24. Kalt: »Sur une tumeur épithéliale bénigne de la conjonctive bulbaire«. Archiv d'Ophthalm. IX, p. 158.
1890. 25. Antonelli: »Cisti sotto congiuntivali aventi origine« etc. Annali di Ottalm. XIX, p. 467.
1891. 26. Schmidt-Rimpler: Lehrbuch der Augenheilkunde, p. 429.
1892. 27. Stöwer. »Cysten der Oberlider«. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde.
- » 28. Fuchs: »Über das Pterygium«. Archiv für Ophthalmologie. XXXVIII 2, p. 1.
1893. 29. Mitvalsky: »Zur Kenntnis der Blutcysten des orbitalen u. subconjunctivalen Zellgewebes«. Centralblatt für Augenheilkunde. 1.



1894. 30. Hasewinkel C. H.: »Bewegliche subconjunctivale Cysten«. Gencesk. Tydschr. Bd. 2.
- » 31. Panas: »Traité des maladies des yeux«. Tome II. Paris.
1895. 32. Delecoeuillerie: »Des Kystes séreux, de la conjonctive bulbaire et spécialement d'une variété que nous pouvons appeler kystes lymphatiques«. Thèse de Paris. 1892. (Ref. Revue générale. 1895, p. 66).
- » 33. Rombolotti G.: »Klinischer und anatomischer Beitrag zu den einfachen oder serösen Cysten der Bindehaut«. Archiv f. Augenheilkunde. XXXI.
- » 34. Rogmann: »Contribution à l'étude des kystes séreux simples de la conjonctive«. Archiv d'Ophthalm. XV, p. 502.
- » 35. Puech et Fromaget: »Kyste séreux sous-conjonctival d'origine dermoïde«. Annal. d'oculist. CXIII.
1896. 36. Chevallerau: »Cysto épithéliome sous-conjonctival chez un enfant«. Revue générale d'Ophthalm. Nr. 6.
- » 37. Rogman: »Kyste séreux de la conjonctive«. Annales d'oculistique, p. 387.
- » 38. Beck D. de: »Subconjunctival-Cysts«. Annal of Ophthalm. and Otol. V. 4, p. 1009.
- » 39. Vossius: »Über einen Fall von Cystenbildung in der Conjunctiva der oberen Augenlider«. Bericht der Heidelberger ophtalm. Ges., p. 181.
1897. 40. Rumschewitz K.: »Ein Fall von cystoïder Bildung in der Bindehaut des Augapfels«. Archiv f. Augenheilkunde. XXXV, p. 295.
- » 41. Stoecker: »Cysten der Übergangsfalte«. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, p. 234.
- » 42. Ischreyt: »Über Cysten der Kraus'schen Drüsen«. Archiv f. Augenheilkunde. XXXV. 4, p. 282.
- » 43. Ginsberg: »Über seröse epitheliale Bindehautcysten und Neubildung von Drüsen bei Conjunctivalkatarrh«. Archiv für Ophthalmologie. XLIV, 1, p. 112.
- » 44. Aschoff: »Cysten«. Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Thiere herausgegeben von Lubarsch und Ostertag. II. J. 1895. Wiesbaden.
1898. 45. Fuchs: »Lehrbuch der Augenheilkunde«, p. 139.
- » 46. Jocqs: »Beitrag zur Kenntnis der Lymphangiectasien der Conjunct. bulbi«. Ophthalm. Klinik. Nr 11.
- » 47. Wintersteiner: »Über Cysten und Konkremeute der Bindehaut«. Bericht über die 27 Versammlung der Ophthalmol. Gesellschaft, p. 354.

1898. 48. Sourdille: »Kyste séreux congénital (lymphangione cystique) de la conjonctive bulbaire«. Archiv d'Ophthalm. T. XVIII. Nr 11, p. 673.
- > 49. Schapringner: »Benign cystic epitheliome of the bulbar conjunctiva«. New-York. Eye and Ear inf. Rep. Jan.
- > 50. Snell S.: »Large clear cyst of the conjunctiva«. Ref. Centralblatt f. Augenheilkunde, p. 425.
- > 51. Vossius: »Zur Aufklärung«. Archiv für Ophthalmologie. XLIV. 2.
- > 52. Rogman: Quelques remarques complémentaires sur la nature et la genèse de certaines formes de kystes sous-conjonctivaux«. Archiv d'Ophthalm, p. 514.
1899. 53. Kröll J.: »Über Cysten in der Bindehaut des Augapfels und der Lider«. Inaug. Dissert. Greifswald.
- > 54. Best: »Über gutartige cystische Epitheliome der Bindehaut«. Beiträge zur Augenheilkunde«. H. 37.
- > 55. Goy C.: »Über einen Fall von angeborener Cystenbildung der Bindehaut«. Beiträge zur Augenheilkunde. H. 39.
- > 56. Griffith J.: »Serous cyst of conjunctive«. Transactions of the Ophthalm. soc. of the unit. Kingd. 1898/99. V. XIX. 12.
- > 57. Fehr Demonstration einer grossen Bindehautcyste. Berliner ophthalmologische Gesellschaft vom 26/I.
1900. 58. Savigerie: »Kystes épthéiliaux de la conjonctive«. La Clinique ophthalmologique. Nr. 10, p. 127.
- > 59. Hirsch: »Der unpigmentirte Naevus der Augenbindehaut«. Zeitschrift für Augenheilkunde. Juli.

Z uniw. kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiewiczza  
w Krakowie.

## 2. Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce.

Podat

DR STEFAN ŁUNIEWSKI.

Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu sekcji okulistycznej  
IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie d. 22 lipca  
1900 roku.

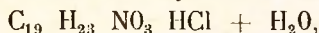
W przeciagu kilku ostatnich lat polecono do leczenia  
chorób ocznych tak wielką ilość nowych środków lekarskich,

że nawet w zakładach o licznych ambulatoryach brakłoby, jeżeli nie materiału, to szczególnie czasu na to, by wszystkie te nowe środki wypróbować i orzec o ich skuteczności. Często zaś przekonać się można, że wiele z nich nie tylko nie przewyższają, ale nawet gorsze są od z dawna używanych i uznanych za dobre.

Wiadomo, jak trudno być czasem bezstronnym w ocenianiu skuteczności badanego środka, tem więcej, gdy się przedtem zna wychwalane przez jednych, ganione przez drugich własności tegoż środka. Znając te trudności, byliśmy bardzo ostrożni w wydawaniu sądu przez cały czas doświadczeń, podjętych na polecenie prof. Dra Wicherkiewicza nad dyoniną, przetworem chemicznym, wyrabianym przez firmę E. Merck'a w Darmsztadzie.

Pierwotnie doznawała dyonina wyłącznego zastosowania przy chorobach organów oddechowych<sup>1)</sup>, psychozach<sup>2)</sup>, okazała się bowiem lepszą i skuteczniejszą od morfiny, a będąc znacznie łatwiej rozpuszczalną od kodeiny, heroiny i peroniny — przydatniejszą zatem do zastrzykiwań podskórnych od tych ostatnich. Dopiero Wolffberg<sup>3)</sup>, mając już pewne doświadczenie z trudno rozpuszczalną peroniną, zastosował ją zamiast tejże w leczeniu chorób ocznych i pełen jest entuzjastycznych pochwał dla tego nowego środka.

Dyonina jest to chlorek etylo-morfinowy o wzorze:



tworzy biały krystaliczny proszek silnie gorzkiego smaku, dosyć łatwo rozpuszczalny w wodzie i alkoholu (14 cz. w 100 wody; 73 cz. w 100 alkoholu), roztwory jednak więcej nasycone, począwszy od 10%, łatwo wydzielają dyoninę krystaliczną, która na szyjce flaszki i na zakraplaczu tworzy biały, coraz bardziej zwiększający się nalot. Z tego powodu roztwory te nigdy nie przedstawiają prawdziwej wartości procentowej.

<sup>1)</sup> J. Korte: Ther. Monatsheft. 1899. Styczeń.

<sup>2)</sup> Ransohoff: Psychiatrische Woch. 1899. Nr 20.

<sup>3)</sup> Wolffberg: Wochs. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. III Roczn. Nr 1.



Do doświadczeń używałem rozczyńców 0,5%, 1%, 2%, 5%, 10%, maści 25% i wreszcie proszku; w przeważnej części stosowałem ją wkraplając do worka spojówkowego, w niektórych przypadkach zastrzykiwałem ją podspojówkowo.

Nim przejdę do opisu naszych doświadczeń klinicznych, niech mi wolno będzie w paru słowach dać obraz objawów podmiotowych i przedmiotowych, jakie wywołuje dyonina, zapuszczona do worka spojówkowego. A więc co do pierwszych, to słabsze rozczyńcy po chwili, natomiast mocniejsze lub *in substantia* bezpośrednio wywołują uczucie dość silnego pieczenia, szczypania, które w 2-3 minut przechodzi w uczucie miłego ciepła, obejmującego całą gałkę, w uczucie lekkiego ciśnienia na oko i jakby pełności w jamie czołowej i u podstawy nosa. Wszelkie te objawy przechodzą wkrótce potem w stan pewnego znieczulenia, gdyż chory chwali sobie, że może swobodnie patrzeć i nie zdaje sobie sprawy, iż nie domyka powiek z powodu wywołanego obrzęku spojówki, a co najważniejsze, że wszelki ból spowodowany istniejącą chorobą oczu zupełnie ustępuje; jedynie tylko u osób bardzo wrażliwych po zastosowaniu od razu silnych rozczyńców i u których reakcyja była znaczna, występuje w parę godzin ból głowy, przemijający jednakże po pewnym czasie. Łechtania i pobudzania do kichania, jak o tem wspomina Graefe<sup>1)</sup>, po zapuszczeniu do worka spojówkowego ani razu pomimo starannych wywiadów nie spostrzegłem.

Kilkakrotnie tylko po wstrzyknięciu 2—5% rozczyńcy do przewodu noso-łzowego udało mi się stwierdzić dość znaczne pobudzenie do kichania i obfitsze wydzielanie z błony śluzowej nosa.

Co do przedmiotowych objawów, to te występują u rozmaitych osób rozmaicie, zależnie od pewnej większej lub mniejszej wrażliwości tychże. Przeważnie po rozczyńcach słabszych bywa nieco mniejsze nasilenie objawów, niż po silniejszych — ale w każdym razie są do siebie podobne. I tak: prawie w parę

<sup>1)</sup> Deutsche Med. Woch. Nr 12. 1900.

sekund po zapuszczeniu występuje lekkie nastrzykanie spojówki gałkowej, najwyraźniejsze przy rąbku, połączone z coraz bardziej wzmagającym się łzawieniem. Przekrwienie i zaczerwienienie przenosi się na spojówkę powiekową, przyczem obrzmiewają brzegi powiek. Po 3—5 minut oko przedstawia obraz bardzo silnego zadrażnienia, powieki są znacznie obrzmiałe, szpara z powodu tego węższa, żyły skórne porozszerzane i lekkiego stopnia trzeszcz gałki. U osób więcej wrażliwych i po dosyć silnych rozczyinach przychodzi do tak silnego nabrzmienia powiek, że nie są zdolne ich otworzyć. Nabrzmienie to obejmuje nieraz policzki i okolicę skroniową. Spojówka gałkowa w całości chemotycznie obrzmiała, różowa; chemosis najwyraźniejsza przy rogówce, z powodu czego rogówka wygląda jak dno talerza, a nieraz dochodzi do takich rozmiarów, że obrzmiała spojówka sterczy w postaci wału w szparze powiekowej. Rogówka gładka, silnie lśniąca, zaledwie w dostrzegalnym stopniu mniej wrażliwa na dotyk, a zupełnego znieczulenia jej nigdy nie mogłem stwierdzić. Przednia komora i tęczęwka prawidłowe, źrenica prawidłowo oddziaływa. Napięcie gałki niezmiennione, jak również żadnych zaburzeń co do siły wzroku lub akomodacji nie zauważyłem. W kwadrans mniej więcej ustaje łzawienie, a objawy zadrażnienia, jak obrzmienie powiek, chemosis, utrzymują się 3—5 godzin, a nawet dłużej. Nasilenie wszystkich tych objawów staje się coraz słabsze, w miarę tego, jak u jednego i tego samego chorego stosujemy pewien rozczynek dyoniny. — Mniej więcej po tygodniowym stosowaniu nie można już wywołać chemosis, oko bowiem staje się tylko lekko podrażnionem i trzeba się uciec do silniejszego rozczyynu.

Chcąc więc działać dyoniną przez dłuższy czas, trzeba zaczynać od najslabszego, stopniowo w miarę przyzwyczajania wzmacniać je, aż do zasypywania w proszku. Przyzwyczajenie ostateczne bywa zwykle dosyć długotrwałe; po miesięcznej bowiem przerwie zapuszczenie 10% rozczyynu wywołało tylko słabe przekrwienie spojówki gałki.

Nie od rzeczy będzie wspomnieć jeszcze w krótkości o niezbyt dotąd licznych pracach o tym środku. Pierwszy Wolff-

berg (l. c.), chcąc wypróbować własności znieczulające polecaną przez Buffalini<sup>1)</sup> peroniny, podjął doświadczenia z pokrewną težę dyoniną, a zastosowawszy ją w całym szeregu chorób ocznych, doszedł do następujących wniosków: 1) Wywołane dyoniną przepelnienie się limfą przestworów limfatycznych (*Lymphüberhäufung*) wskazuje, że ta jest bardzo pomocniczą przy leczeniu wszystkich tych cierpień rogówki, które nie są wywołane cierpieniami spojówkowemi; 2) jest godna polecenia przy leczeniu ran po wszystkich zabiegach operacyjnych na gałce, jak również przy wszystkich zranieniach; 3) wspomaga leczenie jaskry.

Wkrótce potem ogłosił swe doświadczenia A. Darier<sup>2)</sup>, których wynikiem było ostatecznie polecenie używania dyoniny: a) przy naciekach rogówkowych, b) przy zapaleniach tęczówko-naczyniówkowych (*iridochorioiditis*), połączonych ze zrostami źrenicznymi, c) w celu szybszej resorbcyi pęczniejących mas soczewkowych po dyscysji lub operacyi zaćmy. W dalszym ciągu doświadczeń zwrócił tenże autor uwagę na własności dyoniny, jako środka w wysokim stopniu uśmierającego ból w schorzeniach głębszych części oka, a więc tam, gdzie nieraz trzeba się uciekać do podawania środków, działających na środkowy system nerwowy. Z tego powodu poleca ją w zapaleniach tęczówki, ciała rzęskowego, wrzodach i zapaleniach rogówkowych na podstawie dny, a nawet w jaskrze. W bardzo nasilonych bólach stosuje ją w proszku lub zastrzykując pod spojówkę gałki 0,01 na dawkę.

A. Graefe (l. c.), który także przypisuje dyoninie korzystne działanie: 1) w niezżytach spojówkowych, 2) w zapaleniach tęczówki, jakoteż tęczówko-rzęskowych, 3) w zapaleniach naczyniówko-siałkówkowych, 4) w zaćmieniach ciała szklстого, zwrócił znów uwagę, że po zastosowaniu jej występuje nieraz silne pobudzenie do kichania — przestrzega więc niejako przed

---

<sup>1)</sup> Annali di Ottalm. XXVIII. 1899.

<sup>2)</sup> La Clinique Opth. 1899. Nr 23.



używaniem jej po operacjach zaćmy. Wolffberg<sup>1)</sup> zaś przeciwnie nie może się dosyć nachwalić skuteczności dyoniny w przebiegu pooperacyjnym zaćmy, twierdząc, że wywołana nią chemosis mechanicznie sprzyja sklejeniu się ranki, następnie fizyologicznie przez zwiększenie żywotności tkanki rogówkowej zmniejsza niebezpieczeństwo zakażenia.

Przechodząc do opisanego spostrzeżeń, zrobionych na tu-tejszym materiale klinicznym w przeszło stu kilkudziesięciu różnorodnych przypadkach cierpień ocznych, pozwolę sobie tylko ważniejsze przytoczyć obszerniej, co do innych ograniczę się do zaznaczenia ogólnych uwag.

Z chorób spojówkowych *zapalenia ostre*, przebiegające z silnym przekrwieniem spojówki powiekowej i gałkowej, obrzmieniem ciała błonawkowego, dalej z wydzieliną obfitą śluzoworopną, sprawiające choremu dotkliwy ból, nie leczą się dyoniną, lecz zastosowanie choćby słabego rozczynu, wprawdzie zrazu wywołuje uczucie dość znacznego pieczenia, jednak po chwili chory doznaje ulgi, łatwo otwiera oczy, doznaje wrażenia swobody i nierzadko się zdarza, że po nieprzespanych poprzednio nocach następną najspokojniej przesypia.

Przy *zapaleniu pryszczycowem* (*phlyctaenulosa*) spojówki nie widziałem żadnego wybitnego skutku, owszem w jednym przypadku, gdzie przy rąbku usadowiona była pojedyncza *phlyctaena*, nie tylko nie zmniejszyła się pod wpływem leczenia, lecz czwartego dnia wystąpiły 2 pęcherzyki na rogówce, co skłoniło nas do zaprzestania zapuszczania dyoniny, a zastosowania innych odpowiednich środków. Podobne pęcherzyki zauważono i w innym przypadku, gdzie dyonina była stosowana w celu wyjaśnienia plamki rogówkowej.

Nieco wybitniejszy skutek przedstawiał się w tych przypadkach, gdzie i rogówka była zajęta (*keratoconj. phlyct.*), — towarzyszący bowiem tym cierpieniom światłowstręt dawał się łatwo usunąć. Wogóle zaś we wszystkich przypadkach, gdzie stosowano dyoninę, po zaprzestaniu stosowania, można było

---

<sup>1)</sup> Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges. 1899. Nr 31.

stwierdzić większą i szybszą skuteczność zazwyczaj używanych środków, jak kalomel, maść żółta i t. p., w dalszym przebiegu choroby.

Przy *jałglicy* w okresie pierwszym działa więcej analgetycznie, nie wpływając na samą chorobę; tak samo w okresie drugim, jak również w okresie zbliznowacenia. Jedynie *pannus trach.* ulega zcieńczeniu, — niestety chorzy zbyt szybko przyzwyczajają się do tego środka, tak, że w końcu powrócić musimy do zwykłych w tych przypadkach leków.

W kilku przypadkach *xerosis epith.* można było zauważyć nieznaczną poprawę, a tutaj trzeba jeszcze to dodać, że skoro wystąpi chemosis, nie można wtedy dojrzeć miejsc chorobą zajętych.

Przy zapaleniu *tkanki podspojówkowej* (episcleritis) i *twardówki* (scleritis) uśmierza dokuczliwy nieraz ból, nie przyczyniając się jednakże do zmniejszenia wysięków podspojówkowych i nie skracając przebiegu choroby.

Niemniej przy zapaleniach brzegu powiekowego i powiek wogóle nie można było spostrzedz dodatniego wpływu dyoniny, jakkolwiek podmiotowo chorzy czuli zawsze pewną ulgę.

W dalszym ciągu doświadczeń, stosując ten środek przy *chorobach rogówki*, dało się stwierdzić w kilkunastu przypadkach korzystny wpływ na *wyjaśnienie się zmętnień rogówkowych*. Wzrok bowiem poprawiał się nie tylko w dal, ale i z bliska mogli chorzy znacznie drobniejszy druk czytać.

Wogóle z tych wszystkich doświadczeń można było przyjść do przekonania, że w zadawnionych, starych plamach rogówkowych stosowanie dyoniny pozostaje bez skutku. Natomiast w zmętnieniach świeżych zapalnych, szczególnie przy *keratit. parench. diff.*, szybko wyjaśniała się rogówka. W celu lepszego uwidocznienia pozwolę sobie przytoczyć następujący przypadek.

P. U., leczony od 2 miesięcy na kerat. parench. diff. oc. utr. bez tła luetycznego. Stan w d. 21/X 1899 obu oczu: światłowstręt, dookoła rogówki nastrzykanie rzęskowe, powierzchnia rogówki nierówna, pokłuta, w głębszych warstwach liczne obłoczkowate zaćmienia zlewające się z sobą. Na rogówce p.

o. dołem i górą wewnątrz liczne głębokie naczynia. u l. o. mniej liczne obwodowe. Źrenice zupełnie rozszerzone, prawidłowe. Gałki niebolesne. T. = n. V. p. o. = palce przy oku. V. l. o. = palce : 2,5 m. Leczenie: Natr. salic. 2,0 pro die. Atrop., ciepłe okłady, ciemnica.

3/XI zaczęto stosować dyoninę 5%. Już dnia

18/XI V. p. o. = palce : 40 cm. V. l. o. =  $\frac{6}{60}$ .

4/XII V. p. o. = » : 1 m. V. l. o. =  $\frac{6}{36}$ . oczy

blade, zaćmienia znacznie słabsze i mniejsze.

11/XII. V. p. o. = palce : 3 m. V. l. o. =  $\frac{6}{24}$ .

26/I. 1900. V. p. o. =  $\frac{6}{36}$ . Sn. 1,25. V. l. o. =  $\frac{6}{18-12}$ . Sn. 0,5

19/II. » V. p. o. =  $\frac{6}{24}$ . Sn. 0,8. V. l. o. =  $\frac{6}{18-12}$ . Sn. 0,5.

Nie trzeba zapominać, że w tym przypadku i leczenie ogólne (aspiryna) mogło niemałą rolę odegrać. W każdym razie trzeba przypuścić, że dyonina wiele się przyczyniła do wessania nacieków zapalnych, czego dowodem było kilka innych podobnych przypadków.

We *wrzodach rogówkowych* nacieczonych, bez lub z ropą w przedniej komórce, dyonina oprócz swego analgetycznego działania w niczem innym nie przyczyniła się do przebiegu choroby. Podobnie i na świeże traumatyczne ubytki przybłonka nie wpływa regenerująco.

Wolffberg (l. c.) przypisuje jej wysokie zalety przy ranach rogówko-twardówkowych zakażonych, tam, gdzie wskazane były zastrzykiwania podspojówkowe sublimatu. Być może, że nasze przypadki tem się różniły, że były czyste, niezakażone; jednakże można było zauważyć, mając jednocześnie dwa prawie identyczne zranienia w leczeniu, że w tym przypadku, w którym stosowaliśmy dyoninę, podrażnienie i ustąpienie stanu zapalnego znacznie później nastąpiło, aniżeli w tym drugim, leczonym scopol. kseroformem i zimnymi okładami.

Znaczne i szybsze wyjaśnienie rogówki osiągnąć można było w 2 przypadkach sparzenia oka wapnem. Po ustąpieniu podrażnienia i gdy ubytki spojówkowe pokryły się przybłonkiem, zastosowałem dyoninę w celu wyjaśnienia mleczno-zbiełałych rogówek. Chore w krótkim przeciągu czasu (2 tygodni)



zaczęły liczyć palce na 1 m., a w miesiąc na 5 m. Żałować tylko wypada, że zaprzestały przychodzić do ambulatoryum, gdyż nie można było stwierdzić, o ile się wzrok w dalszym ciągu poprawiał. (Dok. nast.)

## II. STRESZCZENIA.

Centralblatt für Augenheilkunde. October 1900.

I. *Przypadek nagłego zaniku gałki ocznej po użyciu wielkiego magnesu.* (Ein Fall von jäher Schrumpfung des Augapfels nach Anwendung des Riesen-Magneten.) Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg.

Autorowie przytaczają przypadek nagłego zaniku gałki ocznej u dziewiętnastoletniego robotnika, spowodowanego wypadnięciem odłamka stali do oka, przez co nastąpiła natychmiastowa utrata wzroku. Przez cięcie w twardówce próbowano w narkozie wprowadzić magnes do wnętrza oka i wydobyć ten odłamek, co się jednak nie powiodło. — Po dziesięciu tygodniach przyjęto chorego ponownie do szpitala. Oko rozpoznawało wtedy ruchy ręki w odległości dwu metrów, a lokalizacya światła była dobrą. Sideroskop wskazywał przez silne wychylenie igły, że kawałek stali znajduje się w oku, a fotografia promieniami Roentgena uwidoczniała dokładnie położenie jego na dole i zewnątrz.

Hirschberg usiłował ciało to obce najpierw wydobyć przyrządem Schloessera, lecz dopiero użycie wielkiego przyrządu Haaba i Hirschmanna doprowadziło do pomyślnego wyniku. Przez przyłożenie wielkiego magnesu do blizny w rogówce wydostano ciało obce do przedniej komórki, poczem przez cięcie w rogówce wprowadzono mały magnes Hirschberga i wydobyto ciało obce, które miało nieregularną postać i ważyło 22 mg. Przy wydobyciu ciała obcego wypłynęło nieco czerwono zabarwionej cieczy wodnej i kawałki tkanki, pokryte barwikiem. — Dwa dni po operacyi oka wystąpiło typowe, ostre zapalenie ciała rzęskowego, w dwa tygodnie zaś później gałka oczna była już w zaniku. Ponieważ zapalenie to było połączone z wielkimi bólami, wyjęto oko. Drugie pozostało prawidłowe.

Widać więc, iż w tym przypadku ciało obce leżało przez 12 tygodni w głębi gałki ocznej, poczem nastąpił szybki jej zanik. —

Hirschberg utrzymuje, że przez przedłużenie pierwotnego cięcia w twardówce aż do ciała szklistego i przez prawidłowe wprowadzenie małego jego elektromagnesu możnaby było wydobyć ów odłamek stali i w ten sposób zapobiedz nagłemu zanikowi gałki ocznej.

Drobnowidowe badanie wykazuje charakterystyczne bujanie tkanki około blizny w rogówce, powstałej przez uraz, i około blizny w twardówce, powstałej przy operacji; to bujanie tej zbliznowaciałej tkanki rozciąga się przez bliznę w naczyniówce aż w głąb ciała szklistego.

Zdaniem autora przerwało ciało obce, pociągnięte siłą wielkiego magnesu, nowowytworzoną tkankę blizny i spowodowało tem silne krwotoki w naczyniówce do ciała szklistego, którego zmarszczenie wywołało odczepienie siatkówki i naczyniówki, a wreszcie i zanik całej gałki ocznej. Zmian zapalnych lub spowodowanych przez rdzę nigdzie nie można było napotkać.

*Dr. Gruder.*

II. *Drugi przypadek dwojakiej łamliwości oka, spowodowanej stwardnieniem jądra soczewki.* (Ein zweiter Fall von Doppel-Refraction eines Auges in Folge von Sklerose des Linsenkernelnes.) Dr Emil Guttman z Wrocławia.

Autor przytacza drugi przez siebie spostrzegany przypadek, w którym istniejące silniejsze stwardnienie jądra soczewki spowodowało dwojaką łamliwość oka. Przypadek ten dotyczy 62letniego urzędnika kolejowego, który od 1 $\frac{1}{2}$  roku widział prawem okiem wszystkie przedmioty zamglone i niewyraźne. Na lewym oku bystrość wzroku wynosiła  $\frac{5}{10}$ , zaś po poprawie  $\frac{5}{5}$ ; na chorem prawem oku natomiast wynosiła ona ledwie  $\frac{5}{30}$ , zaś  $\frac{5}{12}$  z — 5·0 D sph. Najwyraźniej widział chory tem okiem przez mały otwór, wycięty w kartonie, przed który umieszczono — 1·0 D sph.

Przy atropiną rozszerzonej źrenicy i prześwieceniu dna oka można było widzieć w soczewce 3 mm. szeroką, ciemną tarczę, która w odległości 20 cm. dawała się tak dokładnie przeświecić, iż można było widzieć naczynia dna oka. W obrazie prostym jednak widać było dno oka dokładnie przy pomocy + 1·0 D sph. tylko przez części obwodowe soczewki; w obrazie odwrotnym i prostym dno oka było prawidłowe i wyraźne. Obrazki Purkiniego były na soczewce wyraźne. Po sześciu miesiącach badanie chorego dawało niezmienny wynik.

Autor widzi przyczynę tej łamliwości dwojakiej jednego oka (anisometropia monocularis) w częściowej (t. j. ograniczonej tylko na jądro) niezwykle znacznej sklerozie soczewki. — Różnica między łamliwością środka soczewki i jej części obwodowej wynosiła w tym

przypadku 6 D. Autor podnosi, że przypadek ten jest dopiero drugi, dotychczas znany w literaturze.

*Dr Gruder.*

*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. October. 1900.*

I. *Wpływie porażenia jednego mięśnia łęczówki na jego przeciwnika.* (Ueber den Einfluss der Lähmung eines Iris Muskels auf seinen Antagonisten.) *Levinsohn.*

Na wstępie autor zaznacza, iż pierwszym był Roebreeck (1895 r.), który objaśniał paradoksalne rozszerzenie źrenicy zwyrodnieniem włókien rozwieracza, z czego widzimy, że teoria Langendorffa nie jest zupełnie nową. Dalej polemizuje on z tą teorią i dochodzi na podstawie własnych doświadczeń do wniosków, że paradoksalne rozszerzenie źrenicy polega na osłabieniu napięcia zwieracza. Pytanie, czy to osłabienie jest następstwem funkcjonalnej nieczynności, czy ma nerwową podstawę, pozostaje nierozstrzygniętym. Ostatecznie przypuszczenie ma za sobą więcej prawdopodobieństwa. Za podwyższeniem napięcia rozwieracza źrenicy z powodu obumierających włókien nerwu współczulnego przemawia niejedno, ale tylko dla pierwszych dni, a może i tygodni po usunięciu górnego zwoju szyjnego; dla późniejszego jednak czasu należy tę przyczynę wykluczyć. Paradoksalne rozszerzenie źrenicy jest ostatecznie tylko przykładem na to, iż wogóle przy wykluczeniu, względnie obniżeniu czynności jednego mięśnia łęczówki następuje osłabienie jego przeciwnika.

*Dr Gruszkiewicz.*

II. *Oko i róża.* (Auge und Erysipel.) *Thier.*

W odczycie tym, wygłoszonym na LXXII zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Akwisgranie, podaje autor z własnej praktyki przypadki korzystnego i niekorzystnego wpływu róży na przebieg niektórych chorób oka. Do korzystnych należą 2 przypadki wyleczenia u dzieci (6-cio i 8-letniego) skrofalicznego zapalenia rogówki, które opór stawiało wszelkiemu leczeniu, a ustąpiło dopiero po wystąpieniu róży na twarzy. Tłómaczy on to tem, iż *zapalne przekrwienie skóry działa odwodząco na oko*, jak to miało nieraz miejsce przy olejku krotonowym, jaki dawniej wcierano w kark lub szyję przy przewlekłych sprawach ocznych. Przeciwnieństwo do poprzednich stanowi przypadek, gdzie była rozległa róża na twarzy, a po nagłym jej przeziębieniu znikła takowa, na jej zaś miejsce wystąpiło obustronne niedowidzenie do  $\frac{1}{7}$  bystrości wzroku wskutek pozagalkowego zapalenia wzrokowego nerwu. Tłómaczy to autor znówu tem, iż nagłe stłumienie przekrwienia skóry znalazło swój równoważnik we wstecznym zastoju żył oczodołowych, który mógł sięgać aż do opon i tam mógł uciskać na nerw. Wreszcie opisuje



autor następujący, bardzo ciekawy przypadek: Zgłosiła się do niego chora z ostrem zapaleniem spojówki prawego oka; mimo leczenia zapalenie to nie ustępowało, a natomiast po 14 dniach poczęła się od wewnętrznego ocznego kąta rozwijać róża, która, mimo energicznego leczenia, doprowadziła do ropnego zapalenia ciała rzęskowego, czego następstwem było wyjęcie oka. Przez 3 lata potem była pacjentką zdrową, poczem znowu wystąpiło lekkie zapalenie spojówki lewego oka, a wkrótce za tem zjawiała się także róża. Nauuczony doświadczeniem, przedsięwziął autor jak najenergiczniejsze zwalczanie róży nacinaniami skóry, okładami z 5% roztworu karbolu i podspojówkowymi wstrzykiwaniami sublimatu, czem udało mu się po kilku tygodniach uratować oko, przyczem głównie wstrzykiwaniom podspojówkowym przypisuje pomyślny wynik leczenia. Punktem wyjścia róży była prawdopodobnie spojówka a nie skóra, gdyż za tem przemawia raz szybkie wnikanie w głąb, — po drugie ograniczenie się jej do okolicy samego oka; zakażenie szło tu drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych. Podnieść należy, iż przebieg i objawy były na obu oczach jednakie. *Dr Gruszkiewicz.*

III. *Przypadek rzadkiej wady rozwojowej oka.* (Fall einer seltenen Missbildung der Augen: Symblepharon totale congenitum palp. sup. oc. dextri, Ankyloblepharon totale congenitum, Kryptophthalmos oc. sinistri.) Blessig.

W powyższym przypadku wykonał Blessig operację na lewym oku, poprowadził on mianowicie wzdłuż najwyższej wypukłości skóry poprzeczne cięcie, na 4 cm. długie: pod skórą było wiele tłuszczu, a pod nim bardzo znacznie rozszerzony worek spojówkowy, wypełniony jasną cieczą, a dopiero w głębi kilku cm. znajdowała się gałka oczna z przejrzystą rogówką i dnem czerwono przeświecającem, którego jednakowoż nie można było wzniarkiem badać, gdyż potrzeba było chronić rogówkę od wywichnięcia i czemi-prędzej zaszyć brzegi rany. A więc operacja sprawdziła przypuszczenie, oparte na rozwoju powstania szpary powiekowej, iż pod skórą znajduje się worek spojówkowy i gałka oczna — z tą tylko różnicą, iż to, co wyczuwało się jako podskórny torbiel, było podkładem tłuszczu, a to, co uważało się za gałkę, było woreczkiem spojówkowym, gałka zaś leżała tak głęboko, iż nie można jej było wcale wyczuć. Leczący wynik operacji nie był zupełnie zadawalniającym, gdyż utworzona szpara powiekowa poczęła się kurczyć tak, iż z 2 cm. pozostał po 2—3 tygodniach tylko 2—3 mm. szeroki, do przetoki podobny otwór, przez który dało się przeprowadzić szklaną sondę. Nie było jednak wykluczonem, iż stopniowe rozszerzanie otworu byłoby doprowadziło do celu, to jest do stałego uwi-

docznienia gałki ocznej, która prawdopodobnie nie była pozbawioną zdolności jakiegoś takiego widzenia, — lecz dziecko to zabrała matka do domu.

Przy końcu omawia autor 10 dotychczas opisanych przypadków kryptoftalmu, porównując je ze swoim. *Dr Gruszkiewicz.*

IV. *Nietypowy przypadek nieżyłu wiosennego. Włókniaki brzegu powiekowego.* (Atypischer Fall von Conjunctivitis aestivalis. Fibrombildung am Palpebralarande.) Ahlstrom.

Różni się ten przypadek od dotychczas opisywanych powiekowych postaci tem, iż po pierwsze wybujałości były umieszczone na samym brzegu obu górnych powiek, podczas gdy sama spojówka powiekowa była zupełnie gładką, a po drugie tem, iż wybujałości te, zbadane drobnowidem, wykazały budowę czystych *włókniaków* z stosunkowo tylko cienką powłoką przybłonkową.

Co do leczenia, to zaleca autor *zimno*, jako jedynie skuteczny środek. *Dr Gruszkiewicz.*

V. *Wrodzone wady rozwojowe oka.* (Angeborene Augen-anomalien.) Lechner.

Tęczówka miała nieprawidłowe coloboma w postaci barwikowego czarnego paska, zwróconego w dół i na zewnątrz, przyczem odpowiednio była wydłużoną i źrenica, dalej w nerwie ocznym wybitne coloboma, a wreszcie wyraźne ślady przebytego w czasie życia płodowego zapalenia tęczówki. Przyczynę niezamknięcia się rowka na szypule pęcherza ocznego widzi autor w tym przypadku w *zapaleniu*, a to na podstawie przebytego zapalenia tęczówki, wielkiego zaniku naczyńówki około tarczy i nagromadzenia się tamże znacznej ilości barwika; takiej bowiem genezy colobomatu bronią Haab i Fuchs, podczas, gdy głównie Hess tłumaczy tem, iż tkanka mezodermalna, wypełniająca szczelinę i rowek oczny, zanika za późno. — *Dr Gruszkiewicz.*

*Blepharo-sphincterectomia, operacja do leczenia keratitis trachomatosa et scrophulosa.* Prof. M. E. Mulder. (»Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde«. November. 1900.)

Opierając się na 350 przypadkach, operowanych w ciągu lat 18-tu, autor zaleca tę operację w celu: 1) zmniejszenia ucisku górnej powieki na rogówkę, wskutek skurczu mięśnia obrączkowego, jak to się zdarza przy jaglicy i keratitis scrophulosa, i 2) usunięcia ptosis, a tym sposobem zabezpieczenia rogówki od ciągłego zetknięcia z chorobliwie zmienioną spojówką. Gdy przy jaglicy wskazaną jest kantoplastyka, dobrze jest robić blepharo-sphincterectomię przedtem,

lub kilka dni po pierwszej. Operacja ta, zwykle usuwająca nadmiarę rozrośnięte włókna mięśnia obrączkowego, dość często zapobiega następnemu wytwarzaniu się podwinięcia powiek. Znieczuliwszy pole operacyjne kokainą i podłożywszy pod powiekę płytkę, robi się cięcie wzdłuż powieki w odległości 2 mm. od jej brzegu, drugiem cięciem wykrawa się skórę w postaci 2—4 mm. szerokiego owalu i następnie wycina się ją nożyczkami wraz z mięśniem, na całej długości powieki; jeśli tego za mało, to skórę górnej powieki podnosimy palcem do góry i wycinamy jeszcze znajdujące się tam włókna mięśniowe. Ranę zeszywamy 2—3 szwami, które usuwamy po kilku dniach. Po takim rękoczynie keratitis pannosa zwykle prędzej ustępuje i nie tak łatwo powraca. Daje się spostrzegać ten wynik nie tylko przy jaglicy, lecz i przy zajęciu rogówki u dzieci zółzowych, gdzie tak często mamy do czynienia ze skurczem powiek. Mała ta operacja skutkuje tu wyśmienicie, jako zabieg zapobiegawczy. Już w r. 1895 Sch wabe zalecał w tych razach t. zw. operację blepharo-chalasis, lecz polegała ona na Ammona kantoplastyce, połączonej z wycięciem skóry (z włóknami mięśnia) na obu powiekach. Blepharo-sphincterectomię wykonywa się nieco inaczej, lecz wynik i znaczenie jej jest takie samo, jak operacji blepharo-chalasis (*Lidlockerung*).  
*Dr J. Talko.*

*Uszkodzenie oka piorunem.* J. Brixa (\*Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde\*. November. 1900).

Autor, asystent okulistyecznej kliniki w Innsbruku, podaje spostrzeżenie, dotyczące 211. telegrafisty, który podczas pełnienia służby został rażony piorunem. Na nosie i lewej nodze miał opalenia, oczy zaledwo mógł otwierać, skarżąc się na silne w nich palenie i czucie ciała obcego. Było to 27/VII 1900, do kliniki wstąpił 1/XI, a więc po 3 miesiącach. Stwierdzono rzęskowe przekrwienie gałek, hypopyon w lewej komórce, łączówki przekrwione, lewa źrenica podługowato-owalna, w soczewkach liczne małe zmętnienia, które się znajdowały w warstwie korowej tuż pod przednią torebką, a także w tylnej korze; zmętnienia miały postać promienistych od równika idących pętelek, licznych kropel (niby pęcherzyków powietrza), a także gwiazdzistych, drobnoziarnistych figur, jak przedstawiono na 2 rycinach. Lekkie męty ciała szkliste, a w okolicy plamki żółtej liczne okrągłe czarne plamki, jakie już opisał ś. p. Downar w 1878 r. Środkowe skotoma szczególnie dla barwy białej; zwężenie pola widzenia obu oczu; obniżenie bystrości wzroku:

O. prawe = palce na 3 m. + 3 D  $\frac{6}{60}$ . J. Nr 16.

O. lewe = palce na 4.5 m. + 4 D  $\frac{6}{60}$ . J. Nr 16 + 5 D. J. Nr 9.



W przypadku tym godne są uwagi: *zmiany w soczewkach i na dnie oczu*. W rozprawce mojej<sup>1)</sup> wspomniałem o doświadczeniach Hessego, który twierdzi, że od prądu elektrycznego niszcza się głównie komórki nabłonkowe torebki, a więc i odżywianie przednich warstw soczewki. Prawdopodobna ta teoria »zaćm piorunowych« znajduje potwierdzenie i w doświadczeniach Dra Kiribuchi »Experimentelle Untersuch. über Cataract und sonstige Augenaffectionen durch Blitzschlag« (»Arch.« Graefego. Bd. I.). Dr J. Talko.

*Badanie pola widzenia sposobem Bjerruma; wartość tego sposobu dla badania przypadków jaskry.* (Recherches sur l'examen du champ visuel avec des objets blancs d'angle visuel petit; valeur de cet examen dans le glaucome.) Dr Aage A. Meisling z Kopenhagi. (»Annales d'Oculistique«. 1900. Nr XII.)

W r. 1889 podał prof. Bjerrum nowy sposób badania pola widzenia, mający dawać dokładniejsze wyniki, aniżeli oznaczanie zapomocą zwyczajnego perimetru. Sposób ten polega na tem, że do badania używamy przedmiotów drobnych, pod małym kątem widzianych. W tym celu usadza się badanego w odległości jednego lub dwóch metrów od czarnej zasłony dobrze oświetlonej, w środku której znajduje się punkt biały. Badany opiera brodę na odpowiedniej podporze. Jako przedmiotów, służących do określania granic pola, używa Bjerrum małych krążków z kości słoniowej o różnej średnicy o 1 do 20 mm. Krążki te przesuwa przed zasłoną zapomocą metalowego pręta, w którego rozszczepany koniec są welknięte. Warunki, przy jakich badanie się odbywa, zapisuje się w skróceniu w ten sposób: jeśli chory siedział w odległości 2 metrów (2000 mm.) od zasłony, a badany był krążkiem o średnicy 6 mm., wtedy piszemy: badanie krążkiem  $\frac{6}{2000}$ . Ponieważ zasłona posiada najwyżej 2 m<sup>2</sup>, przeto łatwo obliczyć, że przy badaniu z odległości 2 m może być objęta tylko środkowa część pola widzenia, sięgająca na 26° dookoła punktu nosiowego. Za to w przypadkach chorobowych ten sposób badania pozwala wykryć wiele szczegółów, o których zwyczajna perimetria nie daje nam żadnego pojęcia. Dr Meisling w pracy swej podaje wyniki swych badań, przeprowadzonych tym sposobem w przypadkach różnych cierpień ocznych. Najwięcej spostrzeżeń odnosi się do jaskry (30 chorych, a 50 oczu). W pracy tej znajdujemy wielką ilość rysunków, przedstawiających różne rodzaje ścieśnienia pola widzenia. Przy badaniu zapomocą krążków bardzo małych granice pola wypadają ciaśniejsze, plamka zaś Mariottle'a i wszelkie nieprawidłowe ubytki większe nieco. — Przy

<sup>1)</sup> Postęp Okulistyczny, 1899, str. 91.

jaskrze przewlekłej zapalnej, jakoteż prostej znalazł autor pewien niemal stale powtarzający się typ zwężenia. Znamionuje je, oprócz znacznego zacieśnienia granic zewnętrznych, ubytek łukowaty, rozciągający się powyżej lub poniżej punktu środkowego i zlewający się zwykle jednym swym końcem z plamką Mariotte'a. Zapomocą zwykłego perimetru nie mógł Dr M. szczegółów tych wykazać.

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynek do teoryi ruchów cienia przy skiaskopii.*  
(Zur Theorie der Bewegung des skiaskopischen Schattens.) Dr K. Laurenty. (»Wiener Medicinische Presse«. Nr 50. 1900.)

W pracy tej chodzi autorowi o rozstrzygnięcie pytania, czy w chwili, gdy przy skiaskopii kierunek ruchu cienia zmienia się na odwrotny, *otwór skiaskopu* znajduje się w rzeczywistości lub sztucznie utworzonym *punctum remotum* oka badanego, — czy też *otwór źreniczny oka badającego*? Zwyczajnie oddalenia oka badającego od lusterka skiaskopu nie bierzemy w rachubę, a wedle powszechnie przyjętej teoryi skiaskopii kierunek ruchu cienia ulega zmianie w chwili, kiedy *punctum remotum* oka badanego znajdzie się w płaszczyźnie *źrenicy oka badającego*.

Dr Laurenty urządził swe doświadczenia w sposób następujący: Zamiast badać oczy prawdziwe, użył małego fantomu, naśladującego oko i dającego się rozsuwać tak, że odległość soczewki znajdującej się wewnątrz, poza otworem przyrządu od tylnej ściany, czyli dna fantomu można zmieniać dowolnie, a równocześnie zapomocą odpowiedniego urządzenia odczytywać tę odległość bardzo dokładnie (w razie potrzeby w 100-tych częściach mm.). Przed tem szlucznem okiem umieścił soczewkę zbierającą + 10 D. W chwili zatem, kiedy fantom był tak nastawiony, że naśladował oko miarowe, soczewka ta zbierała promienie od dna jego w odległości 10 cm. Gdy zaś przez rozsuniecie lub zesunięcie przyrząd okazywał niedomiarowość lub nadmiarowość, wtedy punkt zborny zbliżał się lub oddalał od soczewki o tyle ctm., ile D wynosiła ametropia. Tak urządzone sztuczne oko badał następnie zapomocą zwyczajnego skiaskopu, wymierzając z wielką dokładnością (w milimetrach) odległość, w której zachowanie się cienia wskazywało położenie *puncti remoti*. Zmieniając ustawicznie stan łamliwości fantomu, wykonał w ten sposób cały szereg pomiarów, używając zwierciadła *wypukłego*, przy którym cień znacznie ostrzej się odgraniczał, niż przy lusterku płaskim lub wklęsłym. Z porównania łamliwości znalezionej zapomocą skiaskopii z łamliwością rzeczywistą, jaką w danej chwili przedstawiał fantom, pokazało się, że błędy popełniane nie przekraczały 0,3 D, a średnia różnica wynosiła 0,016 D. Gdy oddalenie oka badającego od skiaskopu było większe niż zwyczajnie (n. p. 2 do 6 cm.), wtedy

błędy w oznaczaniu okazały się nieco znaczniejsze, mianowicie dochodziły do 0,5 D, a średnio wynosiły 0,068 D. Autor przypisuje to jednak tylko tej okoliczności, że badanie przy takim oddaleniu skiaskopu staje się niewygodnym, a dla nabrania w niem wprawy potrzebaby osobnych ćwiczeń. — Z pomiarów tak wykonanych okazało się, że zmiana ruchu cienia przypadała na chwilę, kiedy właśnie otwór skiaskopu znalazł się w *punctum remotum* oka badanego. W przypadkach, gdzie łamliwość rzeczywiśta nie zgadzała się z wymierzoną zapomocą skiaskopii, różnica wynosiła 2 lub 3 mm., a czasem tylko małe ułamki milimetra. Oddalenie oka badającego od skiaskopu odgrywa, zdaniem autora, zupełnie podrzędną rolę. Wielkość otworu w lusterku skiaskopu ma tylko takie znaczenie, że, im otwór ten jest większy, tem bardziej zatarte są granice cienia.

*Dr K. W. Majewski.*

*O powrotnem porażeniu nerwu okoruchowego.* (Ueber die typisch wiederkehrende Oculomotoriuslähmung.) Dr I. Strzemiński. (»Archiv f. Ophthalmologie«. T. LI. Z. 3.)

Praca Dra Strzemińskiego stanowi monografię, obejmującą wszystko, co się odnosi do tej osobliwej postaci porażenia nerwu okoruchowego, uważanej przez wielu autorów słusznie i od dawna za odrębną jednostkę chorobową. Cierpienie to należy do rzadkich, gdyż w literaturze znalazło się zaledwie 50 przypadków opisanych (pierwszy w roku 1860 przez Gublera). Obszerniejsze prace o tej chorobie napisali: Marie, Parinaud, Mauthner, Schweinitz, Darkszewicz i inni. Do opracowania tego przedmiotu zachęciły autora dwa przypadki, które miał sposobność sam w ostatnich czasach spostrzec.

Choroba w mowie będąca polega na okresowem występowaniu porażenia bądź to wszystkich, bądź też niektórych tylko gałązek nerwu okoruchowego i to zawsze po jednej i tej samej stronie. Wystąpienie porażenia poprzedza w każdym niemal przypadku silny ból głowy, zazwyczaj połowiczny, któremu towarzyszy niejednokrotnie zawrót i wymioty. Obraz chorobowy znamionuje się tem, że prócz nerwu okoruchowego po jednej stronie, inne nerwy czaszkowe nie bywają zajęte. Chorzy przedstawiają zazwyczaj opadnięcie górnej powieki, zez porażenny rozbieżny, a bardzo często także rozszerzenie źrenicy i porażenie akomodacyi. Stan ten jest przemijający, ale natomiast powraca co pewien czas w postaci okresowych napadów. Trwanie napadu bywa różne, od kilku dni do kilku tygodni. Podobnie przerwy między napadami, w czasie których oko powraca do stanu zupełnie prawidłowego, bywają co do czasu trwania bardzo zmienne. W przypadkach dotychczas opisanych długość tych przerw waha się w granicach od 11 dni do 11 lat. Zresztą w każ-



dym poszczególnym przypadku napady powracają wyjątkowo tylko w równych w przybliżeniu odstępach czasu, najczęściej występują nieregularnie. Są przypadki, w których poszczególne napady tak co do nasilenia jak i co do czasu trwania zupełnie są do siebie podobne, w innych zaś trwanie i nasilenie objawów od napadu do napadu wzrasta. Tak n. p. początkowo sprawa ogranicza się na samym tylko niedowładzie niektórych gałązek nerwu okoruchowego, lecz potem przy każdym nowym napadzie niedowład obejmuje coraz więcej gałązek, wreszcie zamienia się na bezwład, napady trwają coraz dłużej, połączone są z coraz to silniejszymi bólami głowy, nadto pozostają czasem pewne zaburzenia, n. p. lekka niedomoga akomodacji lub nieznaczna *ptosis* na czas przerwy między napadami, a wreszcie znane są przypadki zejścia śmiertelnego wśród objawów, wskazujących na zajęcie opon mózgowych. W innych znowu przypadkach zauważyć się daje pewne stopniowe osłabianie się objawów i jakby ostateczna poprawa w przebiegu cierpienia, ale do zupełnego wyleczenia choroby nie przyszło w żadnym z dotychczas ogłoszonych spostrzeżeń.

Dr Strzemiński przytacza szczegółowo zapytrywania różnych autorów na przyczynę i istotę tej rzadkiej choroby. Sam, jakkolwiek przyznaje, że w niektórych razach napady posiadają to niewątpliwie anatomiczne i pozostają włądy w związku z przewlekłym zajęciem opon na podstawie mózgu, że wyjątkowo nowotwór może stanowić anatomiczną podstawę cierpienia, — to z drugiej strony nie wyklucza on istnienia zaburzeń wyłącznie czynnościowych, nie mających jednak nic wspólnego z historią, ani z migreną, jak chcą niektórzy autorowie. Sztuka lekarska jest wobec tej choroby zupełnie prawie bezsilną. Napad mija po pewnym czasie bez użycia środków leczniczych, ale też znowu powraca bez względu na jakiegokolwiek zastosowane leczenie.

Dr. K. W. Majewski.

*O conjunctivitis diplobacillaris.* Dr Zikmund. (Čas. lék. česk. Nr 47. 1900).

Do znanych zakaźnych zapaleń spojówki, wywołanych gonokokami, streptokokami, prątkami Loefflera, Koch-Weeksa, pneumokokami, meningokokami, przybywa zapalenie, spowodowane diplobacillami, które w r. 1896 opisał Morax. Diplobacill ten jest w całości 3—4  $\mu$ . długi, a 1  $\mu$ . gruby, łączy się czasem w łańcuszki, czasem w grupy o 2, 3, 4 dwóinkach, równoległe do siebie leżących. Barwi się łatwo rozcżynami alkalicznymi wszystkich barwików anilinowych, a odbarwia się Gramem. Rośnie przy wyższej ciepłocie na pożywkach, oddziaływujących alkalicznie, lub obojętnie z dodatkiem surowicy. Nie znachodzi się na zdrowej spojówce.

ludzkiej, — szczepiony zwierzętom, nie wywołuje u nich żadnych zmian. —

Zapalenie spojówki, tym diplobacillem wywołane, może się udzielać, a objawy kliniczne są następujące: uczucie lekkiego palenia albo swędzenia, ciężkości powiek, łzawienie, mierny światłowstręt, wydzielina w dzień skąpa, przez noc nagromadza się szczególnie w kąciek wewnętrznym i zlepia powiekę. Dostępnym charakterystycznym objawem jest towarzysząca blepharitis angularis.

Zwyczajnie zajęte bywają oba oczy. Czas trwania choroby bywa rozmaity: od tygodnia do miesiąca, a nawet przejść może w stan przewlekły, przyczem, wskutek ciągłego macerowania skóry, może przyjść do większego wyprysku, a nawet do skrócenia skóry. Bardzo rzadkiem powikłaniem bywa wrzód rogówkowy.

Zakażenie bierze początek prawdopodobnie według Biarda z jamy nosowej, skąd dostaje się przewodem łzowym do worka spojówkowego. Rokowanie dobre.

Co do leczenia: Morax i Petit zalecają 1—2% rozczynek cynku; Peters pastę: Rp. Ammoni sulph. ichtyol 0,2—0,5, Amyli, Zinci oxyd. aa. 10,0, Vaselini 25. Mf. pasta. Biard 1—3% masę żółtą. W przypadkach silnego przekrwienia dobrze jest zastosować 2% Arg. nitr.; w bardzo zastarzałych przypadkach radzi Peters zeskrobanie powierzchownej warstwy przybłonka. Obok tego trzeba polecić wkraplanie do nosa rozczynek cynku, lub przestrzykiwanie słoną wodą.

Dr Łuniewski.

### III. Z TOWARZYSTW.

1. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. 14 posiedzenie z d. 9 października 1900 r.

J. Smirnow przedstawił 66letnią chorą z symblepharon postpemphegum, u której prawe oko zupełnie stracone, a w lewym (przyrost całej dolnej powieki i cząstkowy górnej) prof. Kriukow utworzył nowy worek spojówkowy z błony śluzowej ust. Z rozpraw, jakie wywiązały się między członkami, okazuje się, iż pierwszy przypadek tego rodzaju choroby (pemphegus conj.) opisany był w Rosyi w r. 1893, spostrzegano go w Petersburgu; Kriukow w Moskwie spostrzegał pempheg. conj. raz tylko. Przeszczepienia błony śluzowej, o ile mu wiadomo, dokonał w tym razie tylko Schweigger<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> U pewnej 43letniej kobiety z obustronnem symblepharon wszystkich powiek i utratą przezroczystości rogówek, udało mi się w r. b. (1900)

S. Gołowin odczytał rzecz o *cryptophthalmus*, — przypadków takich dotąd opisano 14. Autor spostrzegł 2 przypadki skrytooczości w Moskwie: 1) u 26letniego włościanina — *cryptoph.* lewostronny (prawa gałka nierozwinięta); po rozcięciu powiek znaleziono gałkę nierozwiniętą i dlatego (? — chyba w celu zbadania) została wyłuszczoną; gałka wielkości 13—16 mm, twardówka zgrubiła, ani śladu rogówki, źrenica zaciągnięta błoną łączno-tkankową, chorio-capillaris nie znaleziono wcale, w zmienionej siatkówce w pobliżu nerwu wzrokowego tkanka neuroglii, kostna a także kryształły tyrozyny, w nerwie wzrokowym brak rdzennych włókien, naczynia zgrubiłe, zwężone, często mające zwapnienia w ściankach. Autor twierdzi, że w danym przypadku miał do czynienia z wynikiem ciężkiej irido-chorioiditis, prawdopodobnie wskutek dziedzicznego przymiotu. 2) Drugi przypadek obustronnej skrytooczości miał miejsce u 3letniego dziewczątka: gładka skóra przechodziła z czoła na twarz, nie tworząc nawet zmarszczek, pod którą widzialne były ruchy gałek. (Starsza jej 4letnia siostra urodziła się z takimiż oczami.) Ponieważ lewe oko odczuwało światło, szczególnie elektryczne w ciemności, rozcięto przeto nad niem skórę i po oddzieleniu jej od gałki utworzono podkładkę pod sztuczne powieki ze skóry, wyciętej pasowato z przedramienia chorej. W wyniku utworzone tak powieki skureczyły się, tworząc bliznowate wałeczki, dziewczątko pozostało przy poczuciu światła — przednia bowiem część gałki miała barwę sinawą i wyglądem swym przypominała garbiak. Autor zwraca uwagę na powikłania w podobnych wrodzonych wadach oczu: a) brwi rozwinięte były tylko w zewnętrznej  $\frac{1}{3}$ , łącząc się z owłosieniem skroni, b) czołowe wyniosłości znacznie się uwydatniały, c) asymetrya małżowin usznych i d) niedostateczne skostnienie kości ciemieniowej.

15 posiedzenie z d. 13 listopada 1900 r.

1. S. Gołowin mówił o 2 nowych przypadkach, operowanych sposobem Krönleina. Poprzednio usunął tym sposobem pozagałkowe fibrosarcoma myxomatodes i endothelioma, a teraz w trzecim przypadku glioma teleangiectodes, w czwartym guz wewnątrzmięśniowej piramidy, drobnowidem dotąd niezdeteminowany. Po przecięciu sposobem Krönleina, autor cięciem poziomem rozciął zewnętrzny kąt powiek. W 3. przypadku po operacyi zmniejszone były ruchy gałki, w 4. gałka pozostała nieruchomą.

---

choć w części utworzyć worek spojówki z błony ust w tem tylko oku, gdzie niecałkowity był zrost, w drugim oku, gdzie symbl. było całkowite, operacyjny zabieg pozostał bez skutku: przeniesiony płat zmarł. Ref.



2. S. Gołowin przedstawił chorą z *tętniącym trzeszczem*, a przypuszczając istnienie w oczodole limfangiomatu (takie guzy wyścięto chorej na rozmaitych częściach ciała), ma zamiar wykonać jego oczodołową operację, a nie podwiązanie art. carotidis. Wynikła stąd rozprawa, przyczem A. Natanson oświadczył, iż słyszał z ust Krönleina, że jego sposobem więcej zachwycają się jego naśladowcy, niż on sam.

3. G. Zamurawkin podał przypadek *retinitis proliferans*, wytworzony wskutek nawrotowych wynaczynień siatkówki przy jej perivascularitis, — a 4. A. Bielski przypadek *mięsała w zanikowej gałce*. —

5. W. Gurwicz przedstawił wzienik Thornera, służący do wykładów klinicznych, a także mogący być korzystnym przy odfotografowywaniu dna ocznego (Ławrentjew). *Dr. J. Talko.*

## 2. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 15 listopada 1900 r.

Drowie Zielenkowski i Rosenberg odczytali pracę „*O wpływie wycięcia górnego szyjowego zwoju współczulnego nerwu na oko*“, opierając się na szeregu własnych doświadczeń, robionych na królikach. Wycięcie tego zwoju wywołuje: zapalenie gałki ocznej, zwężenie źrenicy, rozszerzenie naczyń krwionośnych, osłabienie dyfuzji przez rogówkę, wydzieliny włóknikowate do przedniej komórki, lecz przytem bardzo krótkie (3—5dobowe, najdłużej 12dobowe) i nieznaczne obniżenie wśródgałkowego ciśnienia po stronie operowanej. Wskutek tego autorowie przysli do wniosków, że ani operacja Jonnesci, ani też »sympatyczna« teorya Abadiego nie mogą mieć podstawy naukowej.

Schröder podał przypadek przerwania okresu zwiastunów jaskry wyrwaniam zepsutego zęba, co — zdaniem jego — przemawia na korzyść sympatyczno-nerwowej teoryi jaskry<sup>1)</sup>. — Zdaniem prof. Bellarminowa przypadki takie cytowano dawniej w celu poparcia teoryi Dondersa (jaskra jest wydzielinową nerwicą). — Członkowie wypowiedzieli godne uwagi zdanie, iż dopóty, dopóki znaczenie operacji Jonnesci nie będzie stwierdzone doświadczeniami na zwierzętach, powinniśmy ją zaliczyć do niedozwolonych w praktyce.

Posiedzenie z d. 21 grudnia 1900 r.

1. Noiszewski a) mówił o *przypadku aneuryzmu art. ca-*

<sup>1)</sup> Jedna teorya nie wystarcza na wyłómaczenie patogenezy jaskry, która różnorodnie miewa przyczyny. W

*rotidis w okolicy skrzyżowania się nerwów* u 31letniego włościanina. Stasispapillarum, zwężenie pola widzenia, obniżenie naośnego widzenia, anosmia, przez kości czaszki słycać systoliczny szmer. Podwiązano lewą carotis. Już piątego dnia zapisano zniknięcie zastoiu tarczowego, po miesiącu widzenie prawem okiem polepszyło się, w lewym pozostało poczucie światła. Bóle i szmery w głowie znikły, pozostało osłabienie pamięci. b) Tenże odczytał o trzech przypadkach cząstkowego zaniku siatkówki, przyczem wypowiedział hipotezę, że utrata odczuwania pewnych barw zależną jest od zaniku odpowiednich warstw siatkówki, a mianowicie, iż barwę błękitną jakoby odczuwa się wewnętrznymi warstwami siatkówki (odżywianymi art. centr. retinae), a czerwoną zewnętrznymi warstwami, odżywianymi naczyniówką. — Wywiązała się stąd rozprawa, przyczem prof. Bellarminow twierdził, iż w odczuwaniu światła i barw bierze udział tylko jedna warstwa siatkówki — czopki i pręciki. Równie też przeciwnik nie zgadzał się z prelegentem, aby możliwem było robić rozpoznanie częściowego zaniku siatkówki li tylko teoretycznie.

2. Schroeder pokazywał przyrząd, służący dla jednostajnego oświetlenia tablicy przy badaniu bystrości wzroku.

3. Nowkuński przedstawił sprawozdanie o operacjach zrostu powiek sposobem przeszczepienia błony śluzowej ust. W rozprawie wypowiedziano, iż pierwszeństwo tej metody należy się nie Drowi Sapiężce, lecz Millingenowi, jak również, iż nie mniej korzystniejszy w danych razach jest sposób Snellena, niepotrzebujący wykrawiania błony śluzowej z wargi, na co niekażdy chory zgadza się.

Dr J. Talko.

#### IV. ROZMAITOŚCI.

**Okulistyczne rozprawy petersburskie.** W roku bieżącym pod kierunkiem prof. Bellarminowa napisane zostały 3 kliniczno-świadczalne rozprawy, o których, jako stały sprawozdawca literatury rosyjskiej, muszę zdać sprawę.

1. L. Smirnow: »O działaniu na oko peroniny«. Własne spostrzeżenia przekonały autora, że środek ten szybko wywołuje znaczne i trwałe znieczulenie nawet w rozczynach  $\frac{1}{3}\%$ , zwęży przytem źrenicę i obniża wśródocznne ciśnienie, wcale prawie nie zmieniając nabłonka rogówkowego; przy jaskrze uspokaja bóle, co tem bardziej zaleca go tu przed kokainą, że ta ostatnia należy do środków rozszerzających źrenicę. Zdaniem jednak prof. Bellarminowa, chociaż peronina walczy o lepsze z kokainą, wyprzeć jej przecież nie zdoła. —

2. J. Maksimow: »O działaniu na oko arecolini hydrobromati«. Działanie tego środka wypróbował autor na oczach królików, swoich własnych i na dotkniętych jaskrą. Przyszedł do przekonania, że jest to mioticum o wiele silniejsze, aniżeli pilokarpina. Już 1% rozczyń wywołuje podrażnienie spojówki, lecz mniej silnie od eseryny, większe jednak aniżeli po wkropleniu pilokarpiny. Od  $\frac{1}{2}$ —1% rozczyzny po 10 minutach wywołują największe zwężenie źrenicy; od kilku kropel 1% rozczyynu przy jaskrze źrenica się zwięża na dłużej, niż w oku prawidłowym. Wyniki doświadczeń: szybkością i siłą działania na źrenicę i akomodację arekolina przewyższa nie tylko pilokarpinę, lecz nawet eserynę; nieznacznie tylko obniżając wśródocześnie ciśnienie w oku prawidłowym, arekolina szybko i znacznie je obniża w oku dotkniętym jaskrą, więcej aniżeli eseryna, a tem bardziej pilokarpina; drażniąc nieraz spojówkę i skórę, nie działa przytem na rogówkę; jest to nadto środek tańszy od eseryny i pilokarpiny. —

3. J. Zielenkowski napisał rozprawę p. t. »W sprawie patogenezy współczulnego zapalenia«. Izwiestja Imperat. wojenno-medycinskiej Akademii. (Książka I.)

Najpierw przytacza autor 5 hipotez współczulnego zapalenia oczu, które szczegółowo rozbiera: 1) Graofe-Müllera, 2) Deutschmanna (Lebera), 3) Schmidt-Rimplera i Panasa, 4) Berlina i Beckera, 5) Arnolda, hipotezę powrotnej embolii bakteryj.

Doświadczeniami swojemi Dr Z. stwierdził — co już od roku 1897 powtarzał w swych wykładach prof. Bellarmino w, — że jedyną<sup>1)</sup> przyczyną współczulnego zapalenia mogą być toksyny, wytwarzane przez bakteryę, które się dostały do oka.

Dla swych doświadczeń wybrał on toksyny staphylococcus aurei, którego hodowle wstrzykiwał do przeciętego n. wzrokowego, w przestrzeni podpochewkowej i do tylnej części ciała szklistego królików. Na 34 doświadczeń było udanych 12 — już po 1—2 dniach objawy współczulnego zapalenia pokazywały się w drugim oku (iritis, keratitis punctata, iridocyklitis, papillitis). Autor twierdzi, że toksyny przedostają się do drugiego oka drogą limfatycznych przestrzeni. Toksyny te, wyrabiane przez jadowite bakteryę ranionego oka, często dość długo nieszkodliwie w niem znajdujące się, przechodzą tą drogą przy sprzyjających warunkach ze strony dróg limfatycznych, przy pewnym odczynie oka, zależnym od ogólnych warunków ze strony ustroju. Wskutek usunięcia tych zatrzymujących warunków przy doświadczeniach, współczulne zapalenie od toksyn objawiało się prędzej niż zwykle ma to miejsce u człowieka. Ponieważ z podpochewkową przestrzenią łączy się nie tylko gałka oczna, lecz i jama worka Tenona, przeto i tą drogą mogą dostać się toksyny do dróg limfatycznych, — tłómaczyć to może i te przypadki, gdzie współczulne zapalenie rozwinęło się po dawnem wyluszczeniu uszkodzonej gałki. Teoryę swoją autor na-

<sup>1)</sup> A przecież znane każdemu zapalenia sympatyczne i bez bakteryj powstałe.  
W.



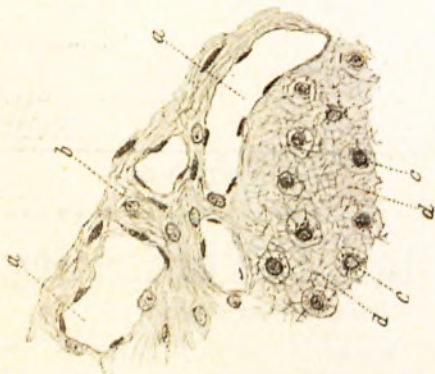
zywa też hipotezą, i słusznie: kierunek prądu ciecicy limfatycznej w przestrzeni podpochewkowej z jednego oka do drugiego (przez chiasma) musi być wpierrw stwierdzony drogą doświadczeń, czego dotąd nikt nie wykazał stanowczo, a o czem marzy autor. —

*Dr F. Talko.*

**Wileńska lecznica oczna** hr. Tyzenhauzów - Przeździeckich, pozostająca pod kierownictwem nestora naszych okulistów, Dra Zenona Cywińskiego, dnia 1 stycznia b. r. oddaną została do użytku. — Miejscowym ordynatorem mianowano Dra Stanisława Halickiego, byłego wołuntaryusza krakowskiej kliniki okulistycznej.

## V. OD REDAKCYI.

W druku pracy Dra Talki o »meningocele« pominięto kilka szczegółów, które na życzenie autora uzupełniamy: Na rycinie, pomieszczonej w II. roczniku (1900) »Postępu Okulistycznego« (str. 463), przedstawiającej histologiczną budowę ścianki meningocele orbitalis post.,



rysowanej przez Dra Seidemann'a z drobnowidowego preparatu, nadesłanego przez prof. van Duyse'a, oznaczają litery: *a* Lumina vasorum, *b* Tella cellulosa, *c* Cellae neurogliae, *d* Substantia intercellur.

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

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

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

W razie przerwy w odbieraniu »Postępu« uprasza się  
reklamacye przysyłać do Administracyi, a gdyby one nie od-  
niosły skutku, zwrócić się wprost do Redakcyi.

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*  
*wtruć 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 BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty

·-·-· ROCZNIK TRZECI ·-·-·

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie.

### 1. Przyczynek do kazuistyki zaćm żelaznych.

Podał

DR ADAM BEDNARSKI,

I asystent kliniki.

Nazwę »zaćmy żelaznej« wprowadził Sattler<sup>1)</sup> dla zaćm, które zawierają w sobie kawałek żelaza, nadającego im charakterystyczne zabarwienie. Zaćmy te według Sattler'a są tem znamienne, że nie ulegają znaczniejszemu pęcznieniu, że są więcej zbite, skutkiem czego podobnie jak zaćmy starcze wymagają cięcia płatowego, że wreszcie włókna ich dobrze się utrzymują, nie ulegają łatwo rozpadowi skutkiem pewnego rodzaju nagarbowania. Sattler bowiem przypuszcza, że przy umiejscowieniu kawałka żelaza w soczewce zdaje się przy dosta-

<sup>1)</sup> H. Sattler: Zur operativen Behandlung der Eisen-Cataract. — Bericht über IX. internat. optht. Congr. in Utrecht 1899.



tecznej obecności tlenu (O) tworzyć się wprost  $\text{Fe}_2\text{O}_3$ , który przy obecności substancji organicznych (globulinów) pozostaje również w alkalicznym środowisku rozpuszczalnym i zdolnym do dyfuzji. Część  $\text{Fe}_2\text{O}_3$  wchodzi z białkiem w połączenie nierozpuszczalne i sprawia przez to rodzaj nagarbowania, któremu zaćmy żelazne wyżej przytoczone znamiona zawdzięczają.

Na zjeździe oftalmologów w Utrechcie w r. 1899 przedstawił Sattler przypadek takiej zaćmy żelaznej. Niedawno miałem sposobność w klinice okulistycznej lwowskiej spostrzeżać podobny przypadek, który pozwałam sobie poniżej opisać, dziękując prof. Drowi Machekowi za pozostawienie tegoż do mego użytku.

Historia choroby jest następująca:

Józef Maćkówka, lat 18, ślusarz ze Lwowa, zgłosił się do kliniki dnia 29/X. 1900. z powodu tego, że od miesiąca gorzej widzi prawem okiem. O tem, żeby miał ciało obce w oku, nie nie wspomina. Przy bliższym wypytywaniu się dopiero dowiadujemy się, że przed trzema miesiącami przy uderzeniu młotkiem o kawałek stali skoczyła mu okruszka stali do oka prawego, poczem jednak widział dobrze, a oko nie bolało ani nie czerwieńło się.

Stan obecny: Spojówka całkiem biała. Na środku rogówki tuż powyżej południka poziomego blizna linijna  $2\frac{1}{2}$  mm. długa, biegnąca skośnie od dołu zewnątrz ku górze wewnątrz. W dolnym końcu blizny punkt brunatny wielkości końca szpilki. Przednia komora prawidłowej głębokości. Naprzeciwko blizny rogówkowej na torebce soczewkowej plama owalna 2 mm. długa, 1 mm. szeroka, brunatna, wysycona. Pod lupą Westhena-Zehendera widać, że plama ta składa się z drobnych ziarenek barwika, zbitych w środku, na obwodzie plamy zaś luźnie ułożonych. Plama ta zdaje się wystawać nieco nad powierzchnię. Tęczówka w górno zewnętrznym odcinku przy wewnętrznym brzegu lekko odbarwiona. Miejsce to przy zwężonej źrenicy przytyka do plamy na torebce. Soczewka zaćmiona okazuje lekko połyskujące kliny, wiele klinów jeszcze niezaćmionych. Pęcznienia wybitnego nie ma. W głębi zaćmionej soczewki w dolno wewnętrznym kwadrancie widać ciało obce trójkątne, leżące podstawą ku dołowi, wymiarów c. 2 mm.  $\times$  c. 3 mm. W miejscu, gdzie leży ciało obce, igiełka sideroskopu Asmusa

wychyla się najbardziej (igła dotyka ściany rurki szklanej węższej). W obwodzie wychylenia igielki szybko słabną.

Rozpoznanie: Cicatrix corneae, corpus ferreum in lente, cataracta traumatica, siderosis capsulae lentis oc. dextri.

3/XI. 1900. wykonano operację. Po cięciu rogówkowym liniowym wyrwano kawałek torebki i wyciągnięto z łatwością kawałek żelaza (wymiarów  $2.5 \times 1 \times 0.35$  mm., wagi 0.0075 gr.), poczem za lekkim uciskiem wyszła prawie w całości kawałkami miękka zaćma, miejscami wybitnie żółtawo zabarwiona, czego przy badaniu klinicznym przy oświetleniu ogniskowym dostrzedz nie było można. Część zaćmy zbadano natychmiast zapomocą rodanku potasu i kwasu azotowego, przyczem powstało wybitnie czerwone zabarwienie zaćmy.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

11/XI. 1900. V. pr. palce: 0.5 m.  $\frac{6}{8}$  c + 11,0 D.

Czyta Jägera Nr 2 c + 14,0 D. płynnie.

Wziernikiem widać dobrze tarcz i dno prawidłowe. Pole widzenia prawidłowe.

Barwy rozpoznaje dobrze.

Badanie anatomiczne: Formalina. Alkohol. Celluloidyna. Perls. Carmin alunowy. Skrawki po włożeniu do rozczyynu żelazosinku potasu i kwasu solnego (metodą Perlsa) okazują wybitnie niebieskie zabarwienie. Nie wszystkie jednak części zaćmy dają odczyn błękitu berlińskiego. Jedne barwią się jednostajnie niebiesko, drugie wcale się nie barwią, inne okazują przejście od silnie niebieskiego zabarwienia aż do bezbarwnego. To samo stwierdzić można przy badaniu drobnowidowem, przy którym widzimy, że najwybitniej niebiesko barwi się istota kitowa. tak że granica między pojedynczymi włóknami bardzo wybitnie się zaznacza. Włókna soczewkowe wogóle są bardzo dobrze utrzymane, gdziekolwiek tylko widać rozpad, to jest masę, w której obrysów włókien rozróżnić nie można, a odnosi się to tylko do tych części, które nie dają reakcy Perlsa. Obok tego widzimy tu i owdzie w miejscach zabarwionych niebiesko wakuole. —

Ciało obce żelazne w przypadku tym pozostawało w soczewce przez 3 miesiące. Z powodu urazu przyszło do zaćmy. W miejscu, gdzie torebka soczewki była skaleczona przez ciało obce, przyszło do bujania przybłonka torebkowego i do osadzania się w nim żelaza w formie nierozpuszczalnej, co klinicznie można było stwierdzić w postaci plamy rdzawej. Głównie zaś żelazo osadzało się w zaćmie. Na preparatach drobnowidowych stwierdziliśmy, że nie wszystkie części zaćmy dawały

odeczyn Perlsa, mimo trzechmiesięcznej obecności żelaza w za-  
ćmie, długi więc czas jeszcze żelazo mogłoby pozostawać w za-  
ćmie, nimby ta stała się w całości zaćmą żelazną. Podczas  
operacji nie stwierdziliśmy, aby zaćma była zbitszą, owszem  
z łatwością wychodziła kawałkami miękkimi, jądra twardszego  
nie było również. Nie odpowiadałoby to twierdzeniu Sattlera,  
że zaćmy, w których tkwi żelazo czas dłuższy, są zbitse —  
Prawda, że tutaj żelazo tkwiło w zaćmie tylko trzy miesiące  
i że wiele kory nie dawało reakcyi błękitu berlińskiego, być  
więc łatwo może, że przy dłuższej obecności żelaza zaćma na-  
brałaby większej zbitości. Przemawiałoby za tem zachowanie  
się włókien soczewkowych, gdyż na preparatach widzimy, że  
postać włókien dających reakcyę na żelazo jest całkiem do-  
brze utrzymaną, te zaś, które nie dają reakcyi, uległy roz-  
padowi. Do znaczniejszego pęcznienia w moim przypadku nie  
przyszło, co odróżniałoby znacznie zaćmy żelazne od zaćm  
urazowych zwykłych, ale sądzę, że trzeba większej liczby spo-  
strzeżeń celem stwierdzenia tego, gdyż nie każda urazowa za-  
ćma równie łatwo pęcznieje.

---

## 2. Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry.

Napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Czterdzieści prawie mija lat od czasu, kiedy ten sam genialny  
Graefe, który, podając nam irydektomię jako środek jedynie  
pewny przeciw jaskrze, którą aż do owej chwili uważano za  
absolutnie do ślepoty prowadzące cierpienie, już tym samym  
pomysłem tytuł do nieśmiertelnej wdzięczności u cierpiącej  
zyskał sobie ludzkości, pierwszy po przedwstępnych doświad-  
czeniach Frazera, Argyll-Robertsona, Bowmana,  
Soelberg-Wellsa wykazał, że wysokowy wyciąg bobu  
kalabarowego przeciw jaskrze także skutecznym być może le-  
kiem <sup>1)</sup>.

Dużo jednak upłynęło od owej chwili czasu, zanim przez  
doświadczalne prace Laqueura, a więcej może jeszcze We-

---

<sup>1)</sup> Arch. f. Ophthalm. T. IX, 3, str. 129.



bera <sup>1)</sup>, zapoznano się lepiej ze sposobem działania tego cennego środka. Zmienność składu preparatu, trudne tegoż dawkowanie — były niewątpliwie powodem, że mimo znanych zalet lek ten nie uniał zyskać sobie prawa obywatelstwa w skarbnicy środków okulistycznych. A na dowód tego niechaj mi wolno będzie tutaj przytoczyć wspomnienie osobiste.

Kiedy, po wypróbowaniu wyciągu kalabarowego przeciw jaskrze w czasie mej asystentury u ś. p. Aleks. Pagenstechera w latach 1875 i 1876, w roku następnym, bawiąc czas dłuższy w Londynie, sprawę działania kalabaru w jaskrze poruszyłem w potocznej rozmowie z Sir Bowmanem, tenże, mimo, że dziesięć lat przedtem nad środkiem tym sam robił w celach okulistycznej terapii doświadczenia, zachwycony był dodatnimi wynikami, o których mu referowałem, i postanowił w tym kierunku właśnie wyciągu kalabaru raz jeszcze doświadczać.

Czynnik działający tego przez Daviela do Anglii najprzód wprowadzonego leku doznał dopiero wtenczas właściwej oceny, gdy chemii udało się wytworzyć alkaloid i sole tegoż. Był to Vée, który pierwszy eserynę wytworzył, a Wecker w Paryżu, jeżeli się nie mylę, pierwszy <sup>2)</sup> siarczan eseryny do okulistyki wprowadził.

Ruchliwy i słusznie ceniony paryski okulista stosował rozczyń 1<sup>o</sup>/<sub>o</sub> i odtąd też ogólnie w 1 albo  $\frac{1}{2}$ <sup>o</sup>/<sub>o</sub> rozczyinach środek ten bywa stosowany, lubo Hager <sup>3)</sup> wyraźnie podaje dla fizostygminy i siarczanu fizostygminy jako właściwy dla oka rozczyń w stosunku 0,1 : 100—150,0 wody. Dziwnym sposobem mimo to prawie zawsze tylko mocniejszych używano dotychczas rozczyńców eseryny i tej to pewnie okoliczności przypisać trzeba, że nie umiano dość ocenić skuteczności jej w praktyce codziennej, gdyż eseryna w tak silnych rozczyinach, w jakich za przykładem Weckera okuliści ją stosują, wywołuje nieprzyjemne objawy, o których zaraz pomówimy.

<sup>1)</sup> Arch. f. Ophthalm. XXII. 4. 215.

<sup>2)</sup> Klin. Monatsblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1877, str. 60.

<sup>3)</sup> Handbuch der pharmaceutischen Praxis. 1882, str. 681.

Chociaż środek obecnie ogólnie przeciw jaskrze bywa uznany za dobry dla prędkiego i zazwyczaj wydatnego działania, chociaż rozmaici lekarze, doświadczający tego leku, podnoszą tę właśnie zaletę, że eseryna źrenicę doskonale zwęża, wzmożone napięcie obniża, a wzrok podnosi, to jednak w tych pieśniach pochwalnych wyróżnia się pewna nuta nieharmonijna. Wywołuje ją doświadczenie, że eseryna zastosowana do oka sprawia ból często bardzo dokuczliwy, połączony nawet z wymiotami, a dalej powoduje wynaczynienia do ciała szklistego, do naczyńówki i siatkówki. Już Weber<sup>1)</sup>, omawiając działania bobu kalabarowego, zwraca na to uwagę, zaznaczając: »dass die beim Glaukon maechtig angeschwollenen Gefaessconvolute der Ciliarfortsaetze durch die in Folge der Calabariwirkung verursachte Turgescenz zur Berstung kommen koennen«.

Doświadczenie to często niestety robimy i temu to przypisać pewnie wypada, że wielu operatorów woli raczej zaraz przystąpić do irydektomii, choć w ostrym stanie jaskry trudnej, aniżeli stosować środek bolesny i w skutkach niebezpieczny.

Eseryna posiada prócz przytoczonych wad jeszcze inną, a mianowicie niestałość w składzie chemicznym i zmienną skuteczność. Jak wiadomo świeży, lekko żółtawy roztwór, po kilku dniach, a nawet latem już po 24 godzinach przybiera barwę lekko czerwonawą, z czasem nawet ciemnoczerwoną, co jest następstwem wytworzenia się oksydacyjnego produktu, przez Duquesnela nazwanego rubreseryną, który daje się usunąć przez kwas siarkowodowy, kwas siarkawy i węgiel. Rubreseryna osłabia działanie środka tego. Natomiast wodobromek eseryny i salicylan w roztworach wodnych z dodaniem gliceryny odznaczają się trwałością i nie podlegają zmianom.

Obok eseryny posiadamy inne mioticum, dziś bardzo już rozpowszechnione, to jest pilokarpinę, po raz pierwszy przez Mercka w Darmstademie wytworzoną, a przez A. Webera w r. 1875 do okulistyki wprowadzoną. Pilokarpina nie dzieli ujem-

<sup>1)</sup> L. c. 229.

nych skutków eseryny, ale za to też daleko mniej silnie działa na zwężenie źrenicy, a jeszcze mniej na mięsień rzęskowy. W ostrej jaskrze pilokarpina zwęży niedostatecznie źrenicę, a nieraz i w jaskrze prostej przewlekłej także działanie pod tym względem pozostawia niejedno do życzenia; zwłaszcza po dłuższem używaniu skuteczność zdaje się osłabiać.

Zastanawiając się nad przyczynami ujemnego działania eseryny, przypuszczałem, że zależnem ono jest od zastosowania środka zbyt mocnego.

Rzeczywiście zastosowanie 1<sup>o</sup>/<sub>0</sub> rozczyńnów przekracza o wiele istotną potrzebę, a według moich doświadczeń <sup>1</sup>/<sub>10</sub>, a nawet <sup>1</sup>/<sub>15</sub> <sup>o</sup>/<sub>0</sub> eseryna najzupełniej spełnia zadanie, jakiego się po tym środku spodziewamy. Oczywiście winniśmy eserynę kilka razy w odstępach <sup>1</sup>/<sub>2</sub>godzinnych stosować. Skoro nam jednak przy jaskrze ostrej, a więcej jeszcze błyskawicznej na tem zależy, aby jak najszybciej i najenergiczniej na zwężenie źrenicy podziałać, dobrze połączyć z wpuszczeniem silniejszej eseryny, a mianowicie <sup>1</sup>/<sub>2</sub> <sup>o</sup>/<sub>0</sub>, podskórne zastrzyknięcie morfiny (5 mgr.) w okolicy oka. Działanie eseryny występuje wtenczas silniej i bezboleśnie. Według mego doświadczenia w tych właśnie razach wiek chorego nie stanowi żadnego przeciwwskazania do stosowania morfiny.

W ten to sposób niejednokrotnie udawało mi się ostry napad jaskry szybko i bezboleśnie usunąć, a oko do właściwej przygotować operacyi.

Skoro tylko osiągnęliśmy zwężenie źrenicy przez eserynę, stosujemy nadal zapobiegawczo już tylko pilokarpinę, która w celach miotycznych w rozczyinach 2<sup>o</sup>/<sub>0</sub> używaną być winna.

Niekiedy zdarza się, że wzmożone napięcie gałki nie obniża się pod wpływem eseryny, podczas kiedy pilokarpina zwężenie i obniżenie napięcia sprowadziła. Niezwykły ten i dziwny objaw tłómaczę sobie tem, że w danych razach mamy do czynienia ze silniej rozwiniętym mięśniem rzęskowym, którego przez eserynę wywołany skurcz spowodować może równocześnie nawał w wyrostkach rzęskowych, a jeżeli przytem korzystne istnieją warunki anatomiczne, jak wązki przestwór naokołoso-



czewkowy, w małych oczach, o względnie wielkiej soczewce<sup>1)</sup>, przychodzi do zupełnego odgraniczenia ciała szklistego od tylnej komórki, a tem samem do utrudnionego odpływu limfy z ciała szklistego do tylnej, względnie przedniej komórki.

Przy stosowaniu pilokarpiny nie zdarzały mi się takie przypadki, prawdopodobnie dlatego, że pilokarpina właśnie niewiele na mięsień rzęskowy działa.

Jak wiadomo, ani eseryna, ani też pilokarpina fizyologicznie napięcia wśródgalkowego nie obniża; obniżenie po tych środkach następuje tylko wtenczas, jeżeli napięcie wzmożone było następstwem rozszerzenia źrenicy, lub z niem połączone. W tych razach środki powyższe, zwężając źrenicę, tęczęwkę odzmarszczają, o tyle naturalnie, o ile tęczęwka nie uległa już zanikowi, i drogi odpływowe, jak przestwór Fontany, kanał Schlemma, od zapory uwalniają.

Środki rozszerzające źrenicę fizyologicznie obniżają napięcie, z wiadomych jednak każdemu okuliście powodów nie możemy ich przeciw jaskrze używać. Znaną jest rzeczą, że nawet tak silnie napięcie obniżająca kokaina może w usposobionych do tego oczach napad jaskrowy wywołać.

Skoro to ujemne działanie zależnem jest tylko od rozszerzenia źrenicy, zdawałoby się rzeczą prawdopodobną, że przeciwdziałając temu skutkowi środkiem zwężającym źrenicę, możnaby przecież korzystać z tak wybitnych fizyologicznych własności kokainy pod względem znacznego obniżenia napięcia.

Założenie to istotnie mnie nie zawiodło, a w wielu przypadkach ostrej jaskry, więcej jeszcze w przypadkach prostej jaskry przewlekłej używam od szeregu lat, i to ze skutkiem, połączenia kokainy ze środkami zwężającymi źrenicę.

Udawało mi się w ten sposób jaskrę przewlekłą przez wiele lat trzymać na wodzy bez operacyi, która, jak wiadomo, w tej właśnie postaci jaskry jest w skutkach problematyczną. Wypróbowałem mianowicie następujące połączenie środków: Rp. *Eserini salicylici* 0,01. *Pilokarpini mur.* 0,2.

<sup>1)</sup> Priestley-Smith.

*Cocaini mur. 0,05—0,1. Aq. dest. 10,0.* W tym składzie pilokarpina i eseryna zupełnie przeciwdziałają wpływowi kokainy na rozszerzenie źrenicy, nie znosząc jej działania znieczulającego i zwężającego naczynia, a tem samem obniżającego napięcie wśródgałkowe. W jaskrze prostej przewlekłej polecam zapuszczać tylko na noc kroplę do oka chorego, w napadach przyostrych oczywiście częściej.

Między wielu chorymi, w ten sposób leczonymi, zaznaczam chorą, którą od 20 lat dla prostej przewlekłej jaskry od czasu do czasu widuję. Operacya (*sklerotomia*) za jej przypadkowej bytności w Paryżu wykonana ponownie na obu oczach przez jednego z tamtejszych okulistów, nie była w stanie powstrzymać cierpienia w postępie powolnym, choć ciągłym, który jednak ustał, odkąd od kilku lat chora używa z mego polecenia powyższych kropel. Ile razy w następstwie dość częstych moralnych wstrząśnień stan oczu pogarsza się, kilkakrotne zapuszczenie szybko pogorszenie usuwa, stan dawniejszy przywraca. Tak wzrok naosiowy jak i pole widzenia u chorej tej pozostają od kilku lat niezmienione. Wobec podobnych dość zresztą licznych doświadczeń nie kwapię się przy tej postaci jaskry do operacyi, a sumiennie kolegom powyższe połączenie środków, zwężających i rozszerzającego źrenicę, polecić mogę.

Oczywiście i przy ostrej jaskrze właśnie to połączenie jest bardzo skuteczne, ale nie ograniczam się oczywiście do środka samego, lecz zaraz po możliwie osiągniętem zwężeniu źrenicy przystępuję do operacyi, to jest do irydektomii.

Tam, gdzie eseryna, a także i połączone środki nie skutkują, co tylko wyjątkowych dotyczy przypadków, przystępuję zaraz do operacyi, które wykonuję stosownie do poszczególnych wskazań.

Z uniwersytetu kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherkiewicza  
w Krakowie.

### 3. Znaczenie lecznicze dyoniny w okulistycznej praktyce.

Podał

DR STEFAN ŁUNIEWSKI.

Dokończenie.

W cierpieniach *przewodu łzowego*, mianowicie w zwężeniach ściegnistych zastawek kanału noso-łzowego można było przekonać się, że po kilkakrotnem wstrzyknięciu do przewodu zglębnik daleko swobodniej przechodził, a chorzy przestawali się skarżyć na łzawienie. Trzeba tylko pamiętać wstrzykiwać słabe 1—2% roztwory, gdyż silniejsze sprawiają dosyć dotkliwy i długotrwały ból w okolicy woreczka, w czole i w nosie, chociaż i po słabych roztworach występuje zazwyczaj zaczerwienienie i obrzęknięcie spojówki, co wielce chorych przestrasza, — jak również pewne pobudzenie do kichania, uczucie pieczenia w nosie i objawy kataru, spowodowane naturalnie silnym obrzękiem błony śluzowej nosa.

Najwięcej jednak podpada pod uwagę błogie działanie dyoniny przy *zapaleniach tęczówkowych*, usuwa bowiem dokuczliwy ból a, co najważniejsze, wspomaga i przyspiesza działanie atropiny. W przypadkach, gdzie, pomimo kilkakrotnego zapuszczenia atropiny z kokainą, nie udało nam się rozszerzyć źrenicy, następne zapuszczenie silniejszych (10%) roztworów dyoniny powodowało całkowite rozszerzenie. Nawet w przypadkach, gdzie wytworzyły się tylne przyczepiny, do pewnego stopnia jesteśmy w stanie je rozzerwać. Natomiast w zapaleniach jągotówki przewlekłych pozostawała bez skutku, co tłumaczyć możemy tem, że w tkankach do pewnego stopnia zwyrodniałych trudno jest czemkolwiek przywrócić żywotność tychże.

Nie chcemy przesądzać, ale najlepsze wyniki można było otrzymać w *zmętnieniach ciała szklanego* i w jednym przypadku częściowego odcepienia siatkówki. Ze względu więc na ważność przypadku niech mi wolno będzie przytoczyć go w krótkości.



Feliksa C., l. 35, przybyła w końcu marca b. r. do kliniki, skarżąc się na znaczne pogorszenie wzroku prawego oka, który jednak obuocznie od dzieciństwa miał być bardzo krótki. Pogorszenie trwa mniej więcej od tygodnia, kiedy zauważyła w prawym oku błyski, a wkrótce potem czarną plamę. Badanie wziernikiem wykazało: znaczne zaćmienie ciała szklistego w postaci płatów, ruchome. Około tarczy od skroni duże staph. post. Fundus tabulatus. Górą zewnątrz dosyć duże odczepienie siatkówki w postaci pęcherza, zwieszające się niemal do tarczy i plamki żółtej. Naczynia ponad niem silnie napięte. Szczyt wypuklenia najlepiej widać przez + 5 D. V. p. o. = palce : 2,5 m., szkła nie popr. Pole widzenia ogólnie ścięśnione, w nosowodolnym wycinku ubytek sięgający prawie środka. Rozpoznanie: Myopia fortis. Opacitates corp. vitr. Staph. post. Ablatio retinae oc dextr. Leczona do połowy kwietnia wedle ogólnych zasad, bez przedmiotowej ani podmiotowej poprawy. Zaczęto stosować dyoninę w 5% roztworze 2 razy dziennie, do której chora nadzwyczaj szybko przyzwyczała się, tak, że w końcu zasypywanie proszku nie wywoływało nazbyt silnego odczynu. Badanie z końcem kwietnia wykazuje: zmętnienie ciała szklistego mniejsze, drobniejsze; dno widać dobrze, oderwania siatkówki nigdzie znaleźć nie można, górą zewnątrz lekkie przyćmienie tylko siatkówki. V. p. o. = palce : 6 m. Mp. 14 D. Snell. 0,8 na 10 ctm. Pole widzenia nie wykazuje poprzedniego ubytku. Wobec zupełnego przyzwyczajenia się chorej do dyoniny, podawano dalej natr. jod., zakładano opaskę i zalecono spokój. Stan od tego czasu coraz bardziej się polepszał, tak, że przy opuszczaniu kliniki d. 17/V wzrok wynosił:  $\frac{6}{60}$ — $\frac{6}{36}$ . Mp. 14. Sn. 0,6 : 8 ctm. Pole widzenia lekko ścięśnione. Opth.: zaćmienia ciała szklistego punkcikowate, odczepienia siatkówki niema.

Przypadek ten, jak widać, dłuższy czas opierał się pierwotnemu leczeniu, po zastosowaniu dyoniny został wyleczony; czy to nastąpiło *propter hoc*, czy *post hoc*, trudno twierdzić na mocy tego jednego przypadku. W każdym razie można sobie pomyślny wynik wytłómaczyć tem, że wysięk surowiczy, który spowodował odczepienie, wskutek wzmożonego przez dyoninę

obiegu limfy szybko został wessany, dalej, że przypadek był świeży, a oderwanie niezbyt rozległe. To ostatnie o tyle ważne, że w innych przypadkach, gdzie oderwanie było bardzo rozległe, lub całkowite, stosowanie dyoniny nie wywierało skutku. W powyżej zaś opisanym przypadku nie trzeba zapominać, że równocześnie podawano Natr. jod. i zalecono bezwarunkowy spokój, co wszystko niewątpliwie wspomagało działanie dyoniny.

Lecz na dowód, że w tym przypadku mogła rzeczywiście i dyonina pomódz, nie od rzeczy będzie wspomnieć o sposobie leczenia oderwań siatkówki, poleconym przez Mazzoli'ego <sup>1)</sup>, który w tych przypadkach zastrzykuje pod spojówkę co 3—5 dni rozczynty soli kuchennej od 2—4%, przyczem stwierdził, że mocniejsze rozczynty są nawet skuteczniejsze. Tłómaczy zaś to w ten sposób, że znaczenie lecznicze tych zastrzykiwań nie polega na wzmożonym obiegu limfy, ale na innem, chemicznem działaniu na wysięk pozasiatkówkowy, wskutek czego tenże staje się zdatniejszym do wessania. Wiadomo bowiem, że chlorki alkali wywołują tłuszczowe zwyrodnienie tkanek, tem samem więc przyczyniają się do ich rozpadu i łatwiejszego wessania. Wychodząc z tej samej zasady, można przyjąć, że i dyonina, jako chlorek, podobną rolę odegrać mogła.

Nie mniej ciekawy, a pouczający był następujący przypadek:

Chory G., 60letni, z *ogólną miażdżycą* naczyń, z śledzioną i wątrobą powiększoną, macalną, w moczu mała ilość białka, przyjęty został do kliniki. Opth.: w obu oczach zaćmienie drobne ciała szkliste; dookoła tarczy szerokie staph. post. W prawem oku w plance żółtej świeże ognisko krwotoczne, w lewem dawne. Oprócz tego ogniska zapalne w naczyniówce, znacznie liczniejsze w lewem oku. V. p. o. =  $\frac{6}{36}$ . Mp. 11 D. J. h. 5 = 8 ctm. V. l. o. = palce : 1,5 m. szkła n. p. J. h. N. 18 = 10 ctm. Leczenie: Dyonina od 2%, kąpiele nóg, pijawki za ucho, środki przeczyszczające. Po kilku dniach chory podawał, że na lewe oko doznał poprawy znacznej, ale na

<sup>1)</sup> Arch. di Ottalmol. Fasc. 7. 1900.

prawem czuje pogorszenie. Badanie wykazuje: V. p. o. =  $\frac{6}{60}$  —  $\frac{6}{36}$ . Mp. 11. J. h. 13 przy oku. V. l. o. = palce na 3 m. J. h. 15 na 10 ctm. Wziernikiem okazało się, że w prawem oku przyszło do świeżego wylewu krwi w okolicy tarczy i w pobliżu plamy żółtej. Z tego przypadku widać, że dyonina, jak to później zobaczymy, działając tutaj na chorobowo zajęte ściany naczyń, przyczyniła się niewątpliwie do świeżego wylewu krwi. Dlatego trzeba być ostrożnym w stosowaniu jej u osób starszych, okazujących zmiany miażdżycowe.

W końcu stosowaliśmy ją w kilku przypadkach *ostrej* i *przewlekłej jaskry*, jak również przy *zaćmach* pęczniejących *po dyscysji*, jednakże bez widocznego skutku.

Z zestawienia tych przypadków już po części można sobie wyrobić sąd o wartości dyoniny w okulistyce. Nim jednak przystąpię do ostatecznych wniosków, chciałbym odpowiedzieć na pytania, które postawiłem sobie na początku doświadczeń, a to: 1) czem wytłómaczyć sobie dodatnie działanie dyoniny? 2) co wywołuje w oku?

W tym celu podjąłem badania na zwierzętach; jednakże przekonałem się, że nie u wszystkich zwierząt dadzą się wywołać te objawy, które widzimy na oku ludzkim, n. p. u królika, morskiej świnki i myszy zapuszczanie dyoniny pozostaje bez najmniejszego widocznego skutku, zaś u psów i koni wywołuje wszystkie te same objawy, co u człowieka.

W doświadczeniach nie chodziło mi na razie o wykazanie dróg limfatycznych, nad którymi już tak wielu pracowało, że wymienię tylko Knies'a<sup>1)</sup>, Pflüger'a<sup>2)</sup>, Leber'a<sup>3)</sup>, Schwalbe'go<sup>4)</sup> i wielu innych, ale chciałem się dowiedzieć, w które

---

<sup>1)</sup> Knies: Zur Lehre v. den Flüssigkeitsströmungen im lebenden Auge... — Virchow's Arch. f. pathol. Anatomie.

<sup>2)</sup> Pflüger: Zur Ernährung d. Cornea. — Klin. Monbl. f. Augenheilkunde. 1882.

<sup>3)</sup> Leber Th.: Der gegenwärtige Stand unserer Kenntnisse von Flüssigkeitswechsel d. Auges. — Anatomische Hefte. 1894. Bd. 4.

<sup>4)</sup> Schwalbe: Untersuch. über d. Lymphbahnen d. Auges. — Arch. f. mikrosk. Anatomie. 1870. Bd. 6.



przestwory i o ile prędzej przeniesione zostają cząstki jakiegoś nierozpuszczalnego ciała w oku, do którego zapuściliśmy dyoninę, a w oku prawidłowym. Dlatego nie użyłem fluorescyny, ani żelasinku potasu, lecz, podobnie jak Taguchi<sup>1)</sup>, użyłem japońskiego tuszu. Po odpowiednim roztarciu i przygotowaniu, wstrzyknąłem psu, w narkozie chloroformowej, po 2 podziałki sikawki Pravatz'a do ciała szklстого równocześnie do obu ocz. Miejsca wkłucia wybrałem mniej więcej w równiku poza przyczepem mięśnia prostego zewnętrznego. Następnie do jednego oka zasypałem proszku dyoniny. Po 40 minutach zabiłem zwierzę i wyłuszczyłem gałki, które natychmiast włożyłem do 4% formaliny. Skrawki później barwiłem hematoksyliną Ehrlich'a i eozyną, lub hematoksyliną i metodą van Gieson'a.

Już makroskopowo oglądając skrawki z gałki, na którą zastosowano dyoninę, widać silniej ubarwioną, względnie uczerwonioną okolicę ciała rzęskowego, więzadła grzebieniastego (lig. pectinatum) i tęczęwki. Pod mikroskopem zaś można stwierdzić, że tak w jednym, jak i w drugim oku cząstki tuszu pochłonięte są głównie przez ciało rzęskowe, tęczęwkę i kanał Schlemm'a, daleko jednak w wyższym stopniu w oku z dyoniną. Szczególnie lig. pectinatum i utworzony z niego kanał Schlemm'a, dalej granica rogowko-twardówkowa i błona Descemet'a nadziane są barwikiem. Przypatrując się dalej skrawkowi z oka z dyoniną, widać, że żyły rzęskowe średnie są rozszerzone, o śródbłonku jakby rozluźnionym, w świetle ich bardzo duża ilość ciałek białych, które można znaleźć i poza ścianami naczyń. Podobny obraz daje spojówka gałkowa, a tkanka podspojówkowa (episcelera) przedstawia sieć jakby z porożrywanych pojedynczych włókien tkanki łącznej. W oczkach tej sieci tu i owdzie ciałka białe; wszędzie żyły porozszerzane, wypełnione obficie ciałkami czerwonymi. Pomiędzy włóknami twardówki dość sporo barwika, najwięcej przy

---

<sup>1)</sup> Taguchi: Über kalte Injectionen mit japan. Tusche. — Arch. f. mikr. Anat. 1888. Bd. 31.

pochewce nerwu wzrokowego. W ciele zaś szklistem, o ile się zachowało, bardzo nieznaczna ilość tuszu.

Doświadczenie, może nie z taką precyzją zrobione, jak innych autorów, wykazało przecie po części, że prąd, unoszący cząstki barwika, daleko szybszy musiał być w oku z dyoniną, aniżeli w prawidłowem; dalej, że w naczyniach żylnych wywołany jest dosyć znaczny zastój; wreszcie, że przestwory limfatyczne są porozszerzane.

Ciasne ramy niniejszej pracy nie pozwalają mi zastanawiać się bliżej nad sprawą przemiany materji w pojedynczych częściach oka i zbijać lub potwierdzać teoryi Pflüger'a, Ulrich'a, Fuch's'a i innych, ograniczę się tylko na stwierdzeniu, że dyonina wywołuje silniejszy i żywszy obieg limfy w przestworach przednich i tylnych limfatycznych (vordere u. hintere Lymphbahnen).

Nadmienić jeszcze muszę, że wykonanie doświadczenia było nieco odmienne, gdyż wprowadziłem barwik do ciała szklistego, a nie obwodowo; chodziło mi bowiem więcej o wykazanie dróg odprowadzających, niż o drogi odżywiające.

Zbierając teraz o dyoninie to wszystko, co mogłem stwierdzić w spostrzeżeniach klinicznych i obrazach histologiczno-anatomicznych, dochodzę do następujących wyników:

1) Dyonina, wywołując zmiany bliżej nam nieznanne w przybłonku (epithelium) ścian naczyń włosowatych, powoduje obfite wydzielenie się plazmy krwi w luźną tkankę łączną, tworzącą przestwory, służące do ostatecznej przemiany materji. Naodwrot silnie wypełnione przestwory uciskają do pewnego stopnia wiotkie ściany naczyń żylnych i tem samym wywołują zastój, wzmagający się w miarę coraz większego wypełniania się tych przestworów. Ten nadmiar cieczy, niewątpliwie przyczyniający się do lepszego odżywienia komórek, po zaprzestaniu działania dyoniny zostaje odprowadzony, zabierając z sobą patologiczne wytwory.

2) Działając bezpośrednio na powierzchowne części oka i wzmagając obieg limfy w przednim odcinku gałki, pośrednio można go przyspieszyć i w tylnym.

3) Przez silne wypełnienie przestworów limfatycznych wywołany jest ucisk na zakończenia nerwowe, może nawet wywołujący chwilowe porażenie tychże, czem można wyłómaczyć dłużej trwające działanie analgetyczne i szybsze rozszerzenie się źrenicy po atropinie (poraża zakończenia n. oculomotorii).

Z tych zaś wyników można wysnuć ostateczne wnioski:

a) Dyoninę należy stosować wszędzie tam, gdzie trzeba nam: 1. szybko usunąć produkta zapalne, 2. lub wysięki surowicze, 3. wywołać dłużej trwające znieczulenie oka.

b) Nie stosować jej z powodu tego, że działa na naczynia u ludzi starszych, okazujących zmiany miażdżycowe.

W zakończeniu niech mi wolno będzie podziękować czcigodnemu mojemu Szefowi, Rady Prof. Dr. Wicherkiewiczowi, za łaskawie odstąpiony mi materiał i za zachętę do spisania niniejszych doświadczeń.

## II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. Tom XLII. zes. 3.

XIV. *Przypadek jaskry po zapuszczeniu eufthalminy.* (Ein Glaucomanfall nach Einträufelung von Euphthalmin). H. Knapp tłumaczone przez Dr G. Abelsdorffa.

Przypadek, w którym wystąpiła ostra jaskra po zapuszczeniu do worka spojówkowego dwu kropli 7,5% roztworu eufthalminy, dotyczył 62letniej chorej. Oko lewe było ociemniałe z powodu absolutnej jaskry, oka zaś prawego po korecey szkłami bystrość wzroku była prawidłową. Tak samo było pole widzenia i napięcie na prawem oku prawidłowe. Bezpośrednio po użyciu eufthalminy wystąpiły wszystkie objawy ostrej jaskry, które autor usunął przez zapuszczenie 1% roztworu ezeryny. Po kilku dniach wykonał on na tem oku irydektomię. Pouczony tym przypadkiem, zwraca w końcu uwagę, że eufthalmina może, wbrew dotychczas istniejącemu doświadczeniu, wywołać podwyższenie napięcia gałki ocznej, podobnie jak atropina i inne środki, służące do rozszerzenia źrenicy.

T. Bałaban.



XV. *O porażeniu mięśni zewnętrznych.* (Ueber Lähmung der Seitwärtsender). Dr Otto Wernicke.

Autor opisuje bardzo zajmujący przypadek porażenia obu mięśni prostych zewnętrznych wskutek gruzłków (*Tuberkel*) w mostku. Przypadek ten nabiera tem większego znaczenia, że zrobione za życia rozpoznanie siedliska choroby zostało potwierdzone sekcyą.

L. A. 30letni chory, przebył w r. 1892 kiłę. W lutym 1899 zauważył on silne zawroty głowy, przeczulicę i znaczne osłabienie się w kończynach dolnych i górnych. Równocześnie wystąpiło upośledzenie wzroku, które się ciągle wzmagalo. Poza tem dały wywiady stanu ogólnego wynik ujemny.

Badanie wykazało prątki gruźlicze w płwocinach i daleko posuniętą gruźlicę płuc. Objaw *Romberga* był w najwyższym stopniu uwidoczniiony. Po prawej połowie ciała było czucie bólu obniżone, a odruchy kolanowe były obustronnie znacznie zwiększone.

Przy utrzymanej akomodacyi była bystrość wzroku obustronnie o połowę zmniejszoną. Obie gałki oczne zewnętrznie prawidłowe, tak samo i poruszenia niemi ku górze i dołowi. Natomiast nie mógł chory zupełnie poruszać oczu ku stronie lewej lub prawej. Oddziaływanie źrenic i dno oka były prawidłowe. Badanie nerwu nosowego, trójdzielnego i twarzowego dało wynik ujemny. Mowa, czucie smaku i polykanie były prawidłowe. Sfera duchowa była u chorego nieco zaburzona. Wśród utraty przytomności umarł chory w miesiąc po przyjęciu go do szpitala.

*Sekcy a* z włók wykazała gruźlicę płuc z rozpadami w tychże.

W mózgu znajdowało się ognisko wielkości fasoli, umiejscowione w górnej części przedniego prawego zwoju środkowego. Podobne ognisko znajdowało się także w prawym płacie potylicznym. W samym środku mostka był umiejscowiony okrągły nowotwór o średnicy 2,5 cm., składający się z żółtawej, serowatej masy, uwarstwionej dośrodkowo.

*Drobnowidowo* można było rozpoznać na skrawkach porządkowych, że proces ten gruźliczy rozpoczynał się już na wysokości jądra nerwu trójdzielnego, w okolicy którego były naczynia bardzo silnie rozszerzone. Tuż poniżej była cała tkanka silnie naciekłą i przesiąkniętą masami serowatemi, które to rozszerzały się najbardziej w kierunku ku podstawie czaszki. Jądra nerwu twarzowego i nerwu prostego zewnętrznego nie dały się na skrawkach wykazać. W mózgu sięgały te zmiany aż do piramid.

W przypadku tym były zatem obie pary mięśni zewnętrznych i wewnętrznych całkowicie porażone, przyczem była utrzymana zbieżność oczu. Wynik sekcyi, w której wykazać się dał zupełnie

symetryczny kształt i położenie ogniska chorobowego, tłumaczy nam dosadnie brak jakiegokolwiek zbroceń w położeniu gałek ocznych.

T. Ballaban.

XVI. *Przyczynek do anatomii zwojowych komórek siatkówki.* (Zur Anatomie der Ganglienzellen der Retina.) Dr Abelsdorff.

Autor badał komórki zwojowe siatkówki i nerwu wzrokowego u różnych zwierząt i u człowieka. W tym celu utrwał on gałki oczne w 96% alkoholu lub 5—10% roztworze formolu. Tak ustaloną i odpreparowaną siatkówkę zanurzał on w chloroformie, a następnie zatapiał w parafinie. Cieniutkie skrawki umocowywał na szkiełku, a po uwolnieniu ich od parafiny, barwił je od  $\frac{1}{2}$ —24 godzin nasyconym wodnym roztworem czerwonej neutralnej barwy Ehrlicha (*Neutralroth*). Po wypłukaniu nadmiernego barwika wodą przefiltrowaną i po odwodnieniu skrawków w alkoholu absolutnym, zanurzał je w ksylolu, poczem zamykał preparaty w balsamie kanadyjskim z ksylolem. W ten sposób barwiły się w komórkach zwojowych ciała Nissla czerwono, tkanka zaś pomiędzy nimi jednostajnie żółtawo. Ze względu na zajmujące i szczupłe po dzień dzisiejszy wyniki podobnych badań, przytoczę takowe u poszczególnych zwierząt. I tak u żaby rozróżnia autor co do wielkości dwa typy komórek zwojowych — większe i mniejsze. Większe z nich były ogółem ubogie w protoplazma, które okalało wielkie jednostajne jądro postaci pęcherza, w każdym zaś jądrze znajdowało się zawsze jedno ciało jądrowe. Protoplazma samo miało postać trójkątnego wyrostka i zawierało w sobie małe, zupełnie równomiernie rozdzielone ciała Nissla. Z tych to ciałek wystaje wyraźnie początek walca osiowego (Fig. I.). W mniejszych komórkach jądro nie było jednostajne i zawierało w sobie wielką ilość chromatyny, w bardzo zaś nielicznym protoplazma znajdowały się tylko poszczególnie komórki Nissla (Fig. II.). Pomiedzy tymi dwoma typami były jeszcze postaci przejściowe, a także i takie komórki, w których, podobnie jak w komórkach wewnętrznej warstwy ziarnistej siatkówki, protoplazma było prawie niewidoczne. Podobne zachowanie się komórek zwojowych znalazł autor w siatkówce ropuchy (*Bufo vulgaris*) i jaszczurki (*Lacerta agilis*).

Inne wyniki dało badanie komórek zwojowych u ryb (*Perca fluviatilis*, *Esox lucius*). Okrągłe jądro, w którym jest umieszczone ciemno czerwone pęcherzykowate ciało jądrowe, było otoczone bardzo wydłużonym protoplazma, w którym znajdowały się liczne złogi (*Schollen*) w kształcie ziarn lub pręcików, pomiędzy zaś nimi była tkanka żółtawo zabarwiona. Tylko miejsce wyjścia walca osiowego

pozostało wolne od tych złogów (Fig. III.). U ptaków były złogi większe, nierównomiernie w ciele komórki rozdzielone i o różnym kształcie, po większej części zaś trójkątnym. W podobnym do elipsy jądrze znajdowały się nieliczne czerwone ziarna chromatyny. Okrągłe ciało jądrowe było o jednostajnej czerwonej barwie (Fig. IV.) U psa było ciało komórki wypełnione licznymi zbitymi ciałkami Nissla, które, mając różną postać, były miejscami na brzegu ząbkowane i posiadały cieniutkie wypustki. Te ciałka Nissla, które się znajdowały w samych wypustkach protoplazmy, były odpowiednio do kształtu wypustek wrzecionowato wydłużone. Wielkie ciałko jądrowe zawierało się w jądrze, obok zaś niego były nieliczne ziarna chromatyny (Fig. V.). Podobnie zachowywały się komórki zwojowe i u innych zwierząt ssących, jak: królika, kota, świni i cielęcia.

Fig. VIII. przedstawia komórkę zwojową u człowieka.

Widzimy, że i tutaj jest początek walca osiowego wolny od ciałek Nissla. W protoplazmie znajdują się czerwone złogi, znacznie mniejsze, aniżeli u psa i królika.

Owalno okrągłe jądro zawiera w sobie ciemnoczerwone ciałko jądrowe o zalartych granicach.

W końcu swej pracy, której zadaniem było wykazać różnorakie umiejscowienie i różne postacie złogów w protoplazmie komórek zwojowych u różnych rodzajów zwierząt i u człowieka, a która jest bardzo cennym przyczynkiem i uzupełnieniem podjętych w tym kierunku prac Bacha i A. Birch-Hirschfelda, zajmuje się autor pytaniem, czy komórki zwojowe zmieniają swą postać w czasie spoczynku i pracy.

Rozumie się, że, mówiąc o spoczynku komórek zwojowych, możemy mieć na myśli li tylko ich względny spoczynek, gdyż u zwierzęcia widzącego, tem bardziej u człowieka, nie jest pole widzenia nigdy zupełnie ciemne, i to nawet w bardzo ciemnej przesłoni, — co też Helmholtz nazwał „*Eigenlicht der Netzhaut*“.

Pytanie to starał się autor rozwiązać przez badanie 3—4dniowych królików, u których szpara powiekowa była jeszcze zamknięta i u których czopki i pręciki siatkówki nie były jeszcze wykształcone. Przekonał się przytem, że pomimo, iż komórki zwojowe były w tym czasie zupełnie już wykształcone i zawierały w sobie jądro z ciałkiem jądrowem, były one jednak znacznie mniejsze od komórek u zwierzęcia wyrosłego, a zarazem były złogi w protoplazmie zupełnie odmiennie ułożone, gdyż były one miejscami obficie nagromadzone, podczas gdy inne miejsce protoplazmy były od nich zupełnie wolne.

T. Bałaban.



XVII. *O zastrzykiwaniach podspojówkowych akoiny.* (Ueber subconjunctivale Einspritzungen mit Acoin.) Dr G. Hirsch.

Autor zaleca 1% roztwór akoiny, jako bardzo dobry środek znieczulający przy operacjach na gałce ocznej, przecięciu rurki łzowej i t. p. Główna wartość tego środka ma polegać w jego wielkiej zalecie, że, nie wywołując objawów zatrucia, działa on silniej i pewniej znieczulająco od kokainy. Szczególniej podnosi autor dodatni wpływ tego środka przy wstrzykiwaniach podspojówkowych 5% roztworu soli kuchennej i  $\frac{1}{30}$  —  $\frac{1}{20}$ % roztworu hydrargyrum cyanatum, które stają się zupełnie niebolesne przy równoczesnej domieszce do nich roztworu akoiny i poprzedniem znieczuleniu gałki ocznej tym środkiem. Doświadczenia swe w tym kierunku popiera autor przytoczeniem kilku historyi chorób<sup>1)</sup>. T. Baltaban.

XVIII. *Przyczynki do historii leczenia ocz.* (Historischer Beitrag zur Augenheilkunde.) Dr Fukala.

W pierwszej części swej rozprawy podnosi autor zasługę Arabów na polu okulistyki. Lekarz arabski Averrhoës miał być pierwszym, który już w XII. stuleciu uznał siatkówkę za część, odbierającą wrażenia świetlne.

W drugiej części opisuje on początek i historię rozwoju beladony jako środka leczniczego w okulistyce, którym posługiwano się jako t. zw. mandragorą jeszcze w czasach przed narodzeniem Chrystusa. Umiejętnie i ze świadomością rzeczy poczęto jej używać dopiero przy końcu wieku XVIII. i to przedewszystkiem przy operacjach zaćmy i zapaleniu tęczówki, a pierwszym, który ją wprowadził do okulistyki, miał być Richter, a nie Himly, jak to dotychczas powszechnie sądzono. T. Baltaban.

*O pochodzeniu cieczy wodnej.* (Ueber die Quellen des Kammerwassers.) Dr Hamburger z Berlina. (\*Klin. Monatsblatt\* 1900. XII.)

Na podstawie prac Lebera i jego uczniów ogólnie przyjętem jest zapatrywanie, iż wszelką ciecz wodną wydziela ciało rzęskowe. Przeciw temu zapatrywaniu wystąpili między innymi: Ehrlich, Schmidt-Rimpler i Michel, którzy też i przednią ścianę tęczówki uważają za organ, wydzielający ciecz wodną. Hamburger przyłącza się do tych ostatnich i na podstawie własnych i innych

<sup>1)</sup> Nie podlega wątpliwości, że znakomite wyniki lecznicze zastrzykiwań podspojówkowych sprowadziły leczenie wielu chorób ocznych na zupełnie nowe tory. Jeżeli po dziś dzień jeszcze nie znajdują one tak licznych zastosowań, na jakie zasługują, to powodu tego należy szukać głównie

doświadczeń, przeprowadzonych na królikach, a ogłoszonych już po części w r. 1898, polemizuje z zapatrywaniami Lebera, wreszcie dochodzi do następujących wniosków:

1. Nie ulega wątpliwości, iż ciecz wodna odpływa ustawicznie z przedniej komory.

2. Również pewnem jest, iż nie ma żadnego stałego dopływu tejże z tylnej komory do przedniej, gdyż w prawidłowych warunkach istnieje t. zw. fizyologiczne zamknięcie źrenicznego otworu.

3. Regeneracya jednak cieczy przy nagłem opróżnieniu komory wychodzi z ciała rzęskowego. Ciecz wtedy powstała nie odpowiada wytworzonej w fizyologicznych warunkach, gdyż zawiera niezwykle dużą ilość białka i włókniaka.

4. Fizyologiczne zamknięcie źrenicy nie jest weale hermetycznem, lecz raczej wentylowem, więc może się nieraz otworzyć: a to dzieje się najprawdopodobniej przy maksymalnem rozszerzeniu źrenicy, na pewne zaś przy zapaleniach tęczówki i ciała rzęskowego, a może także przy każdym silniejszym przekrwieniu oka. Utrzymuje się ono atoli zawsze tam, gdzie źrenica jest średnio szeroką lub wąską, a więc w czasie pobytu w jasno oświetlonych miejscach, przy wylężeniu akomodacyi przez pracę z bliska, przy zapuszczaniu czeryny, u nowonarodzonych dzieci, a głównie też we śnie.

5. W prawidłowych tedy warunkach dostarcza ciała rzęskowe cieczy dla utworów, znajdujących się poza tęczówką, a ciecz wodna w głównej swej masie jest wytworem przedniej ściany tęczówki, a nie ciała rzęskowego.

*Dr Gruszkiewicz.*

*Rozwój zaćmy wskutek malaryi.* W. K r a j s k i. (>Wiest. Ofł. < 1900. Z. VI)

Dr K., praktykujący w Besarabii, spostrzegł 4 przypadki zaćmy, rozwiniętej u dzieci w wieku od  $5\frac{1}{2}$ —16 lat. Jeden z matych chorych zmarł bez operacyi, u trzech wykonaną była z powodzeniem dyseksya. Zaćmy były miękkie, jednocześnie w obu oczach. Dzieci dobrze widziały do czasu kacheksyi malarycznej, którą autor obwinia jako przyczynę wytworzenia się obustronnej zaćmy, przypominającej dyabetyczną jej postać. Tworzyły się one jednocześnie

w ich wielkiej bolesności. Nie przesadzając dobrego skutku akoiny, który autor podnosi, muszę zauważyć, że, będąc wielkim zwolennikiem tych wstrzykiwań, stosuję je zawsze w połączeniu z 2% roztworem kokainy, i to w ten sposób, że przy wstrzykiwaniach solnych mieszam 8 części 7,5% roztworu soli z 2 częściami 2% kokainy, przy wstrzykiwaniach rtęciowych zaś używam równych części płynu służącego do wstrzykiwań i 2% kokainy. W ten sposób stosowane przeze mnie od lat kilku wstrzykiwania są zupełnie niebolesne. *Przyp. Ref.*

i w jednakim stopniu były dojrzałe. Znajdujemy w tej rozprawie kilka przytoczeń, z których widzimy, że obwiniano w tworzeniu się zaćmy chorioretinitis palustris, lecz jej u chorych Dra K. wcale nie wykryto.

Dr J. T.

*Przyczynek do topografii gruczołu łzowego i cewkowo-groniastych gruczołów powiek u człowieka.* (Zur Topographie der Thränendrüse und tubulo-acinöser Drüsen der Augenlider des Menschen.) Dr M. Hočevár. (»Wien. Med. Wochenschrift.« 1900. Nr. 49 i 50.)

Nowsze badania wykazały, że położenie, postać i wielkość gruczołu łzowego nie tylko u poszczególnych ludzi jest rozmaita, ale i u tego samego osobnika na obu oczach różna. To skłoniło autora do bardzo szczegółowego zbadania topografii wszystkich gruczołów powiekowych.

Badania drobnowidowe wykazały, że tkanka gruczołu łzowego znajduje się nie tylko w luźnej tkance podspojówkowej górnego i dolnego załamka, ale także i w tkance podskórnej w okolicy canthus ext. górnej i dolnej powieki, nie przechodząc jednak linii środkowej szpary powiekowej. Zraziki tkanki gruczołowej tworzą oprócz zbitej masy dwóch gruczołów łzowych, zazwyczaj małe grupki lub rzędy, rozmieszczone na wyżej wzmiankowanej przestrzeni i posiadające każdy osobne przewody, które uchodzą do skroniowej części worka spojówkowego.

Zwróciwszy uwagę na wiek w swoich 10ciu badanych przypadkach, stwierdza autor, że u dzieci przestrzeń, na której rozsiane są te elementa gruczołowe, jest mniejsza, niż u dorosłych.

Do gruczołów łzowych są podobne pod względem budowy histologicznej gruczoły groniasto-cewkowe, okrągławe lub graniaste, leżące w tkance podspojówkowej, między chrząstką a spojówką tuż przy gruczołach Meiboma lub między nimi, i mające swe ujścia między brodawkami spojówki. Są one do gruczołów łzowych w takim stosunku, jak w jamie ust podobne budową gruczoły do ślinianek.

Dr Luniewski.

*Przyczynek do znajomości nerwowych dróg okoruchowych w mózgu.* (Contribution à l'étude des voies centrales des nerfs moteurs de l'oeil.) Dr J. Piltz. (»Revue Neurologique«.)

Dr Piltz przeprowadził w r. 1898 w zürichskim zakładzie fizyologicznym na psach i królikach doświadczenia, polegające na wyszukiwaniu w korze mózgowej okolicy, których drażnienie wywołuje oddzielne skurcze poszczególnych mięśni ocznych. Znalezione w ten sposób ośrodki autor wycinał, a po pewnym czasie podda-



wał mózg badaniu drobnowidowemu, śledząc na szeregach skrawków przebieg włókien nerwowych, które uległy następowemu zwyrodnieniu. U psa istnieją trzy korowe ośrodki okoruchowe: jeden z nich położony jest w tyłnej części kory płatu czołowego, drugi w korze drugiego, pierwotnego zakrętu płatu ciemieniowego, a trzeci, dawno już znany w korze płatów potylicznych. Autor ograniczył swe badania do dróg nerwowych, które łączą obydwie pierwsze ze wspomnianych ośrodków ze zwojami podstawowymi mózgu. Po wycięciu ośrodka czołowego zwyrodnienie włókien nerwowych dało się wyśledzić w *corpus callosum*, *capsula interna*, *lamina medullaris interna nuclei lenticularis*, wreszcie w *stratum intermedium pedunculi cerebri*. Po wycięciu ośrodka ciemieniowego uległy zwyrodnieniu włókna przebiegające w zakrętach sąsiednich, w *cingulum*, w szarej istocie, leżącej ponad górną ścianą bocznej komory mózgu, w *corpus callosum* — i dążące przez *capsula interna* i *pedunculi cerebri* do *corpus quadrigeminum anterius*. Dr K. W. Majewski.

*Przypadek zaćmy warstwowej wskutek urazu.* (Ueber einen Fall von Schichtstar bei Trauma) Dr Ch. Merz-Weigandt z Gracu. (>Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde. 1900. December.)

Autor przytacza przypadek zaćmy warstwowej, która powstała u mężczyzny 31 lat liczącego przez uderzenie batogiem w prawe oko. Po tem uderzeniu pozostawało to oko przez 10 dni pod opaską, a lekarz, do którego się chory udał, stwierdził w niem krwotok. Po usunięciu opaski było upośledzenie wzroku widoczne; z czasem jednak polepszył się wzrok. Po upływie pół roku zaczął znowu wzrok słabnąć na tem oku i to bez wiadomej przyczyny i bez objawów zapalnych.

Przy badaniu było widać 2 mm. długą bliznę na dolno zewnętrzny brzegu rogówki oka prawego. Odpowiednio do tej blizny znajdowała się w tęczęwce szpara, powstała po urazie. Soczewka była w środku zmętniała na sposób zaćmy warstwowej, przyczem dno oka, badane wziernikiem, przeświecało czerwawo. Po rozszerzeniu źrenicy atropiną było widocznem, iż obwodowa część soczewki była przezroczystą, a przez nią można było dokładnie widzieć dno oka. Bystrość wzroku pr. oka = palec na odległość  $\frac{3}{5}$  m.

Że zaćma ta powstała wyłącznie wskutek urazu, przemawia zdaniem autora ta okoliczność, iż chory był przedtem doskonałym strzelcem. Przyczyny jej powstania szuka on w pęknięciu ciała rzęskowego wskutek urazu i w spowodowanym niem skurczu tegoż. Wywołane tem zmiany patologiczne w ciałku rzęskowem musiały wpływać njemnie na odżywienie soczewki, a tem samem wywołać zaćmę. Autor powołuje się także na teorię Arlta, według której

powodują drgawki zwiotczenie kory soczewki od jądra, czego następstwem jest jej zmętnienie. Za teorią Arlta w tym przypadku przemawia ta okoliczność, iż wstrząśnienie było tak silne, że chory był po urazie nieprzytomnym.

*Dr Gruder.*

*Zniesienie odruchów źrenicznych w związku ze zakażeniem kiłowem.* (De l'abolition de réflexes pupillaires dans ses relations avec la syphilis.) Dr Babiński i Dr Charpentier. (>Annales de Dermatologie et Syphiligraphie<. 1899.)

W pracy tej starają się autorowie wykazać, że trwałe zniesienie odruchów źrenicy na światło w przypadku, gdzie ani w oku samem, ani w nerwie wzrokowym zmian wykazać nie można, stanowi objaw, który wskazuje, jeśli nie z pewnością, to z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem na zakażenie kiłowe. Zwłaszcza w tych razach, gdzie źrenica, zwięzająca się bardzo dobrze przy konwergencji, na światło nie oddziaływa zupełnie i gdzie równocześnie w żadnej z gałązek nerwu okoruchowego nie można wykazać zaburzenia, — podejrzenie kiły jest bardzo uzasadnione. Na takim rozdzieleniu odruchu źrenicznego polega właśnie jeden z najczęstszych objawów władu rdzenia pacierzowego, to jest objaw Argyll-Robertsona. Wiadomo zaś już niemal na pewne, że wład rdzenia jest niewątpliwem następstwem kiły. Ponieważ podobne zachowanie się źrenicy daje się spostrzegać również w przebiegu porażenia postępowego, które tak jak i wład pozostaje w niezaprzeczonym związku z przebyłą kiłą, przeto autorowie wyrażają przypuszczenie, że samo zakażenie kiłowe stanowi bezpośrednią przyczynę tego zniesienia odruchu źrenicznego. Przytaczają oni trzy szeregi spostrzeżeń, potwierdzających to ich zapatrywanie. Pierwszy szereg przypadków odnosi się do chorych, u których niewątpliwie stwierdzoną została kiła wrodzona, w drugim szeregu umieścili przypadki kiły nabytej, a w trzecim przypadki kiły wątpliwej. We wszystkich tych spostrzeżeniach, — a jest ich 18, — zachowanie źrenicy było znamienne, podczas, gdy pomimo długiego okresu spostrzegania nie zauważono żadnych innych objawów władu, porażenia postępowego lub kiły mózgowej. Autorowie skłaniają się do przypuszczenia, że przypadki takie należy uważać za poronną postać lub wczesny okres władu rdzeniowego, porażenia postępowego, lub kiły mózgowej. Do lepszego uzasadnienia związku między kiłą, a zniesieniem oddziaływania źrenicy na światło mogą się jeszcze przyczynić syfilodolodowie, śledząc bacznie zachowanie się źrenicy także i we wcześniejszych okresach kiły. —

*Dr K. W. Majewski.*

*O migrenie wraz z powrotnem porażeniem nerwu okoruchowego.* (Ueber Migräne mit recidivirender Augenmuskellähmung.) Dr W. Seiffer. (»Berliner Klin. Wochenschrift«. 1900. Nr 30.)

Bogatą już dziś literaturę tego przedmiotu powiększył Dr Seiffer jeszcze jednym kazuistycznym przyczynkiem, który może posłużyć do wyświeślenia związku, jaki zdaniem jego ma istnieć między powrotnem porażeniem nerwu okoruchowego a zwyczajną pierwotną migreną. Möbius, który jeden z pierwszych skreślił dokładny obraz kliniczny w mowie będącego cierpienia, zaprzeczył istnienia takiego związku. Do zdania tego przyłącza się między innymi Strzemiński, którego praca o powrotnem porażeniu nerwu okoruchowego została streszczoną w poprzednim zeszycie »Postępu Okulistycznego« (str. 32). Natomiast wedle Charcota i jego szkoły związek choroby tej z migreną nie da się zaprzeczyć; stąd francuska nazwa cierpienia: „*migraine ophthalmoplégique*“. Przypadek Dra Seifferra dotyczy 49letniego łapicera dziedzicznie obciążonego, który od 8meo roku życia doznawał często powracających napadów typowej migreny. Dopiero w 40stym roku życia zauważył, że przy powtarzających się wciąż napadach bólu głowy zaczynają się pojawiać także oczne zaburzenia, mianowicie opadanie górnej powieki lewego oka, zez rozbieżny i dwuwidzenie. Porażenne te objawy miały początkowo z chwilą ustania bólu głowy, potęgowały się jednak od napadu do napadu, a po dwóch latach porażenie nerwu okoruchowego z okresowego i częściowego zamieniło się na stałe i zupełne. W tym stanie chory przedstawił się autorowi. — W przypadku tym nie da się zaprzeczyć wzajemna zależność migreny, przez długi szereg lat występującej, z powrotnem porażeniem ocznym, które się do niej wreszcie przyłączyło. —

Dr K. W. Majewski.

*Zawrót głowy, wywołany okularami, przepisaniem po operacji zaćmy.* (Ueber aphakischen Gesichtsschwindel.) Dr L. Königstein z Wiednia. (»Wiener Medicinische Presse«. 1900. Nr 27.)

Pod powyższym tytułem podał Docent Klein (Bäringer) niedawno we »Wien. Med. Presse« opis przypadku, gdzie po operacji zaćmy u pewnej długą chorobą wycieńczonej kobiety przepisane szkła wywoływały tak silny zawrót głowy, że noszenie ich stało się niemożliwym. Klein uważa przypadek ten za nadzwyczajną rzadkość i tłumaczy powstanie zawrotu pryzmatycznym działaniem obwodowych części wypukłego szkła okularów. Dr Königstein w wyżej przytoczonym artykule oświadcza, że w praktyce swej niejednokrotnie przypadki podobne spostrzegał i dla przykładu przytacza dwa spostrzeżenia bardzo zresztą do siebie podobne, w których również



z powodu silnego zawrotu głowy noszenie szkieł, przepisanych po operacji zaćmy, było wprost niemożliwe, pomimo, że okulary te dawały operowanym bardzo dobrą bystrość wzroku. U obydwu swych chorych zauważył autor szczególną sztywność w trzymaniu głowy, co zdaniem jego miało ten skutek, że gałki oczne musiały wykonywać wydatniejsze ruchy, niż to czynią zwykle przy patrzeniu w dół, w bok lub w górę, gdy równocześnie głowa w całości odpowiednio się zwraca. Z tego powodu łatwiej zdarzyć się może, że oś widzenia przechodzi przez obwodowe części silnego szkła wypukłego, gdzie ono działa wybitnie pryzmatycznie. Łatwo wywnioskować, że w tych warunkach oko przy patrzeniu w dół doznaje złudzenia, jakoby podłoga znajdowała się niżej, niż jest w istocie. (Przy szkłe wkłęsłem rzecz ma się przeciwnie). Stąd niepewny chód i bardzo niemile uczucie zawrotu.

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynek do skaleczeń oka. A) Pecherzyk powietrza w soczewce. B) Zapalenie urazowe twardówki.* (Ein Beitrag zu den Verletzungen des Auges. A) Luftblase in der Linse. B) Scleritis traumatica.) Dr Levy z Montrealu (Kanada), obecnie w Rostocku. (>Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde<. 1900. XII.)

A). Odłamek żelaza przebił przez rogówkę, soczewkę aż do dna oka, gdzie wywołał krwotok, a jako ślad drogi przebytej pozostawił 1—2 mm. długą, gładką, linearną ranę w rogówce i takąż w przedniej i tylnej torebce soczewkowej, a ponad to w środku soczewki okrągłe, silnie światło łamiące ciało, wielkości ziarnka konopi, które niczem innym nie było, jak tylko bańką powietrza. — Przypadek ten jest pierwszym w literaturze, gdyż opisywano dotychczas bańki powietrza tylko w ciałku szklistem przy przedziurawieniach twardówki i w przedniej komorze przy przebicjach rogówki. Znanionującemi przytem były następujące objawy: 1. metaliczny połysk tej bańki, który mógł wprowadzić w błąd przy rozpoznaniu; 2. postać jej okrągła, podczas gdy powietrze zwykle się przystosowując do otoczenia; i 3. okoliczność ta, iż dopiero szóstego dnia znikło ono zupełnie, a więc powoli ulegało wessaniu, gdyż zwykle znika powietrze już po kilku godzinach: jest nowym dowodem bardzo powolnej przemiany materji w soczewce.

B). Rana, powstała w spojówce gałkowej przez uderzenie czemś nieznanem w czasie rabania drzewa, wywołała powierzchowne nekrotyzujące zapalenie twardówki, które, wędrując, zajęło całą gałkę, mimo leczenia. Zapalenie to było pierwotnym objawem chorobowym oka. Zarazek pozostał nieznanym, mimo badania. Wyleczenie nastąpiło po 4 miesiącach.

Dr Gruszkiewicz.

*Krótkowzroczność i jej leczenie.* Dr Ettinger. (Pam. Tow. Lek. T. XCVII. Z. III.)

Autor, zastanowiwszy się nad patogenezą krótkowzroczności, co do której pod względem podziału zgadza się z poglądem Stillinga, omawia ogólne profilaktyczne, higieniczne, jakoteż i terapeutyczne zabiegi, zmierzające do powstrzymania pierwszego jej rodzaju t. zw. krótkowzroczności z przystosowania. Co do drugiego rodzaju, to jest myopii postępującej, to w celu jej leczenia wytworzyła się metoda operacyjna, która, dzięki pracom Fukali i Vacher'a, znalazła szeroki rozgłos i wielu zwolenników.

Omówiwszy sposób wykonania, zwraca autor uwagę, że przy zabiegu bacznie należy na stosunek stopnia myopii do wieku chorego, na bystrość wzroku, ogólny stan osobnika, jego stanowisko społeczne i na indywidualność danego wypadku krótkowzroczności i jej przebiegu postępowego.

Leczenie operacyjne wysokich stopni myopii jest dla wielu chorych pożądanym postępem; zyskują bowiem polepszenie bystrości wzroku na odległość, które zależy po części od zmiany warunków załamania promieni świetlnych, po części zaś od funkcyjnalnej działalności siatkówki; ustaje nadmierne napięcie konwergencji, widzenie oboczne na bliską odległość staje się możliwem i, co najgłówniejsze, usuwa się skurez akomodacyi.

Określenie stopnia refrakcyi, którą po zabiegu otrzymamy, pomimo badań Bihlera, metody Ostwalta i Hirschberga, tablic Brudzewskiego, jest niemożliwe.

Niebezpieczeństwa operacyi nie są większe od niebezpieczeństw, z jakimi połączoną jest każda operacya zdjęcia zaćmy. W czasie zaś pooperacyjnego przebiegu oko tem mniej jest narażone na zapalne reakcye i powikłania, im ostrożniej wykonano zabieg i im więcej uda się utrzymać w granicach reakcyjnej pęcznienia soczewki. Na sprawę wessania mas soczewkowych niemało wpływa diureza.

Jeżeli wyniki operacyi — kończy autor — są stosunkowo gorsze, to tylko dlatego, że mamy tu do czynienia z okiem *in toto* chorem i mniej odpornem. Tem więcej będziemy też przed wykonaniem zabiegu mieć na uwadze możliwe *pro* i *contra* i nie operując bez rozważnego wyboru, znacznie zmniejszymy wyniki ujemne.

Dr Łuniewski.

*Przyczynek do nauki o „amblyopia ex anopsia“.* (Ein Beitrag zur Lehre vom Verlieren des Sehens.) Prof. T. Axenfeld z Rostocku. (Klin. Monatsblatt f. Augenheilk. 1900. Beilageheft.)

Wielokrotne doświadczenie wykazuje, że osoby dotknięte zaćmą wrodzoną po dokonanej operacyi widzą niejednokrotnie bardzo mało, a czasem okazują tak zwaną jasną ślepotę (to samo, co „See-

*lenblindheit*<sup>1)</sup>), to znaczy, że, jakkolwiek widzą otaczające przedmioty, to jednak nie są w stanie nie rozpoznać, nie posłużywszy się innymi zmysłami, n. p. zmysłem dotyku lub słuchu. Podobny stan spostrzegano już nieraz także u dzieci po długotrwałym skurczu powiek (*blepharospasmus*), wywołanym przez światłowstręt<sup>1)</sup>). Jeśli człowiek dorosły ociemnieje z powodu zaćmy, to operacja choćby po kilkunastu latach szczęśliwie wykonana przywraca mu wzrok zupełnie prawidłowy. Sławnym pod tym względem jest przypadek A. Graefego, gdzie po operacji zaćmy, istniejącej od lat 60ciu, t. j. od wczesnej młodości, operowany odzyskał dobrą bystrość wzroku. Że jednak u 6letniego dziecka, które poprzednio miało wzrok zupełnie dobry i doskonale już rozeznawało różne przedmioty, może pod wpływem ślepoty, zaćmą wywołanej, wytworzyć się po operacji stan taki, jak u ślepych od urodzenia, tego dowodzi nader ciekawe spostrzeżenie prof. Axenfelda.

Dziewczynka 6letnia, umysłowo jak na swój wiek bardzo rozwinięta, wątlej jednak budowy ciała, zaczęła wkrótce po rozpoczęciu nauk szkolnych uczuwać wzmagające się osłabienie wzroku. Stopniowo zaniewidziała zupełnie. Gdy w rok potem rodzice przywieźli ją do Rostoku, prof. Axenfeld stwierdził u lewego oka zejście przewlekłej *iridocyclitis* z następującą zaćmą, oraz brak wszelkiego poczucia światła. U prawego oka znalazł, oprócz obwodowych plam na rogówce, łączówkę zanikłą i do zmarniałej, zaćmionej, kredowo białej soczewki przyrosłą. Prawe oko miało jednak dobre poczucie światła i dobrą projekcję.

Zniwoloną prośbami rodziców dziecka, prof. Axenfeld, mimo niekorzystnych warunków i powikłań, wykonał na prawem oku operację, zapomocą której powiodło mu się uzyskać zupełnie czarną zrenicę. Badanie wziernikiem wykazało prawidłowe dno oka. Dziecko jednak, nawet po założeniu odpowiedniego szkła wypukłego. utrzymuje, że nie zgoła nie widzi, i zachowuje się też tak, jak gdyby było zupełnie ślepe: idąc, potraça o krzesła, potyka się na progu, orientuje się wyłącznie za pomocą obmacywania otaczających przedmiotów, rodziców poznaje jedynie po głosie, nie umie nazwać najbardziej znanych rzeczy, chociażby z bliska pokazywanych, dopóki się ich rękami nie dotknie i t. d. Stan ten jednakowoż nie trwa długo. Pod wpływem codziennie powtarzanych ćwiczeń zaczyna zrazu wodzić oczyma za jasnymi, błyszczącymi przedmiotami, później rozpoznaje już nóż, widelec, nożyczki, które jej

<sup>1)</sup> O różnych sposobach ułomaczenia tego rodzaju ślepoty por. streszczenie pracy prof. Baasa: »Cerebrale Amaurose nach Blepharospasmus«, »Postęp Okulistyczny«. 1899, str. 151.



poprzednio kilkakrotnie naprzód pokazano, a potem dano do ręki; po upływie pewnego czasu poznaje własną twarz w lusterku, zna-chodzi oczyma pióro stalowe na stole, a nawet igłę, co stanowi dowód, że bystrość wzroku musi być przecież weale dobra. Stosun-kowo najruchliwiej przychodzi jej poruszać się w pokoju wśród po-rozstawianych mebli, gdyż rozpoznaje je dopiero całkiem z bliska. Autor opisuje szczegółowo, jak u dziecka tego wracała stopniowo utracona zdolność widzenia, jak każdy dzień wzbogacał u niej za-sób wrażeń wzrokowych, ulegających już uświadomieniu. Po upły-wie sześciu tygodni od chwili operacyi dziewczynka mogła już na nowo rozpocząć przerwana naukę szkolną. Vpo = palce: 5 m. Z bliska grubszy druk przez + 18 D. Pole widzenia zupełnie pra-widłowe. Natomiast daje się wykazać mały stopień hemeralopii.

*Dr K. W. Majewski.*

*O doświadczeniach wywołanym objawie źrenicznym przy porażeniu postępowem.* (Experimentell erzeugter reciproker Wechsel der Pupillendifferenz bei progressiver Paralyse.) Dr Pittz. (•Neurol. Centrbl. 1900. Nr. 10 i 11.)

Jako przyczynek do zawilego unerwienia tęczówki podaje autor objaw źreniczny, dający się wywołać przy porażeniu postępowem. Z pomiędzy 7iu przypadków u dwóch paralityków po kilkakrotnym po sobie następującym dobrowolnym silnym skurczu powiek przy-szło do przeciwnej zmiany nierówno rozszerzonych źrenic. U dru-gich, jakkolwiek ten objaw nie dał się wywołać, można było jednak spostrzedz podobny przy zmianie oświetlenia lub akomodacyi. Z tego wnosi autor, że

1. Istnieje wrodzona różnica szerokości źrenic, którą można dobrowolnie zmienić, pod warunkiem, że odczyn źrenicy na zbież-ność i na światło na obu oczach jest różny.

2. Przy porażeniu postępowem zdarzają się przypadki, w któ-rych doświadczalnie można zmienić szerokość źrenic: *a.* przez zmianę oświetlenia, gdy na przykład szersza źrenica oddziałuje na światło, węższa zaś nie lub leniwo; *b.* przez zmianę akomodacyi, gdy od-czyn źrenic na akomodację jest po obu stronach różny przy źre-nicach nieoddziałujących na światło; *c.* przez skurcz dowolny po-wiek, gdy działanie mięśnia obrączkowego jest wybitniejsze po stronie z szerszą, nieoddziałującą na światło źrenicą, niż po drugiej z węż-szą, oddziałującą.

3. Nieoddziałująca na światło źrenica może oddziaływać współ-czulnie.

4. Przez zasłanianie lub oświetlanie nieruchomej źrenicy w pe-wnych przypadkach można wywołać współczulne oddziaływanie dru-giej, czulej na światło.

5. Z dwóch poprzednich ostateczny wniosek: że pomimo przerwby łuku odruchowego po jednej stronie współczulny odczyn źrenicy może być wywołany dzięki bezpośredniemu anatomicznemu połączeniu ośrodku dla włókien źrenicznych z jednej strony, z ośrodkiem zwieracza źrenicy po drugiej stronie. *Dr Kuniewski.*

*Neurectomia optico-ciliaris przy glaucoma absolutum.*  
S. Gołowin. (>Więstnik Oftalmologii<. 1900. Zeszyt VI.)

Autor zaleca tę operację przy absolutnej jaskrze w dwóch celach: 1. dla usunięcia bólów i 2. dla zachowania ślepego oka w celach kosmetycznych, co jest bardzo ważną rzeczą, osobliwie w niższej klasie. Neurektomię wykonuje od strony zewnętrznej, przecinając wraz ze spojówką mięsień prosty zewnętrzny; dobrze jest przytem zrobić kantoplastykę, która ułatwia wprawienie do oczodołu wypchniętej z niego krwią gałki. Tę ostatnią wyciąga nie haczykiem, lecz łyżeczką Welsa (używaną przy enukleacyi), wprowadzoną poza gałkę tak, żeby nerw wzrokowy dostał się w jej rozszczepienie. Dla zapobieżenia większemu krwotokowi używał on hemostatycznych małych obciążków Kochera; wprowadza je głębiej poza łyżeczkę i nakłada na naciągnięty nerw wzrokowy. Następnie między łyżeczką i obciążkami rozcina się nerw krzywymi nożyczkami; obciążki pozostają na tylnym odcinku nerwu, a gałka wywraca się tylnym biegunem ku przodowi, co ułatwia odcięcie sterującego nerwu wzrokowego tuż przy twardówce; potem starannie opatruje się tylną część gałki i odcina się niteczki rzęskowych nerwów. Gałkę wprawia się na swoje miejsce i ranę spojówki zeszywa się, tak samo robi się i z zewnętrznym kątem powiek, jeśli bywa znaczny trzeszcz. Operuje się albo z chloroformem albo ze wstrzyknięciem 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu kokainy poza gałkę. Na 14 przypadków autor raz tylko nie mógł wykonać tej operacji, a zastąpił ją enukleacją, wskutek wykrycia wielkich garbców w równikowej okolicy twardówki.

Osiąga on następujące wyniki: 1. U niektórych chorych dno oczne, niewidzialne przed operacją, wyjaśniło się po operacji. — 2. W dwóch przypadkach był silny krwotok do oczodołu, u jednej chorej powlazał się on nawet do omdlenia 4 razy w ciągu miesiąca, co potrzebowało wprowadzenia palca dla oczyszczenia skrzepów, hemostatycznych obciążków i wstrzykiwań roztworu solnego. — 3. Bóle zniknęły bezpowrotnie. 4. Gałka zachowała swą postać i ruchy; w celu zapobieżenia str. divergens, autor radzi nie zeszywać mięśnia. 5. Spojówka dość długo była obrzękniętą i przekrwioną; przednie rzęskowe żyły rozszerzone. 6. Rogówka głównie znieczuloną była w środku; ani razu nie spostrzegano w niej mniej więcej głę-

bokich owrzodzeń, chyba tylko oddzielenie się nabłonka. 7. W dwóch przypadkach w komórce oka powstawał krwotok, powoli ulegający wessaniu. 8. Autor dość starannie przeprowadził badanie tonometryczne operowanych gałek, przekonał się on, że obniżenie śródocznego ciśnienia w takich razach trwa niedługo, najdłużej do dwóch tygodni; po 3—4 tygodniach zawsze znowu się podnosi, nie dochodząc jednak do takiej wysokości, jak przed neurektomią.

W dwóch przypadkach wykonano wskutek tego po neurektomii irydektomię, lecz skutek tej ostatniej był także tylko czasowy, śródoczne ciśnienie znowu się powiększyło. Dało to pochop autorowi do wypowiedzenia zdania: wszystkie nasze najsilniejsze środki i najenergiczniejsze operacje nie są w stanie przez wyciężyc raz ustalonego podwyższenia śródocznego ciśnienia. Tonometryczne badania w tych razach utwierdziły Dra G. w przekonaniu, że najprawdziwsza teoria jaskry jest naczyniowa, wskutek fizycznych zmian w ścianach naczyń ludzi starych; ma się rozumieć, nie możemy w ten odmówić i pewnego znaczenia nerwom.

Dr J. T.

*Blepharo-sphincterectomy, rękoczyn celem leczenia zapalenia rogówki jaglicowego i limfatycznego.* (Blepharo-sphincterectomy, eine Operation zur Behandlung der Keratitis trachomatosa und serophulosa.) Prof. Mulder z Groningen. (>Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde<. 1900. November.)

Rękoczyn ten wykonuje się w ten sposób, iż prowadzi się 2 mm. powyżej brzegu spojówkowego równoległe do tegoż jedno cięcie, a drugie znowu 2—4 mm. wyżej. Tak wycina się mały owalny płacik skórny. Zarazem usuwa się wszystkie włókna mięśnia okrężnego aż do chrząstki; ranę zaś zamyka się zwykłymi 2—3 szwami.

Autor poleca wykonywanie tego rękoczynu przy zapaleniach rogówki jaglicowych i limfatycznych. Przy jaglicy dlatego, iż 1. opadnięcie powieki i niezwykle ciśnienie ustępują w ten sposób, a choroby doznają ulgi, przyczem zajęcie spojówki goi się łatwiej przy użyciu zwykłych środków; 2. w ten sposób zapobiega się w większości przypadków powikłaniom ze strony rogówki, istniejące już zapalenie rogówki leczy się o wiele łatwiej, a nawroty się nie powtarzają; 3. usuwa się jedną z najgłówniejszych przyczyn powstania entropium. Przy zapaleniach zaś limfatycznych rogówki usuwa się w ten sposób skurcz powiek i wszystkie jego następstwa.

Autor wykonał ten rękoczyn w około 350 przypadkach w przeciągu 18 lat i zaleca go bardzo, dając mu pierwszeństwo przed t. zw. blepharo-chalazis Schwabego.

Dr Gruszkiewicz.



*O irydektomii w jaskrze* (De l'iridectomie dans le glaucome).  
A b a d i e. (>Arch. d'ophtalmologie<. 1900. Novembre).

Że irydektomia daje znakomite wyniki w przypadkach jaskry ostrej, to jest ogólnie wiadomem; jak również w przypadkach jaskry zapalnej przyostrej lub przewlekłej. W przypadkach *glaucoma simplex* każda operacya na gałce samej jest przeciwwskazana, gdyż nie tylko nie jest skuteczną, ale wprost wywołać może wpływ szkodliwy na bystrość wzroku, względnie dalszy przebieg choroby. W tej chorobie nie powinno się wykonywać irydektomii, ale tylko wycięcie szyjnego *ganglion sympatici*, a operacya ta daje wyniki takie, jakich żadne inne leczenie dać nie może. Błędem jest stosować wycięcie *ganglii cervicalis* w razach jaskry zapalnej, ostrej czy przewlekłej. Narazie otrzymamy wprawdzie poprawę, ale ona nie jest trwałą. Nie powinno się też w tych przypadkach wycinać zwoju szyjnego, gdyż irydektomia łatwiej i pewniej do celu prowadzi.

Dr Brudzewski.

*O nieopisananej dotychczas chorobie zewnętrzznego kącika powiek.* (Ueber eine bisher nicht beschriebene Affection des äusseren Augenwinkels). Dr Kamil Hirsch z Pragi. (>Centralblatt f. prakt. Augenheilkunde<. 1900. XI—XII.)

Autor przytacza dziewięć przypadków przewlekłego nieżytu przyszczykowego spojówki (*catarrhus follicularis*), którego częste nawroty widzi on w nieprawidłowym wroście rzęs górnej powieki w okolicy kącika zewnętrznego. A mianowicie w przypadkach tych rzęsy górnej powieki były skierowane prosto ku dołowi, pokrywając zaś kącik zewnętrzny, przechodziły prostopadłe aż do dolnego załamka spojówki. W miejscu krzyżowania się tych rzęs z tylną krawędzią dolnej powieki powstawały przez to wgłębienia, otoczone ziarniną. Poza tem reszta rzęs miała prawidłowy kierunek. Po usunięciu rzęs szczypeczkami, nieżyt spojówki powiek w krótkim czasie znacznie się polepszył; gdy zaś po miesiącu rzęsy napowrót wyrosłać poczęły, autor usunął je elektrolizą. We wszystkich dziewięciu przypadkach opisana ta zmiana była obustronną, a leczenie polegało na usuwaniu rzęs szczypeczkami, później zaś na zastosowaniu elektrolizy. W ten sposób stan się polepszał, a rowkowane wgłębienia na tylnej krawędzi brzegu powieki dolnej z czasem zupełnie zniknęły.

Autor podnosi brak wszelkich objawów, przemawiających za jaglicą, gdyż nie było ani śladu jakiegokolwiek blizn lub przerostu brodawkowego na spojówkach. Jako dalszy ujemny moment przytacza autor brak ectropium i trichiasis lub distichiasis.

Przyczynę powyższych zmian widzi on najpierw w ukształtowaniu zewnętrznego kącika powiekowego, które wedle pomiarów

autora u różnych ludzi jest różnym, a następnie w nieprawidłowym zachowaniu się rzes w kąciaku zewnętrzny, w którym prawidłowo rzesy nie istnieją. Nadliczbowe takie rzesy były we wszystkich 9 przypadkach skierowane na dół. Otóż przez skurcz mięśnia okrężnego powiek mogą się takie rzesy zagiąć do dolnego załamku a skoro one dla swej niezwyklej długości niełatwo wydostać się mogą, powodują z czasem opisany stan zapalny spojówki powiek, a to tem bardziej, że przez odruchowy skurcz mięśnia okrężnego powiek weiskają się rzesy coraz głębiej.

Przypadki takie nie są częste<sup>1)</sup>, a lekarze przeoczą je, gdyż fałszywie rozmieszczone rzesy wydostają się na wierzch niepostrzeżenie przy rozłwieraniu powiek.

*Dr Gruder.*

*Studjum krytyczne o enukleacyi, operacyach zastępczych oraz protezie* (Étude critique sur l'enucléation les operations proposées pour la remplacer et sur la prothèse). Demaria. (Archiv d'ophthalmol. < 1900. Septembre — Novembre.)

Duża praca, więcej statystyczna, oparta na materiale kliniki w Buenos-Ayres (29.398 chorych). Część pierwsza zawiera obszernie opisy przypadków, gdzie wykonano enukleację, oraz motywa wskazań i przeciwwskazań, — Nowych i nieznanych rzeczy weale nam autor nie podaje, jak i w części drugiej nie oryginalnego nie znajdujemy, jeno tylko zebrane z literatury wszystkie operacje, zastąpić mające wyjęcie gałki. Niektóre tylko były wykonywane; inne, jak neurotomia i neurectomia, oraz evisceratio combinata (Mules), są tylko opisane. Więcej zajmujący jest rozdział, traktujący wyłącznie o protezie, a mianowicie w tych razach, gdy bądźto po wyjęciu gałki dla otrzymania większej ruchliwości oka sztucznego starano się w oczodole implantować różne ciała, bądźto, gdy bez tej implantacji wszywano sposobem Schmidta mięśnie w spojówkę, aby w ten sposób ruchliwość protezy zwiększyć. Ostatni ten sposób podług D. nie daje weale lepszych wyników, niż enukleacja zwykła. Co zaś do kulek ze szkła, używanych w miejsce gałki, celluloidu, metalu, dalej jedwabiu zwiniętego, lub też gąbek sterylizowanych, wszystkie te metody są bezskuteczne. Praktyka wykazuje, że jakienibądź ciało obce, wszyte pod spojówkę, po dłuższym lub krótszym czasie zawsze się wydzieli — i dotychczas nie ma sposobu utrzymania go na stałe w oczodole. Należy zatem te metody odrzucić jako niepraktyczne, a przedłużające niepotrzebnie czas leczenia po enukleacyi.

*Dr Brudzewski.*

<sup>1)</sup> Przeciwnie, przypadki takie są dość częste i dotyczą ócz o nieco dłuższej szparze powikowej. W.

*Wytworzenie się przetoki po operacji zaćmy. Wyleczenie.* (Fistelbildung nach Staaroperation. Heilung). Prof. Elschnig. (»Wien. Med. Wochenschrift«. 1900. Nr 49).

Opisawszy przypadek przetoki, powstałej po usunięciu zaćmy, podaje autor sposób, w jaki ją usunął; mianowicie przypalił ściany przetoki galwanokauterem i oddzieliwszy potem płat spojówki gałkowej, przykrył nim przetokę, przymocowując płat dwoma szwami. Ze względu zaś na rzadkość przypadku omawia przyczyny powstawania i skutki, jakie niezagojona przetoka w następstwie swoim pociągnąć może. (Sposób leczenia nie nowy, a opis przypadku i zabieg aż nadto przypomina pracę prof. Wicherkiowicza, zamieszczoną w »Postępie Okulistycznym«. R. I. Z. 1., gdzie też czytelnik wszystkie szczegóły znajdzie obszerniej opisane. *Przyp. ref.*)  
*Dr Łuniewski.*

### III. ROZMAIŁOŚCI.

**Pityriasis rubra i przerost (hyperplasia) przybłonka rogówkowego.** Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa dla dermatologii i syfilografii z d. 6 grudnia 1900. przedstawił Dr Kalt 10letnią dziewczynkę, okazującą *pityriasis rubra pilaris*, której początki sięgały pierwszych lat dzieciństwa. U dziecka tego obie rogówki przedstawiają zmiany, polegające w pierwszym rzędzie na nadmiernem bujaniu i przeroście warstwy przybłonkowej, a zatem przedstawiające pewne podobieństwo ze zmianami na skórze. Rogówka lewego oka okazuje ograniczone zgrubienie o średnicy 5 mm, a wystające ponad poziom części okolicznych o  $\frac{1}{4}$  mm. Badanie histologiczne wykazało bardzo znaczny przerost warstwy komórek przybłonkowych i zastąpienie błony Bowmana tkanką łączną włóknistą. Tęczówka zdradzała ślady przebytego zapalenia. Na lewym oku powierzchnia rogówki pokryta jest cienką łuszczyką, wśród której widać powierzchownie owrzodzenia. Środek rogówki zajmuje podobne zgrubienie przybłonkowe, barwy białej, jak u prawego oka. Zgrubienie to ustąpiło pod wpływem stosowania maści żółtej. U lewego oka istnieją też ślady po zapaleniu tęczówki. (Według Sem. médicale). — *K. W. M.*

**„Migraena ophthalmoplegica“ jako pierwszy objaw kiły mózgowej.** Na posiedzeniu paryskiej „Société médicale des hôpitaux“, z dnia 14 grudnia 1900. podał Dr Lamy historię choroby pewnej 26letniej kobiety, która cierpiała przez pewien przeciąg czasu na napady połowicznego bólu głowy, połączone z opadnięciem górnej powieki. Z czasem ból głowy stał się niustającym, a wzmagał się zazwyczaj nocami. Równocześnie *ptosis* z przemijającej stała się trwałą. W tym



okresie można już było zauważyć u chorej pewne przytępienie władz umysłowych i utratę pamięci. Objawy te wskazywały na jakies zubożenie organiczne na podstawie mózgu. Zupełne wyzdrowienie, osiągnięte w krótkim czasie zapomocą leczenia rtęciowego, dowiodło, że tłem cierpienia była kiła. Dla wyjaśnienia napadów migreny, którą choroba się rozpoczęła, przypuszcza Dr Lamy istnienie zaburzeń w krążeniu (przemijający skurcz tętnic mózgowych) przed wystąpieniem właściwych, organicznych zmian kiłowych. (Według Sem. médicale). — K. W. M.

**Ostry samoistny obrzęk powiek.** Na posiedzeniu paryskiej „Société médicale des hôpitaux“, z dnia 30 listopada 1900 r., podał Dr Galliard opis ostrego samoistnego obrzęku powiek, jaki miał sposobność spostrzegać w dwóch przypadkach. Pierwszy z nich odnosi się do 4letniej dziewczynki, która w czasie pobytu nad morzem dostała po raz pierwszy silnego jednostronnego obrzmienia powiek bez równoczesnego zajęcia gałki ocznej, a nawet bez nastrzyknięcia spojówki powiekowej. Obrzęk ten ustąpił po upływie 24 godzin, ale po 6 tygodniach pojawił się znowu na tem samym oku. Potem jeszcze 6 razy ponawiały się nawroty cierpienia, a każdym razem obrzmienie powiek dochodziło do bardzo znacznych rozmiarów. Drugi przypadek dotyczy 3letniego dziecka płci żeńskiej, które po mocnym przziębieniu się dostało najpierw ostrogo zapalenia w prawym stawie kolanowym, potem wysypki guzkowej (*erythema papulosum*) na skórze kończyn dolnych, a po dwóch dniach bardzo silnego, samoistnego obrzęku powiek prawego oka. Dziecko wyzdrowiało zupełnie w ciągu dni dwunastu. — W rozprawach Dr Barié i Du Castel wyrazili przypuszczenie, że w przypadkach tych obrzęk powiek był miejscowym objawem zwyczajnej pokrzywki (*urticaria*), spowodowanej prawdopodobnie przemijającym zaburzeniem w przewodzie pokarmowym<sup>1)</sup>. — (Według Sem. médicale). — K. W. M.

**Zapalenie rogówki, spowodowane nitronaftaliną.** Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa lekarskiego, z dnia 28 listopada 1900, przedstawił prof. Silex chorego, okazującego miąższowe zapalenie rogówki, spowodowane zadrażnieniem oka przez gaz, wywołujący się z nitronaftaliny. Cierpienie to znamionuje zaćmienie rogówki w głębokich warstwach, a prócz tego na jej powierzchni widać mnóstwo drobniutkich pęcherzyków, których dno prześwieca barwą szarą. Prof. Silex przestrzega przed użyciem maści żółtej Pagenstechera i podawaniem jodku potasu w tem cierpieniu oka. Jedynym sposobem usunięcia zmian jest jak najspieszniejsze usunięcie szkodliwego wpływu nitronaftaliny. W literaturze znane są jeszcze dwa podobne spostrzeżenia, opisane przez Fuchsa. — (Według Sem. médicale). — K. W. M.

<sup>1)</sup> Albo też działaniem jakiego podanego leku, coby najwięcej przemawiało do naszego przekonania i odpowiada własnemu doświadczeniu. W.

**III zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze** odbędzie się od 25 do 29 maja b. r. Z przysłanego nam łaskawie zaproszenia i programu zjazdu dowiadujemy się, że uczestnicy zjazdu innych narodowości mogą przyjmować udział bądź jako rzeczywisci członkowie, którym przysługuje prawo wygłaszania odczytów, rozprawiania, podawania projektów w swym ojczystym języku, bądź też jako zwyczajni goście.

Wobec tego niedostateczna znajomość języka czeskiego nie powinna nas powstrzymywać od wzięcia udziału w zjeździe, a mamy to przekonanie, że polscy lekarze i przyrodnicy licznie stawią się do tego turnieju naukowego, nie tylko dla samej nauki, ale, by przy tej sposobności ściśnięć węzły przyjaźni z narodem bratnim, którego energię w pracy, celowość w przedsięwzięciach i solidarność w dążnościach cenić nauczyliśmy się.

Sekeyi będzie 9. Do IV. należą: ogólna i specjalna chirurgia, położnictwo, choroby kobiece, oczne, uszne, gardlane, nosowe, dalej dermatologia i syfilodologia.

Znane i sympatyczne nam osoby prezesa prof. Hlavý i gen. sekretarza Dr Vesolego dają pewność, że pod takim przewodnictwem zjazd ten w pięknej stolicy nad Weltawą należeć będzie do najprzyjemniejszych i najświetniejszych.

Zgłoszenia odczytów przyjmuje Doc. Dr A. Vesolý. Praga I. Nábřeží 14, składki zaś w kwocie 10 k. Doc. K. P. Kheil. Praga II. Myslíkova ul. 3.

#### IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Uhthoff w Wroclawiu mianowany t. radcą.

Dr Borzymowski, ordynator kliniki chirurgicznej warszawskiego uniwersytetu, otworzył w Warszawie przy ulicy Karmelickiej pracownię sterylizacyjną.

#### V. KRONIKA ZAŁOBNA.

Prof. Weiss zmarł w Heidelbergu.

#### VI. OD REDAKCYI.

*Drogi J. T. w Lublinie:* I my nie rozumiemy, a raczej nie chcemy się domyślać pobudek, które niektórych kolegów skłaniają do drukowania swych prac w czasopismach, przeznaczonych dla szerszego ogółu lekarzy, gdy artykuł treścią wyłącznie specjalistów zająć może. Powoli, miejmy nadzieję, obudzi się sumienie i zapal dla wspólnej pracy bez uprzedzeń. Proszę zachować nam i nadal życzliwość.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

*ZK WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA HABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.*

Marzec

—\*— ROCZNIK TRZECI —\*—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

Ze szpitala ludowego Paszkowa w Woskresieńskiej Hucie  
(gub. Ufimska).

### 1. Przypadek pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego.

Podał

JÓZEF IDZIKOWSKI

Opisywany przypadek dotyczy włościanina z sioła Meleuz (gub. Ufimskiej). Chory, lat 45, średniej budowy, odżywienia zadawalniającego (zajmował się dość korzystnym handlem), dawniej nigdy poważnie nie chorował, ani też nie podlegał urazom. W prawem oku utracił wzrok przed dwoma laty; ślepotą rozwijała się prawie niepostrzeżenie, stopniowo, bez wahań, bez jakichkolwiek bólów lub objawów podrażnienia. Jednocześnie z całkowitą utratą wzroku znajomi zaczęli zwracać uwagę na wysadzenie oka, co chory mógł sam stwierdzić w zwierciadle. Dopiero pięć miesięcy temu zjawiły się bóle okresowe również w prawem oku i odnośnej połowie głowy — wraz z uczuciem rozszadania i wypierania gałki. Z czasem bóle stały się częstszymi i silniejszymi, później jednak zaczęły słabnąć, aż wreszcie,



miesiąc temu, przeszły w stan stałej, niezbyt dotkliwej bolesności. Chory nie zwracał się o pomoc do lekarzy; obecnie zaś przybył do szpitala. zaniepokojony opinią »babek«, które dowodziły, że choroba może przejść na oko lewe, dotychczas zdrowe.

Stan obecny. Prawa gałka oczna znacznie wysadzona i zepchnięta ku dołowi i środkowej linii twarzy, przyczem powieka dolna wywinięta więcej od strony nosa, niż skroni. — Zresztą powieki domykają się jeszcze szczelnie. Ruchliwość gałki dość wyraźna, choć znacznie ograniczona, osobliwie ku wewnętrznej i dolnej stronie. Spojówka wszędzie na pozór zdrowa, z wyjątkiem części, wyścielającej wywiniętą powiekę, zaczerwienionej i zapalnej. Rogówka i tęczęwka zmian żadnych nie przedstawiają. Żrenice, rozszerzone, jak przy jaskrze, po wkropleniu ezeryny zwięzają się prawidłowo. Soczewka zupełnie zaćmiona (*cataracta matura*). Pod palcami wyraźnie wyczuwa się wyniosłości guzowate, dość twarde, okalające tylny odcinek gałki, osobliwie od strony skroniowej, rozpoczynające się prawie tuż u przyczepów mięśniowych i jakoby wypełniające cały oczodoł. Gałkę udaje się zepchnąć nieco ku górze i na zewnątrz tylko wraz z guzami. Napięcie oka wzmożone. Bolesność przy ucisku nieznaczna. Wzrok = 0.

Lewe oko prawidłowe; wzrok = 1. Odpowiednie gruczoły limfatyczne szyi niewyczuwalne. Narządy wewnętrzne nie godnego uwagi nie przedstawiają. Trawienie i odżywianie zadawalniające.

Przyjmując pod uwagę wiek chorego, późne wzmożenie napięcia (v. Graefe), rozwinięcie ślepoty przed objawami zapalnymi, prawidłowy stan lewego oka, wreszcie wysadzenie gałki i obecność guzową tych wyniosłości, stwierdzoną przy badaniu palcami, — postawiono rozpoznanie: neoplasma chorioideae, przypuszczalnie, mięsak naczyńwki w trzecim okresie jego rozwoju (*st. perforationis*).

Badanie za pomocą wziernika, które okazało się możliwym dopiero po usunięciu zaćmy, najzupełniej potwierdziło powyższe rozpoznanie. Przekonano się bowiem, że obok zaniku tarczy n. wzrokowego, przez dostatecznie jeszcze przezrocyste

środowiska — poza zrenicą w głębi oka — widniało szare oderwanie siatkówki, wypukłej w kilku miejscach, — guzowato, bez załamania. Owe gładkie guzy wychodziły jakby z dna oka, wiankiem, okalającym tarczę i zacierającym jej granice, i jedne kończyły się w polu widzenia, inne ginęły poza tęczówką. Przez wypukłą w ten sposób siatkówkę wyraźnie widać było nabrzmięta i kręte naczynia. Siatkówka przy ruchach oka falowaniu nie podlegała. Wobec całkowitego zniesienia wzroku w cierpiącym oku, a szczególnie wobec tego, że już w danym okresie mięsaków naczyniówki nawroty należą do częstych zjawisk (94% według Fuchsa), przystąpiłem 2 listopada 1899 r. do wyłuszczenia oka wraz z guzem. Operacja nie przedstawiała trudności z powodu, że guz, znajdując się w lejkum mięśniowym i rozpierając takowy, leżał luźno wśród otaczających tkanek. Ponieważ guz dosięgał otworu nerwu wzrokowego (*foraminis n. optici*), ostatni starałem się przeciąć tuż u wejścia do oczodołu.

Na pozór operacja wydawała się zrobioną w swoim jeszcze czasie, chociaż na razie nie można było mieć pojęcia, o ile cięcie miało miejsce w zdrowych częściach nerwu. Po jedenaście też dniach chory na własne żądanie został wypisany ze szpitala z raną, pokrytą zdrową na pozór ziarniną.

Jednakże już 22 sierpnia 1900 r. chory zjawił się do szpitala z nawrotem cierpienia. Na ten raz cały prawy oczodoł był wypełniony guzami, z których jeden wydobywał się z głębi, dwa mieściły się poza błoną śluzową powieki dolnej. Gruczoły limfatyczne podszczękowe i szyi z prawej strony wyraźnie dawały się wyczuwać. W odpowiedniej jamie pachowej mieścił się guz wielkości jaja gołębiego. Pod skórą zaś tułowia, osobliwie strony przedniej i prawej, — na piersiach i brzuchu — widniały tu i owdzie guzki wielkości rozmaitej — od grochu do łaskowego orzecha, w liczbie ogólnej 67. Zabarwienie nowotworów przez skórę nie przeświecało. Wątroba była powiększoną, wyczuwała się na trzy palce poniżej krawędzi klatki piersiowej. Trawienie i odżywianie podlegało upośledzeniu. — Mielśmy więc do czynienia nie tylko z nawrotem cierpienia,

lecz i z jego rozpowszechnieniem w powłokach, jak również z bardzo prawdopodobnem zajęciem narządów wewnętrznych.

Dnia 26 sierpnia t. r. wykonałem całkowite opróżnienie (*exenteratio*) oczodołu zajętego, nie pozostawiając nawet okostnej, zgodnie z radą Fuchsa; wyłuszczyłem też guz z jamy pachowej i drugi, wielkości orzecha laskowego, leżący w okolicy prawego mięśnia piersiowego, poczem chory został poddany leczeniu kwasem arsenikowym podług sposobu Czerny-Trunečka<sup>1)</sup>, w połączeniu z dawkami liq. Fowleri do wewnątrz. Sześciotygodniowe leczenie jakoby powstrzymało rozwój choroby. Można przynajmniej orzec ze stanowczością, że trawienie zostało uregulowane, co korzystnie wpłynęło na odżywianie chorego. Waga bowiem ciała wzrosła o 1,2 kilo. Powstawania nowych guzów również nie zauważono. Dalsze leczenie zostało przerwane z powodu wyjazdu chorego, zaniepokojonego sprawami domowemi, dnia 14 października b. r.

Badanie makroskopowe wykazało, co następuje: nowotwór wraz z gałką przypomina nieco postać nerki, — długi 16 mm, szeroki 23 mm; sam przez się okala tylną półkulę oka, nasuwając się na nią na wzór chełnu — od strony skroniowej. Po złuszczeniu zciężzonej torebki (pochwa zewnętrzna nerwu wzrokowego), nowotwór przedstawiał konsystencję sprężystą, powierzchnię nierówną, zrazikową; to samo widać było na przekroju (patrz zdjęcie fotograficzne na str. 81). Samego nerwu wzrokowego — nawet w miejscu odcięcia nowotworu — wysledzić nie można, co jakoby przemawia za tem, że część nowotworu wraz z wejściem nerwu pozostała nieusuniętą.

Po przebiegu twardówki guz rozwija się, raczej rozlewa kilkoma wyniosłościami po jej wewnętrznej ściance, przyczem wypukła do wewnątrz naczyniówkę wraz z siatkówką; ostatnia

---

<sup>1)</sup> Właściwie smarowanie Czerny-Trunečka było tylko — zgodnie z ich metodą — na częściach, niepokrytych powłokami, t. j. w oczodole; w gruczoły zaś i guzeczki nowotworowe wstrzykiwano sol. Fowleri podług przepisu, używanego przez Billrotha w leczeniu chłoniaków złośliwych, przyczem do wewnątrz podawano ten sam roztwór w zwiększonych dawkach (do 30 kropel na dobę).



daje się łatwo oddzielić od guzów na całej prawie przestrzeni; gdy naczyniówka stanowi jedną jakoby masę z guzami.

Pod drobnowidem<sup>1)</sup> zauważono, że guz składa się z tworów komórkowych okrągłej postaci, układających się w okrągłe i owalne gniazda i grupy takich gniazd, przeważnie zaś z gęstej przezroczystej tkanki, nie posiadającej określonej budowy;



Mięsak n. wzrokowego. Powięk.  $\frac{6}{1}$ .

N. strona nosowa (górna połowa prawego oka). S. strona skroniowa. R. siatkówka.  
Ch. naczyniówka. G. guzowate wyniosłości. Z. zraziki nowotworu.

miejscami z tkanki włóknistej, rozrosłej najwidoczniej, — sądząc z kierunku włókien, — na koszt włókien nerwowych, uległych zanikowi. Gniazda komórek, odgraniczone od osłony kręgiem, a gdzieniegdzie tylko półksiężycem przestrzeni świetlnej (po części wynik zmarszczenia od kwasu chromowego i alkoholu, jak wyjaśnia Ziegler<sup>2)</sup>).

Miejscami widać twory komórkowe, ugrupowane w kręgi ze światłem pośrodku, przyczem w niektórych widnieją ciała krwi (światła naczyń). Światła naczyń zwężone, a ściany ich

<sup>1)</sup> Ustalenie w celluloidynie i barwienie hematoksyliną podł. Weigerta.

<sup>2)</sup> Ziegler: Podręcznik ogólnej i szczegółowej anatomii patologicznej. — Tłóm. z niemieckiego.

znacznie zgrubiałe. W części gałkowej nowotworu naczyń znacznie więcej, niż w części dośrodkowej; w ostatniej na wielu skrawkach wcale ich nie ma. Zmian patologicznych w naczyniówce niepodobna ściśle odgraniczyć od takich zmian w warstwach, pod nią leżących; nowotworowe nacieczenie widocznem jest we wszystkich jej częściach. Ani w naczyniówce, ani w siatkówce nie widać zbliznowaceń, jako śladów przebytego zapalenia.

Powyższe dane przemawiają za tem, że w opisywanym przypadku mieliśmy do czynienia z włókniako-mięsakiem z charakterystyczną budową, osobliwościami klinicznymi i złośliwością. Pozostaje przeto do rozstrzygnięcia pytanie, gdzie szukać punktu wyjścia dla nowotworu: w naczyniówce, za czem zdają się przemawiać bardziej dane kliniczne (takie rozpoznanie było postawione przed operacją) i wyraźne w niej nacieczenie nowotworowe, czy też w nerwie wzrokowym, ewentualnie w onerwii. Ostatnie wydaje się prawdopodobniejszem wobec daleko posuniętych zmian, jakim nerw ten uległ i przy których zmiany śródoczne wtórną i podrzędną grać muszą rolę.

Jeżeli zaś takie śródoczne rozlewanie się pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego do rzadkich musi należeć zjawisk, a nawet zdaniem niektórych wydaje się wprost niemożliwem (Lagrange<sup>1)</sup>), to powodów należy szukać w tej jedynie okoliczności, że opisywane dotąd przypadki należą do wcześniej dostrzeżonych, w których cierpienie nie zdołało rozwinąć się dalej. Nie dziw więc, że między nimi znajdują się i takie przypadki, jak Axenfelda<sup>2)</sup>, gdzie czynność wzrokowa pozostała w całej niemal sile, lub przypadek Stanculeanu<sup>3)</sup>, gdzie sprawa wywołała zaledwie objawy zastoinowe w tarczy, a z drugiej strony cały szereg przypadków ze zniesieniem czynności wzrokowych i zanikiem włókien nerwowych.

---

<sup>1)</sup> »le néoplasme ne se propage jamais jusqu'à la papille; il est arrêté par la lame criblée«. F. Lagrange — Précis d'ophtalmologie. 1897.

<sup>2)</sup> Axenfeld: Demonstration eines Falles von exstirpirtem Myxosarkom des Sehnerven (Korrespondenzblatt des Allg. Mecklenb. Ärztevereins. Nr 195., ref. Centralbl. f. Chirurgie. Nr 18. 1899.

<sup>3)</sup> Société anatomique 29 Juin 1900., ref. Presse med. Nr 54. 1900.

Warunki społeczne szerokie granice zakreślają rozwojowi cierpienia. Gdy jedni zwracają się do lekarza już z pierwszymi objawami choroby, inni, jak nasz chłop niezaradny i nieoświecony, pozwalają jej rozwijać się poza znane dotąd granice. Anatomicznie, wbrew zdaniu Lagrange'a, powyższego rozwoju mięsaka pierwotnego nie można uważać za niemożliwy, ponieważ drogami przenikania do śródocza mogły tu służyć te same drogi limfatyczne, które pozwoliły mu rozrastać się po twardówce (tak w naszym, jak i w wielu innych znanych przypadkach) i później (prawdopodobnie przez przestrzenie Tenona) przeniknąć do systemu chłonnego całego ustroju.



## 2. O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych.

Podał

DR JAN SĘDZIAK.

Jakkolwiek już przeszło przed laty 30 zwracano uwagę (Arlt, Ziem) na fakt, że pewne zaburzenia oczne zależą od zmian w nosie, względnie w jego zatokach, to jednak dopiero w ostatnich czasach sprawa ta dokładniej została opracowana.

Oprócz licznych prac kazuistycznych do wyświetlenia stosunku chorób nosa, względnie jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, przedewszystkiem przyczyniły się prace Lievena (1), Batuta (2), Gradlea (3), Caldwell'a (4), Niedena (5), Ziema (6 i 7), Kuhnta (8), wreszcie Arslana (9) i Fortunatiego (10).

I w znakomitej monografii Schmidt-Rimplera (11) o chorobach ocz w związku z innymi cierpieniami znajduje się rozdział, poświęcony stosunkowi chorób nosa do ocznych zaburzeń.

Najbardziej jednak wyczerpująco sprawa ta została opracowana przez Wincklera (12), a ostatnio przez Jonasa (13), których monografiami przedewszystkiem posiłkowałem się przy pisaniu niniejszej pracy.

U nas w sprawie powyższej pisał Lubliner (14).



»Wenn 2 Organe in anatomischer Beziehung sich so nahe stehen, wie Nase und Auge, und wenn dieselben von Gefässen und Nerven versorgt werden, welche zum grössten Theil demselben Stamme entspringen, dann dürfen wir wohl a priori annehmen, das auch die Function des einen nicht ohne Einfluss sein wird auf die des andern« — tak się wyraża Jonas w wyżej wspomnianej monografii (str. 108).

I rzeczywiście pod względem anatomicznym jamy nosowe znajdują się w tak ścisłym związku z narządem wzroku, że różnorodne sprawy chorobowe mogą z wielką łatwością przechodzić z nosa, względnie jego zatok na oczy bądź bezpośrednio *per continuitatem* zapomocą przewodu nosołzowego, odgrywającego tu takąż rolę, jak trąbki Eustachiusza w cierpieniach usznych pochodzenia nosowego, bądź pośrednio *per contiguitatem*, jak to ma miejsce przy zaburzeniach ocznych, mających swoje źródło w cierpieniach jam bocznych nosa.

Rozpatrzmy pokrótce te stosunki anatomiczne: 1) przewód nosołzowy (*ductus s. canalis nasolacrymalis*), przeznaczony do odprowadzania łez z worka łzowego, znajdującego się w jamie łzowej i obejmującego przewodziki łzowe, do jam nosowych, przebiega w brózdzie między środkową ścianą jamy szczękowej górnej i częścią bocznej ściany nosowej, do której przylega przedni odcinek dolnej małżowiny nosa.

Dolne ujście przewodu nosołzowego, oddalone od przednich otworów nosa (*nares*) na 22—25 mm, znajduje się bądź w bliskości sklepienia dolnej małżowiny, lub też wydłuża się mniej więcej do środkowej części stropu dolnego przewodu nosa. Jeżeli otwór znajduje się wysoko, to przedstawia się on wówczas, jak otwarta, szeroka jama, jeżeli zaś leży dalej ku dołowi, wtedy jest on węższy i wskutek skośnego przebiegu przykrywa go załanek błony śluzowej. Czasami prócz ujścia głównego bywa 1—2 dodatkowych (Mihalkovics).

Przewód nosołzowy pokryty jest błoną śluzową, stanowiącą dalszy ciąg takiejże błony śluzowej nosa i również jak ta ostatnia wysłaną nabłonkiem migawkowym.

Co się tyczy naczyń, to tętnice sitowe przednie (*art. ethmoi-*

*dales ant.*), zaopatrujące boczne części nosa i przedni odcinek przegrody, pochodzą z tętnicy ocznej.

Prócz tego idzie bezpośrednio od oka gałązka tętnicza wzdłuż przewodu nosołzowego (Zuckerka ndl).

Żyły nosa również znajdują się w związku z vena ophthalmica za pośrednictwem spłotu łzowego (*plexus lacrymalis*); 2) zatoki boczne nosa: odnośnie przedewszystkiem do jamy Highmora ważnem jest, że przewód nosołzowy przylega do środkowej ścianki tej jamy na przestrzeni około 15 mm i że ścianka ta jest przytem cienka; dalej nie należy zapominać, że górna ściana zatoki szczękowej górnej jest zarazem dnem oczodołu i że zwłaszcza w środkowej części jest ona bardzo cienka. Wszystko to tłómaczy łatwość, z jaką sprawy zapalne (ropnie) mogą *per contiguitatem* rozszerzać się z tych jam na oczodoły.

Niemniej ważne są stosunki anatomiczne zatok czołowych do oka: i tak część oczodołowa kości czołowej dostarcza tym zatokom ściany zarówno mózgową, jak i oczodołową, to jest tylną i dolną. Ta ostatnia prawie zawsze rozciąga się do brzozy nadoczodołowej (*incisura supraorbitalis*), w większości zaś przypadków ciągnie się dalej wzdłuż tej ostatniej. Najcieńsza część dna jamy czołowej leży niedaleko od wewnętrznego kąta oczodołu.

Według Kuhnt'a 2 są miejsca, które szczególnie usposabiają do przejścia spraw chorobowych (ropni) z zatoki czołowej na jamę oczną: jedno znajduje się ściśle w wewnętrznogórnym kącie oczodołu, nieco ku tyłowi i poniżej fovea trochlearis, a drugie  $\frac{1}{2}$ —1 ctm ku tyłowi od incisura supraorbitalis.

Zatoka klinowa pod względem anatomicznym ma duże znaczenie dla powstawania *per contiguitatem* cierpień narządu wzrokowego — przedewszystkiem zaś jej strop i boczne ścianki. Na pierwszym skośnie przebiega brózda, utworzona przez limbus sphenoidalis i tuberculum sellae turcicae, t. zw. brózda wzrokowa (*sulcus opticus*). Obejmuje ona chiasma.

Brózda ta przechodzi następnie bocznie bezpośrednio w przewód wzrokowy (*canalis opticus*), utworzony przez małe skrzy-

dła klinowe, a w którym przebiegają nerw wzrokowy i tętnica oczna.

Na ścianie bocznej jamy klinowej znajduje się zatoka jamista (*sinus cavernosus*), w której przebiegają: koniec tętnicy szyjowej wewnętrznej (*carotis int.*) z sympatycznym spletem szyjowym (*plexus caroticus*), oraz nerwy: oculomotorius, trochlearis et abducens.

Ważnem jest także, na co zwrócili uwagę Zuckerkandl, Berger i Tyrman, że przy bardzo rozwiniętych zatokach klinowych przegroda między foramen opticum i sinus sphenoidalis najczęściej bywa niezwykle cienką.

Najbardziej jednak zbliżone do oka pod względem anatomicznym są zatoki sitowe (*cellulae ethmoidales*), które bezpośrednio przylegają do wewnętrznej ściany oczodołu, utworzonej w większej części z kości łzowej i lamina papyracea

Jest ona najszlubszą ze wszystkich ścian oczodołu, zwłaszcza delikatnym jest przedni odcinek laminae papyraceae, mianowicie część, znajdująca się bezpośrednio poza luźnem połączeniem szwowem z kością łzową.

Wreszcie dla zrozumienia stosunku chorób jamy nosogardzielowej do ocznych zaburzeń ważnym jest fakt, że tkanka tłuszczowa i łączna, ciągnąca się od fissura orbitalis inf. do jamy skrzydło-podniebiennej (*fossa pterygo-palatina*) daje wyrostki przez foramen sphenopalatinum do jamy nosogardzielowej.

Po tych krótkich danych anatomicznych, które uważałem za niezbędne dla łatwiejszego zrozumienia związku przyczynowego, zachodzącego między cierpieniami nosa a pewnymi zaburzeniami ocznymi, przechodzę do wykazania tego ostatniego związku.

Zaburzenia oczne w przebiegu cierpień nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej, pomijając uraz, oraz bezpośrednie przenoszenie zarazka zapomocą paleców, co zwłaszcza u dzieci żółzowatych często ma miejsce, przedewszystkiem powstawać mogą:



1) *per continuitatem* — w ten mianowicie sposób rozszerzają się, jak to już wspomniałem, bezpośrednio sprawy chorobowe na oczy za pośrednictwem przewodu nосо-łzowego;

2) *per contingitatem*, w który to sposób powstaje większość zaburzeń ocznych przy zajęciu (ropniach) jam bocznych nosa (Highmora, czołowych, klinowych i sitowych, oraz ich kombinacji);

3) wskutek zaburzeń w krążeniu zarówno w układzie krwionośnym, jak i chłonnym, wspólnymi do pewnego stopnia dla obu narządów;

4) wreszcie znaczna część zaburzeń ocznych powstaje na drodze odruchowej z nosa za pośrednictwem zwłaszcza nerwu trójdzielnego (*n. trigemini*).

Najczęstszą bez wątpienia drogą, którą sprawy chorobowe z jam nosowych przechodzą na oczy, jest przewód nосо-łzowy. Że tak jest, świadczą o tem dane statystyczne: tak n. p. Kubli (15) podaje, że na 210 przypadków zajęcia dróg łzowych, tylko w 11 nie było zmian żadnych w jamach nosowych, Lubliner zaś na 94 w 5, Keller podaje stosunek zmian nosowych do zaburzeń ocznych, powstałych tą drogą, t. j. za pośrednictwem przewodu nосо-łzowego, 95 — 97%.

Jakie cierpienia nosa przedewszystkiem wywołują tą drogą zaburzenia oczne? Te, które zapomocą ucisku dolnego ujścia — zwykle wówczas wąskiego — przewodu nосо-łzowego powodują zatkanie tego ostatniego.

A ponieważ, jak to wspomniałem na wstępie, ujście to znajduje się pod przednim końcem małżowiny dolnej, przeto przedewszystkiem stany przerostowe tej ostatniej są najczęstszą przyczyną tego rodzaju zaburzeń ocznych. Oprócz tych przerostów zwykłych, a bardziej jeszcze polipowatych, zatkanie dolnego otworu przewodu nосо-łzowego może być wywołane wtórnie przy znacznem zboczeniu (skrzywieniu) przegrody nosa.

Że zmiany powyższe rzeczywiście mogą warunkować zaburzenia oczne tego rodzaju, jak łzawienie, względnie ropienie, występujące przy t. zw. śluzoropotoku worka łzowego (*dacryo-*

*cystitis, blenorhoea sacci lacrymalis*), najlepiej świadczy wynik leczenia przyczynowego.

W praktyce mojej, zarówno prywatnej, jak i lecznicowej, mam cały szereg zapisanych przypadków tego rodzaju — przypadków, w których zazwyczaj bezskutecznie przez czas dłuższy było stosowane, przez okulistów zwykle w tych razach zalecane leczenie (sondowanie, przemywanie), a w których, przy leczeniu przyczynowym, t. j. po usunięciu zmian przerostowych bądź drogą operacyjną, bądź za pomocą mięsienia drgawkowego (*innere Schleimhautmassage*), udawało mi się, niekiedy w stosunkowo bardzo krótkim czasie (w jednym przypadku n. p. dotyczącym 20kilkolletniego chorego, już po 12 posiedzeniach mięsieniowych), doszczętnie usunąć ten przykry dla chorych objaw, jakim bez wątpienia jest łzawienie, względnie ropienie z oka.

Oprócz tej, że się tak wyrażę, drogi mechanicznej, zaburzenia oczne mogą powstawać bezpośrednio przez rozszerzanie się sprawy chorobowej z jam nosowych na oczy za pośrednictwem przewodu nosołzowego. Ma to miejsce wtedy, gdy dolne ujście przewodu jest nadmiernie szerokie, a więc przedewszystkiem przy sprawach zanikowych błony śluzowej nosa (*rhinitis catarrhalis chr. atrophicans, resp. ozaena*). Lubliner tego rodzaju zmiany spostrzegał prawie w  $\frac{1}{3}$  części u swoich chorych.

Za przyczynowym związkiem spraw zanikowych w nosie i przewodzie łzowym i spojówce przemawia jednakowość zarazka, spotykanego w tem cierpieniu.

Jak wiadomo, Loewenberg w roku 1884 wyhodował przy ożenie pasożyta »cocco-bacillus«, którego uważa za swoisty dla tego cierpienia; jest on identyczny z odkrytym następnie przez Abela »bacillus mucosus ozaenae«<sup>1)</sup>. Ołóż takie same pasożyty znajdowali również i w spojówce w tem cierpieniu Terson i Gabrielides (16).

<sup>1)</sup> Bliższe szczegóły w tej sprawie znajdują się między innymi w moim podręczniku »Choroby nosa i t. d.« Warszawa 1897 r., oraz u Baurowicza — Przegląd Lekarski. 1895. Nr 46.

Że w tych razach sprawa zanikowa na spojówce powstała w następstwie takichże zmian w jamach nosowych (*ozanae*), a nie odwrotnie, jak utrzymuje Nieden, to zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Lecz nie tylko sprawy nieżytowe przewlekłe mogą za pośrednictwem przewodu nosołzowego rozszerzać się *per continuitatem* na oczy, wywołując tam sprawy podobne na spojówce, względnie rogówce, lecz i sprawy zapalne ostre. I tu za przyczynowym związkiem tych cierpień w obu narządach, to jest w oku i nosie, przemawia identyczność zarazka chorobotwórczego.

I tak: tenże sam pneumococcus (diplococcus Fraenkel-Weichselbaum) był spostrzegany przy conjunctivitis i keratitis (Uhthoff 17), co i w coryza acuta (Thost 18).

Dalej paciorkowce (streptococci) przy zapaleniu spojówki znajdował Parinaud (19), gronkowce (staphylococci) zaś Barbier i Cuénod (20); te ostatnie bywały też znajdowane w jamach nosowych, zwłaszcza w t. zw. krupie (Seifert, Sędziak 21). Wreszcie i pasożyt tryprowy (gonococcus Neisseri), oraz lasecznik przeciwbłoniczy (bacillus Loeffleri) zarówno spotykane bywają w jamach nosowych, jak i na spojówce.

Oprócz tych spraw — zmiany chorobowe w okostnej ścian przewodu nosołzowego mogą być wywołane owrzodzeniami natury gruźliczej, lub syfilitycznej.

Niezmiernie częstymi bywają zaburzenia oczne pochodzenia nosowego u dzieci skrofulicznych (40% według Wincklera). Przytem zmiany u wejścia do nosa (*eczema*), warunkowane drażnieniem ostrą wydzieliną śluzoropną, za pośrednictwem palców mogą bezpośrednio być przenoszone na oczy, wywołując cały szereg zaburzeń (*blepharitis, conjunctivitis etc.*).

Rzecz prosta, że oprócz powyższej drogi sama sprawa nieżykowa u tego rodzaju dzieci zołzowatych z wielką łatwością za pośrednictwem przewodu nosołzowego może się przenosić na narząd oczny. Prawdopodobnie owa niezwykła skłonność do nawrotów, znamienna dla cierpień ocznych natury skrofulicznej, zależy od istniejących stałych spraw chorobowych w jamach nosowych.

(Dok. nast.)



## II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. Tom XLII. zes. 4.

*O 2 przypadkach guzków kiłowych na spojówce gałkowej.* (Ueber zwei Fälle von syphilitischen Papeln der Conjunctiva bulbi). Schreiber.

Jeżeli pominiemy wrzody kiłowe i kilaki, które na spojówce oka, a także i na innych jego częściach są dość częstą przypadłością, to widzimy, że guzki kiłowe są rzadkie, co też i z dotychczasowych szczupłych ogłoszeń w tym kierunku wynika.

Takie zmiany opisywał Sme e, Lang, Fialkowski, Ter son i inni nieliczni autorowie. Wobec tych nielicznych przypadków, ogłoszonych w literaturze, musi się dziwnem wydać zapatrywanie Staelina, który, badając 200 chorych, zakażonych kiłą, widział u 21 z nich, a zatem w 10·5%, guzki kiłowe.

Najczęstszym ich siedliskiem był załamek spojówki dolnej powieki, a raz tylko spojówka gałki ocznej. Do rzadkiego więc w tym względzie umiejscowienia guzków kiłowych na spojówce gałkowej dołącza autor opis 2 przypadków, które widział.

Przypadek 1. — U 45letniej kobiety były części sromne zajęte wrzodami kiłowymi, sięgającymi aż do pośladków. Podobne wrzody znajdowały się także i na wargach ust. Mimo przeprowadzonego leczenia przeciwkiłowego stan ogólny tylko z wolna się poprawiał, a równocześnie pojawiła się powyżej rogówki na spojówce gałkowej lewego oka guzkowata wybujalność, wielkości prosa, która się z czasem zwiększała. Wybujalność ta, wznosząca się znacznie ponad poziom spojówki, miała powierzchnię słoninowatą. Obok tego znajdował się w wewnętrznym kącie powiek mały wrzód, pokryty strupami, a 3 podobne małe wrzody były umiejscowione na brzegu górnej powieki. Poza tem była gałka oczna i dno oka prawidłowe.

2 przypadek dotyczył 21letniej dziewczyny, u której znajdowały się na sromie owrzodziałe guzki, a podobne także w kącie ust i w nosie. Na dolnej krawędzi powieki prawego oka był umiejscowiony mały wrzód, pokryty ropą, który przechodził częściowo na górną powiekę. Niebawem pojawiły się na spojówce gałkowej guzkowate, szaro białawe nacieki, które w przeciągu dni kilku stawały się coraz większe i liczniejsze. Wybujalności te o żółtawo szarej barwie wznosiły się znacznie nad powierzchnię obrzękłej spojówki i były po większej części pozbawione przybłonka, miejscami zaś rozpadłe. Sama gałka oczna była poza tem prawidłowa.

Rozpoznanie było w obu tych przypadkach znacznie ułatwione przez istniejące zmiany ogólne, a przeprowadzone leczenie ogólne wstrzykiwaniami rleciowemi i miejscowem wkraplaniem oleju szarego dało wynik zupełnie zadawalniający. *T. Baltaban.*

XXIV. *Badania nad działaniem magnesów ocznych.* (Untersuchungen über Augenmagnete). *Türk.*

Autor podjął się zadania zbadać stosunek działania wielkiego magnesu *Haaba* do magnesu małego *Hirschberga*. W tym celu sporządził 8 odłamków żelaza o wadze 1—500 mg. Dla każdego z tych odłamków oznaczył on przedewszystkiem siłę, jakiej potrzeba, aby odłamek został przyciągnięty przy bezpośrednim zetknięciu się z magneselem w odległości 2—50 mm. — Odporność odłamków ustalił w ten sposób, że każdy opilek był przyklejony pomiędzy dwie kartki papieru, a tylko koniec jego, zwrócony ku biegunowi magnesu, był wolny. Poniżej drugiego końca zawiesił autor w papierze haczyk z miseczką, obciążoną ciężarkami.

Przeprowadzone badania, których wyniki w każdym razie dla żyjącego oka muszą być przyjęte z zastrzeżeniem, dały następujący wynik.

1. W przypadkach, w których rozchodzi się o wyjęcie bardzo małych odłamków żelaza, uwidoczni się większa lub mniejsza siła działania magnesu daleko więcej w przyciąganiu z większej odległości, aniżeli z poblizka.

Tę zaletę przyciągania małych odłamków z wielkiej odległości posiada magnes *Haaba* w daleko niższym stopniu, aniżeli magnes *Hirschberga*.

2. Z powodu znacznej siły, jaką rozwija w sobie magnes *Haaba*, należy starać się o ile możności o najdalsze jego oddalenie od oka. Przez to bowiem staje się siła jego działania nie tylko słabszą, ale zarazem i bardziej równomierną.

3. Im magnes jest silniejszym, tem bardziej może być przy operacyi oddalonym od oka i tem bardziej równomiernie bywa opilek przyciągany. Z tego powodu zasługuje silny magnes *Haaba* w pierwszym rzędzie na uwzględnienie, gdyż jest on przy odpowiednich wskazaniach do operacyi najmniej niebezpiecznym. —

*Dr Baltaban.*

XXV. *Przyczynek do patologicznej anatomii następowej jaskry wskutek nadwichnięcia soczewki.* (Zur pathologischen Anatomie des Secundärglaucoms nach Liusen-Subluxation). *Ischreyt.*

Badania anatomopatologiczne w przypadkach następowej jaskry wskutek nadwichnięcia soczewki należą do największych rzadkości. Autor opisuje przypadek, w którym nadwichnięcie soczewki zostało

spowodowane uderzeniem w prawe oko u 50letniego mężczyzny. Wskutek silnych bólów i objawów jaskry zapalnej wyjęto to oko. Wyjęta gałka oczna została stwardnioną w formolu. Postać jej była bardzo nieprawidłowa, gdyż mocno zmętniała rogówka i twardówka były silnie wydęte. Soczewka przemieszczona ku górze i na zewnątrz. W tym też południku włókna rąbka Zinniusza zachowane, w przeciwnym zaś przerwane. W miejscu ich przzerwania ciało rzęskowe zanikłe i bardzo przekrwione. Przednia część gałki ocznej jednostajnie wydęta. — Tęczówka u nasady zrosnięta z twardówką i w tem miejscu zmieniona wskutek napięcia w cieniutką błonkę barwиковą. Układ naczyń Fontany i zwój żył rzęskowych nie dał się nigdzie wykazać. Drogi, służące do odpływu tylnych naczyń krwionośnych i chłonnych nie wykazywały ważniejszych zmian.

#### Badanie drobnowidowe.

Spojówka gałkowa była zgrubiałą, żyły jej znacznie rozszerzone. W tej tkance znajdowały się liczne komórki okrągłe o jednym jądrze. Podobne komórki były rozmieszczone także pomiędzy komórkami przybłonka.

Zgrubiały nabłonek rogówki był nieprawidłowy, gdyż powierzchnia warstwa komórek płaskich była zgrubiałą i wyraźnie wyniosłą, w stosunku do jego głębszych warstw. Pomiędzy komórkami nabłonka znajdowały się rozsiane komórki okrągłe. Naciekała błona Bowmana nie była ostro odgranieczoną od głębszych warstw rogówki, przyczem naciek był najbardziej uwidoczniwym w okolicy rozszerzonych naczyń. Na szczycie rogówki były uniejscowione dość liczne jednolite wypustki, obok zaś nich subtelne osady wapna, barwiące się hematoksyliną, silnie czerwono. W głębszych warstwach rogówki stawały się komórki okrągłe coraz rzadsze. Błona Descemeta była zgrubiałą, a tak w jej przybłonku jak i w innych miejscach rogówki były rozmieszczone komórki barwika.

Przednia część twardówki była tak silnie wydęta, że granica pomiędzy nią a rogówką była zupełnie zatarta. Ta część twardówki była też silnie naciekłą komórkami okrągłymi o jednym jądrze i to głównie wzdłuż naczyń. Wskutek tego były włókna twardówki bardzo rozszerzone i rozmiękłe. Żyły rzęskowe były bardzo zgrubiałe, natomiast tętnice prawidłowe. Zanikła tęczówka posiadała tylko nieliczne naczynia o ścianach zgrubiałych, miejscami zupełnie zarosłe. Tak się zachowywały głównie tętnice tęczówki, podczas gdy żyły były po większej części rozszerzone. W nieprawidłowej warstwie barwиковej znajdowały się liczne grudki barwika. Na zewnątrz i ku górze, w miejscu, gdzie tęczówka oderwała się od twardówki, była jej powierzchnia pokrytą nowowytworzoną warstwą szklistą.



Podobnie zanikłe i naciekłe było ciało rzęskowe.

Dobrze utrzymana torebka zwiechniętej soczewki była zmarszczoną, natomiast obwodowe włókna soczewki rozpadłe. W naczyniówce były naczynia i ich ściany prawidłowe. Warstwa włókien nerwowych siatkówki była przesiąknięta licznymi komórkami okrągłymi, naczynia jej szklisto zwyrodniałe i zarosłe. Warstwa komórek zwojowych i warstwa ziarnista wewnętrzna siatkówki były nieprawidłowe, a granice ich zatarte.

Autor przyjmuje, że jaskra następową powstała w tym przypadku wskutek nieustannego drażnienia nie tylko naczyń rzęskowych, lecz także i dalszych części gałki ocznej. Drażnienie to spowodowało wystąpienie składników krwi z naczyń w całej przedniej części gałki ocznej, a spowodowane tem zapalenie (*uveitis anterior*) wywołało następowe zatkanie przednich dróg odpływowych oka, a tem samem wydęcie i rozmiękczenie twardówki w przedniej jej części. Zdaje się, że szybko wzmagające się wydzielanie cieczy było także powodem przyłożenia się łęczówki u jej nasady do twardówki.

Dr Bałłaban.

XXVI. *O torbielowatym znamieniu barwikowem spojówki* (Ueber den Naevus pigmentosus cysticus der Bindehaut). Pindkowski.

Utwory torbielowate spojówki gałkowej należą wogóle do rzadkości, a sposób ich powstania nie jest po dziś dzień jeszcze dokładnie ustalony. Pod pewnymi warunkami powstają torbielowate te utwory spojówki ze znamion, przyczem wybująły przybłonek wciska się w głąb tkanki, tworząc czopy przybłonkowe lub też puste cewki. Podobny przypadek, który autor nazywa »Naevus pigmentosus cysticus«, tyczył się 47letniej kobiety, u której znajdowała się na spojówce gałkowej, tuż obok ścięgna mięśnia prostego zewnętrznego, ciemna plama, wielkości główki od szpilki. Z czasem zwiększyła się ta plama, tak, że jej przekrój wynosił 5 mm × 2 mm.

Badanie drobnowidowe wykazało w wyciętej tej plamie bardzo liczne torbiele, wyłożone w wewnętrznej ich ścianie przybłonkiem. Pomiedzy torbielami a przybłonkiem była spojówka bardzo zgrubiałą, wskutek licznie tam nagromadzonych komórek i w powstaniu będących małych torbieli. Odpowiednio do zgrubiałej spojówki był jej nabłonek w całej swej rozciągłości mocno ścięczały. Pomiedzy krągłymi torbielami znajdowała się bardzo cienka tkanka łączna. Przybłonek torbieli był dwuwarstwowy, warstwa jego zewnętrzna składała się z komórek sześciennych, warstwa wewnętrzna zaś z komórek płaskich. Miejscami był przybłonek torbieli wielowarstwowy, a wypełnione były te torbiele niezlicznym rozpadem. W środkowej części tej plamki widoczne w tkance łącznej roz-

siane zbite masy komórek o naturze nabłonka spojówki, miejscami zaś można było dokładnie rozpoznać komórki nabłonka, które, weiskając się w tkankę podspojówkową, tworzyły początek torbieli. Pomiędzy małymi torbielami, a także w tkance ponad nimi znajdowały się nagromadzone liczne grudki barwika, składające się z żółtawobrunatnych ziarenek

Nie podlega żadnej wątpliwości, że torbielowate te utwory znamienia barwikowego powstały w tym przypadku w ten sposób, że nabłonek spojówki wcisnął się w głąb tkanki podspojówkowej, poczem się zadzierzgnął (*Abschnürung*) i rozpadł<sup>1)</sup>.

Dr Ballaban.

XXVII. *Przyczyłki do patologii różnorodnych postaci zaćmy* (Beiträge zur Kenntniss der Pathologie verschiedener Staarformen). Onken.

1. *Przyczynek do patologicznej anatomii i patogenezy zaćmy warstwowej i jądrowej* (Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese des Schicht- und Kernstaars).

Autor opisuje przypadek zaćmy warstwowej i jądrowej, która powstała u 18letniej chorej na jednym i tem samym oku. Przypadek ten jest bardzo zajmującym co do sposobu powstania zaćmy.

Chora podawała mianowicie, że przed 4ma laty została ude-

<sup>1)</sup> Autor, omawiając powyższy sposób powstawania torbieli ze znamion, pisze: »Es ist dies eine neue, bis jetzt noch nicht bekannte Art der Entstehung von Cysten der Conjunctiva bulbi etc.«

W zeszycie styczniowym r. 1901 »Postępu Okulistycznego« opisałem w pracy mej „*Bardzo rzadka postać przybliżonkowego torbiela spojówki gałki ocznej*“ ten sam sposób powstawania torbieli spojówki, przy czem pełne czopy przybliżonka weiskały się w tkankę podprzybliżonkową i tam się rozpadały. A dalej na str. 13 l. c. pisałem: »Co do t. zw. naevi cystici Wintersteinera, to jestem w tym względzie tego samego zdania, co Best, że takowe należy po większej części również tutaj zaliczyć. A mianowicie, podobnie jak w naszych czystych przypadkach torbieli, musimy ich powstanie i bujanie przybliżonka przypisać drażnieniu, któremu ulega spojówka gałki ocznej i to najbardziej w części niepokrytej powiekami i wyławionej na wpływy atmosferyczne. Tak też należy szukać przyczyny powstania torbieli w przypadkach, w których do istniejącego znamienia dołącza się bujanie przybliżonka także w drażnieniu, które powoduje już sama tkanka znamienia«.

Ponieważ praca ta będzie w języku niemieckim ogłoszoną dopiero w następnym zeszycie *Archiv für Augenheilkunde*, to pozwalam sobie na tem miejscu się zastrzedz, że opisany przez autora sposób powstania torbieli ze znamion nie jest nowym. Opisując bowiem już w lipcu r. z. na zjeździe lekarskim mój przypadek, podniosłem wyraźnie, że torbiele przybliżonkowe mogą powstać nie tylko w czystych przypadkach na spojówce gałkowej, lecz także ze znamion, w skrzydlakach i na innych częściach spojówki.

*Przyp. spraw.*

rzoną w lewe oko gałką ze śniegu i że od tego czasu wzrok jej się pogorszył.

Badanie wykazało zmętnienie jądra i tylnego bieguna soczewki, poza czem kora soczewki była przejrzystą. Chora liczyła palce w odległości 1 m., a ta sama bystrość wzroku pozostała niezmienną i po wyjęciu soczewki (liczyła palce w odległości 1 m + 10 D),

Wyjęta soczewka została stwardnioną w formolu i alkoholu. poczem robił autor poziome skrawki porządkowe.

#### Badanie drobnowidowe.

Przednia płaszczyzna soczewki ku przodowi równomiernie lekko wyęta, podczas gdy tylna jej płaszczyzna w środku silnie odśrodkowo wypukła. W miejscu wypuklenia była ona mocno ściemniałą. Zmętnienie to, które sięgało aż ku środkowi jej miąższu, musimy uważać jako jądro soczewki, w którym znajdowały się większe i mniejsze jasne, okrągłe szczeliny. Około tego jądra była warstwa włókien, barwiących się hematoksyliną bardzo niedokładnie. Włókna tylnej krawędzi soczewki były rozpadłe i odgraniczone ku przodowi licznymi otworami, różnej wielkości, wypełnionymi ziarnistą masą. Poza tem kora soczewki prawidłową. W przedniej części jądra znajdowały się większe zabarwione grudki.

Porównyując przypadek swój z opisanym przez Hessa przypadkiem wrodzonej zaćmy warstwowej, uważa go autor za zaćmę jądrową i warstwową, powstałą w życiu śródmaciecznem wskutek wstrzymanego rozwoju, pomimo, że mimowolnie nasuwa się na myśl możliwość jej pozamaciecznego powstania przez uraz. Uraz ten mógł bowiem spowodować rozdarcie tylnej torebki, a tem samem i zmiany, zaszłe w jądrze i w tylnych włóknach soczewki. Za śródmaciecznem powstaniem tej zaćmy przemawia także i ta okoliczność, że pomimo prawidłowego dna oka bystrość wzroku nie poprawiała się ani przez rozszerzenie źrenicy, ani też po wyjęciu soczewki.

#### 2. Przyczynek do patologicznej anatomii zaćmy torebkowej u żaby (Zur pathologischen Anatomie des Kapselstaars beim Frosch).

Autor badał oko żaby, w którym znalazł całkowitą zaćmę torebkową. Przypadek ten budzi zajęcie z tego względu, że zaćma torebkowa jest zawsze częściową, a takiego całkowitego zmętnienia soczewki nie opisywano dotychczas.

W zmętniałej torebce, która w przedniej swej części była 2 razy tak grubą jak w tylnej, znajdowały się jaśniejsze i ciemniejsze miejsca, wypełnione mniejszą lub większą ilością komórek o przyrodzie przybłonkowej i o wielkiem jądrze. Jądra te były wszystkie zmienione. I tak miejscami rozpadły się one tak, że z jądra pozostały tylko ziarna, miejscami zaś zmieniły się one w szkliste złogi.



Tuż pod torebką znajdował się jednowarstwowy przybłonek, który całą soczewkę okalał. Środkowe części soczewki były prawidłowe.

3. *Przyczynek do patologicznej anatomii przejrzałej zaćmy u ptaka* (Zur pathologischen Anatomie der hypermaturen Katarakt beim Vogel).

Badanie tego przypadku wykazało obraz zaćmy Morgagniego. Włókna soczewki były w całości rozpadłe, przybłonek zupełnie zwyrodniał, a cała soczewka silnie spłaszczoną.

Sama istota soczewki była wypełnioną licznymi ziarnistymi i uwarstwionymi złogami, które tworzyły postać siatki. Pomiędzy tymi złogami znajdowały się wolne miejsca. Jądra soczewki nie było widać. Torebka była bardzo cienką, a przybłonek był nieprawidłowy, miejscami zaś brakowało go zupełnie. Jądra komórek przybłoneka barwiły się niedokładnie.

*Dr Bałaban.*

*Przyczynek do anatomii mięśnia rzęskowego u noworodka* (Zur Anatomie des Ciliarmuskels des Neugeborenen). Dr Lange z Brunszwiku (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilkunde«. Styczeń 1901).

Autor badał mięsień rzęskowy w 36 oczach noworodków z następującym wynikiem: we większości przypadków były obie jego części, t. j. okrężna i podłużna, jednakowo dobrze rozwinięte, w 8 oczach była część okrężna słabo rozwiniętą, a w 6 znowu nadzwyczaj silnie; przypadków zaś, gdzieby mięsień składał się wyłącznie z włókien podłużnych, jak to donosi Iwanow, nie widział autor wcale, — a więc istnieją już u noworodków indywidualne różnice w budowie mięśnia. Przeto nie zgadza się Lange z zapatrywaniem Iwanowa, jakoby takie same różnice u dorosłych były następstwem odmiennej refrakcyi oka, t. j. iż słaby rozwój części okrężnej w oku krótkowidzącem polega na zaniku jej wskutek nieczynności, podczas, gdy silny jej rozwój w oku dalekowidzącem jest następstwem przerostu wskutek zwiększonej pracy. Twierdzi on naodwrot, iż u dorosłego dalekowidza oko dlatego pozostało dalekowidzącem, że część okrężna jego mięśnia rzęskowego była od samego początku mocno wykształconą, a więc nie przyszło przy akomodacyi do rozciągania naczyniówki, względnie tylnej połowy gałki ocznej. Krótkowidzące zaś oko dorosłe dlatego się niem stało, gdyż już w czasie, kiedy oko było jeszcze dalekowidzącem, składało się ono prawie wyłącznie z podłużnych włókien, które, kureząc się, wydłużały tylne części gałki przez jej rozciągnięcie.

Przy tem wszystkiemu przyznaje autor, iż istnieją jeszcze inne anatomiczne czynniki, sprzyjające powstawaniu krótkowzroczności, jak n. p. wrodzona różnica w grubości twardówki i t. p.

*Dr Gruszkiewicz.*

*Meningocèle oczodołu.* (Méninogécèle de l'orbite). Lagleyze. (»Arch. d'Ophthalmologie«. Décembre. 1900).

Najrzadsze miejsce tego guza jest oczodoł; podług wykazu L., zaledwie 14 przypadków na 100.000 chorych. Rozpoznanie jest bardzo trudne i nie zawsze nakłucie wyświelta budowę guza. Brano meningocèle i za tętniak, i za sarcoma, angioma i tym podobne, a omyłka w rozpoznaniu może być bardzo fatalna w następstwach, wnikających operacyę. L. opisuje przypadek przez siebie operowany. Młoda (22letnia) Hiszpanka zgłosiła się do niego z guzem oczodołu bardzo znacznym; już raz była operowana, ale musiano operacyę dla silnego krwotoku przerwać; guz ten miał istnieć od urodzenia. Powieka bardzo silnie rozduła, oko całe prawie na zewnątrz oczodołu. Bystrość =  $\frac{1}{4}$  prawidłowej. Guz sam wielkości pół pomarańczy, miękki, ale sprężysty, pod uciskiem palca chowa się w oczodoł, ale niezupełnie, tak iż, jeśli gałkę udało się wepchnąć częściowo do oczodołu, przechodził on w powiekę górną, którą silnie napinał; chębotania wykazać nie było można. Przed samą operacyą wydobyto z guza Prawazem płyn jasny, jednakże pobieżny rozbiór chemiczny wyników pozytywnych, ustalających rozpoznanie, nie dał. Po nacięciu skóry powieki nacięto ową cystę, przyczem dużo płynu z niej się wylało. Palce badający mogli wsunąć aż do dna oczodołu, a wszędzie napotykał gładkie ściany cysty, tylko od góry był otwór, przez który wyczuć było można mózg. Po wyjęciu palca powstał krwotok tak silny, iż operacyę dalszą udaremnili. Po zagojeniu się rany, w 2 miesiące później, przystąpiono powtórnie do operacyi, ale nauczony doświadczeniem L. nie tykał samego guza, lecz starał się o jak największy skutek kosmetyczny — wyjął oko — wydobył przez ranę w powiece górnej taką ilość oczodołowego tłuszczu, jaką się dało, by dla cysty zrobić tamże jak najwięcej miejsca. Po zaszczeniu, rana w 15 dni była już zupełnie zagojona. Guz wprowadzie został, ale ponieważ szpetny widok, jaki tworzyła gałka, na zewnątrz szpary powiekowej sterzcząca, został doprowadzony do tego stanu, w jakim się znajduje oczodoł po wyjęciu gałki, chora bardzo zadowolona opuściła zakład.

*Dr. Brudzewski.*

*Obrzęk powiek artrytyczny* (Oedème arthritique des paupières). Trousseau (»Arch. d'Ophthalmologie«. Luty. 1901).

Opisywano już nieraz ostre obrzęki powiek, jako »oedema essentielle«, których etyologia nie była znaną, a które uważano jako następstwo zmian naczynio-ruchowych. T. uważa większą część tych obrzęków jako następstwo artrytyzmu. Zjawiają się one często bez zwiastunów, bez gorączki, są bezbolesne, trwają kilka do kilkadziesiąt

sięciu godzin i tak samo nagle znikają, by po dłuższym lub krótszym czasie znowu powrócić.

R. 1900 Galliard<sup>1)</sup> opisał 2 przypadki takiego ostrego obrzęku powiek: u dziewczynki 4letniej i w drugim u 3letniej; w pierwszym razie było kilka nawrotów, trwających 24 godzin, przyczem nie było żadnego innego objawu chorobowego w żadnym z narządów. W drugim przypadku po silnym katarze wystąpiło surowicze obrznięcie stawu kolanowego, w pięć dni później erythema kończyn dolnych i 39.7° gorączki, a w dwa dni później jednostronne silne obrznięcie powieki, które w dwa dni zupełnie ustąpiło.

Do tego samego rzędu wlicza Troussseau kilka swych przypadków (młodego 14 lat, dalej 2 starszych mężczyzn 42 i 55 lat).

W pierwszym przypadku wywiady wykazują przebyte zapalenie stawów. Obrzęk powieki wystąpił nagle na górnej powiece, bez bólów i w 24 godzin ustąpił; a w trzy dni później chorey ten dostał napadu zapalenia stawów. Przez przeciąg lat trzech obrzęk powiek wystąpił 5, a ostre zapalenie stawów 3 razy.

W przypadku drugim obrzęk wystąpił również nagle na obu górnych powiekach. i to w tym stopniu, że chorey otworzyć nie mógł; w 24 godzin ustępuje ten obrzęk, by w trzy tygodnie później znowu wystąpić i po 4dniowym trwaniu zniknąć. W trzecim przypadku chorey opisany przebył 20 podobnych napadów obrzęku i to tak powiek jak i spojówki gałkowej (*chemosis*) obok towarzyszących temu objawowi obrzęków innych części ciała (*scrotum*). Prócz tych wspomina Tr. jeszcze o 3 dziewczynach młodych, także dotkniętych reumatyzmem, u których także objaw ten wystąpił, choć nie tak typowo, jak w opisanych powyżej przypadkach.

Dr Brudzewski.

*Abscessus palp. sup. sin. et regionis zygom. sin z pralkami Loefflera* (Po czesku.). Dr Hála («Casopis lékařů českých». 1900, str. 775).

U 5letniej dziewczynki, która przeszła już była zapalenie płuc i opłucnej, płonicy i lymphadenitis suppurativa colli, stwierdzono w marcu 1900 r. w klinice prof. Deyla poniżej skroniowego kącika lewego oka, w okolicy kości jarzmowej, obrznięcie wielkości orzecha, pokryte prawidłową skórą i chłobocące. W tygodniu później nabrzmienie lewej górnej powieki, chemosis spoj. gałki i obrzęk gruczołów podszczękowych. Ropień przecięto, wypłynęła ciecz czekoladowa z częściami nekrotycznymi i nieco białawej ropy. Preparaty świeże barwione fuksyną, jakoteż hodowle zaszczerpione na agarze wykazały typowe pralki dyflteryczne, które też wywołały u mor-

<sup>1)</sup> Por. Postep Okul. 1901, str. 75.



skich świnek prawdziwą błonicę. Zwierzęta te padały jednak dopiero po stosunkowo dużej dawce 2 cm<sup>2</sup>; jadowność prątków była zatem znacznie osłabioną. Spostrzeżenie jednak wyżej opisane wykazuje, że typowa błonica może spowodować ropienie (gdy zwyczajnie wywołuje nekrozę tkanki). Punktem wyjścia sprawy ropnej był tutaj ropień okostnowy pod drugim dolnym zębem trzonowym z lewej strony, gdzie też znaleziono prątki Loefflerowskie. —

*Dr Chalupceky.*

*Uwagi o zółzach i gruźlicy wraz z przyczynkiem do gruźlicy spojówki* (Bemerkungen zur Scrophulose und Tuberculose, nebst einem Beitrag zur Tuberculose der Conjunctiva). W. Uthoff z Wrocławia. (»Berl. kl. Woch.«. 1900. Nr 50).

Autor zwraca uwagę, że zapalenie pryszczkowe nie zawsze należy uważać za charakterystyczny objaw zółzów, a doświadczeniem mógł stwierdzić, że jakkolwiek znaczny procent chorych okazuje łożowate lub gruźlicze, szczególnie w wieku dziecięcym, to przecie jest pewien procent przypadków, gdzie ani z wywiadów, ani przedmiotowo ła tego wykazać nie było można.

Pomimo badań bakteriologicznych nie znany dotychczas sprawcy zapalenia; dowiedziono tylko, że pryszczek (*phlyctena*) nie ma nic wspólnego z gruźliczką.

Dalej z badań wynika, że spojówka wogóle jest dosyć odporna na zakażenie, a jad często dopiero dostawszy się przez przewód łzowy, do jamy nosa, tu znajduje odpowiednie podłoże. Badając wybitnie żółzowatych chorych na oddziaływanie tuberkuliny, przekażono autor, że u mniej więcej 80% wystąpił odczyn.

W końcu przytacza autor przypadek, dotyczący dziewczynki z gruźlicą błony śluzowej nosa, podniebienia miękkiego i nagłośni. W przypadku tym wytworzył się na spojówce gąbkowej w wewnątrzno-dolnym wycinku guzek, który, jak badanie wykazało, był pochodzenia gruźliczego. Spojówka zaś powiekowa przedstawiała obraz silnie rozwiniętych granulacji, badanie jednak wyciętego skrawka wykazało tylko zgrubienie i przerost przybłonka bez zmian gruźliczych lub jaglicowych.

*Dr Lwiewski.*

*Anatomiczne badanie świeżego przypadku pełzającego zapalenia rogówki z hypopyum na oku dotąd zdrowym.* (Anatomische Untersuchung eines frischen Falles von serpiginöser Hypopyonkeratitis an einem bis dahin gesunden Auge). Dr Petit z Rouen. (»Klin. Mntsb. f. Augenheilkunde.«. — Styczeń. 1901).

Do ostatnich lat sądzono na podstawie doświadczalnych prac i spostrzeżeń klinicznych, iż przy ropnym zapaleniu rogówki błona Descemeta bywa przebitą dopiero po zupełnem przeżarciu

mięszu rogówki. Fuchs w ostatnich wydaniach swego podręcznika twierdzi, iż błona Descemet'a bywa już wcześniej przebitą i to od strony komory, zanim jeszcze miąższ został zniszczonym. Ta różnica zapatrywań polega na rzadkości badań anatomicznych u ludzi, gdyż sam obraz kliniczny nie wystarcza. A jeszcze rzadszymi są przypadki, gdzie oko przed zjawieniem się ropnego zapalenia rogówki było zupełnie zdrowe. Taki właśnie badał autor drobnowidowo: był to wrzód, który zniszczył  $\frac{1}{3}$  grubości rogówki; komórki rogówki były w obrębie wrzodu mniej lub więcej obumarłe, a obumarcie to dochodziło do głębokich warst rogówki, a nawet do błony Descemet'a, która była zupełnie prawidłową; przybłonek tylnej ściany był na wielkiej przestrzeni zmieniony i odłuszczone; w komorze przedniej znajdowało się hypopyon, a cały pozostały przedni odcinek gałki był mocno zapalony. — Następnie omawia Petit dotąd opisane przypadki wrzodu pełzającego ze względu na wczesne przebicie błony Descemet'a. I tak w 10 przypadkach, z tych w 2 z jaskrą (*gl. absolutum*), była błona Descemet'a niezmienną, a w 11 innych uległa ona już wcześniej przebicciu, lecz z tych ostatnich 10 cierpiało przed zjawieniem się wrzodu na jaskrę. Porównyując te przypadki, dochodzi on do wniosku, iż wczesne przebicie błony Descemet'a nie zależy ani od rozległości i głębokości wrzodu, ani od obumarcia miąższu rogówki na dnie wrzodu. Dalej wiele przypadków wczesnego przebiccia nie wytrzymuje krytyki, gdyż mogą to być albo rzekome przebiccia albo sztuczne. O ile wczesne przebicie błony Descemet'a sprzyja przebicciu całej rogówki lub też je wyprzedza, trudno jeszcze powiedzieć. Wreszcie podnieść należy tę okoliczność, iż w przypadkach wczesnego przebiccia istniały nieprawidłowe stosunki, mianowicie jaskra (*gl. absol.*), lecz z drugiej strony nie można twierdzić, jakoby wczesne przebicie zjawiało się tylko w oczach dotkniętych jaskrą.

Dr Gruszkiewicz.

*Przyczynek do leczenia torbieli tęczówkowych* (Ophthalmologisch-klinische Mittheilungen. Zur Therapie der Iriszysten). Prof. Elschnig z Wiednia. (Wiener Med. Wochenschrift. 1901. Nr 3).

Przypadek, który autor opisuje, odnosi się do trzyletniej dziewczynki, okazującej na prawem oku i w dolno-zewnętrznej części rogówki bliznę po wrzodzie skrofulicznym z wrosnięciem tęczówki. W przedniej komorze widać było z poza rogówkowej blizny wychylający się pęcherz o cienkiej półprzezroczystej ścianie, przez którą przeświecała prawidłowa na pozór tęczówka. Napięcie oka było wzmoczone. Gdy matka dziecka nie chciała się zgodzić na zalecaną operację, postanowił Elschnig zwalczać przynajmniej jaskrę następową przez zapuszczanie ezeryny, którą zapisał chorej do

domu w 1% rocznie. Po trzech dniach objawy jaskry ustąpiły, a co więcej, ku zdziwieniu autora, torbiel zmalała prawie do połowy. Pod wpływem dalszego zapuszczania ezeryny znikł on w przeciągu dwóch tygodni zupełnie, pomimo, że w tym czasie nie przyszło bynajmniej do pęknięcia jego ściany. Potem stracił autor to dziecko na dłuższy czas z oczu, gdy mu się jednak, w trzy lata później, udało odszukać je znowu, znalazł na prawem oku ponownie wytworzoną cystę w przedniej komorze, tym razem jednak większych już rozmiarów niż poprzednio; objawy jaskry następczej bardzo wybitne, a nawet poniżej rogówki trzy wydęcia twardówkowe (*sclerectasiae*). I tym razem, wobec oporu matki, która sprzeciwiała się stanowczo wszelkiej operacyi, trzeba się było ograniczyć do zapuszczania ezeryny, co znowu spowodowało znaczne zmniejszenie się rozmiarów pęcherza. Po jakimś czasie jednak nierozsądna kobieta przestała z dzieckiem przychodzić do kliniki i nie pokazała się już więcej. Korzystny wpływ ezeryny na rozmiary torbiela tęczęwkowego przypisuje autor zmianie stosunku osmotycznego treści torbiela do cieczy przedniej komory i radzi w każdym takim przypadku spróbować działania ezeryny, zanim się przystąpi do zabiegu operacyjnego, choćby tylko w tym celu, żeby zabieg ten ułatwić sobie przez zmniejszenie rozmiarów pęcherza.

Dr K. W. Majewski.

*Wrodzone okresowe zajęcie nerwu okoruchowego. Jednostronny skurcz akomodacji.* (Angeborene cyclische Oculomotoriuskrankung. Einseitiger Accomodationskrampf). Axenfeld i Schürenberg z Rostocku. (»Klin. Monatsblatt f. Augenheilk.« Syczeń. 1901).

U dziewczynki 6½-letniej istnieje od urodzenia zupełne porażenie nerwu okoruchowego na oku lewem, a więc opadnięcie powieki, zupełna nieruchomość gałki, szeroka, nieoddziałująca źrenica, brak akomodacji. Oko prawe było zupełnie prawidłowe. Stan ten jednakowoż zmieniał się przeciętnie co 1—3 minuty i to na przeciąg kilku sekund: powieka się podnosi, rozbieżność zmniejsza się nieco, źrenica silnie zwęża i następuje tak silny skurcz akomodacji, iż skiaskop wykazuje silną myopię, podczas, gdy oko jest miarowe. Występuje też wtedy rzekomy objaw Graefego, to jest, gdy oko zdrowe patrzy w dół, lewe patrzy prosto, a powieka jego zostaje w skurczu. Gdy dziecko znużone, to podnoszenie powieki występuje rzadziej, a miało nawet według podania matki ustać zupełnie na kilka dni po jakimś przeziębieniu z gorączką. Zresztą jest dziecko zupełnie zdrowe. Od 1½ roku pozostaje w spostrzeganiu i stan się wcale nie zmienił. Mamy tu więc do czynienia z po-



wfarzającymi się tetanicznymi skurczami mięśnia unoszącego powiekę, zwieracza i akomodacyi.

W literaturze są opisane tylko 3 podobne przypadki: 1 Fuchsa i 2 Rampoldiego; lecz co do jednostronnego skurczu akomodacyi, to jest to przypadek pierwszy. Z tych tedy 4 przypadków 2 są napewne wrodzone, a w 2 drugich wystąpiło zaburzenie przynajmniej od najpierwszej młodości. Dotychczas nie spostrzegano przypadku, ażeby porażenie nerwu okoruchowego, nabyte w późniejszym wieku, było przerywane rytmicznymi skurczami. Czy to zaburzenie trwa i w starszym wieku, niewiedzieć, lecz jest prawdopodobnem. — Autorowie uważają tę słabość za osobny obraz chorobowy. Z powodu zupełnego porażenia wszystkich gałązek z jednej strony i jednostronnego skurczu akomodacyi z drugiej strony przenoszą oni miejsce uszkodzenia nerwu, a tem samem czynnik wywołujący skurcz, na obwód w drogi motoryczne; Fuchs zaś uważa jądra za takie miejsce, na co zgodziliby się autorowie, gdyby nie trudność wyłomaczenia wtedy tego jednostronnego skurczu akomodacyi w ich przypadku. Za przyczynę zaś uszkodzenia uważają, wraz z Fuchsem, zachowanie się, względnie unierwienie naczyń w danem miejscu, a odrzucają stanowczo hipotezę Rampoldiego o czasowem podrażnieniu nerwu współczulnego. Przeprowadzone porównanie z podobnemi okresowo występującemi chorobami nerwowemi ustroju nie upoważnia do żadnych wniosków.

*Dr Gruszkiewicz.*

*Zapalenie nerwu wzrokowego po użyciu tyroidynej.*  
(Névrite optique par absorption de thyroïdine). Henri Coppez. —  
(Arch. d'Ophthalmol. Décembre 1900).

Między środkami, które wlicza Uthoff na ostatnim zjeździe paryskim, nie ma wzmianki o tyroidynej; a wliczając nieskończoną prawie ilość środków, mogących wywołać toksyczne zapalenie nerwu, dorzuca Uthoff, że autointoksykacye przez niedostateczne wydzielanie się różnych wydzielin, jak wydzielin nadnercza, wątroby, gruczołu tarczycowego i t. d., nie są w stanie wywołać zmian w nerwie wzrokowym. Doświadczenia Balleta i Enriqueza pouczają, że wyciąg tarczycowy, podany podskórnie psu, wywołac może gorączkę, rozwolnienie, tachykardya i wreszcie śmierć. Zatem tyroidyjna jest trucizną ogólną, a tylko co do oczu dotychczas zmian żadnych nie spostrzegano, jeśli podawano zbyt silne dawki. Przeciwnie po małych dawkach wystąpić mogą zmiany w oczach, bez towarzystwa zmian ogólnych. Zapalenia nerwu wzrokowego toksyczne mogą występować w dwóch typach: albo 1. jako neuritis retrobulbaris (scotom środkowy, a pole widzenia na obwodzie bez

zmian, lekkie zblednięcie skroniowej połowy tarczy n. wzrokowego), albo 2. zwężenie naczyń, zwężenie obwodowe pola widzenia i t. d.

Neuritis po otruciu tyroidyą należy do pierwszego typu; zatem neuritis retrobulbaris parliał. cum scotomate centrali ma podobieństwo znacznie do neuritis po otruciu nikotyą i alkoholem.

C. spostrzegad 5 podobnych przypadków — a amblyopia występowała zawsze dopiero w kilka miesięcy po zaczęciu używania wyciągu gruczołu tarczycowego. Bystrość wzroku spada do  $\frac{1}{10}$  i niżej. Oba oczy są zajęte, choć w różnym stopniu. Rokowanie dobre. Leczenie: wstrzymanie używania wyciągu, strychnina i (może) pijawki na skroń.

Przytoczona historia choroby jest zupełnie podobna do historii chorób wskutek otrucia nikotyą i wyskokiem.

(Nie jest ona przekonywującą, bo chory zarazem używał tytoniu oraz pił dużo wina i likierów, — objawy chorobowe mogły zatem częściowo polegać i na zatruciu wysokowotytoniowem. — *Przyp. ref.*) — Dr. Brudzewski.

*Rzadki przypadek neuritis retrobulbaris. Uwagi dyagnostyczne* (Po czesku.). Prof. I. Deyl. (Časopis lékařů českých, 1901, p. 5).

Autor opisuje następujące ciekawe przypadki:

1) U 20letniej dziewczyny choroba rozpoczęła się powstaniem prawostronnego środkowego skotomatu i lekkim współśrodkowym zwężeniem lewego pola widzenia. Miernie osłabienie kończyn dolnych; wzmoczenie odruchu kolanowego. Później znaleziono na skórze goleni miejsca z przeculicą i ze znieczuleniem; objaw Romberga, *scotoma centrale* także u lewego oka; niedowład kończyn górnych i dolnych, bezład ruchowy (*ataxia*), utrudnienia w polykaniu, *incontinentia urinae*. Wszystkie te objawy zdawały się wskazywać na sclerosis cerebrosinalis, gdy nagle wystąpiło zaburzenie psychiczne, znamionujące *polyneuritis* typu Korsakowa; zupełnie zapomnianie zdarzeń ostatnich i wypełnianie tej luki pamięciowej przez wydarzenia urojone. Wtedy prof. Píck, który kierował ogólnem leczeniem choroby, postawił właściwe rozpoznanie: *Polyneuritis Korsakow* i istotnie po upływie 7 miesięcy nastąpiła znaczna poprawa tak co do wzroku, jak też co do władzy w kończynach dolnych.

2) Drugi przypadek jest podobny do pierwszego i odnosi się również do 20letniej dziewczyny: Osłabienie dolnych kończyn, uczucie mrowienia, utrudnienie w oddawaniu moczu, obustronne duże *scotoma centr.* Zupełne wyleczenie po kilku miesiącach.

3) Trzeci przypadek jest najciekawszy: Mężczyzna lat 55; V =  $\frac{5}{50}$ ; czytanie niemożliwe; podaje, że lepiej widzi wieczorem

niż we dnie. Duo oka prawidłowe, z wyjątkiem nieznacznego zamglenia okolicy tarczy. *Scotoma centrale* owalne dla barwy czerwonej i zielonej; w środku tego ubytku znikał choremu także mały znaczek biały. Próż tego ścieśnienie pola od skroni dla barwy czerwonej i zielonej. Rozpoznanie brzmiało: *Neuritis retrobulbaris*. Nadużywanie tytoniu i alkoholu wykluczone. Z wywiadów podnieść należy częste krwawienie z odbytnicy. Chirurg rozpoznawał carcinoma recti. Prof. Deyl przypuszczał raczej — ze względu na zmiany oczne — kiłę i przepisał kali jodatam. Stan ogólny poprawił się w krótkim czasie znacznie, krwawienia ustały, bystrość wzroku podniosła się na  $\frac{5}{15}$ , czytanie z + 3 D stało się możliwe. Pozostał tylko mały ubytek w środku pola widzenia. Tarcze n. wzrokowego od skroni białawe. Stan ten pozostał przez przeciąg dwóch lat niezmieniony. Spostrzeżenie to wykazuje dobitnie, jak wielką wagę mieć może wczesne rozpoznanie *neuritis retrobulbaris*. Dr Chalupecky.

*Zanik nerwu wzrokowego w następstwie wrazu* (Atrophie optique traumatique). Dr A. Péchin. (»Revue Générale d'Ophthalmologie«, 1901, Nr. 2.

Autor podaje opis dwunastu spostrzeżeń, z których jedno własne, a inne ogłoszone już dawniej przez różnych autorów, jak: Debierre, Just, Lawson, Górecki, Girard i Simeon Snell, które to spostrzeżenia wykazują związek, jaki zachodzi pomiędzy urazem uszkadzającym nerw wzrokowy a zanikiem tegoż, z wyłączeniem jednak przypadków, gdzie uszkodzenie to jest pośrednie, n. p. wywołane pęknięciem podstawy czaszki w okolicy *foramen opticum*. Ze spostrzeżeń tych wysnuwa autor następujące wnioski: Uraz, zadany ciałem kończystem w okolicy wewnętrznego lub zewnętrznego kącika, może, nie wywołując nawet żadnych zewnętrznych oznak obrażenia, spowodzić natychmiastową, zupełną ślepotę, mimo prawidłowego z początku wejrzenia dna oka, a w szczególności tarczy nerwu wzrokowego. Dopiero po kilku dniach lub kilku tygodniach występuje naprzód zblednięcie, a potem zupełny zanik tarczy. Należy przeto być bardzo ostrożnym w rokowaniu i w przypadkach takiej urazowej ślepoty nie łomaczyć jej powstania nerwicą urazową mimo braku zmian wziernikowych. Dr K. W. Majewski.

*Związek między zatruciem jodowem a obecnością rodu potasu w ślinie, we łzach i w śluzie nosowym* (Ueber das Auftreten der acuten Jodintoxication nach Jodkaligebrauch in ihrer Abhängigkeit von dem Rhodangelhalt des Speichels, des Nasen- und des Conjunctivalsecretes). Dr Muck z Rostocku. (»Münchener Med. Woch.« 1900, Nr 50).

Przy sposobności badań nad zaburzeniami w wydzielaniu śliny



w przypadkach spraw ropnych ucha środkowego zauważył autor, że oddziaływanie ustroju na podawany wewnątrznie jodek potasu pozostaje w związku z obecnością rodanku potasu w ślinie. Wiadomo, że ciało to stanowi stałą niemal przymieszkę prawidłowej wydzieliny gruczołów ślinowych, a także łez i wydzieliny śluzowej nosa, ilość jednak jego nie u wszystkich ludzi bywa jednaką, a zdarzają się przypadki, że nie można wykryć w ślinie rodanku potasu ani zapomocą odczynu z chlorkiem żelaza, ani nawet zapomocą bardzo czulej próby z kwasem jodowym. Dr Muck przekonał się na podstawie licznych spostrzeżeń, z których kilka w pracy swej przytacza, że właśnie te osoby, u których w ślinie obecności rodanku nie można wykazać, znoszą bardzo dobrze znacznieszą nawet dawkę jodu, podawanego im w celach leczniczych. Przeciwnie ludzie, których ślina zawiera większą ilość rodanku, dostają już po małych dawkach jodu wybitnych objawów zatrucia jodowego, znamionującego się szczególnie zajęciem błony śluzowej ust, nosa, gardła, krtani i spojówek. Związek ten tłumaczy autor znaną zdolnością rodanku wydzielania jodu z jodku potasu, co może właśnie wywoływać te objawy podrażnienia.

Dr K. W. Majewski.

*Uwaga o rozczyinach oliwnych dwujodku rtęci* (Note sur les solutions huileuses de bijodure de mercure). Leroux. (»Arch. d'Ophthalmologie«; Luty. 1901).

Używany rozczyin oliwiny jodku rtęci w klinice ocznej prof. Panasa zawiera 4 gramy jodku rtęci w 1000 części oliwy (uwolnionej od kwasów tłuszczowych). Można stworzyć sobie silniejszy rozczyin, ale nie z ol. olivarum, lecz z oliwy białej (*huile blanche*), w której rozpuścić można (w 1000 gr.) 10 gr. jodku rtęci, lub z oleju rycynowego, 20 gr. jodku (na 1000 gr. oleju). Pierwszy z tych rozczyinów, to jest z oliwy białej, osadza jednak po kilku dniach kryształki, czego się unika, dając rozczyinowi nasycenie 8:1000.

Olej rycynowy już w zwykłej ciepłocie rozpuści 10 gr. (na 1000) jodku rtęci, ale wolno, w 60° nader szybko się to dzieje. Ale rycynus jest zbyt gęsty, aby się nadawał do użytku wygodnego. Co do ol. arachidis i ol. vaselini, to te dwa płyny autor uważa za znacznie gorsze, niż zwykle ol. olivarum. Mimo to, że ol. olivarum rozpuszcza mniej jodku rtęci, niż inne oliwy, lepsze jest, niż te drugie, bo dobrze zrobione nie wydziela soli z rozpuszczenia, jest bardzo płynne, a w razie potrzeby wzmacnianie dawki rtęci może być i 2 razy dnia.

Jednak tak częste stosowanie wywołuje już objawy rtęciocy. Dawka najlepsza jest 4 miligr. *pro dosi*.

(W Krakowie apteka Hellera wyrabia rozczyn powyższy z ol. oliv. bardzo dobrze; próbka, przed rokiem zrobiona i odstawiona na bok, do dziś dnia trzyma się dobrze i soli nie wydzieliła. Cena jest wiele niższa, niż wytworu francuskiego, robionego z pomoca ol. arachidis, a dobroć taka sama. *Przyp. ref.*) —

*Dr Brudzewski.*

*Zaburzenia oczne przy hysterji* (Po czesku.). Dr Šimek. »Časopis lékařů českých«. 1900, str. 565).

Autor opisuje następujący przypadek: 20letnia dziewczyna cierpi od 4 roku życia na bóle głowy i źle widzi; od pewnego czasu nosi okulary wklęsłe — 3 D, jednak bez szczególnej poprawy wzroku. Przed 14 dniami zmarł jej ojciec na marskość wątroby (matka i rodzeństwo zdrowe); od tego czasu bóle głowy stały się u chorej Dra S. nie do zniesienia. Prócz tego ponawiają się napady, rozpoczynające się zamroczeniem wzroku, poczem następują wśród utraty świadomości skurcze wszystkich mięśni. Bezwiednego oddawania moczu nie zauważono. Chociaż napady te bardzo przypominają padaczkę, to jednak rozpoznano hysteryę, a to z następujących powodów: Przedmiotowe badanie oczu daje wynik ujemny z wyjątkiem skurczu akomodacyi, z powodu którego chora próbowała noszenia szkieł wklęsłych. Spojówka okazuje znieczulenie, a pole widzenia jest ścięśnione (do 20<sup>o</sup>) dla barwy białej i innych i przedstawia wybitne znamiona łatwego nużenia się wzroku (szybkie i coraz to znaczniejsze zwięzanie się pola przy powtórnych badaniach). Nakoniec mierny światłowstręt. Patrzenie na białe płaszczyzny sprawia ból głowy.

*Dr Chalupecky.*

*Słosunek wyrosli adenoidalnych do zaburzeń ocznych* (Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari). Arlsan. (Atti del quarto Congresso della Società italiana di laringologia, d'otologia e di rinologia — 1900).

Według autora tak zwane wyrosła adenoidalne w jamie nosogardzielowej o wiele częściej wywołują zaburzenia oczne, niż zmiany chorobowe w samych jamach nosowych.

Pogląd powyższy opiera A. na fakcie, że w ciągu paru miesięcy miał możność spostrzegać 16 przypadków wyrosli adenoidalnych, w których istniały różnorodne zaburzenia oczne.

Z tych przypadków w 10 zaburzenia te były obustronne, w pozostałych zaś 6 jednostronne.

Prawie wszystkie powstały w następstwie influenzy.

Co się tyczy natury tych zaburzeń, to w 11 była: keratoconjunctivitis, w 1 dacryocystitis, wreszcie w 1 przypadku było

prawdziwe trachoma<sup>1)</sup>. We wszystkich przypadkach cierpienie trwało od dłuższego czasu (od 2 lat do 1 miesiąca. W wielu leczenie okazało się bezskutecznem.

We wszystkich przypadkach autor dokonał wycięcia wyrosła adenoidalnych, przyczem bez zastosowania jakichkolwiek środków zaburzenia oczne ustąpiły w 12 przypadkach i to w sposób zadziwiający, gdyż w 6 przypadkach już po 5 dniach, w 3 po 10, wreszcie w 3 po 20 dniach. Co się tyczy pozostałych 4 przypadków, to i z tych w 3 nastąpiła znaczna poprawa, natomiast w 1 przypadku (trachoma) nie było żadnego wyniku.

W przypadkach z poprawą w 2 cierpienie oczne miało postać rozlaną i znamiona skrofaliczne, w 1 zaś (kerato-conjunctivitis c. ulceratione corneali) sprawa trwała bardzo dawno (parę lat).

Odnosnie do zaburzeń ocznych, już w parę godzin po operacyi narodził następował światłowstręt (photophobia), oraz zmniejszała się wydzielina ze spojówki.

W owrzodzeniach rogówki poprawa następowała nieco później (po kilku dniach).

Autor jest zdania, że większość przynajmniej zaburzeń ocznych pochodzenia rzekomo nosowego ma swoje źródło w cierpieniach jamy nosogardzielowej (wyrosła adenoidalne), będących wyrazem skażenia żółzowatego i przy których zmiany nosowe (eczema, przerosty małżowin), jako wtórne objawy, są niestety częstym zjawiskiem. Dopiero po usunięciu wyrosła adenoidalnych ustępują zmiany następcze w jamach nosowych, oraz zaburzenia oczne. —

*Dr Jan Sędziak.*

### III. NOWE KSIĄŻKI.

*Podręcznik histologii ciała ludzkiego zbiorowo napisany przez 15 lekarzy.* Redakcyą kierował H. Hoyer sen., wydawnictwem L. Dydyński. *Zmysł wzroku* opracował Dr W. Kamocki (Warszawa 1901, str. 561).

Ocenę tego pomnikowego dzieła, ozdobionego 300 rysunkami w tekście (głównie wykonanymi przez Dra J. Barączę) i starannie wydane z zapomogi Kasy Pomocy imienia Dra J. Mianowskiego, pozostawiam zawodowym kolegom, ograniczę się tylko do omówienia opisu zmysłu wzrokowego.

Histologia organu wzrokowego posiada literaturę bardzo obfitą. Już w r. 1880 w zbiorowym dziele Graefe-Saemisch'a ten

<sup>1)</sup> Chyba nie w następstwie zmian nosowych.



dział powierzono opracować czterem takim koryfeuszom, jak: Waldeyer, Iwanoff, Arnold i Schwalbe. Korzystali oni przeszło z 600 zacytowanych dzieł i rozpraw. Od tego czasu literatura przedmiotu niezaprzeczenie podwoiła się i przybyły cenne prace, przeważnie w dziedzinie badań spojówki, rogówki, siatkówki i dróg limfatycznych narządu wzrokowego. — Do opracowania histologii oka w nowym wydawnictwie dzieła Graefe-Saemisch zaproszono aż pięciu specjalistów: Hansa Virchova, Sattlera, O. Schultzego, Greeffa i Eversbuscha. Zadanie to więc — jak widzimy — dla jednego niełatwe!

Streścić to wszystko, wybrać to co z dziedziny przypuszczeń i hipotez uznano dziś za pewnik naukowy, przedstawić czytelnikowi jeszcze i w skróceniu cały przedmiot podjął się kol. Walenty Kamocki, znany sumienny badacz na polu histologii oka. Dokonał on swej pracy dość szczęśliwie, wyłożył przedmiot na 50 stronicach (od 440 do 490), objaśniając go 19 rysunkami. Najobszerniej wyłożony traktat o rogówce (str. 8) i siatkówce (str. 16) z uwzględnieniem prac Hoyerera ojca, Borysiekiewicza i Dogiela syna; najkrócej podana rzecz o ciałku szklistem i nerwie wzrokowym. Zresztą o tym ostatnim znajdujemy i w histologii przedniej części mózgowia, opracowanej przez R. Radziwiłowicza (tamże na str. 408—409).

Dowiadujemy się z tej pracy wiele ciekawych rzeczy, wspomnę tylko o niektórych: 1) Mięsień rzęskowy odkrył nie Brücke w r. 1846 (jak podali Arnold, Iwanoff i w. in.), lecz W. Wallace (1835 r.). 2) Sprawa m. rozszerzającego źrenicę po dziś dzień nie została rozstrzygniętą. 3) Na przedniej powierzchni tęczówki istnieją krypty, łączące się z przestworami chłonnymi, przez które przesąca się ciecz wodnista na zewnątrz przedniej komory (Fuchs). 4) W siatkówce istnieją wędrownne zmiany w komórkach nabłonka barwnikowego, oraz w czopkach i pręcikach, zachodzące pod wpływem światła i ciemności. 5) Okazało się mylnem, jakoby zonula Zinnia pochodziła z rozdzielenia się błony szklistej w przednim odcinku na dwie blaszki; a ponieważ takowa składa się z włókien, a nie blaszki jednolitej, przeto i przyjmowany dawniej l. z. przewód Petita nie istnieje, a jest to tylko uchyłek (*recessus*) tylnej komory. 6) W załamku przejściowym i w spojówce powiekowej istnieją dodatkowe gruczołki łzowe (Krauze, Wolfring).

Kol. K. używa następujących terminów: ciało szkliste (a nie szklane, jak szkoła lwowska), błona szklista (*m. hylaoidea*), przednie i tylne komory (a nie komórki), pasek Zinna vel wiąz więszadłowy soczewki, brzeżek piłowy (*ora serrata*) naczyńiówki, brodawka vel tarcza n. wzrokowego (a nie łarcz, jak szkoła krakow-

ska) (?). Widocznie, że tak być powinno, skoro w przedmowie Podręcznika orzeciono, że pisownię zastosowano ściśle do prawideł pisowni polskiej, wydanych przez Akademię Umiejętności. Stosujmyż się więc do tej terminologii we wszystkich dzielnicach dawnej Polski!

Ryciny wykonano dość starannie. Autor potrafił wybrać najczęściej pouczające, korzystając z prac Lebera (szematyczne przedstawienie naczyń oka), Testuła (szemat. przedstawienie nerwów wzrokowych) Piersola (pierwsze przecięcie siatkówki i szemat. komórki wzrokowej tejże), Kallius'a (szemat. wykazujący wzajemny stosunek pierwiastków składowych siatkówki), Genderen i Storta (wędrorne zmiany w komórkach barwnika, czopkach i pręcikach siatkówki, zachodzące pod wpływem światła i ciemności), Cajala (włókna promieniste Millera), Golding-Birda i Schäfera (szemat. przecięcia plamki żółtej).

Mówiąc o t. z. *cellulae amacrinae* ret. Cajala, kol. K. podaje ich rysunek na szemacie Kalliusa. Czy to jeden i ten sam, czy inny histolog. Zdaje się, że są to dwie osobistości, gdyż na str. 467 znajdujemy oba zbliżone nazwiska, Cajala i Kalliusa, tak obok siebie. To jedno zapytanie. Drugie pozwolę sobie zrobić to, że *cellulae amacrinae* na str. 474 mają to być pojedyncze, zbliżane komórki »z obficie rozgałęziającymi się wyrostkami«, a na str. 475 są to »komórki pozbawione wyrostków nerwowych«. Dla niespecjalistów trzeba było wyjaśnić — jak to zrobił prof. Szymonowicz (tamże na str. 123), — iż komórka nerwowa posiada 2 rodzaje wypustek: nerwową (Neuraton, Neuryt), przechodzącą w włókno nerwowe, i protoplazmatyczne czyli dendryty, nie przechodzące w włókna nerwowe.

Cytaty z literatury histologicznej uznane zostały przez współpracowników Podręcznika histologii jako balast zbyt techniczny, więc i kol. K. pominął takowe.

Kończąc to krótkie sprawozdanie z moich wrażeń, jakie wyniosłem po odczytaniu histologii zmysłu wzrokowego, skreślonej piórem kolegi Kamockiego, nie mogę nie powiedzieć, że wystudyo wałem takową z pożytkiem i przyjemnością, odświeżając w mej pamięci wiadomości o histologicznej budowie organu wzrokowego.

Szkoda tylko, że szanowny autor, uwzględniając budowę gruczołu łzowego, zupełnie pominął mikroskopowy <sup>1)</sup> ustrój dróg łzowych. Łukę tę zresztą znajdujemy i w pierwszym wydaniu zbioro-

<sup>1)</sup> »Podręcznik histologii« używa wyrazów »mikroskop«, »mikroskopowy«, a nie »drobnowid«, »drobnowidowy«.

wego dzieła Graefe-Saemisch'a (podano zaledwo kilka słów w Makroskop. anatomii łzowego aparatu Merkela); podjął się ją wypełnić dopiero w drugiej edycyi Eversbusch. Dr. J. T.

#### IV. Z. TOWARZYSTW.

Sprawozdanie z 28 zgromadzenia Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1900. (Streszczone według oryginału niemieckiego).

1. *O torbielach tęczówki, powstałych po urazie* (Ueber traumatische Iriszysten). Wintersteiner.

Z pośród licznych teoryi, co do sposobu powstawania torbieli surowicznych tęczówki przez uraz, są po dziś dzień najbardziej uznane 3 następujące:

1. Buhl i Rothmund przyjmują, że torbiele te powstają przez przeszczerpienie przybłonka w głąb gałki ocznej.

2. Wedle Eversbusch'a powoduje każdy, nawet łepy, uraz gałki ocznej krwotok w okolicy ligamentum pectinatum i u nasady tęczówki. Wskutek spowodowanej tem znacznej rozciągliwości tkanki, powstaje w tem miejscu jama, która zwiększa się stale w kierunku przedniej komory.

3. Wecker wreszcie jest zdania, że torbiele te nie są prawdziwymi torbielami, a li tylko workowatemi wydęciami przedniej komory. Mogą zaś one powstać przy szerokiej tylnej przyczepinie i częściowem wydęciu tęczówki ku przodowi — przez co odbiera się wrażenie torbiela; lub też wskutek załamków w samym miąższu tęczówki i na jej brzegu żrenicznym.

Autor badał anatomicznie 10 całkowitych gałek ocznych, w których na tęczówce był umiejscowiony torbiel. W 3 zaś innych przypadkach badał on wyciętą ścianę torbiela i przyszedł na podstawie swych badań do przekonania, że wszystkie te 3 powyżej opisane sposoby powstawania torbieli przez uraz mogą mieć miejsce. Przybłonek tych torbieli bywa różnoraki i to jedno lub wielowarstwowy. Rozpoznanie torbiela tęczówki nie zawsze jest łatwem, gdyż często bywa za torbiel uważane zwykłe wydęcie tęczówki, w innych zaś znowu przypadkach brano ziarniak lub t. p. utwory za torbiele tęczówki.

Rokowanie przy torbielach tęczówki i przedniej komory jest niekorzystne, gdyż zbyt często powodują one przez swój nagły wzrost wzmożenie się ucisku śródocznego, a następnie ślepotę. Przypadki, w których torbiele te znikają przez pęknięcie ściany — a tem sa-



mem stają się dla oka nieszkodliwymi — należą do wyjątków. Pracę swą uzupełnił autor dwiema bardzo zajmującymi i niezwykłymi historjami chorób.

*Dr T. Ballaban.*

II. *Leczenie jaskry wycięciem nerwu współczulnego* (Die Behandlung des Glaucoms durch Sympathicusresektion). K. Grunert.

Autor opisuje wyniki lecznicze jaskry, przez wycięcie nerwu współczulnego, które u 15 chorych wykonał prof. Hofmeister w klinice w Tübingen.

Do tego zabiegu wybierano li tylko chorych, u których dotychczasowe sposoby leczenia nie odniosły żadnego skutku. Operacja ta była wykonywaną w następujący sposób: Od wyrostka sutkowego robi się ku dołowi 10.—15 cm długie cięcie na przednim brzegu mięśnia mostko-obojęczykowo-sutkowego. Nerw dodatkowy (*n. accessorius*) pozostaje w ten sposób na uboczu, i tak dochodzi się obok wielkich naczyń szyjnych i nerwu błędnego do górnego zwoju nerwu współczulnego. W tem właśnie miejscu wycina się ten zwój, wraz 1—2 ctm. długości kawałkiem pnia nerwu. Ten sposób operacji zwie się sympathicotomia, w przeciwieństwie do gangliktomii, która polega tylko na wyłuszczeniu górnego zwoju n. współczulnego. Autor posługiwał się częstokroć oboma tymi sposobami, gdyż gangliktomia jest niejednokrotnie bardzo trudną, z powodu wysokiego położenia zwoju w czaszce.

Wyniki lecznicze były różnorakie. W czterech przypadkach jaskry przewlekłej zapalnej spowodowała operacja znaczne polepszenie. Przy jaskrze zupełnej (*Glaucom absolutum*) był wynik zabiegu w jednym przypadku pomyślny, w jednym bez wielkiej korzyści, a w jednym zupełnie bezkorzystny. W dwóch przypadkach jaskry pojedynczej był wynik operacji zupełnie zły.

Jakkolwiek nie da się obecnie jeszcze dokładnie oznaczyć korzyści lecznicze, jakie się tym zabiegiem operacyjnym przy jaskrze osiągnąć dadzą, i to głównie z powodu krótkiego czasu spostrzegania i z powodu szczupłej liczby dotychczas dokładnie badanych przypadków, to jednak wogóle uważa autor dotychczasowe wyniki lecznicze osiągnięte tym sposobem, jako weale korzystne.

*T. Ballaban.*

III. *O zakaźnem zapaleniu nerwu wzrokowego.* (Ueber infectiöse Neuritis optica). Uthoff.

Przypadki zakaźnego zapalenia nerwu wzrokowego bez żadnych innych powikłań, wywołane rozmaitemi chorobami zakaźnymi ustroju, są rzadkie. Wynika to też i ze ścisłych w tym kierunku badań autora, który widział podobne zmiany tylko 23 razy na 80.000 przypadków własnej obserwacji. Chcąc zdać sobie sprawę

z różnicy, jaka zachodzi pod względem klinicznym i anatomicznym pomiędzy zapaleniem zakaźnym nerwu wzrokowego, a zapaleniem spowodowanym zatruciem (*toxische Neuritis*) uzupełnił autor swe własne spostrzeżenia 253-ma przypadkami zakaźnego zapalenia nerwu wzrokowego opisanymi w literaturze przez innych autorów.

Ze zestawienia tego wynika, że powodem zapalenia nerwu wzrokowego była grypa (*influenza*) 72, kiła 61, zaziębienie (*Rheumatismus*) 36, zimnica 17, dur brzuszny 17, odra 9, błonica 6, ogólnie zapalenie nerwów (*polyneuritis*) 7, ospa 6, Beri-beri 5, róża 3, płonica 3, gruźlica 3, dur wysypkowy 3, rzeżączka 2, dur powrotny 2, ostry gościec jeden raz.

Przy różnych innych ciężkich chorobach zakaźnych, jak przy nosaciznie, trądzie, cholercze, czerwonce, węgliku, wścieklicznie, włóśnicy itp. nie spostrzegano dotychczas nigdy u człowieka zapalenia nerwu wzrokowego.

Co do sposobu powstania tego zapalenia nerwu wzrokowego są autorowie po większej części zdania, że powstaje ono wskutek przemiany materji w drobnoustrojach. Same drobnoustroje, których wykazanie w miejscu schorzenia nerwu wzr. mogłoby być jedynym pewnikiem dla patogenyzy tego cierpienia, wykazano tylko w bardzo szczupłej liczbie przypadków. Jeżeli zważymy tę okoliczność, jak również i to, że w licznych zestawionych powyżej przypadkach zmiany zapalne w nerwie wzrokowym nie zostały wprost wywołane działaniem drobnoustrojów i ich jadu, lecz powstawały one często wskutek ogólnych zaburzeń odżywczych spowodowanych samoistnem zatruciem (*Autointoxication*), to musimy przyjść do przekonania, że zapalenie nerwu wzrokowego przez zakażenie jest bardzo rzadkiem i to o wiele rzadszem, aniżeli podobne zapalenie wskutek zatrucia (*Neuritis toxica*).

Ze ściśle i dokładnie przeprowadzonej pracy autora wynika, że choroby zakaźne ustroju nie wywołują jakichś pewnych i stałych zmian na dnie oka, które mogłyby być znamionami dla pewnej danej choroby zakaźnej.

Natomiast przy zapaleniu nerwu wzrokowego po zatruciu występują prawie zawsze pewne stałe zmiany na siatkówce i to szczególnie na naczyniach oka. Przy tem zapaleniu nerwu jest też sprawa chorobowa po większej części obustronną, przy zapaleniu zaś zakaźnym nerwu wzrokowego bywa ona bardzo często jednostronną.

T. Ballaban.

IV. *Przyczynek do sposobu powstawania niedowidzenia spowodowanego używaniem wysokoku metylowego.* (Zur Pathogenese der Methylalkoholamblyopie). A. Birch-Hirschfeld (z Lipska).

Pierwsze przypadki ślepoty, spowodowanej używaniem alko-

holu metylowego były spostrzegane już przed 20-tu laty. Dokładny jednak obraz kliniczny tego rodzaju ślepoty został dopiero w ostatnim roku, przez licznych autorów uwzględniony. Podają oni zgodnie, że używanie alkoholu metylowego jest dla wzroku o wiele szkodliwszem, aniżeli używanie alkoholu etylowego i amylowego. Chorzy tracą przytem wzrok bardzo rychło, a rozszerzone znacznie źrenice nie oddziałują. Gałki oczne były przy ruchach bolesne. W przypadkach lżejszych, w których czynność wzroku mogła być badana, istniały często względne lub też zupełne ubytki w polu widzenia. Wziernikiem można było wykazać, po upływie kilku tygodni zanik nerwów wzrokowych, a tylko w jednym przypadku istniało zapalenie nerwu ocznego. W celu wykazania zmian anatomicznych, jakie alkohol metylowy w oczach wywołuje, poddał autor badaniu oczy siedmiu królików i trzech kur, przyczem wstrzykiwał on alkohol metylowy w worek spojówkowy. Zwierzęta te ginęły w przeciągu kilku tygodni, a przeprowadzona sekcya zwłok wykazywała odłuszczenie narządów wewnętrznych, szczególnie wątroby i nerek. Badanie wziernikiem było zawsze ujemne. Badanie anatomiczne siatkówki wykazywało w niej zawsze bardzo rozległe zmiany. I tak były jądra komórek zmarszczone i zawierały w sobie liczne złoże chromatyny, ich protoplazma była wypełniona licznymi jameczkami (*vacuolae*), ciała Nissla były rozpadłe w postaci pyłu, a miejscami zupełnie zanikłe, wreszcie i same granice komórek stawały się co raz bardziej zatarte. Podobnie zmarszczone i rozpadłe były i ziarna wewnętrznej i zewnętrznej warstwy ziarnistej siatkówki, a w nich znajdowały się liczne jamki, powstał wskutek znacznej opuchliny tkanki. Poza tem była siatkówka miejscami zupełnie prawidłową, a na jej obwodzie i w jej środku znajdowały się zupełnie prawidłowe komórki zwojowe. Naczynia siatkówki były prawidłowe. Badanie nerwu wzrokowego wykazało tylko w jednym przypadku początkowy zanik tkanki nerwowej, w innych zaś przypadkach był nerw wzrokowy prawidłowy.

Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń sądzi autor, że działanie trujące alkoholu metylowego umiejscawia się w oku przede wszystkim w siatkówce i to we warstwie komórek zwojowych, a dopiero później w jej warstwach ziarnistych.

Zwyrodnienie nerwu wzrokowego jest dopiero drugorzędnem następstwem tego zatrucia, i zawsze jest ono tylko częściąowem.

T. Bałaban.



## V. ROZMAITOSCI.

**Zbiorowe prace** („Sbornik Statiej“, Gesammelte Abhandlungen) **K. Kastalskiej**, Dra med. hernońskiego uniwersytetu. Wydanie pośmiertne. Moskwa. 1900. Str. 151).

W „Postępie Okulistycznym“ pomieszczono już wzmiankę o śmierci (w 26 roku życia) wiele obiecującej Katarzyny Kastalskiej, która pracowała przy oftalm. klinice w Moskwie (1900 r., na stronie 24). Obecnie, staraniem jej przyjaciół i kolegów, wydano w jednej książce zebrane wszystkie prace Dra K. w dwóch językach: rosyjskim i niemieckim. Przedmowę do niej napisał Docent S. Gołowin, a mowę, wygłoszoną na uczczenie jej pamięci w moskiewskim Towarzystwie okulistycznym, prof. Ewetzky.

W pracach swoich Dr K. dowiodła: 1) że i niepatogeniczne w bakteriologicznym znaczeniu mikroby mogą być u człowieka przyczyną ropnych spraw w głębokich częściach oka (przyczynok do panofthalmitis); 2) że można otrzymać czystą hodowlę grzybka aktinomycesis ze złogów, znajdujących w kanalikach łzowych; i 3) że w tkankach zwyrodnionych jaglicą stale dają się wykrywać komórki z hyalinem kulami, — o czem zakomunikowała na XII. międzynarodowym kongresie lekarskim w Moskwie.

*Dr J. T.*

**Statystycznym badaniem ócz dzieci szkolnych w Stanach Zjednoczonych Ameryki** zajmował się prof. Smedley, przełożony oddziału władzy wychowawczej, i dochodzi do następujących wniosków: 1. Umysłowo słabsze dzieci więcej dotknięte są wadami ócz od dzieci zdolnych. 2. Słaby wzrok powoduje często osłabienie umysłowe. 3. Wzrok chłopców bywa lepszym od wzroku dziewcząt. 4. Szkoła przyczynia się do niejednej wady ocznej. 5. Wady te w pierwszych trzech latach wzmagają się o  $\frac{1}{2}$ . 6. Pość uczni, których wzrok nie wynosi więcej nad  $\frac{1}{10}$ , rośnie stale od początku do końca czasu szkolnego. 7. Odsetka dzieci, posiadających tylko  $\frac{1}{3}$  bystrości wzrokowej, wynosi w zwykłych szkołach 32%. („Medical News 10. Nov. 1900.). *W.*

**Oko dyfteryą dotknięte** może być wyjściem dla dyfteryi innych błon śluzowych, a mianowicie nosa i gardła, gdyż według badań Uthoffa jeszcze w kilka tygodni po ustąpieniu obrazu klinicznego dyfteryi oka spojówka zawiera prątki dyfteryiczne. Otóż w pracy, dotyczącej tego przedmiotu, dochodzi Vossius do następujących wniosków: 1. Prątki dyfteryiczne mogą nie tylko wywołać obraz głębokiej nekrotyzującej dyfteryi spojówki, ale także obraz błonicy i rzęzyczki spojówki. Powodu tego zjawiska szukać trzeba w rozmaitego

stopnia jadowitości prątków dyfterytycznych, a nie mniej także i w rozmaitej odporności osobników. Zawsze jednak chory oczny dla otoczenia równo przedstawia niebezpieczeństwo. 2. Te same objawy kliniczne przedstawiają także zakażenia streptokokami. 3. W każdym poszczególnym przypadku ważnem jest badanie bakteryologiczne, które jednak nie powinno się ograniczać do preparatu szkiełkowego, ale oparte być powinno na hodowli i szczepieniu zwierzętom. 4. Badanie to jest wskazane nie tylko ze względu na terapię surowicą, ale także na odosobnienie. Zastosowanie surowicy jest wskazanem nawet w braku wyniku bakteryologicznego wobec tego, że stosowanie surowicy nie jest połączone z żadnem niebezpieczeństwem („Deutsche Praxis“, III. 22).

III.

„Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich“, mające wkrótce rozpocząć swój żywot literacki, a dawno planowane, przychodzi do skutku dzięki inicjatywie mężów, pragnących nauce polskiej zapewnić w konkretnie wszechświatowych dążnościach naukowych dźwięczny harmonijny głos, często z umysłu przygłuszany przez niezyczliwe nam żywioły.

Podając poniżej w skróceniu nadesłaną nam odezwę redakcyi, życzymy nowemu wydawnictwu, aby spełniało zawsze chlubnie stawione sobie zadanie, a zyskując coraz więcej zwolenników, oby materialnie pewną zdobyło sobie podstawę.

Nadesłana odezwa brzmi jak następuje:

„Pragnąc ile możności skupić wszystko prace polskie ściśle naukowe z zakresu medycyny, dotychczas rozrzucone w rozmaitych wydawnictwach polskich i obcych — a zarazem prace te uczynić dostępnymi obcym badaczom i to pod wyraźnem i niezatartem piętnem prac polskich, postanowiliśmy wydawać *»Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich«* w dwóch wydaniach, a mianowicie w wydaniu polskiem i w wydaniu, zawierającym wiernie przekłady prac, pomieszczonych w wydaniu polskiem, na języki obce, a mianowicie albo na język francuski albo niemiecki, stosownie do życzenia autora. W temże wydaniu mogą być umieszczane także wiernie przekłady na jeden z tych języków prac, ogłoszonych w języku polskiem w innych czasopismach. Te ostatnie prace w polskiem wydaniu „Archiwum“ nie będą przedrukowywane, lecz pomieszczone tylko ich tytuły z podaniem czasopisma, w którym są zawarte.

„Archiwum“ to obejmować będzie prace ściśle naukowe z dziedziny morfologii (anatomii, histologii i historii rozwoju), z fizjologii (i chemii fizjologicznej), z patologii doświadczalnej (i bakteryologii), z farmakologii doświadczalnej, z patologicznej anatomii (i histologii), tudzież prace ściśle naukowe z klinicznych gałęzi nauk lekarskich.

Oprócz tego „Archiwum“ będzie podawać ile możności zupełny spis tytułów prac polskich, pojawiających się w zakresie wymienionych nauk.

„Archiwum“ wychodzić będzie we Lwowie równocześnie w dwóch

wydaniach, to jest w wydaniu polskiem i w wydaniu niemiecko-francuskim, w dowolnych zeszytach, w miarę napływającego do redakcyi materiału. Kilka zeszytów, obejmujących razem 40 do 50 arkuszy druku, stanowiąć będzie tom.

Cena księgarska będzie ustanowiona dla każdego zeszytu i dla każdego tomu z osobna.

Przedpłatę ustanawia się:

Na jeden tom wydania polskiego (obejmujący 40—50 arkuszy druku . . . . .)	20 koron.
Na jeden tom wydania francusko-niemieckiego (takiej samej objętości) . . . . .	30 „
Na jeden tom w obu wydaniach . . . . .	35 „

Autorom, którzy prace swoje prześlą redakcyi w obu językach, przyznawane będzie honoraryum w kwocie 64 koron za arkusz druku. Jeżeli zaś autor przyśle pracę napisaną tylko w jednym języku, redakcyja postara się o wiorny przekład na język drugi, za co tłumacz otrzyma wynagrodzenie, które odejma się od honoraryum.

W przekonaniu o niezbędnej potrzebie takiego „Archiwum“, wydawanego równocześnie w dwóch językach, prosimy gorąco o łaskawe popieranie tego wydawnictwa, tak moralnie jak i materalne.

Wszelkie pisma prosimy nadsyłać pod adresem naczelnego redaktora, którym jest prof. Dr Henryk Kadyi, Lwów, ul. Zielona, 15.

**LXXIII zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników** odbędzie się w Hamburgu od 22—28 września b. r. Sekcyja okulistyczna mieć będzie aż trzech gospodarzy. Są nimi Drowie: Oehrens, Willbrand i Mannhardt. Zgłoszenia przyjmuje aż do 15 maja Dr Franko, sekretarz, Collonaden, 47.

**Towarzystwo okulistów francuskich, Société française d'Ophthalmologie** rozpoczyna swe zebranie tegoroczne dnia 6 maja o godzinie pół do ósmej w Hôtel des Sociétés savantes w Paryżu. Referat główny, jaki przedstawi Wecker, dotyczy: wartości trydektonii w jaskrze. W.

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Jako kandydaci na katodę oftalmologii w Kazaniu występują następujący Docenci: Szymonowski z Kijowa, Gołowin z Moskwy i Braunsztejn z Charkowa.



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagiELL.

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

Kwiecień

—%— ROCZNIK TRZECI —%—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych. (Aneurysma carotidis int. in chiasmate.)

Rzecz w skróceniu czytana d. 21 (7) grudnia 1900 r. na posiedzeniu Towarzystwa Okulistycznego w Petersburgu.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

z Pohulanki.

A. S., 31letni włościanin z guberni Kowieńskiej, zwrócił się w d. 5 maja 1898 roku do lecznicy ocznej w Pohulance, skarżąc się na postępujące osłabienie wzroku, bóle, szmery i zawroty głowy.

Z wywiadów okazało się, że na bóle głowy cierpiał on od dziecka, ale wzrok miał poprzednio zupełnie dobry; zresztą i same bóle nie były tak nasilone, jak obecnie. Pogorszenie wzroku zauważył on po raz pierwszy w czerwcu 1897 roku, podczas sianozęcia; wraz z pogorszeniem się wzroku bóle głowy, znośne dotąd, wzmogły się do tego stopnia, że chory chwilami tracił przytomność.

Badanie wziernikiem wykazało tarczę zastoinową obuoczną; badanie perymetryczne: ślepotą skroniową obu siatkówek, zwężenie wrażliwości obwodowej siatkówek i brak wrażliwości w dolnej nosowej części siatkówki lewego oka. Naośne widzenie obniżone, ale zachowane: czyta druk 6 Jaegera. Rozpoznawanie barw prawidłowe.

Stan innych zmysłów: zupełny bezwęch (*anosmia*); słuch był badany przez Dra Lau, który w narządzie słuchowym nie nieprawidłowego nie znalazł, zwrócił jednak moją uwagę na to, że szmer, na który się uskarża chory, jest wyczuwalny przedmiotowo wszędzie przez kości czaszki i jednocześnie ze skurczem serca.

Przy naciskaniu palcem na lewą tętnicę szyjową szmer ustawał natychmiast, przy odejmowaniu palca powstawał na nowo. Naciskanie palcem na prawą tętnicę szyjową nie wywierało żadnego wpływu na szmer.

Na podstawie powyższych danych: bezwęch, tarcza zastoinowa, ślepotą skroniową obuoczną, szmer ustępujący przy uciskaniu lewej tętnicy szyjowej, rozpoznałem: tętniaka lewej tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania.

Ślepotę skroniową prawej siatkówki tłumaczyłem niepodatnością prawej tętnicy szyjowej wewnętrznej przy uciskaniu tętniakiem lewej tętnicy szyjowej wewnętrznej, dzięki czemu skrzyżowanie uciskane było przez obie tętnice w kierunku dośrodkowym.

Skrzyżowanie nerwów wzrokowych tylko swą tylną częścią przylega ściślej do mózgu, dotykając węchowego sita i lejkowego wzgórką; przed skrzyżowaniem wstępują po przez sito węchowe do mózgu węchowe włókna nerwowe; z obydwóch boków dotykają skrzyżowania prawa i lewa tętnice szyjowe wewnętrzne.

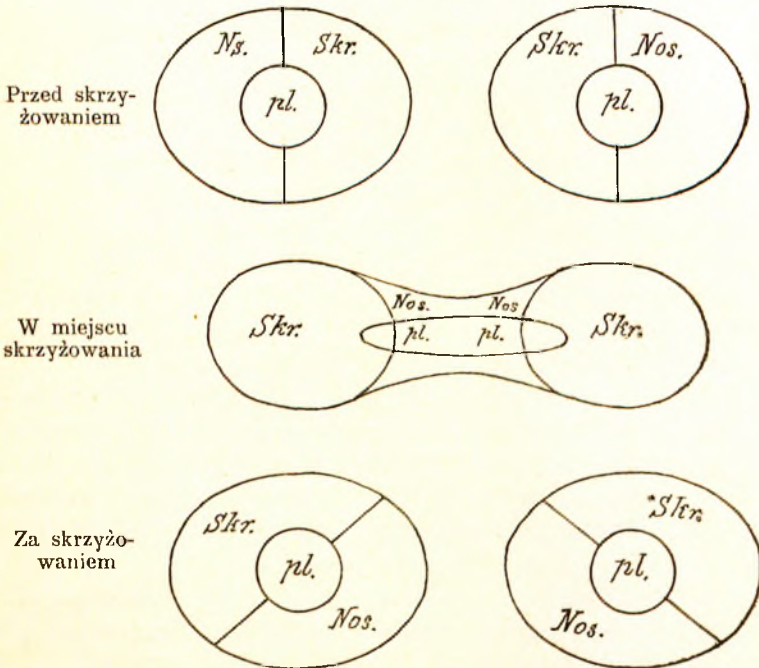
W skrzyżowaniu znajdujemy następujące pasma:

1. Pasma nieskrzyżowane skroniowych połów siatkówek.
2. Pasma skrzyżowane nosowych połów siatkówek.
3. Pasma łukowe tylne Gudden.

Pasma łukowe przednie, jakkolwiek stwierdzone przez niektórych autorów, nie zostało dotąd dowiedzione i ogólnie przyjęte. Pasma to uważane było jako zewnątrzmożgowe połączenie siatkówek.

Brak wrażliwości w dolnej nosowej części siatkówki lewego oka doskonale tłumaczy się według szematu Violeta<sup>1)</sup>.

Układ pasm skroniowych nosowych i płankowych:



Zi rozpoznania wynikało wskazanie: podwiązanie lewej tętnicy szyjowej wewnętrznej lub wspólnej dla zachowania nie tylko reszty wzroku, ale i życia, tętniak bowiem w razie pęknięcia groził udarem krwawym mózgu.

Wezwani na radę koledzy: Dr Aronet, chirurg, i Dr

<sup>1)</sup> Bechterew: Prowadiaszczyje puti spinnogo i gołownogo mozga. Cz. I, str. 235. Petersburg. 1896.



Żebrawski, ordynujący przez lato w zakładach leczniczych w Pohulance, po dokładnem zbadaniu chorego, zgodzili się z mojem rozpoznaniem, a Dr Aronet podjął się podwiązania lewej tętnicy szyjowej wspólnej.

Już wszystko przygotowane było do operacji, gdy chory nagle został wezwany do rodziców, którzy za nic nie chcieli się zgodzić na tak niebezpieczną operację. Wyjeżdżając, S. powiedział mi jednak; »nie wypada mi postępować wbrew woli mojej rodziny, ale ja ich przekonam i powrócę«. Jakoż rzeczywiście za tydzień był już z powrotem.

Dnia 20 czerwca 1898 r. Dr Aronet podwiązał lewą tętnicę szyjową w obecności Dra Virhofa, Dra Żebrawskiego, Dra Ratkiewicza, studenta V. kursu Buły i mojej. Operację wykonano bez chloroformu.

Przez cały czas operacji zachowanie się chorego było tak bohaterskie, że aż budziło podziw wśród lekarzy. Po dokonanyh rękoczynach i nałożeniu opatrunku, chory siedział i spokojnie odpowiadał na zapytania; na usilne jego żądanie pozwolono mu wypalić jeden papieros.

Pod wieczór jednak chory wpadł w stan, podobny do śpiączki, a na drugi dzień wystąpiły objawy zamowy (*parafazyja*) i bezład prawej ręki. Przez kilka następnych dni z trudnością można się było chorego dobudzić, żeby mu gwałtem wlać kilka łyżek strawy do ust. Tętno i ciepłota przez cały czas pooperacyjny były zupełnie prawidłowe.

J. Friedländer<sup>1)</sup> w swej pięknej pracy o podwiązaniu tętnicy szyjowej omawia również i przypadki mózgowe, następujące po podwiązaniu.

W danym przypadku wszystkie objawy mózgowe tłómaczyły się silną niedokrewnością i upośledzonym odżywianiem lewej półkuli mózgu. Jakoż na 4. i 5. dzień chory był już mniej śpiący, ale wciąż się uskarżał, że nic już nie widzi, nic nie pamięta i nic nie rozumie.

---

<sup>1)</sup> Juliusz Friedländer: Ueber die Ligatur der Carotis. Inaugural Dissertation. Dorpat. 1881.

Opaskę zmieniono dopiero czternastego dnia; ranę znaleziono już zupełnie i liniowo zabliznioną.

Badanie wziernikiem wykazało ustąpienie tarczy zastoinowej w obu oczach. Wzrok jednak w pierwszych dniach po operacyi był tak słaby, że budził poważne obawy, po miesiącu jednak wzrok prawego oka znacznie się poprawił; szczególniejszą znaczną była poprawa w skroniowej części siatkówki prawego oka (patrz perymetr str. 122); co zaś do oka lewego, to bezład wzrokowy tego oka tak był wybitny, że niepodobna prawie było wymierzyć granic wrażliwości siatkówki w tem oku, chory bowiem nie mógł ustalić tego oka na przedmiocie <sup>1)</sup>.

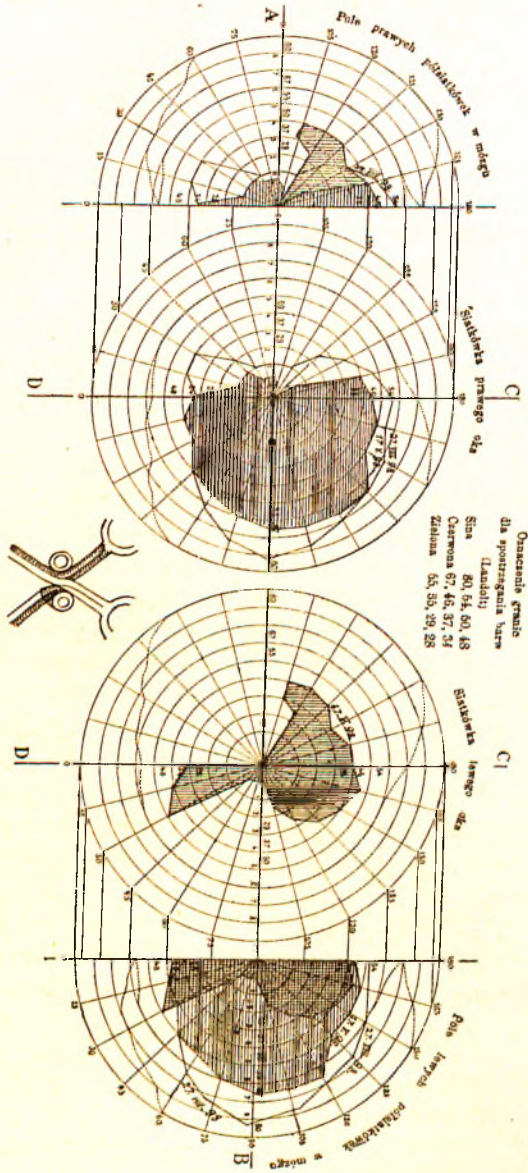
Bezładem dotkniętą była i prawa ręka: chory miał w prawej ręce siłę, ale nie miał zręczności, a pisząc poprzednio wcale dobrze, pisał obecnie zygzakami.

Zresztą i w całej jego postaci, we wszystkich jego ruchach był jakiś bezład; nie odrazu siadał na krzesło, nie odrazu trafiał do drzwi i okna.

Skóra, badana cyrklem Webera w miesiąc po podwiązaniu lewej tętnicy szyjowej, wykazywała znaczne różnice w odczuciu przestrzeni pomiędzy dwoma dotknięciami na prawej i lewej stronie głowy i górnych kończyn.

	Prawa strona.	Lewa strona.
Czoło . . . . .	35 mm.	22 mm.
Nos . . . . .	30 »	12 »
Szczęka . . . . .	35 »	12 »
Wargi . . . . .	20 »	5 »
Końce palców: nie różnia wcale dwóch dotknięć, nawet przy 10 mm. . . . .		5 »
Przedramię . . . . .	130 »	40 »
Ramię . . . . .	125 »	125 »

<sup>1)</sup> K. Noiszewski: L'ataxie optique et polyopie monoculaire. — Journal du XII Congrès International de Médecine de Moscou le 25 (13) Août. — Kronika Lekarska. 1898.





Odczuwanie ciepłoty i bólu wszędzie zachowane.

Zachowanie innych rodzajów odczucia i bardzo znaczne obniżenie czucia przestrzeni, występujące równolegle z bezładem wzrokowym, zdaje się przemawiać za tem, że tak zwanego odczucia przestrzeni badanego zwykle cyrklem Webera wcale zaliczać nie należy do odczuć skórnych.

Dnia 11 lipca 1898 r. chory wyjechał do domu ze znaczną poprawą wzroku w oku prawem; oko lewe, dotknięte bezładem wzrokowym, wciąż jeszcze nie daje się wymierzyć perymetrem; chociaż odczuwanie światła w tem oku jest dobre, a nawet czasem udaje się mu spostrzegać tem okiem i płomień świecy. Szmer, który, pomimo podwiązania lewej tętnicy szyjowej, trwał jeszcze przez dwa tygodnie, ustał zupełnie. Wraz ze szmerem ustąpiły zawroty głowy i bóle.

Pozostały zaś jeszcze: osłabienie pamięci i bezład wzrokowy lewego oka i prawej ręki. Bezład wzrokowy tem się różni od bezładu tabetycznego, że tabetyk potrafi podstawić szklanę pod kran tylko wtedy, gdy widzi kran, cierpiący zaś na bezład wzrokowy tylko wtedy, gdy zamyka oczy<sup>1)</sup>.

W ostatnich czasach okuliści zaczęli zapisywać przypadki podwiązania tętnicy szyjowej. Na posiedzeniu klinicznym z dnia 28 czerwca 1898 r. w warszawskim Towarzystwie lekarskiem Dr Kamocki w zastępstwie Dra Gabszewicza przedstawił 30letnią chorą, która w końcu kwietnia r. b. podczas napadu kaszlu uczuła mocny trzask w lewym oku, połączony ze szmerem. Od tej chwili szmer nie ustawał i był rytmiczny. Po trzech tygodniach chora zauważyła osłabienie wzroku, a Dr K. znalazł wysadzenie gałki i wybitny obraz żylnego zastoję na tarczy. Dr Kamocki skierował chorą do Gabszewicza, który rozpoznał tętniaka tętnicy ocznej i zamierzył przystąpić do podwiązania tętnicy szyjowej.

Sigris<sup>2)</sup> doniósł o niebezpieczeństwie podwiązania tę-

<sup>1)</sup> Noiszewski: Bezład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie. — Kronika Lekarska. 15 maja 1898 r.

<sup>2)</sup> Sigris: Die Ophthalmologische Gesellschaft zu Heidelberg. Posiedzenie 4 sierpnia 1898 r.

tnicy szyjowej. Autor podaje dwa przypadki, w których po podwiązaniu nastąpiła zupełna ślepotą oka po stronie podwiązanych naczyń, a na dnie oka objawy zaczerwienienia tętnicy wewnętrznej (*centralis*) siatkówki. W jednym z podanych przez niego przypadków obecność zatoru wykazana była przy otwarciu zwłok.

Od czasu Griesingera prowadzi się statystykę tętniaków naczyń mózgowych, może warto byłoby zaprowadzić osobną rubrykę tętniaków na skrzyżowaniu nerwów wzrokowych ze względu na specjalne znaczenie ich dla wzroku, możliwość rozpoznania umiejscowienia i leczenia. —

## 2. Przypadek cierpienia ocznego wskutek bezwładu opuszkowego astenicznego.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI.

Bezwład opuszkowy asteniczny jest obecnie określoną jednostką chorobową, mimo że dotąd nie więcej jak 30 przypadków tego cierpienia ogłoszono. Być może, że mała ta liczba spostrzeżeń jest skutkiem włączania bezwładu opuszkowego astenicznego do innych chorób (*ophthalmoplegia nuclearis, poli-encephalitis, polioencephalomyelitis*), jak to przypuszczają niektórzy autorowie. W każdym razie myślę, że, wobec szczupłej liczby ogłoszonych przypadków, mój nie będzie bez znaczenia.

Pani A. L., lat 28, zjawiła się u mnie d. 13 stycznia r. 1900, skarżąc się na opadnięcie obu górnych powiek. Opowiedziała, że przed miesiącem przebyła grypę; w 2 lub 3 tygodnie po zniknięciu gorączki wystąpiło podwójne widzenie, które początkowo zjawiało się po dłuższym czytaniu lub wpatrywaniu się i znikało po odpoczynku krótkim, następnie zaczęło powstawać coraz prędzej przy czynności ocz i ustępować powolniej, w ostatnich dniach dawało się czuć już w kilka kwadransów po obudzeniu się i trwało cały dzień, ulegając ciągłym znia-

nom w nateżeniu. W ostatnim tygodniu zjawiało się uczucie drgania w powiekach górnych i opadanie ich, co głównie chorą przstraszyło i skłoniło do szukania pomocy lekarskiej. Opadanie to, podobnie jak dwuwidzenie, występowało pierwotnie po czytaniu i wpatrywaniu się i znikało po odpoczynku, obecnie zaczyna się wkrótce po obudzeniu się i trwa do zaśnięcia, często zmniejszając i powiększając się w ciągu dnia.

Badanie wykazało niezupełne opadnięcie obu górnych powiek. W oku prawem powieka dochodziła do dolnej trzeciej części źrenicy, w lewym do dolnego brzegu źrenicy. Przy wysiłku chora mogła unieść powieki na kilka milimetrów. Oko lewe przedstawiało niedowład mięśnia prostego zewnętrznego.

Żadnych innych objawów chorobowych w oczach nie spostrzegało się. Spojówka, rogówka, źrenica, dno oka, bystrość wzroku, pole widzenia, poczucie barw były prawidłowe. Łamliwość miarowa.

Stan ogólny nie pozostawiał nic do życzenia. Chora pochodzi z rodziny zdrowej, wolnej od chorób nerwowych, kiły, gościeca i t. p. Sama również cierpieniami temi nie była dotknięta i nie przedstawia żadnych zmian w narządach wewnętrznych i żadnych objawów histeryi. Średnio zbudowana, dobrze odżywiona, jest od lat pięciu zamężną i ma dwoje dzieci zdrowych. Matka i rodzeństwo (brat i dwie siostry) są zdrowe; ojciec umarł z zapalenia płuc krupowego.

Rozpoznanie choroby (przyczyna opadnięcia górnych powiek i niedowładu mięśnia prostego zewnętrznego w oku lewym) nie mogło być na razie postawionem. Przepisałem chorej jodek sodu i straciłem ją z oczu na miesiąc.

Dnia 16 lutego ujrzałem ją po raz drugi. Dowiedziałem się, że w końcu stycznia czuła się lepiej, opadanie powiek i dwuwidzenie występowały rzadziej i na czas krótszy; chora sądziła, że wkrótce będzie zupełnie zdrową, gdy bez żadnej widocznej przyczyny objawy oczne pogorszyły się i wystąpiły ogólne.

Ze strony oczu spostrzegało się obustronne opadnięcie powiek górnych, odsłaniających jedynie małą część rogówki u dołu, i niedowład wszystkich mięśni zewnętrznych obu gałek



ocznych. Podobnie jak pierwszego razu, chora przy wysiłku mięśnia czołowego mogła nieco podnieść powieki.

Rozmiary i odruchy zrenie, dno oka, bystrość wzroku, pole widzenia, poczucie barw były w zupełności prawidłowe.

Z ogólnych objawów zaznaczał się stan głosu, który po pewnym czasie stawał się nosowym, następnie słabł coraz bardziej, brzmiał niezrozumiale i w końcu nie mógł wydobyć się. Wszystkie te okresy trwały razem około trzech kwadransów. Po odpoczynku głos wracał.

Chora od dwóch tygodni spostrzegła niejake utrudnienie połykania i nie może zdmuchnąć świecy ani świsnąć.

Wszystkie te objawy ogólne wystąpiły po pogorszeniu się ocznych.

Wymienione zaburzenia zjawiały się początkowo po dłuższej czynności odpowiednich narządów, po dłuższem patrzeniu lub czytaniu, mówieniu i jedzeniu, wznagały się przy dalszem trwaniu czynności i znikwały po odpoczynku. Od 4 dni zaczynały się wkrótce po obudzeniu się, pogarszały się w ciągu czynności, po odpoczynku słabły.

Badanie ogólne, dokonane na konsylium, wykazało małą ruchomość podniebienia miękkiego i języka. Wierchołek ostatniego nie mógł dotknąć górnego rzędu zębów, a grzbiet jego podniebienia. Zaniku mięśni i drgań włókienkowych język nie przedstawiał. Odruch podniebienia był osłabiony.

W krtani laryngoskop wykazał niedowład obu strun głosowych.

Odruchy ścięgniste i skórne bez zmiany. Podrażnienie prądem stałym i przerywanym działało na mięśnie prawidłowo. Gorączki i zmiany w tętnie nie było.

Na podstawie badania należało przyjąć, że niedowład strun głosowych i języka wywoływał zaburzenie mowy, a niedostateczne zakrywanie choan nadawało jej nosowy dźwięk. Bezład podniebienia miękkiego nie pozwalał cho. jej zdmuchnąć świecy i świstać. Utrudnienie połykania objaśniało się bezładem języka.

Leczenie polegało na starannem karmieniu, stosowaniu

jodku sodu i prądu stałego, przy którym biegun dodatni przykładano do tyłu głowy, a ujemny poruszał się koło chrząstki tarczowej. Chorej zalecono prawidłowy tryb życia i unikanie wszelkiego zmęczenia i trosk.

Objawy chorobowe wahały się nieustannie w swoim natężeniu, to polepszając się, to wzmagając się bez żadnej widocznej przyczyny. Jedne objawy pogarszały się, inne słabły, czasowo nawet znikały, aby później wystąpić z większą niekiedy siłą, niż poprzednio. Zdarzały się dni, że chora prawie zupełnie dobrze się czuła: opadnięcie powiek i bezład mięśni zewnątrzgałkowych były bardzo nieznaczne, głos przez większą część dnia był prawidłowy, połykanie prawie zupełnie swobodne, co wszystko nie przeszkadzało, że czasem już następnego dnia objawy dochodziły do najwyższego natężenia. Podobne zmiany zdarzały się, lubo rzadko, w ciągu jednego dnia.

W pierwszych dniach marca wystąpił bezład mięśni twarzy i żwaczy, wskutek czego żucie i połykanie stało się bardzo utrudnione. Chora tylko przez krótki czas mogła jeść i pić swobodnie, następnie czynność tę odbywała coraz trudniej i musiała robić coraz dłuższe przerwy, po których znów ławiej jadła.

Otwór ust wydłużył się poprzecznie, kąty ich odchyliły się ku górze i zewnątrz, dolna warga opuszczała się ku dołowi. Jednocześnie, wskutek bezładu gałęzi ocznej nerwu twarzewego powstało osłabienie mięśnia okrężnego powiek. Chora utraciła możliwość zamknięcia powiek; na przestrzeni około 2 milimetrów gałki oczne pozostawały odkryte. Objaw ten również istniał podczas snu.

Dnia 10 marca zjawił się napad duszności, która odtań powtarzała się w różnych przerwach: co kilka dni, czasem codziennie. W połowie marca powstało wyczerpywanie się kończyn dolnych i górnych. Chód, początkowo prawidłowy, koło południa był już chwiejnym, po odpoczynku (około 20 minut) stawał się prawidłowym. Podobnież działo się z siłą rąk. — W następnych tygodniach wyczerpywanie się kończyn było coraz szybsze i coraz dłuższego odpoczynku potrzebowało, aby

ustąpić, lubo i tu spostrzegano się jednocześnie znaczne wahania w natężeniu objawów, występujące czasem z dnia na dzień.

Prąd przerywany, podobnie jak czynność, wywoływał po pewnym czasie wyczerpanie się mięśni, czego nie sprawiał prąd stały.

W początku kwietnia pogorszenie doszło wysokiego stopnia. Wszystkie objawy wykazywały silne natężenie, powstały bóle w głowie i w tylnej części szyi i bezład mięśni karkowych, wskutek czego głowa nie mogła być utrzymana równo, lecz opadała ku bokom i przodowi. Wyczerpywanie się stawało się coraz prędszem i wyraźniejszym. Chora już od rana chodziła bardzo źle, ledwo przesuując nogi, i wkrótce traciła możność chodzenia. Osłabła znacznie siła rąk, głos z trudnością wydobywał się rano i wkrótce zniknął, ruchy języka stały się bardzo ograniczone, a miękkie podniebienie zupełnie nieruchome. Duszność, znaczne przyspieszenie tętna (130), utrata smaku i łaknienia, osłabienie obu stronnie słuchu, mimo braku zmian dostrzegalnych w uszach, senność.

Jadła chora z wielką trudnością i bardzo powoli, często odpoczywając i podtrzymując ręką wargę dolną, aby pokarm nie wypadł. Połykanie twardego pokarmu odbywało się z nadzwyczajną trudnością, płynnego małymi łykami, gdyż przy przyjmowaniu nieco większej ilości wylewał się on przez nos, albo dostawał się do krtani, wywołując krztuszenie. Jednocześnie powiększyło się natężenie objawów ocznych. Powieki górne opadły obu stronnie poniżej dolnego brzegu rogówki, bezład mięśni zewnątrzgałkowych dochodził prawie bezwładu, gałki oczne nieco wypukliły się. Niedomykanie powiek powiększyło się. Lubo dno oka obu stronnie nie przedstawiało żadnych zmian, zjawilo się zmniejszenie bystrości wzroku (do 0,8 w oku prawem, do 0,9 w lewym) i pola wzroku (na 8—12°); zmniejszenie to w ciągu badania wzmagalo się, i to tem więcej, im dluzej trwało badanie; po odpoczynku wracalo do stanu, w którym bylo przy poczatku badania. Poczucie barw nie uleglo zmianie

Odruchy ścięgniste i skórne pozostawały prawidłowymi,



pnie nerwowe nie były bolesne. Ani zanik mięśni, ani drgania włókienkowe nie występowały.

Chora, silnie przygnębiona, musiała leżeć wskutek powiększającego się osłabienia mięśniowego. Niedostateczne przyjmowanie pokarmów spowodowało ogólne wycieńczenie. Obok tego męczyły ją częste i gwałtowne napady duszności z sinicą.

I w tym okresie choroby przy postępującem pogorszeniu były ciągłe wahania w natężeniu objawów z dnia na dzień lub tegoż samego dnia. Często też jedne objawy słabły, prawie znikwały, a jednocześnie inne wzmagaly się do najwyższego stopnia. Bywały dni, w których stan chorej był względnie dobry, i inne, w których leżała bezsilna. Wieczorem zwykle czuła się najgorzej.

Najcięższy ten okres choroby trwał około miesiąca. W początku maja objawy zaczęły stopniowo słabnąć. W połowie tego miesiąca znikły bóle głowy i szyi, żucie i połykanie stały się łatwiejszemi, utrudnienie oddechania zmniejszyło się, głos swobodniej wydobywał się, chora mogła przez część dnia z przerwami i powoli chodzić.

Opadnięte powieki górne odkryły dolną połowę rogówki, bezład mięśni zewnątrzgałkowych i okrężnego powiek zmniejszył się. Znikało też ograniczenie pola widzenia i osłabienie bystrości wzroku, zarówno jak utrata smaku i przytępienie słuchu. Poprawił się apetyt i wzmagaly się siły.

Narządy wewnętrzne, tak w tym okresie, jak w innych, zmian żadnych nie przedstawiały.

Oslabienie objawów chorobowych było często przerywane nasileniami; podobnie jak poprzednio, ciągłe wahania natężenia i szybkie zmiany objawów znamionowały chorobę. Chora wciąż była przygnębiona, sen miała niespokojny i niekiedy, raz na tydzień lub na kilka tygodni, cierpiała napady duszności.

Mimo powtarzających się nasileń polepszenie postępowało. W połowie czerwca wyczerpywanie się mięśni kończyn, żucia i połykania zjawiało się dopiero wieczorem. Głos był prawidłowym całymi dniami; słabł czasem bez widocznej przyczyny, lecz po krótkim odpoczynku odzyskiwał siłę. Bezład mięśni ze-

wnątrzątkowych ustąpił. Górne powieki były w ciągu dnia nieco ociężałe i dopiero wieczorem opadały. Bezład mięśni okężnego powiek istniał do końca lipca.

W początku lipca znikły wszelkie zaburzenia mięśni kończyn, w połowie sierpnia żucie i połykanie stały się prawidłowymi. Ociężałość górnych powiek trwała najdłużej i ustąpiła w połowie października. Odtąd do chwili obecnej (koniec marca r. 1901), t. j. przez  $5\frac{1}{2}$  miesiąca, żadne objawy chorobowe nie ukazały się.

Rozpoznanie cierpienia, mojem zdaniem, nie przedstawia wątpliwości. Objawy, wskazujące na udział ośrodków opuszkowych, wzmożone znacznie wyczerpywanie się mięśni od woli zależnych przy zachowaniu sprawności innych mięśni, szybkie rozszerzanie się choroby, napady duszności, zmienność przebiegu, ciągle wahania napięcia, brak zaburzeń mózgowych i psychicznych, zaniku mięśni i drgań włókienkowych, udział nerwów ruchowych ocznych i górnej gałęzi twarzowego, w końcu zupełne wyzdrowienie — wszystko to wskazuje na bezwład opuszkowy asteniczny.

Choroba trwała 9 miesięcy; w ciągu 12 tygodni doszła do największego napięcia, około miesiąca zostawała na tym stopniu i w ciągu  $5\frac{1}{2}$  miesiąca słabła i ustępowała. Czy ustąpiła zupełnie, czy też jeszcze wróci przy niepomyślnych warunkach dla zdrowia chorej — rozstrzygnąć to może tylko przyszłość. Objawy oczne, jak widzieliśmy, zaczęły i zakończyły cierpienie w opisanym przypadku.

Bezwład opuszkowy asteniczny poznano dopiero w ostatnich czasach. Pierwszy Wilks<sup>1)</sup>, nie znający jeszcze tej postaci chorobowej, opisał cierpienie opuszkowe, przy którym badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian w ośrodkach nerwowych. Erb<sup>2)</sup> opisał trzy podobne przypadki i zaznaczył, że cierpienie to polega na silnem wyczerpywaniu się mięśni

---

<sup>1)</sup> »On Cerebritis, hysteria and bulbar paralysis«. Guy's Hospital Reports. Vol. XXII. 1877.

<sup>2)</sup> Archiv f. Psychiatrie. 1878. Bd. IX. 336.

żwaczy, karkowych i ocznych i że nie towarzyszy mu zanik mięśni, stale występujący przy bezwładzie opuszkowym postępowym Duchenne'a. Wielkie zasługi położył Goldflam<sup>1)</sup>, który obok własnych spostrzeżeń zebrał z literatury wszystkie odnośne przypadki (11), skreślił przebieg choroby i uwydatnił znaczenie najbardziej znamiennego objawu - szybkiego wyczerpywania się mięśni. Nazwy choroby dawano rozmaite: »Asthenische Bulbärparalyse« (Strümpell<sup>2)</sup>), »Myasthenia gravis pseudo-paralytica« (Jolly<sup>3)</sup>), »Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund« (Oppenheim<sup>4)</sup>), »Symptomencomplex von Erb-Goldflam«, albo »von Hoppe-Goldflam«.

Choroba zaczyna się od nerwów czaszkowych, a dopiero później obejmuje mięśnie całego ciała, rzadziej porządek bywa odwrotny i cierpienie od mięśni kończyn przechodzi na mięśnie, zależne od nerwów czaszkowych. Czuciowe nerwy nie bywają dotknięte, lecz jedynie ruchowe. Goldflam zaznaczył nadzwyczajną zmienność objawów pod względem natężenia i zależność ich nie od prawdziwego bezwładu, lecz od łatwego wyczerpywania się przy najmniejszym wysiłku. Spoczynek przywraca częściowo lub w zupełności sprawność mięśniom, ruch sprowadza prędkie wyczerpanie się. Nasilenie objawów w pewnych mięśniach może występować jednocześnie z osłabieniem ich w innych mięśniach. Polepszenia i pogorszenia trwają dnie i tygodnie, czasem zjawiają się i znikają w ciągu jednego dnia, jak to było w przypadku Eisenlohr'a<sup>5)</sup> z bezładem mięśni zewnętrznym ocznym i dwuwidzeniem. Cierpienie może zniknąć zupełnie, a po pewnym czasie na nowo powstać. Strümpell zaznacza, że niektóre mięśnie dotknięte są stale bezwładem (jak w jego przypadku mięśnie twarzy, żwacze i unoszące górną powiekę) inne zaś wykazują prędkie wyczerpywanie się. Jednak

<sup>1)</sup> Medycyna. 1893. Nr. 16—21. — Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., 1893. Bd. IV. 312.

<sup>2)</sup> Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk., 1896. Bd. VIII. 16.

<sup>3)</sup> Berl. klin. Wochenschr., 1895, Nr 1.

<sup>4)</sup> Virchow's Archiv, Bd. CVIII. 527.

<sup>5)</sup> Neurolog. Centralbl., 1887, 337.



i stały bezwład jest także objawem nieustającego wyczerpania tych mięśni, które bez przerwy (z wyjątkiem snu) są czynne; do takich należą mięśnie unoszące górną powiekę, mięśnie gałek ocznych, żwacze, które podtrzymują żuchwę, mięśnie mimiczne twarzy, przedstawiające prawie stale skurcz toniczny, i mięśnie karku.

Natężenie podobnego bezwładu jest różne, zwykle nie jest znaczne, lecz czasem dochodzi do stopnia zupełnego bezwładu.

Badania Jolly'ego wykazały, że wyczerpanie mięśni następuje także przy działaniu prądu przerywanego; początkowo mięsień kurczy się energicznie, następnie coraz słabiej i krócej i wkońcu przestaje oddziaływać na prąd; po przerwie skurcz mięśni staje się prawidłowym. Strümpell w swoim przypadku nie widział wyczerpywania się mięśni przy drażnieniu prądem stałym, a z przerywanym prób nie dokonywał.

Zaniku porażonych mięśni zwykle nie bywa; jednak w kilku przypadkach spostrzegano spłaszczenie ich. Zanik, lubo niepostępowy, widział Kożewnikow <sup>1)</sup> w swoim przypadku, głównie w mięśniach języka; zanik ten ustąpił z polepszeniem się ogólnego stanu; badanie elektrycznością wykazało reakcyę zwyrodnienia, która również następnie znikła.

Drgania włókienkowe mięśni po większej części nie występują. Widzieli je w małym stopniu w języku Oppenheim i Remak <sup>2)</sup>, w powiekach Kunz <sup>3)</sup>.

Bezwład opuszkowy asteniczny w ciągu kilku tygodni, rzadziej kilku miesięcy, dochodzi najwyższego natężenia, utrzymuje się na niem przez pewien okres i następnie przechodzi w polepszenie i zupełne wyleczenie. Zmienność natężenia objawów właściwą jest wszystkim okresom choroby; wśród postępującego pogorszenia występuje od czasu do czasu polepszenie, wśród okresu polepszenia — nasilenie objawów.

U szczytu choroby najgroźniejszym jest zaburzenie oddy-

---

<sup>1)</sup> Medicinskoje Obozrenie, 1896. Nr. 10, 1897. Nr. 10.

<sup>2)</sup> Arch. f. Psychiatrie und Nervenheilk., 1892. XXIII. 919.

<sup>3)</sup> Wiener klin. Wochenschr., 1896. 178.

chania z sinicą, wywołujące czasem śmierć, prawdopodobnie najczęściej wskutek porażenia ośrodków oddechowych. Strümpell zaznacza, że w jego przypadku duszność zależała nie tyle od wyczerpania mięśni oddechowych, ile głównie od zapadania w tył języka i nagromadzenia się w gardzieli śliny, której chora ani przełknąć, ani wykrztusić nie mogła; podczas jednego z takich napadów nastąpiła śmierć.

Bezład opuszkowy asteniczny trwa od 6 miesięcy do 8 lat (w przypadku Kożewnikowa). W pewnej liczbie przypadków (Wilksa, Oppenheima, Remaka, Shawa<sup>1)</sup>, Hoppego<sup>2)</sup>, Senatora<sup>3)</sup>, Bernhardta<sup>4)</sup> i in.) zakończyło się śmiercią w napadzie duszności albo wskutek zadławienia; w innych następowało wyleczenie przy odpowiednich warunkach i dobrem karmieniu.

Głównie zapadają osoby młode przed 30 rokiem, rzadziej starsze (w 37—55 lat). Co do płci, nie spostrzega się wyraźnej przewagi po żadnej stronie.

Najwcześniej bywają porażone mięśnie żwacze, karkowe i oczne. Rozwijając się postępowo, cierpienie, wśród czasowych polepszeń i ciągłych wahań w natężeniu objawów, opanowuje wszystkie mięśnie od woli zależne. Mięśnie oddechowe biorą udział w sprawie chorobowej, wskutek czego występują napady duszności w różnych okresach cierpienia przy chodzeniu, jedzeniu i t. p. Kożewnikow w swoim przypadku spostrzegał bezład zwieracza pęcherza moczowego. Zaburzenia psychiczne nie zjawiają się, również jak i mózgowie.

Bóle w głowie, karku i innych częściach ciała, oraz zawroty głowy powstają niekiedy w przebiegu choroby, a czasem ją zaczynają.

Odruchy ścięgniaste mogą być wzmożone, podniebienia i krtani często zniesione, mięśniowe są prawidłowe.

---

<sup>1)</sup> Brain. 1890. XLIX. 96.

<sup>2)</sup> Berl. klin. Wochenschr., 1892. 332 (Nr. 14).

<sup>3)</sup> Neurolog. Centralbl., 1892. Nr. 6.

<sup>4)</sup> Berl. klin. Wochenschr., 1890. Nr 43.

Przy rozwoju choroby, przy zaburzeniach połykania i oddechania apetyt upada, tętno słabnie, ciepłota obniża się niżej prawidłowej i występuje ogólne wycieńczenie. Przy polepszeniu połykanie i oddechanie stają się łatwiejszemi, apetyt powraca i stan ogólny poprawia się. Ale i po zupełnem wyleczeniu niepomysłne warunki albo wystąpienie jakiejś sprawy chorobowej osłabiającej sprowadza łatwo powrót bezwładu opuszkowego astenicznego.

Przyczyny choroby nie są znane. Występuje ona u ludzi poprzednio zwykle zdrowych. Wpływ dziedziczny, kiła, alkoholizm nie były spostrzegane, cierpienia nerwowe bardzo rzadko. U chorej Eisenlohra poprzednio zjawiała się migrena; po jednym napadzie migreny powstały objawy bezwładu opuszkowego astenicznego. Większość autorów odnosi to cierpienie do pewnej, bliżej niezbadanej, intoksykacji ustroju, na potwierdzenie czego może służyć fakt, że w niektórych przypadkach, podobnie jak w moim, choroby zakaźne poprzedziły wybuch bezwładu opuszkowego astenicznego.

Sekcyja we wszystkich przypadkach, badanych po śmierci, nie wykazała żadnych zmian anatomicznych ani w ośrodkowym układzie nerwowym, ani w nerwach, ani w mięśniach, co jest w zupełnej zgodzie ze znamionami dla tej choroby wahaniem w natężeniu objawów. Inaczej byłby niezrozumiałym fakt, że chorzy miewają dłuższe lub krótsze okresy, w których przedstawiają zupełnie prawidłową sprawność mięśni. — Kalischer<sup>1)</sup> widzi przyczynę cierpienia w ośrodkach opuszkowych i przypuszcza w nich zmiany chemiczno-odżywcze, lub też molekularne. Jednak badania Jolly'ego, odnoszące się do wyczerpywania się mięśni pod wpływem prądu przerywanego, wskazują, że sprawa chorobowa obejmuje nie tylko ośrodki ruchowe, lecz albo cały system ruchowy, albo też jedynie mięśnie. Koze wnikow, opierając się na swoim przypadku, w którym spostrzegał zanik mięśni (czasowy i niepostępujący), przypuszcza istnienie w komórkach nerwowych zmian nie tylko

---

<sup>1)</sup> Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 1897. B. X. H. 3—4.



molekularnych, lecz bardziej głębokich, które osłabiają i czynność ruchową i wpływ ich troficzny. Jednak komórki pozostają całe i przy odpowiednich warunkach zmiany te znikają.

W leczeniu bezwładu opuszkowego astenicznego najważniejszym jest oszczędzanie chorego i usilne karmienie, które ze względu na zaburzenia w żuciu i połykaniu może być bardzo utrudnione, a nawet może spowodować śmierć przez uduszenie, jak to było w jednym przypadku Jolly'ego. Karmienie za pomocą zgłębnika żołądkowego jest niebezpieczne; chory Oppenheima<sup>1)</sup> zmarł nagle podczas wprowadzania zgłębnika. Lepsze są ławatywy odżywcze. Zalecają jodek potasu, arsenik, żelazo, tran, strychninę, galwanizację opuszki, obcieranie całego ciała wodą (zaczynając od 28° i dochodząc stopniowo do 22°); przeciw bólom głowy antypirynę, fenacetynę, brom.

Bezwład mięśni ocznych, polegający na ich przyspieszonym wyczerpywaniu się, stanowi jeden z głównych objawów bezwładu opuszkowego astenicznego, a w przypadku Karplusa<sup>2)</sup> przez długi czas był jedynym. Do tejże postaci chorobowej zalicza Karplus przypadki Kunna i Camuseta, w których jedynie tylko mięśnie oczne były dotknięte. Czasem objawy oczne, podobnie jak w moim przypadku, zaczynają cierpienie (Hoppe, Wilks, Eisenlohr, Jolly i in.), niekiedy występują w początku błyski przed oczami, światłowstręt, uczucie napięcia w oczach i drżenia w powiekach, mimo, że oczy żadnych zmian wziernikowych i zewnętrznych nie przedstawiają.

Najczęstszym z objawów ocznych jest opadnięcie górnych powiek, zwykle niezupełne i pozwalające choremu przy napięciu mięśnia czołowego unieść nieco powiekę. Bywa ono obustronnem, lubo stopień opadnięcia jest nierówny po obu stronach (przypadki Erba — 3), Eisenlohra, Bernhardta, pierwszy Goldflama<sup>3)</sup>, Hoppego, Remaka, Jolly'ego, Strümpella, Kunna, Karplusa i in.), albo jednostronnem

<sup>1)</sup> Lehrbuch d. Nervenkr., 1894. 626.

<sup>2)</sup> Jahrbücher f. Psychiatrie und Neurologie, 1897.

<sup>3)</sup> Neurolog. Centralbl., 1891, Nr. 6—7.

(przypadki Kożewnikowa, czwarty Goldflama i in.), może też jednostronne przechodzić w obustronne, jak to miało miejsce w przypadku Kalischera, albo odwrotnie, czego zresztą z góry spodziewać się można przy zmienności przebiegu bezwładu opuszkowego astenicznego.

Drugie miejsce w częstości objawów ocznych zajmuje bezład zewnątrzgałkowych mięśni, albo wszystkich (przypadki Wilksa, drugi Erba, pierwszy Goldflama, Eisenlohra, Kunna, Karplusa i in.), albo tylko niektórych. Oba proste zewnętrzne były porażone w przypadku Kożewnikowa, skośny górny lewy u Kalischera, prosty górny lewy u Bernhardta, prosty wewnętrzny prawy i górny lewy u Hoppego, oba proste wewnętrzne u Remaka. Z bezładem tych mięśni łączy się zwykle podwójne widzenie, a czasem lekkie wysadzenie gałki (przypadki Kalischera i Senatora).

Mięśnie śródoczne, zdaniem ogromnej większości autorów, nie bywają porażone przy bezwładzie opuszkowym astenicznym. Zdanie to wygłasza również Marina<sup>1)</sup>, który zebrał w literaturze 12 spostrzeżeń tego cierpienia (we wszystkich było opadnięcie górnej powieki, w 7 bezład wszystkich mięśni zewnątrzgałkowych, w 5 tylko kilku mięśni). Jednak Kożewnikow w swoim przypadku widział bezład zwieracza żrenicy i akomodacyi, który przy ogólnem polepszeniu znikł. W przypadku Kunna prawa żrenica była nieco szerszą od lewej (3 milim. i 2,5), lecz oddziaływanie jej na światło i akomodację było prawidłowe.

Lekki nystagmus był spostrzegany w przypadku Kalischera.

Objawy Graefego i Stellwaga i zmniejszenie odruchów powiekowego i rogówkowego dość często były zaznaczane.

---

<sup>1)</sup> Ueber multiple Augenmuskellähmungen und ihre Beziehungen zu den bedingenden, vorzugsweise nervösen Krankheiten. Leipzig und Wien. 1896. —

Częstym jest bezład mięśnia twarzowego i jego gałęzi ocznej, skutkiem którego zamykanie zupełne powiek staje się niemożliwym. O tym objawie mówią w opisanii swoich przypadków Wilks, Oppenheim, Eisenlohr, Hoppe, Senator, Remak, Goldflam (w pierwszym przypadku), Karplus, Kalischer, Kożewnikow i inni.

Dno oka nie przedstawia żadnych zmian; mimo to w kilku przypadkach zaznaczono osłabienie bystrości wzroku i zwężenie pola widzenia. W przypadku Kożewnikowa to ostatnie podczas badania jeszcze silniej zmniejszyło się; małe dośrodkowe zwężenie przetrwało do końca choroby. Podobnie bystrość wzroku podczas badania słabła, po odpoczynku wzmagala się. Były więc te objawy, równie jak w moim przypadku, skutkiem prędkiego wyczerpywania się narządu wzroku.



### 3. O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych.

Podat

DR JAN SĘDZIAK.

Dokończenie.

Przechodzę obecnie do zaburzeń ocznych, zależnych od spraw chorobowych w zatokach bocznych nosa, mianowicie ropotoków (*empyemata*).

Sądząc ze stosunków anatomicznych, zachodzących między temi zatokami z jednej, a narządem ocznym z drugiej strony — stosunków, o jakich na wstępie wspomniałem, zdawałoby się, że różnorodne zaburzenia oczne powinnyby się zdarzać bardzo często przy ropniach tych zatok. A jednak tak nie jest — przynajmniej przeczą temu dane statystyczne.

I tak — Müller (22) z kliniki okulistycznej wiedeńskiej Prof. Fuchsa podaje tylko jeden przypadek ropnia zatok czołowej na 9000 chorych, wogóle zaś w ciągu 6 lat zapisano zaledwie w 10 przypadkach powikłania ropni zatok bocznych nosa zaburzeniami ocznymi.



Berlin (23) podaje zajęcie oczodołu wskutek chorób zatok nosowych na 0,007%, Kuhn t (24) zaś na 0,29%.

Mojem zdaniem powikłania te muszą się zdarzać o wiele częściej; po prostu zbyt mało dotąd zwracano na nie uwagi.<sup>1)</sup>

Przedewszystkiem, jak to na wstępie wspomniałem, środkowa ścianka zatoki Highmora, do której przylega przewód nosłoszowy, jest cienka, tak, że ropień w zatoce szczękowej górnej może z łatwością pęknąć i wywołać dacryocystitis (Kuhn t).

Dalej Grünwald (25) opisał przypadek ciężkiego ropnia zatoki Highmora z zupełnem zniszczeniem dolnej ściany oczodołu, tak, że gałka oczna zupełnie swobodnie zwieszała się ku dołowi.

Ciężkie ropnie zatoki Highmora mogą też warunkować sprawy ropne w tylnej części oczodołu i na dolnej powiece. Gałka oczna wówczas odsuniętą jest ku przodowi i gorze, powstaje *exophthalmus*, wreszcie ropień otwiera się na skórze dolnej powieki (Snellen, Bauby 26).

Według wszelkiego prawdopodobieństwa i zaburzenia oczne (*phlegmone orbitae, amaurosis*), powstałe wskutek próchniejących zębów, należy kłaść na karb ropnego zajęcia jamy Highmora (skryte postacie), jak to między innymi widać z odnośnych przypadków Vossiusza (27) i Gałęzowskiego (28).

Podobnie, jak przy zajęciu jamy Highmora, worek łzowy może być bezpośrednio zajęty wskutek pęknięcia samoistnego ropnia zatoki czołowej (Michel).

Najczęściej jednak w następstwie cierpień zatok czołowych tworzą się chelbocące obrznięcia w wewnętrznym kącie oka w bliskości korzenia nosa na szwie kostnym między oczodołem i kością łzową (Winckler). Gdy ropień zatoki czołowej pęka, to w większości przypadków tworzy się guz w górnym we-

---

<sup>1)</sup> Według mego doświadczenia ropień zatoki czołowej nie należy do rzadkości. W Poznaniu spotykałem go rzadziej, w Krakowie na 5000 chorych widuję 2—3 przypadków. Ropnie jamy szczękowej i nosowych nieraz objawiają się jako ropne rozdęcie worka łzowego. W.

wnętrznym kącie oczodołu poniżej brwi, przyczem może się wytworzyć w przypadkach gwałtownie przebiegających typowy obraz ropówki (*phlegmone*) oczodołu z przejściową lub stałą utratą siły wzrokowej (w 12% Snellen 29).

W następstwie opisanych na wstępie stosunków anatomicznych zatok klinowych bardzo łatwo w przebiegu cierpień (ropni) tych ostatnich występować mogą różnorodne zaburzenia ze strony narządu wzroku, począwszy od zajęcia samego nerwu (*neuritis optica* — Pliess 30), a skończywszy na ropówce oczodołu (Mitvalsky 31), oraz porażeniach różnych nerwów wzrokowych (*oculomotorius* — Hofman [32] i t. d.).

W razie ropienia w komórkach sitowych następuje zwykle zatkanie przerosłą małżowiną środkową obu ujść (otworów) tych komórek (zwłaszcza przedniego — tylne bowiem komórki sitowe otwierają się do górnego przewodu nosa). W następstwie na wewnętrznej ścianie oczodołu, mianowicie ku przodowi na szwie między *lamina papyracea* i kością łzową, tworzy się obrzmienie, które przy więcej burzliwym przebiegu (ostre zakażenie) może dać obraz ropówki oczodołu (Schroeder 33) z *exophthalmus* i obrażeniem nerwu wzrokowego wskutek ucisku nacieczonej spojówki.

W większości jednak przypadków, jak to wykazał Grünwald, mamy do czynienia z zajęciem (ropniem) nie jednej zatoki, lecz z powikłanem ropieniem w 2, lub więcej jamach bocznych nosa, przyczem tem łatwiej mogą występować różnorakie zaburzenia oczne.

Jak już wspomniałem na wstępie, jama nosogardzielowa stoi również w związku anatomicznym, nie tak wprawdzie ścisłym, jak jamy: nosowe i boczne, z narządem wzroku, a to za pośrednictwem spojówki, ciągnącej się od *fissura orbitalis inf.* do *fossa pterygopalatina*. A ponieważ tkanka ta obejmuje nerwy i naczynia, nie więc dziwnego, że sprawy zapalne, względnie zakaźne, nosogardzieli mogą się rozszerzać na jamę oczodołową, powodując ropówkę. Przypadki tego rodzaju spotrzegli Mitvalsky (34) i Fuchs (35) po influency.

Z cierpień jamy nosogardzielowej, oprócz guzów złośli-

wych, biorących początek ze stropu i przez *fissura orbitalis inf.*, drążących do jamy ocznej, warunkując *exophthalmus* i t. d., na szczególną uwagę zasługują t. zw. wyrośla adenoidalne (*vegetationes adenoideae*).

W ostatnich mianowicie czasach Arslan na podstawie 16 spostrzeganych i operowanych przez siebie przypadków, wygłasza pogląd, że cierpienie to o wiele częściej jest źródłem różnorodnych zaburzeń ocznych (*kerato-conjunctivitis, blepharocconjunctivitis, dacryocystitis etc.*), aniżeli cierpienia jam nosowych. Pogląd ten, zdaniem mojem, nie jest pozbawiony pewnych cech prawdopodobieństwa, jeżeli zwrócimy uwagę, że t. zw. wyrośla adenoidalne, t. j. przerost migdałka gardzielowego (Luschki), jako części t. zw. pierścienia chłonnego Waldeyer'a, są cechą patognomoniczną zołzów, że więc występują one jednocześnie z całym szeregiem zmian w jamach nosowych, zmian znamiennych dla dzieci skrofulicznych (*eczema, rhinitis simplex et hyperplastica*).

Zmiany te, jako w większości przypadków wtórne, zależne od obecności w jamie nosogardzielowej wyżej wspomnianych wyrosli adenoidalnych, powodują, rzecz prosta, tylko pośrednio zaburzenia oczne.

Nie więc dziwnego, że po usunięciu operacyjnym tych wyrosli ustępowały wtórne zmiany w jamach nosowych, a co za tem idzie i zaburzenia oczne.

Oprócz tych najczęstszych dróg (*per continuitatem et contiguitatem*), za pośrednictwem których rozszerzają się sprawy chorobowe z nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej na narząd wzroku, wiele zaburzeń ocznych powstaje na drodze odruchowej z nosa. Nerwem swoistym w tych razach jest „*par excellence*” nerw trójdzielny (*n. trigeminus*), będący z obu narządami w ścisłym związku. Wiadomo z fizjologii (doświadczenia na zwierzętach), że po przecięciu czuciowych gałązek nerwu trójdzielnego przed zwojem Gassera występują zaburzenia odżywcze w narządzie wzrokowym, polegające, według Hyrtla, na zapaleniu i rozluźnieniu spojówki, na zwiąk-



szonem wydzielaniu śluzu, na napełnieniu przedniej i tylnej komór ocznych wysiękiem, na zmętnieniu i nadżerkach (*erosiones*) rogówki, na ostrem rozmiękczeniu tej ostatniej, jakoteż i pozostałych opon ocznych, wreszcie na pęknięciu gałki i wytworzeniu się strupa na nosie, podbródku i policzkach. — Już fizyologicznie powstają zaburzenia oczne na drodze odruchowej z nosa, n. p. przy wężaniu ostrych środków, jak amoniak, przy łechtaniu, wrywaniu włosków, kichaniu i t. p. Występują wówczas: łzawienie, zaczerwienienie i ścisk powiek i t. p. O wiele częściej występują sprawy odruchowe w narządzie wzrokowym wskutek zmian chorobowych w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosogardzielowej.

Według Jonasa na tej przedewszystkiem drodze powstają zaburzenia oczne pochodzenia nosowego.

Spostrzegano więc: *epiphora*, *blepharospasmus* (Lieven), *photophobia* (Grossmann), *mydriasis* (Trousseau 40), *myosis* (Ostmann 43), wreszcie *exophthalmus* przy chorobie Basedowa, jako sprawę odruchową z nosa i jako taką wyleczoną po usunięciu zmian miejscowych (przerosłe małżowiny nosa i t. p.) spostrzegali Schmidt (41), Hack (36), B. Fraenkel (37), Hofmann (38), wreszcie Muschold (42), dalej: myopia, astenopia, zwężenie pola widzenia, diplopia et mikropia (Jonas) — i wiele innych zaburzeń ocznych, o których będzie jeszcze mowa poniżej.

Przechodzę obecnie do zestawienia pokrótce tych zaburzeń ocznych, których źródło leży w cierpieniach nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej.

»Nach meinen Beobachtungen und nach den von anderer Seite mitgetheilten Erfahrungen scheint es keine Augenkrankheit zugeben, die nicht durch ein Nasenleiden hervorgerufen werden könnte« — tak się wyraża Jonas, autor wielokrotnie już przeze mnie przytaczanej monografii (str. 115).

Autor ten sądzi, że nawet zaburzenia oczne, powstałe na gruncie konstytucjonalnym, a także warunkowane ogólnem zakażeniem, zdają się powstawać często dopiero za pośrednictwem

cierpienia nosowego, naturalnie na drodze odruchowej, najczęstszej według tego autora.

Jakkolwiek z poglądem powyższym, jako zbyt krańcowym, nie podobna się zgodzić, to jednak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wiele cierpień narządu wzrokowego ma swoje źródło w zmianach chorobowych górnego odcinka dróg oddechowych.

Warto, by okuliści na fakt ten większą, niż dotąd, zwracali uwagę, a być bardzo może, że z czasem oddzielanie okulistyki od rynologii stanie się takim anachronizmem, jak to już ma miejsce obecnie z otologią.

Nie zapominajmy, że w Ameryce, która pod względem postępów cywilizacyjnych wyprzedza Europę, mamy już i specjalistów, poświęcających się jednocześnie chorobom nosa, gardła, uszów i oczu, a także szpitale, oraz czasopisma, poświęcone laryngo-ryno-otologii i okulistyce. Acz powoli, zwyczaj ten zaczyna przechodzić i do Europy, gdzie również już spotykamy takich specjalistów, że wspomnę tu tylko Ziem'e'a z Gdańska, oraz Suarez de Mendoz'a z Paryża.

Po tem krótkiem zбочeniu wracam do naszego tematu. Jakie cierpienia narządu wzrokowego mogą powstawać na tej lub owej drodze z nosa?

Przedewszystkiem, co się tyczy chorób powiek, to obrzmienie, zaczerwienienie (*blepharitis*) ze światłowstrętem i t. p. bywa przy niezycie ostrym nosa, n. p. przy odrze, używaniu do wewnątrz jodku potasu, gorączce siennej (*Heusieber*) i t. p.

Wspomniałem już o cierpieniach oczodołu (*phlegmone*), zwłaszcza częstych przy ropniach zatok bocznych nosa, oraz różny, mającej swoje źródło w nosie, jakoteż o cierpieniach narządów łzowych (przewodu nosołzowego, worka łzowego), zależnych w większości przypadków od zmian w jamach nosowych (przerosty dolnych małżowin, skrzywienia przegrody nosa i t. p.).

Pozostaje nam rozpatrzeć pokrótce cierpienia pozostałych części składowych narządu wzrokowego (spojówki, rogówki i t. p.).

Zapalenie spojówki (*conjunctivitis*) występuje nie-

zwykle często, jako następstwo zapaleń błony śluzowej nosa, przytem najczęściej mamy tu do czynienia z rozszerzaniem się sprawy nieżytowej *per continuitatem* za pośrednictwem prze-wodu nosolzowego.

Przytem mogą tu występować najróżnorodniejsze postaci, począwszy od *conjunctivitis simplex*, a skończywszy na *trachoma* (Bresgen-Arslan), jakkolwiek z tem ostatniem nie zgadza się Schmidt-Rimpler.

*Conjunctivitis (et keratitis) phlyctenulosa* pochodzenia no-sowego spostrzegali Batut, Nieden, Augagneur (39), oraz niezwykle często Snellen (przy wyrosłach adenoidalnych<sup>1)</sup>).

Zapalenie rogówki (*keratitis*) w większości przypad-ków również bywa pochodzenia nosowego, podobnie jak *con-junctivitis*, z którem to cierpieniem najczęściej występuje razem (Arslan). W pewnych samoistnych postaciach tego cierpienia należy przyjąć pochodzenie odruchowe (Jonas). W ostatnich czasach Fortunati opisał 3 przypadki *keratitidis neuropara-lyticae* pochodzenia obwodowego, mających swoje źródło w no-sie (polipy, względnie polipowate małżowiny). W przypadkach tych nastąpiło wyleczenie cierpienia rogówki dopiero po usu-nięciu zmian nosowych.

I cierpienia tęczówki (*iritis*) mogą również powsta-wać na drodze odruchowej z nosa (Jonas), bądź pierwotnie za pośrednictwem nerwów i naczyń rzęskowych, bądź wtórnie przy *keratitis* lub *chorioiditis*.

Przeważnie znajdujemy wówczas zmiany na środkowej małżowinie nosowej (Jonas).

Według Jonasa i *chorioiditis*, *irido-chorioiditis*, *cy-clitis* et *iridocyclitis* mogą powstawać odruchowo z nosa.

*Glaucoma*, jako sprawa odruchowa pochodzenia noso-wego, może, według Jonasa, występować nie tylko wskutek bezpośredniego działania cierpienia nosowego na naczynia, lecz

---

<sup>1)</sup> Jest to objaw przez okulistów w ambulatoriach codzieli spostrze-gany, zwłaszcza przy eczema nasi.



i w następstwie przeniesienia drażnienia czuciowych włókien nerwu trójdzielnego na nerw współczulny (*sympathicus*).

Choroby siatkówki (*retinitis*) i nerwu wzrokowego mogą też powstawać wskutek zaburzeń w krwioobiegu (przekrwienia czynne i zastoinowe), warunkowanych zmianami w jamach nosowych.

Według Jonasa *retinitis albuminurica* przy chorobie Brighta również może być uważaną, jako sprawa odruchowa z nosa<sup>1)</sup>.

Tenże autor spostrzegł w 2 przypadkach u dotkniętych kiłą z przewlekłym zanikiem nerwu wzrokowego zmiany (brodawkowate przerosty) na małżowinie środkowej nosa, które czyni odpowiedzialnymi za powstawanie na drodze odruchowej wyżej wspomnianych zaburzeń ocznych.

*Amaurosis*, jako nerwicę zwrotną pochodzenia nosowego, spostrzegali Deleske i Berger, *neuritis optica* — Sulzer i All.

Wreszcie spostrzegano cały szereg zaburzeń ocznych, jak *myopia* (Kuhnt, Batter), *asthenopia* (Jonas, Schmidt, Ziem), *scotoma* (Kuhnt), *mouches volantes*, oraz zmętnienie ciała szklistego (Jonas), *strabismus* i zmiany w akomodacji (Ziem), wreszcie zwężenie pola widzenia (dolnego przy *empyema frontalis*, górnego przy *empyema antri Highmori*, Kuhnt) i t. p., powstałych z nosa bądź na drodze odruchowej, bądź wskutek zmian chorobowych, zwłaszcza w zatokach bocznych nosa.

Na szczególną uwagę zasługuje sprawa patogenezy katarakty. W ostatnich czasach Jonas na podstawie spostrzeżanych przez siebie 16 przypadków tego cierpienia, w których znajdował znamienne zmiany w nosie, przytem zwykle jednostronne, po stronie odpowiedniej (brunatno-czerwone, matowe obrzmienie środkowych małżowin, przemieszczenie tych ostatnich wskutek zбочeń przegrody nosa), twierdzi, że i to cierpienie oczne może powstawać na drodze odruchowej.

Autor ten tak sobie to pochodzenie tłumaczy: drażnienie

---

<sup>1)</sup> Ne quid nimis!

gałązki *n. nasociliaris* wskutek zmian chorobowych na środkowej małżowinie przenosi się na nerw współczulny (sympatyczny), to zaś może mieć wpływ na zbieranie się płynu w różnych komorach ocznych, a także na soczewkę i ciało szkliste.

Oto i wszystko, com na podstawie danych, zaczerpniętych przeważnie z literatury, zebrać zdołał o stosunku chorób nosa, jego zatok, oraz jamy nosogardzielowej do zaburzeń ocznych.

Starałem się wykazać, jak ważnym jest ten stosunek, jak częstymi są zaburzenia oczne, mające swoje źródło w zmianach chorobowych górnego odcinka dróg oddechowych.

Niestety — ważna ta sprawa dotąd wyłącznie lub przeważnie przez rynologów bywała poruszana i dlatego — być może — zbyt jednostronnie się na nią zapatrywano.

Obecnie przychodzi czas na okulistów, ażeby baczniej zaczęli zwracać uwagę na związek przyczynowy, zachodzący między cierpieniami nosa z jednej, a zaburzeniami ocznymi z drugiej strony, i ażeby ze spostrzeżeniami swojemi w tym kierunku dzielili się z nami; gdyż tylko od wspólnej pracy rynologów i okulistów spodziewać się należy ostatecznie prawdziwego oświeślenia tej ważnej sprawy: czy rzeczywiście, jeżeli już nie wszystkie zaburzenia oczne, jak to mianowicie utrzymuje Jonas, nawiasowo mówiąc, zbyt entuzjastyczny wyznawca teorii odruchowej Hacka, to czy przynajmniej większa część tych zaburzeń ma swoje źródło w zmianach chorobowych w nosie, jego zatokach, oraz jamie nosogardzielowej?

#### Literatura.

1. Lieven: »Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges«. Deut. med. Woch. 1892. Nr. 48.
2. Batut: »Rapports des maladies des yeux et celles du nez«. Ann. d. mal. de l'oreille, 1893. Nr. 2.
3. Gradle: »Ocular symptoms due to nasal affection«. Int. Centr. f. Lar. Bd. V., p. 555.
4. Caldwell: »Diseases of the pneumatic sinuses of the nose and their relation to certain affections of the eye«. Int. Centr. f. Lar. Bd. X.

5. Nieden: »The connection between diseases of the eye and nose«. N. Y. med. Jour. V. X.
6. Ziem: »Ueber Einschränkung des Gesichtsfeldes bei Erkrankung der Nase und ihrer Nebenhöhlen«. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 37.
7. Ziem: »Beziehungen zwischen Augen und Nasenkrankheiten«. Monat. f. Ohrenheil. 1893. Nr. 8 i 9.
8. Kuhnt: »Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände«. 1895. Wiesbaden.
9. Arslan: »Rapporto delle vegetazioni adenoidi colle affezioni oculari«. Arch. ital. di Lar. 1890.
10. Fortunati: »Nuovo contributo alla neuro-cheratite d'origine nasale«. Ibidem. Nr. 4. V. X.
11. Schmidt-Rimpler: »Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten«. Nothnagel'a Spec. Path. Bd. XXI. 1898.
12. Winckler: »Ueber Beziehungen zwischen einigen Affectionen der Nase, wie des Rachens und Augenkrankheiten«. Haug's Klin. Vortr. u. d. G. d. Otol. u. Ph. Rhin. Bd. III. H. 1.
13. Jonas: »Symptomatologie und Therapie der nasogenen Reflexneurosen und Organerkrankungen -- ihre Wichtigkeit für den praktischen Arzt und ihre soziale und forensische Bedeutung«. Liegnitz. 1900.
14. Lubliner: »O cierpieniach dróg łzowych, zależnych od zbroczeń w jamach nosowych«. Przegl. chir., t. II., z. 4. 1895.
15. Kubli. Wiestnik Oftalmologii. 1892, p. 264.
16. Terson i Gabriélidès: »Recherches sur l'état microbien de la conjonctive des ozéneux, sans complications apparentes des voies lacrymales«. Arch. d'ophthalm. V. XIV, p. 488.
17. Uhthoff: »Ueber die neueren Fortschritte der Bacteriologie auf dem Gebiete der Conjunctivitis und der Keratitis des Menschen«. Sam. zw. Abh. u. d. G. d. Aug. Bd. II. H. 5.
18. Thost: »Pneumokokken in der Nase«. Deut. med. Woch. 1886. Nr. 10.
19. Parinaud
20. Barbier et Cuénod } przytoczeni w pracy Uhthoffa (17).
21. Sędziak: »Krup, czy dyfteryt nosa«. Gaz. Lek. 1892. Nr. 34—35.
22. Müller: »Ueber Empyem des Sinus frontalis und ethmoidalis«. Wien. klin. Woch. 1895. Nr. 11.
23. Berlin: »Krankheiten der Orbita«. Handb. d. Ohrenheil. v. Graefe u. Sämisch. Bd. VI, p. 504.
24. Kuhnt: »Ueber Erkrankungen der Nasenhöhle und des Auges«. Corr. Bl. d. allg. ärzt. Ver. v. Thüringen. 1890. Nr. 10.
25. Grünwald »Die Lehre von den Naseneiterungen«. 1892.
26. Bauby: »Orbitale Komplikationen des Kieferhöhlenempyems«. Arch. f. Ophth. Bd. XVII. 1897.



27. Vossius: »Ein Fall von Orbitalphlegmone etc.« Arch. f. Ophth. Bd. XXX, p. 157.
28. Gałęzowski. Arch. de méd. V. XXIII.
29. Snellen: »Ned. Tijd. v. Geneeskunde«. 1894.
30. Flies — przytoczony u Grünwalda (25).
31. Mitvalsky: »Contribution à la connaissance de la thrombophlébite orbitaire«. Paris. 1895.
32. Hofmann: »Ein Fall von Empyem der Keilbeinhöhle mit Betheiligung der Orbita«. Verh. d. Deut. otol. Ges. Dresden, p. 186.
33. Schroeder. Centr. v. Hirschberg. 1895, p. 175.
34. Mitvalsky: »Des ophthalmies septiques«. Rev. gén. d'ophth. 1891.
35. Fuchs: »Tenonitis nach Influenza«. Wien. klin. Woch. 1890. Nr. 11.
36. Hack: »Zur operativen Therapie der Basedow'schen Krankheit«. Deut. med. Woch. 1886. Nr. 25.
37. B. Fraenkel: »Ein Fall von Morbus Basedowii«. Berl. klin. Woch. 1888.
38. Hofmann: »Ein Fall von Morbus Basedowii« durch Besserung eines Nasenleidens«. Berl. klin. Woch. 1888. Nr. 92.
39. Augagneur: »Pathogénie et traitement de la kérato-conjonctivite phlyctœnulaire«. Int. Centr. f. Lar. Bd. V., p. 557.
40. Troussseau: »Troubles oculaires réflexes d'origine nasale«. Le Bull. méd. 1889.
41. Schmidt: »Die Krankheiten der oberen Luftwege«. 1895.
42. Muschold. Bull. Laryng. Gesell. 1894. 20/XI.
43. Ostmann: »Ueber die Beziehungen zwischen Auge und Ohr«. Arch. f. Ophthalm. Bd. 43.

---

## II. STRESZCZENIA.

*O wpływie chemicznych promieni słońca na przebieg ropnych zapaleń oka.* E. Nieznamow. (»Więstnik Oftalmologii«. Nr 1. 1901).

Opierając się na tem, że chemiczne promienie słonecznego i elektrycznego światła zabijają patogeniczne drobnoustroje Finsen skorzystał z takowych w celu leczenia chorób skórnych, przeważnie wilka. Naśladowcami jego byli Petersen i Minin, którzy z korzyścią zastosowali takie leczenie przy trądziku, skorbcu i szankrze. Wpływ rozmaitych promieni światła na oczy doświadczałnie studyowali: Czerny, Deutschmann, A. Makłakow, Widmarck, Wernicke i inni. Szkodliwe dla oka chemiczne pro-

mienie mogą być pożyteczne w celach leczniczych, jeśli ich działalność bywa ześrodkowaną na ograniczonej przestrzeni gałki ocznej. Autor wybrał dla swoich doświadczeń ropne zapalenie rogówki i tęczęwki. W tym celu korzystał z aparatu, podobnego do przyrządu Finsena: szkło + 8 D i drugie proste, pomieszczone w metalowej oprawie tak, że między nimi znajduje się przestrzeń 2 cm o zawartości 150 grm; cały aparat waży 1 funt. Dla zatrzymania ciepłych promieni Finsen przestrzeń tę wypełnia amoniakalnym roztworem siarczamu miedzi, Dr N. zaś roztworem metylowego błękitu (1:5000), przezem przyrząd ześrodkowuje promienie słońca pod postacią małego kółka jasnofioletowej barwy, od którego na oku, po 2—do 3 minutach, odczuwa się tylko przyjemną ciepłotę<sup>1)</sup>.

Po doświadczeniach na królikach, autor przystąpił do leczenia chemicznymi promieniami ropnych zapaleń rogówki i tęczęwki i podaje 7 podobnych spostrzeżeń, leczonych z dobrym skutkiem, jak: *hypopyon keratitis*, ropne owrzodzenia i nacieczenia rogówki u skrofulicznych, a także urazowego pochodzenia, po wycięciu zaćmy i t. p. Takie leczenie powtarza się codziennie, posiedzenie trwa zwykle od 3—5 minut. Wyniki: 1. chemiczne promienie przytępiają ból, 2. działają nie tylko na nerwy czuciowe, lecz i naczynioruchowe, 3. szybko zabijają bakterye nie tylko w sztucznych pożywkach, lecz i w żywych tkankach ustroju, i wreszcie 4. prawidłowo urządzone leczenie chemicznymi promieniami słońca powinno zająć pierwszorzędne miejsce przy zakaźnych chorobach rogówki. Dr J. T.

*Septyczne zmiany siatkówki* (Ueber septische Netzhautveränderungen). Ischreyt z Rygi. — (»Sammlung zwangloser Abhandl. a. d. Gebiete d. Augenheilkunde«. T. III. Z. 7.). —

Podobnie jak w innych narządach, występują i w oku następowe zmiany septyczno-pyemiczne jużto w postaci silnego ropnego zapalenia, jużto w postaci nieropnego zaburzenia odżywczego. Prawie wyłącznie występuje ono jako *retinitis septica*, której objawy wobec nielicznych dotychczas opisanych przypadków nie dość są znane. Co do chorobotwórczych drobinek, to jako przyczynę tego zajęcia wyliczano: *staphylococcus pyogenes aureus*, *pneumococcus Fraenkel-Weichselbauma*, *streptobacillus* i *streptococcus*, a miejscem wyjścia zakażenia bywał przeważnie przyrząd rodny kobiecy.

Okło zewnętrznie prawidłowo wyglądające przedstawia następujące objawy: niedokrewność dna oka, wynaczynienia rozmaitych

<sup>1)</sup> Listownie donosi mi autor, że przyrząd jego kosztuje w Charkowie u optyka T. Witta 25 rubli.

rozmiarów w okolicy tarczy, w sąsiedztwie naczyń i to przeważnie żył. Obok tego białe plamy, stykające się z owymi wyznaczynieniami, jednak nigdy nie układające się promienisto w okolicy żółtej plamki. Plamy te są zresztą bardzo nieliczne.

Jakie zaburzenia wzrokowe zmiany te wywołują, nie można było wobec apatii chorych stwierdzić, a także, ile czasu upływa od chwili wystąpienia ogólnego septycznego zajęcia do powstania wyznaczynień.

Przebieg bywa zawsze jednakowy: na miejscu wyznaczynień znikających występują inne, a wynik ostateczny zależnym jest od cierpienia ogólnego.

W razie wyzdrowienia chorej obniżenie wzroku zależnem będzie od miejsca, rozmiarów i trwania wyznaczynień.

Co do rozpoznania różniczkowego zaznaczyć wypada, że wyznaczynienia siatkówki przemawiają za pyemią, zapalenie zaś tarczy za gruźlicą prosowatą lub zapaleniem opon mózgowych. Gdy chodzi o rozróżnianie pomiędzy septicopyemią a tyfusem, — przyjmujemy pierwszą na podstawie zmian naczyniowych. Wyznaczynienia są wyrazem zmian naczyniowych, dających się mikroskopowo stwierdzić, podczas kiedy białe plamki, występujące ogniskowo w siatkówce, odnieść wypada do węzełkowatych zgrubień włókien nerwowych.

W.

*Nowy przyczynek do zapalenia rogówki pochodzenia nosowego* (Nuovo contributo alla Neuro-cheratite d'origine nasale). Fortunati. (»Arch. ital. d'otal. rin. e lar.« Nro 4. T. X. 1900).

Przed 4 lata autor ogłosił 2 rzadkie przypadki neuro-keratitidis pochodzenia nosowego. W obu, po usunięciu polipów, względnie polipowatych małżowin, ustąpiły objawy obustronnego zapalenia wrzodziejącego rogówki. W ostatnich czasach autor miał możność spostrzegać jeszcze jeden analogiczny przypadek. Dotyczył on 20-letniej chorej z owrzodzeniem i przedziurawieniem rogówki w lewym oku. Pomimo zastosowania środków zwykłych, stan oka nie tylko się nie poprawił, lecz stale się pogarszał. Wówczas autor wpadł na myśl zbadania jam nosowych i rzeczywiście lewa okazała się zupełnie niedrożną z powodu przerostu polipowatego małżowiny dolnej, który też bezwzględnie usunięto pętlą galwanokaustyczną. Wynik był zdumiewający: w 48 godzin znikło hypopyon, następnie zaś zaogoiło się owrzodzenie na rogówce.

Na zasadzie tych 3 spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że większa część t. zw. keratitides neuroparalyticae pochodzenia obwodowego ma swoje źródło w zaburzeniach nosowych.

*Dr Jan Sędziak.*



*Mięsak prawej jamy nosowej z ostrem zapaleniem zatoki i nacieczeniem tkanki łącznej oczodołu* (Sarcoma of right nasal fossa with acute sinusitis and orbital cellulitis). Goldschmidt. (*Montreal med. Jour.* October. 1900).

Opis przypadku guza, zajmującego prawą jamę nosową i rozszerzającego się na prawą zatokę szczękową górną (*antrum Highmori*). Jako następstwo tego cierpienia był ropień tejże zatoki, oraz ropówka (*phlegmone*) oczodołu z *exophthalmus* i bólami tej okolicy.

Leczenie operacyjne przyniosło ulgę czasową.

Badanie drobnowidowe wykazało naturę guza: *sarcoma parvii et globo-cellulare*.  
Dr Jan Sędziak.

*Wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu i soli kuchennej przy zapaleniach rogówki i tęczówki*. Matuśowski. (*Medic. Pribawlenja k morskomu Sborniku.* Listopad. 1900).

Leczono tym sposobem 40 chorych z zapaleniami rogówki i 9 tęczówki. Wstrzykiwano rozezyn sublimatu 1:2000 (3—5 podziałek Pravaz'a) i 3% rozezyn soli (5—10 podziałek), znieczuliwszy poprzednio spojówkę 5% rozezynem kokainy. Leczenie wstrzyknięcie 2—4. Ponieważ okazało się, że sól działa nie gorzej od sublimatu, a przytem przy zastosowaniu ostatniego środka bóle były silniejsze, i często tworzyły się zrosty spojówki z twardówką, przeto autor ograniczył się z czasem do wstrzyknięć jedynie soli kuchennej. Wynik takowych: szybkie polepszenie ogólnego i miejscowego stanu, powracał spokojny sen, nieruchoma dotąd źrenica rozszerzała się od środków mydriatycznych, ropa przedniej komórki ulegała wessaniu, a owrzodzenia rogówki szybko się goiły. Opierając się na tych wynikach, Dr M. wyprowadza wniosek, że »we wstrzykiwaniu soli kuchennej pod spojówkę mamy pewny pomoeniczy środek nawet w przypadkach, rokujących złe zejście«.  
Dr J. T.

*Jaglica — ze szczegółowem uwzględnieniem jej w Krajinie*. (Ueber Trachoms — mit besonderer Berücksichtigung seines Vorkommens in Krain). J. Šafář. Wiedeń. 1900.

Mając sposobność przez 12 lat badać prawie wszystkich chorych ocznych w kraju, podaje autor wynik swych spostrzeżeń. — Zajmuje ściśle stanowisko dualistyczne. Ze środków lekowych daje pierwszeństwo saletrzanowi srebra w rozezynach 2—3%, a dalej siarczanowi miedzi. Sublimat, jako wytarcie, albo maść, stosuje tam, gdzie z niewiadomych powodów owe środki nie skutkują.

Protargol 2% z dobrym skutkiem zastosowywanym bywał w przypadkach, w których nastąpiło polepszenie. Wycięcie załamków wykonuje B., i to słusznie, tylko tam, gdzie według wszelkiego

prawdopodobieństwa zanosi się na bardzo długie leczenie. Wypalaniu galwanokaustycznemu pojedynczych jaglic daje pierwszeństwo przed wyciskaniem<sup>1)</sup>.

Pod względem stosunku narodowościowego osób dotkniętych jaglicą, zaznacza B., że obie narodowości, to jest Niemcy (28000) i Słoweńcy (466000), w równym stopniu partycypują. Jaglica w całym kraju rozpowszechniona, może najmniej w północnych okęgach, a powodem tego nie rodzaj terenu, tylko stosunki komunikacyjne. Zdarzają się niektóre okolice, gdzie jaglica nie tylko częściej, ale także w cięższych postaciach występuje<sup>2)</sup>. Rodzaj żeński częściej ulega jaglicy.

Źródłem jaglicy jest, oprócz przypadków krajowych, sąsiedztwo krajów południowych: Styryi, Krocacy i pasu przybrzeżnego, gdzie jaglica silnie rozwinęta.

Autór robi w końcu propozycje dla leczenia i zapobiegania jaglicy, — nie jednak nowego nie zaznacza. W.

*Sprawozdanie o popisowych, badanych w ocznym oddziale wjazdowskiego wojskowego szpitala w roku 1898.* Ł. o. b a s o w. (»Wojenno-Medicinskij Żurnał«. 1901. Zeszyt marcowy).

Badano 909 popisowych, czyli 1818 ócz, ze wszystkich guberni Królestwa Polskiego, z wyjątkiem guberni suwalskiej. Najwięcej było żydów, bo 52,58%. Umiejących czytać 424, nieumiejących 485. Z tej liczby okazało się: zdolnych do służby 294 ( $\frac{1}{3}$ ), podlegających służbie niefrontowej 95, podlegających zwolnieniu na rok 63 i zupełnie niezdolnych do służby 457 ( $\frac{1}{2}$ ).

Z liczby 909 refrakcyę oczu badano u 764, u pozostałych 145 istniały w oczach chorobliwe zmiany lub też naśladowane uszkodzenia.

U 764 popisowych wykazano: emmetropię 63 (8,2%), myopię 142 (18,6%), hm. 123 (16,1%), As. 104 (15,6%), anisometrię 332 (43,5%). Żydzi stanowili  $\frac{3}{5}$  krótkowidzów. Godnym jest uwagi fakt, że anisometrię stwierdzono prawie u połowy ( $\frac{2}{5}$ ) badanych: u żydów 43%, u Polaków 29%, u popisowych innych narodowości 27%; anisometropia bywa rozmaicie powikłana, najczęściej jednak zdarzają się: rozmaity stopień myopii w obu oczach (54), powikłany MAs. w rozmaitym stopniu w obu oczach (48); myopia w je-

<sup>1)</sup> Wyciskanie inne ma wskazanie, a wypalanie także, pierwsze stosuje tam, gdzie już nastąpił rozpad jaglic, wypalam zaś w pierwszym okresie, to jest nacieczenia jaglicowego, gdzie więc jagielki jeszcze są twarde. Ref.

<sup>2)</sup> Laserbach, Oblak, Schwarzenberg).

dnem, powikłany MAs. w drugim oku (40); powikłany nadmiarowy As. obu ocz, w rozmaitym stopniu (29) i t. d.

Nie mając zamiaru podać obszernego streszczenia z tej ciekawej i sumiennej pracy Dra Łobasowa, pozwolę sobie pokrótce zatrzymać się na drugim szeregu popisowych z anatomo-patologicznymi zmianami ocz. W liczbie ich zapisano: rdzenne włókna siatkówki 5, maculace corneae 137, naśladowane zaćmy 6, naśladowane plamy rogówki 10, udających 6.

U pięciu, mających rdzenne włókna siatkówki, oznaczono: dwóch emmetropów ze wzrokiem  $20/20$ , jeden Hp. 2,0 D. jeden z powikłanym MAs. 1,5 D i jeden z takimż MAs. w stopniu 3,0 D.<sup>1)</sup>

Co do naśladowanych plam rogówki i zaćmy — to wszyscy ci popisowi byli żydzi; uszkodzone były prawe gałki, ponieważ w regulaminie wojskowym prawe oko gra ważną, a lewe podrzędną rolę. U sześciu popisowych środkowe plamy rogówki były ciemnobraunne, u czterech białe, jak pierwsze, tak i drugie bez żadnych objawów zapalnych ze strony spojówki. Komisya orzekła, że wszyscy ci popisowi byli winni dobrowolnego uszkodzenia ocz; jeśli to było pewnikiem co do urazowych zaćm i żółtobrunatnych plam rogówek, to względem białych, błyszczących i ograniczonych plam rogówkowych słusznie autor powiada: »jeśliby mnie wezwano do sądu jako znawcę, nie kładłbym nacisku na to, że plamy te utworzono umyślnie«. Co do plam żółtych, to je — jak się przekonano na królikach — łatwo można zrobić tak: przypaliwszy część rogówki siwym kamieniem, natychmiast macza się plamę stężonym roztworem kaliodali; w taki sposób wytworzona plama miała barwę żółtą (nie brunatną) i nie podlegała zmianie przez kilka miesięcy.

W 137 przypadkach plam rogówkowych (150 w obu oczach) znaleziono 65 emmetropów, 37 nadwzrocznych i 35 krótkowidzów. Autor polemizuje tu z Dr Wadzińskim, który twierdził, że zmętnienia rogówki stanowią ważny etyologiczny czynnik w wytworzeniu się myopii. Dr Ł. częściej spotykał przytem emmetropię i jest zdania, że głównej przyczyny myopii trzeba szukać we wrodzonym usposobieniu, bez tego czynnika same zmętnienia nie wywołują krótkowzroczności.

Dr J. T.

*Pięćset operacji zaćmy.* Stefan Korzeniowski. («Wracz», Nr 9. 1900).

W ciągu 8 lat Dr K., lekarz nowotórskiego ziemskiego szpitala w nowogrodzkiej guberni, miał możność wykonać 500 operacji

<sup>1)</sup> Niedawno Dr Gamble napisał pracę p. t. *Opaque nerve fibers with myopia* (Ophth. Record. 1901). *Przypisek sprawozd.*



zaémy, z których 445 *cat. senilis*, 8 *cat. mollis*, 19 *cat. zonularis*, 14 *cat. complicatae* i t. d. Zwraca on uwagę na 4 warunki dobrego zejścia operacyi: 1. zdrowa gałka oczna, 2. bezgnilny przebieg gojenia się rany, 3. dobra technika i 4. brak przypadkowych powikłań pooperacyjnych, jak uraz i t. p.

Autor omawia obszerniej 2. i 3. punkt. Co do drugiego, to godnem uwagi jest to, że na dobę przed operacją choremu goli się brwi i po obmyciu oka sublimatem, zawiązuje się je do samej operacyi; po operacyi w wewnętrznym kącie oka pod dolną powiekę wprowadza się watę, zmoczoną sublimatem, dla wyprowadzenia wydzielin z worka spojówkowego.

Cięcie robi K. na samym brzegu rogówki, przyczem wycina i płat spojówki. Ekstrakcyę robi z irydektomią, ponieważ przekonał się, że szpara łączówki nie obniża bystrości wzroku. Oba oczy zawiązuje na dni 3, operowane na 7—8 dni, leżenie zaleca tylko w ciągu doby.

Podnieść muszę ze sprawozdania ciekawy fakt: 2 razy podczas operacyi złamał się koniuszek nożyka Graefego. Autor tak pisze o tem: »w pierwszym przypadku przy wykluciu złamał się koniec noża — nóż wyjęto, lecz koniec pozostał w oku, nie wywołując żadnego podrażnienia, soczewkę wydobyto po kilku dniach. W drugim przypadku wskutek *leucoma* trzeba było prowadzić cięcie z góry i zewnątrz ku dołowi i wewnątrz, po wykluciu okazało się, że koniec ugrzązł w łączówce; irydektomia i ekstrakcja; wszelkie starania, by wydobyć ostrze noża, pozostały bez skutku: znikło gdzieś; oko zagoiło się bez odczynu«.

Znając przypadki łamania się Weberowskich nożyków przy operacyi dróg łzowych, gdzie kawałki stali pozostają w ciele bez złych skutków, nie słyszałem o łamaniu się ostrzy nożyków i pozostaniu ich bez złych skutków w głębi gałek ocznych<sup>1)</sup>.

Autor miał aż 31 przypadków z wypadnięciem ciała szklistego; u 4 chorych zaćma przesunęła się do ciała szklistego, z których u jednego udało się ją wydobyć pętlą, u drugiego zaś wyciągnięto ją dopiero po jego długiem leżeniu w dół głową, u 2 zaćma pozostała w ciałku szklistem.

1) Zresztą A. Terson, omawiając 13 niepożądanych powikłań podczas ekstrakcyi, twierdzi, że złamanie się noża w przedniej komórce »było często obserwowane«, niekiedy udawało się wydobyć koniuszek noża za pomocą płytkiej łyżeczki, niekiedy jednak znikał on zupełnie (le fragment échappe à toutes recherches), pomimo to wydobyć zaćmy uwieńczyło się pożądanym wynikiem (p. jego »Chirurgie Oculaire«. 1901, str. 397).

Przyp. Spraw.

Jakież to twarde oczy, czy też liche nożyki!

W.

Wyniki operacji Dr K. podaje następujące:

dobry	wzrok w 348 przypadkach	(17,2 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> ),
niezły	> > 61	> (13,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> ),
zły	> > 17	> ( 3,8 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> ),
$\frac{1}{\infty}$ — 0	> > 25	> ( 5,5 <sup>o</sup> / <sub>o</sub> ).

Oznaczenie to bystrości wzroku podano dowolnie: dobrym nazwano wtedy, gdy chory zapomocą okularów widział i liczył palce na odległość 10 i więcej arszynów; niezłym, jeśli na odległość 5 i więcej arszynów; złym, jeśli liczył palce na odległość 1 arszyna i mógł chodzić bez pomocy.

Dr J. T.

### III. NOWE KSIĄŻKI.

*Krótkowzroczność u nos.* (Die Heilbarkeit der Kurzsichtigkeit u. ihre Behandlung). Dr E. Jonas. Liegnitz. 1900. C. Seiffarth.

Autor zrobił to spostrzeżenie, że najgłówniejsze choroby oka oraz ucha zależne są od odziedziczonych albo nabytych zmian nosowych, a jako drogę, na której te zmiany wpływać mogą na oko, oznacza nerw sympatyczny, względnie *ganglion ciliare*. W niektórych przypadkach nerw błędny, podrażniony przez nieprawidłowe oddechania, przenosił swój wpływ na nerw sympatyczny. Badając u krótkowzrocznych nos, w żadnym przypadku J. nie stwierdził prawidłowych małżowin nosowych, a zwłaszcza środkowa bywała skrzywioną. Skrzywienie to wywołuje nabrzmienie błony śluzowej, a refleksyjnie krótkowzroczność powoduje. Ale nie tylko samą krótkowzroczność, lecz także inne objawy, często myopii towarzyszące, odnosi J. do nosa, mianowicie mroczki, muszki, nieomogę akomodacyjną, i leczy je z dobrym skutkiem przez uwzględnianie zmian nosowych, które przez postępy kulturalne, przez stosunki socyalne niejednokrotnie wywoływane bywają.

Broszurka napisana przez autora niewątpliwie w najlepszych zamiarach i dla ludzkości i dla siebie — ale nie wolna od przesady, której, jak wszędzie, tak i w medycynie wystrzegać się powinniśmy.

Wicherkiewicz.

#### IV. Z TOWARZYSTW.

1. Sprawozdanie z 28 zgromadzenia Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1900. (Streszczone według oryg. niem.). (Ciąg dalszy).

V. O *zwichnięciach soczewki* <sup>1)</sup>. (Ueber Linsenluxationen). H. Schmidt-Rimpler.

U pewnej rodziny widział autor w czterech pokoleniach przemieszczenie soczewki, przyczem soczewka z czasem zupełnie wiotczała. W następstwie tego poprawiała się potem bystrość wzroku swoiście przez przedłożenie odpowiednich szkielec.

U 45letniego ojca licznej rodziny rozpoznano w ósmym roku życia przemieszczenie soczewek. Z czasem zmętniały one i usunęły się zupełnie w głąb ciała szklonego. Odpowiednimi szklami dała się bystrość wzroku znacznie poprawić, tak, że na oku prawem wynosiła  $\frac{6}{8} + 8 D$ , na lewem zaś  $\frac{6}{12} + 7 D$ . Z bliska Schweigger 0,45 temiz szklami. Ojciec badanego miał prawidłowe oczy, natomiast u matki jego i u ojca matki były soczewki zwichnięte. Z ósmiorga jego dzieci, troje miało wzrok prawidłowy. U pozostałych pięciorga były soczewki bądźto przemieszczone, bądźto zwiotczące.

I tak u 18letniego syna były obie soczewki zwiotczące, a bystrość wzroku ócz obu  $= \frac{4}{18} + 7 D$ ; u 15letniego syna były soczewki przemieszczone, bystrość wzroku zaś  $= \frac{4}{18} - 20 D$ ; u 9letniego syna były soczewki przemieszczone, przyczem soczewka oka prawego tak usunięta, że szkłem  $+ 9 D$ . osiągało się bystrość wzroku  $= \frac{1}{6}$ , na lewem oku zaś wynosiła  $\frac{3}{36} - 1 D$ . U dwóch dziewcząt, bliźniąt, mających po  $1\frac{1}{2}$  roku, były soczewki przemieszczone, a wziernikiem dała się wykazać krótkowzroczność. U wszystkich tych osobników były soczewki zupełnie czyste, tęczówki drżały przy ruchach gałek ocznych, a wziernikiem wykazano krótkowzroczność.

Na podstawie tych spostrzeżeń ostrzega autor przed zbyt wczesnymi zabiegami operacyjnymi, gdyż, jak właśnie przypadki te dosa-

<sup>1)</sup> Dla zrozumienia pozwałam sobie zaznaczyć, że w sprawozdaniu tem nazywam nabyte usunięcie soczewki zwichnięciem (*luxatio lentis*), wrodzone zaś przemieszczeniem (*ectopia lentis*) — podobnie jak się zwie korektopia przemieszczeniem źrenicy.

Oznaczenie pojęcia tych zmian nie jest dotychczas ustalonym w naszej terminologii. Rozumie się, że nazwa tej zmiany, ze względu na jej wrodzone lub nabyte powstanie, nie zawsze da się uzasadnić, gdyż często zmienia się przemieszczenie w zwiotczenie.

*Przyp. spraw.*  
*Luxatio lentis* jest zwichnięcie, *subluxatio* nadwichnięcie, zaś *ectopia lentis* nazwalibyśmy zboczenie soczewki, w żadnym jednak razie nie możnaby, zdaniem naszym, używać tu wyrazu przemieszczenie, z którym się łączy pojęcie czynne.

*Red.*



dnie pouczają, przemieszczenie soczewki zmienia się z czasem często w zwiotczenie, a bystrość wzroku poprawia się i bez operacyi.

W przypadkach podobnych jest więzadełko Zinniusza wedle anatomicznych badań Hessa i in. zanikłe, lub też brak go częściowo. W następstwie urazu wiotczeje soczewka wskutek przedarcia się rąbka. —

Odmienny a bardzo rzadki sposób zwiotczenia soczewki przez pociągnięcie wykazał autor u 62letniej kobiety, u której na prawem oku wysłąpiła następowa jaskra, siatkówka była oderwana, a zmętniała soczewka była zwichniętą do przedniej komory. Z przeprowadzonego badania anatomicznego wynika, że soczewka przez to zwiotczała, iż tylne włókna więzadełka złączyły się ze zwyrodniałemi włóknami ciała szklanego i przez jego załamywanie się zostały pociągnięte ku tyłowi. Przez rozluźnienie włókien więzadełka mogła teraz soczewka z łatwością zmienić swe położenie. Wkońcu zwraca autor uwagę, że drżenie tęczówek (*iridodonesis*) nie bywa powodowanym li tylko brakiem soczewki, jak to ogólnie sądzono, lecz że do powstania tego objawu jest konieczną wielką ilość cieczy, która tęczówkę okala z przodu i z tyłu. Może to zaś mieć wówczas tylko miejsce, gdy ciało szkliste jest rozplynięte wskutek zmian chorobowych, bez względu na to, czy soczewka znajduje się w oku, lub też nie. — Przeciwnie, przy prawidłowem ciałku szklanem nie drżą tęczówki, nawet po wyjęciu soczewki, o czem się można niejednokrotnie przekonać po wyjęciu zaomy. *Dr Ballaban.*

VI. *O wrodzonym zбочeniu źrenicy, powikłanem zwichnięciem soczewki* (Ueber angeborene Korectopie mit Linsenluxation). E. v. Hippel.

U 36letniego mężczyzny były źrenice obu oczu przemieszczone a soczewki zwiotczałe. Badanie anatomiczne oka lewego, wyjętego wskutek jaskry, wykazało zupełne oderwanie siatkówki i ciała szklanego, zwyrodnienie siatkówki wysokiego stopnia i tylko płaskie nadbrzeżne wyźłobienie tarczy wzrokowej. Zmętniała soczewka była zwapniałą i zwiotczałą na wewnątrz i ku dołowi. Tęczówka była w dolnej i wewnętrznej części 4 do 5 razy grubszą od części górnej. W tej części tęczówki znajdowała się gruba tętnica i 2 do 3 żył, które, w postaci postronka ciągnąc ku zgrubiałemu ciałku szklanemu i tam się rozgałęziając, spowodowały odwrócenie tej części tęczówki ku tyłowi. W tem miejscu brzegu źrenicznego znajdowała się przetrwała błona źreniczna. Prócz tego było ciało szkliste unaczynione przez gałązki tętnicy, wychodzącej z wieńca rzęskowego przeciwnej strony. Włókna więzadełka rzęskowego nie dały się na soczewce nigdzie wykazać, natomiast znajdowały się one

w ciałku rzęskowem, i to w całej rozeciągłości gałki wzrokowej, lubo mniej w miejscu, odpowiadajacem przemieszczeniu soczewki, aniżeli po stronie przeciwnej. Zmiana ta mogła powstać albo wskutek jakiejś przeszkody, przez którą tęczęwka, nie mogąc się prawidłowo ułożyć, zgrubiała w dolnowewnętrznej swej części, skurczyła się i zwróciła się ku tyłowi, albo też źrenica, umiejscowiona pierwotnie prawidłowo, przez następne skurczenie się tęczęwki została przesuniętą na wewnątrz i ku dołowi. Nie podlega wątpliwości, że w tym przypadku zgrubiała tęczęwka została pociągniętą ku tyłowi i to przez opisany powyżej zwój naczyń, który, powstawszy w życiu płodowem, ciągnął w postaci postronka ku ciałku szklistemu. Zwój ten mógł w następstwie stać się przeszkodą dla dalszego rozwoju soczewki i spowodować, wskutek zwolnienia włókien więzadła, jej przemieszczenie.

Dr T. Ballaban.

VII. *O działaniu suprareniny na oku* (Ueber die Wirkung des Suprarenins auf das Auge). K. Wessely.

Darier pierwszy zwrócił uwagę, że wyciąg nadnercza, zapuszczony w worek spojówkowy, wspiera działanie kokainy, wywołując bezkrwistość spojówki, a tem samem zezwalając jej rozwinąć w znacznie wyższym stopniu działanie znieczulające. A także zauważył on, że środek ten zmniejsza przy jaskrze ucisk śródoczny. Wedle badań Lewandowsk'iego powoduje wyciąg nadnercza, zastrzyknięty w żyły, skurcz wszystkich mięśni oka, zostających pod wpływem nerwu współczulnego. Przez to rozszerza się źrenica, powstaje trzeszcz gałki, skurcz trzeciej powieki (*palpebra tertia*) i rozszerzenie szpary powiekowej.

W badaniach swych postawił sobie autor zadanie zbadać dokładnie działanie suprareniny na głębsze naczynia oka, a mianowicie na naczynia tęczęwki i ciałka rzęskowego. W tym celu zastrzykiwał cztery przedziałki strzykawki Pravaza  $\frac{1}{4}\%$  roztworu suprareniny, zmieszanej z fizyologicznym roztworem soli kuchennej, pod spojówkę gałkową królików. Bezpośrednio po tym rękoczynnie rozszerzały się źrenice bardzo znacznie i to na przeciąg dwóch godzin.

Aby mózż się przekonać, że środek ten zwęża w istocie naczynia tęczęwki i ciałka rzęskowego, zastrzykiwał on, w kwadrans po podspojówkowym zastrzyknięciu suprareniny, roztwór fluorescyny w żyłę uszną królika, przez co ciecz wodna przedniej komory barwiła się zielono. Chcąc się przekonać dalej, czy suprarenina usunie przekrwienie ciałka rzęskowego, wywoływał on je sztucznie przez nakłucie przedniej komory. Przytem źrenice nie zwężały się mimo nakłucia komory, komora przednia wypełniała się tylko bardzo po-

woli, a ciśnienie śródoczne było jeszcze po upływie pół godziny bardzo niskie. W bardzo niewielkiej ilości cieczy wodnej znajdował tylko mało białka i to nieskrzepniętego. Zabieg ten udowodnił, że suprarenina zmniejsza znacznie ucisk śródoczny, a ciecz wodna, wydzielona z wyrostków rzęskowych, różni się tylko mało od cieczy, wydzielonej przy prawidłowym ucisku śródocznym. Nie mniej dokładnie powoduje suprarenina zwężenie się naczyń, rozszerzonych drażnieniem chemicznem, gdyż w oczach, w których były rogówki nadźarte azotanem srebra, wydzielano się białko i włókniki w ciecz wodną w znacznie mniejszej ilości, aniżeli się to dzieje bez użycia suprareniny. W dalszych badaniach przekonał się autor, że jeżeli do roztworu soli kuchennej, której zastrzyknięcie pod spojówkę gałki ocznej drażni ciało rzęskowe, doda się roztworu suprareniny, to drażnienie ciała rzęskowego da się tem w zupełności usunąć, gdyż w oczach takich nie wydzielano cieczy wodnej zupełnie białka. Tem doświadczeniem udowodnił autor, że suprarenina wnika w głębokie tkanki oka równie szybko, jak i inne płyny.

Suprarenina zwęża zatem naczynia, a zdaje się, że wywiera ona także pewien wpływ na własność wydzielniczą przybłonków.

Co się tyczy miejsca działania suprareniny, to, wedle powyższych doświadczeń, działa ona najprawdopodobniej drażniąc na nerwowe składniki rozwieracza źrenicy (*dilatator pupillae*). Wyniki tych badań na zwierzętach muszą być przyjęte z pewnem zastrzeżeniem dla oka ludzkiego. Chcąc u człowieka wywołać stałą bezkrwistość, musi być ten środek bardzo często zapuszczanym.

Dotychczas pozostaje jeszcze nierozstrzygniętem, czy środek użyty u człowieka zasługuje na szersze stosowanie, gdyż usuwając przekrwienie oka, usuwa on tylko objaw choroby, a nie chorobę samą, i to tem bardziej, że nie jest wykluczonem, czy przekrwienie nie jest dla przebiegu sprawy zapalnej oka korzystnym odczynem,

*Dr T. Ballaban.*

VIII. *Oderwanie naczyniówki po wyjęciu zaćmy* (Ablösung der Aderhaut nach Staaroperation). E. Fuchs.

Autor widział 6 przypadków oderwania naczyniówki po wyjęciu zaćmy, a 3 przypadki po wycięciu tęczówki przy jaskrze. — Twierdzi on, że zmiana ta nie jest wcale rzadką, ale że mało zwraca się na nią uwagi. Oderwanie naczyniówki występuje często w kilka dni po operacji i to nawet po gładkiem wyjęciu soczewki. Przytem mięknie oko i, pomimo, że ranka pooperacyjna jest zagojoną, znika przednia komora. W kilka dni przylega naczyniówka do podłoża, a oko przybiera postać prawidłową. Wziernikiem dają się spostrzeżać ciemne, krągłe wyniosłości o gładkiej powierzchni, bez naczyń,



które, wystając ku źrenicy, przykrywają czasem łarczę nerwu wzrokowego. Przy znacznego stopnia oderwaniu można widzieć te zmiany także i przy bocznem oświetleniu.

Oderwanie naczyńki powstaje wedle autora w następujący sposób: Najważniejszą zmianą, która daje się zauważyć w dokładnie spostrzeganych przypadkach, jest znaczne zmniejszenie się przedniej komory, pomimo, że ciecz wodna z niej nie wypływa. To może się stać tylko w ten sposób, że naczyńka wypiera ciało szkliste ku przodowi, a ślad ucisk udziela się cieczy wodnej. Ponieważ zaś ucisk śródoczny jest przytem stale zmniejszonym, więc nie może to nastąpić wskutek zwiększenia się ilości płynu w gałce ocznej, lecz przez zmianę położenia płynu i to w ten sposób, że ciecz wodna przedniej komory wciska się pod naczyńkę przez otwór, znajdujący się w okolicy ciała rzęskowego. Ponieważ ucisk w przedniej komorze jest większym, aniżeli w ciałku szklistem, więc naczyńka zostaje wypartą ku przodowi przez wciskający się pod nią płyn. Otwór w ciałku rzęskowem może bardzo łatwo powstać przy operacji, co też autor udowodnił w dwóch przypadkach, badanych anatomicznie.

*Dr T. Ballaban.*

IX. *O plastycznym zapaleniu naczyńki (Ueber Chorioiditis exsudativa plastica).* F. Schieck.

Schieck opisał dwa przypadki plastycznego zapalenia naczyńki, w których widziany pierwotnie wysięk plastyczny zmienił się w mniej lub więcej zorganizowane i wystające twory pomiędzy naczyńką i siatkówką. W jednym przypadku był obraz wziernikowy bardzo podobny do początkowego głejaka siatkówki, w drugim zaś przypadku przebieg był bardzo zajmujący, gdyż zmiany te ustąpiły bez żadnego zabiegu leczniczego. W obu przypadkach była siatkówka, pod którą się te twory znajdowały, przejrzystą i tylko mało zajęta, ucisk śródoczny był prawidłowy, a raczej zmniejszony, zewnętrzne tkanki oka, a także i przednia część jagodówki nie były zadrażnione.

Na pięciu bardzo pięknych zdjęciach olejnych dna oka przedstawił autor tę zajmującą i niezwykłą zmianę. *Dr T. Ballaban.*

X. *O pooperacyjnem leczeniu ran oka bez opaski, w szczególności po wyjęciach zaćmy (Ueber die offene Wundbehandlung bei Operationen am Augapfel, insbesondere bei Staaroperationen).* H. Sattler.

Opisawszy znaną powszechnie konieczność czystości rąk i ubrania operatora i asystentów, podnosi autor ważność dokładnego odkażania oka i to szczególnie powiek, brzegów powiekowych i worka spojówkowego.

Od stycznia 1899 roku nie używa autor przy operacyach na gałce ocznej opasek, lecz tylko siatek Fuchsa, które niejednokrotnie już wkrótce po operacji usuwa.

Na 233 przypadki niepowikłanej zaćmy wystąpiło u chorych w ten sposób leczonych, tylko raz lekkie zakażenie ranki pooperacyjnej, w 3 przypadkach wypadła tęczęwka i musiała być odcięta, 11 razy były brzegi szczeliny źrenicznej przeciągnięte ku bliżnie. Pomimo, że w 10 przypadkach, po wyciągnięciu soczewki pełną, nastąpiła utrata ciała szklistego, przebieg pooperacyjny był bez opaski zupełnie zadowalniający. W 3 przypadkach był śluzotok ropny woreczka łzowego, u dwóch chorych był nieżyt oskrzeli, czterech cierpiało na obłąd pooperacyjny — we wszystkich tych przypadkach gojenie się nie pozostawiało nic do życzenia.

Z 7 powikłanych przypadków zaćmy starszej przyszło w dwóch przypadkach do utraty oka przez zakażenie ranki. Prócz tych 240 przypadków zaćmy, nie używał Sattler opaski i przy licznych innych operacyach na gałce ocznej, przyczem wynik leczniczy był stale bardzo dobrym. (D. n.)

Dr T. Battaban.

2. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. Posiedzenie z d. 12 grudnia 1900 r.

1. Strachow przedstawił chorego: w prawem oku *coloboma iridis, chorioideae et vaginae n. opt.*, w lewem *coloboma iridis et chorioideae*.

2. A. Natanson opowiedział 3 przypadki zapalenia nerwu wzrokowego: *neuritis retrobulbaris* po influenzy, *papillitis* u dziecka bezprzyczynowe i *neuritis retrobulbaris chron.* u osoby, nadużywającej wyskoku. N. obszerniej rozwiódł się nad zapaleniem nerwu wzrokowego przy influenzy (grypa), podano takich przypadków już kilka dziesiątków, większa ich część zakończyła się wyzdrowieniem, mniejsza częściowym lub całkowitym zanikiem nerwu.

Wywiązała się w tej sprawie długa rozprawa, w której brali udział: prof. Kriukow (zarazek influenzy wywołuje zapalenie jałgodówki z następowym zanikiem gałki ocznej, a także może wywołać *neuritis optica*), Lisicyn (sposzrzedzał *neuritis opt. post infl.*), Ławrentiew (po influenzy widział *tenonitis* z następowym zanikiem nerwu wzrokowego), Łożecznikow (zapatruje się sceptycznie na podobne spostrzeżenia), Natanson (w klinikach Schmidt-Rimplera i Magnusa podczas epidemii grypy liczba zapaleń tęczęwki i naczyńówki zwiększyła się), wreszcie Łożecznikow (danych tych nie stwierdzono w moskiewskim ocznym szpitalu).

3. Lisicyn opisał przypadek zaćmy, zależny od byłej tetanii. Takich spostrzeżeń podano już w Rosyi 28. W prawem oku 39-

letniej chorej zaćma była dojrzałą, w lewym rozpoczynającą się.—  
Drgawek dostała przed 4 laty podczas ostatniej ciąży, z początku  
często, później pojawiały się bardzo rzadko, przeważnie w palcach  
rąk. Upośledzenie wzroku chora zauważyła już po pierwszym na-  
padzie.

Dr. J. T.

### 3. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 31 stycznia 1901 r.

1. ŁoŃin odczytał sprawozdanie o działalności ruchomego  
ocznego oddziału w wilejskim powiecie, guberni wileńskiej: Udzielono  
w ciągu 1½ miesiąca porady 3592 chorym, w liczbie których oka-  
zało się 9,2% ociemniałych. Operacyi wykonano 1073, w ich liczbie  
ekstrakcyi 169 i 79 irydektomii<sup>1)</sup>.

2. Wygodzki miał odczyt o »wyluszczeniu worka łzowego«,  
przyczem głównie obznajomił z techniką prof. Kuhnta, gorącego  
zwolennika tej operacyi przy: przetokach worka łzowego, przy torbie-  
lowych jego rozszerzeniach, przewlekłym zapaleniu wraz ze zwęże-  
nieniem łzowo-nosowego przewodu, przy *ulcus serpens* wraz z *dacryo-*  
*cystitis*, a także, jeśli przy tem ostatniem mamy robić choremu  
ekstrakcyę lub irydektomię. Operacyę zwykle się robi przy miejscowem  
znieczuleniu kokainą. Cięcie robi się głębokie, do kości, dłu-  
gości 2—2½ ctm., zaczynając na 4 mm powyżej wewnętrznego  
kąta powiek; silny krwotok bywa wtedy, jeśli nóż przechodzi nie  
po grzebyku kości łzowej (co jest pożądanem), lecz bliżej nieco  
nosa, gdzie spotykanym jamiste rozszerzenie się żyły.

W rozprawie przyjęli udział: Kaniewski, Schroeder  
i Bellarminow. Pierwszy okazał się zwolennikiem wyluszczenia,  
tem bardziej, że sondowania i zastrzykiwania często nas zawodzą,  
a wyluszczenie daje zwykle wyniki trwałe. Schroeder, przyjmując  
dwa pierwsze wskazania operacyi, twierdzi, że wyluszczenie jest  
przeciwwskazane przed operacyami na gałce ocznej, jako mogące  
zakazić operacyjną ranę tej ostatniej; zdaniem jego — lepiej w po-  
dobnych razach obliterować przewodziki łzowe zapomocą galvano-  
kauteru. Prof. Bellarminow: Wyluszczenie worka łzowego bar-  
dzo rzadko jest w Rosyi wykonywane, lecz Kuhnt *largam manu*  
je stosuje, — tak w ciągu 12 lat wykonał 1500 wyluszczeń! Za  
granicą tylko słyszysz: »w Królewcu wycinają chorym worki łzowe«. Z-  
daniem jego operacya ta wskazana jest tylko przy przetokach worka  
i przy torbielowych jego rozszerzeniach<sup>2)</sup>. Zwraca uwagę na ważność

<sup>1)</sup> Ciekawa rzecz, czem się tłumaczy taka obfitość materiału pod  
bokiem ocznego instytutu w Wilnie?

Przyp. Sprawozd.

<sup>2)</sup> Stanowczo wyluszczenie worka powinno ograniczać się tylko do  
uporczywych przypadków rozszerzenia ropnego worka łzowego. W.



usunięcia, przed operacyami na gałce ocznej, ropienia worka łzowego, a także »skrytych jego zapaleń« (nizki nos, *ozæna*); w tych razach prof. B. rozcina oba przewodniki, sonduje łzowo-nosowy przewód, przestrzykuje.

*Dr J. T.*

## V. ROZMAIŃOŚCI.

*Słów kilka w sprawie sztucznego oświetlenia.* A. Szczepaniak. (*»Gazeta Radomska«*, Nr 24 i 25).

Opowiadawszy o świetle elektrycznem, Dr Szcz. twierdzi, że dobroć jego pod względem higienicznym zależy od rodzaju lampy, a raczej ogniska, wytwarzającego w niej światło. — Zdaniem jego — najlepszymi, z punktu widzenia higieny oka, są elektryczne lampki żarowe Nernsta. W takich lampkach prąd elektryczny, jak wiadomo, przepuszcza się przez pręcik magnezowy i otrzymuje się światło elektryczne, najwięcej ze wszystkich zbliżone do dziennego. W roku zeszłym pręciki magnezowe Nernst zastąpił sztabikami z tlenku itru — takie lampki mniej zużywają prądu i dają jeszcze lepsze światło. Dr Szcz. życzyłby sobie, aby podobnego rodzaju sztuczne oświetlenie zaprowadzone było w Radomiu.

Ekonomiczne i rozpowszechnione lampy naftowe mogą dać, »z punktu widzenia higieny wzroku, stosunkowo najlepsze, bo najłagodniejsze dla oka światło«.

Aby ten cel osiągnąć, potrzeba, aby nafta dobrze była oczyszczoną i żeby palniki dozwalały na obfity dopływ powietrza; lecz ponieważ lampa naftowa wydziela 12 razy więcej CO<sub>2</sub>, niż człowiek, i 8 razy więcej ciepła i pary wodnej, trzeba więc te wytwory spalania usuwać sztuczną wentylacją, a ciepło promieniujące przez podwójne cylindry: siatkowy i szklany.

Najwięcej odpowiadają tym warunkom lampy naftowe firmy Schuster i Baer w Berlinie.

Wkońcu znajdujemy krótką wzmiankę o świetle gazowem, którego wartość z punktu widzenia higieny wzroku jest takasama, jak i naftowego; o oświetleniu acetylenowem; wreszcie o świetle kreologazowem, stojącym pośrodku między naftowem a gazowem.

Jest to pobieżna, lecz pouczająco popularna pogawędka, skreślona dla publiczności.

*Dr J. T.*

**Skacząca źrenica.** Od czasu, kiedy Koenig po raz pierwszy ją zauważył w przypadku mózgowego porażenia dziecięcego, ponownie,

lubo zawsze jeszcze niezbyt często, bywała spostrzeganą. Wogóle zdaje się ona występować w cierpieniach organicznych układu nerwowego (*paralysis i tabes*), ale także przy neurastenii. Jeżeli przy tamtych rokowanie wogóle jest zło, to przypadki skaczącej źrenicy bez podstaw anatomicznych dają dobre rokowanie. I tak Riegel ogłosił przypadek źrenicy skaczącej, występującej z znaczniejszymi przerwami od lat 12 u neurastenika.

Świeży przypadek ze szpitala w Bambergu, przemawiający za tem, że źrenica skacząca przy prawidłowem oddziaływaniu źrenic i braku podstaw przyczynowych nie potrzebuje dawać złego rokowania, przytacza w krótkości Dr Gessner. — („Münchener medicin. Wochenschrift“ 1901. Nr 11).

**Tablice do oznaczania bystrości wzrokowej** wydał Praun u Bergmana we Wiesbaden. Wychodząc ze założenia, że rozpoznanie zegaru w pewnej odległości laikowi służy za miarę oznaczenia bystrości wzrokowej, urządził autor swą tablicę w ten sposób, iż na takiej tablicy rozmaite i zmienne położenie wskazówki daleko szersze daje pole zmianom, co badanemu utrudnia naczenie się na pamięć znaków przy częściej powtarzających się badaniach, jak to wiemy z doświadczenia, zrobionego z tablicami Snellena. Dlatego może właśnie celem badania bystrości wzroku kolejarzy znajdzie ona właściwe zastosowanie.

**Niezborność a szkła walcowate na blizką odległość.** Każdy okulista robi nieraz to doświadczenie, że szkła, które znacznie bystrość wzrokową w dal podnoszą, na blizką odległość nie służą. — Heuse w Elberfeldzie zauważył, że czasami przy konwergencyi, towarzyszącej patrzeniu na blizką odległość, osobniki okręcają gałki, najczęściej na wewnątrz, a tylko raz zauważył takie okręcanie na zewnątrz. Wnioskował zaś o takim okręcaniu z tego, że nakręcenie walcowatego szkła w podobnych razach w kierunku powyżej wymienionym wzrok także poprawiało przy użyciu szkieł walcowatych, gdy przeciwnie przy następnem zwróceniu ócz w dal, wzrok przy tem położeniu szkieł pogarszał się. — („Centralbl. f. pr. Augonhoilkunde“ April 1901). H.

---

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. Dr Krüekmann mianowany profesorem nadzwyczajnym w Lipsku.

---

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Zmarli: Dr Jacob, prof. R. Ophthalmic College w Dublinie, i Prof. J. F. France w Nowym Jorku.

## ODEZWA.

Trzeci zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze odbędzie się, jak wiadomo, w czasie od 25 do 29 maja b. r. Przypominając bliski już termin zjazdu, zachęcamy do jak najlichnieszego wzięcia udziału w tym turnieju naukowym sympatycznego nam pobratymczego narodu.

W zgłaszaniu się polskich uczestników chętnie pośredniczy, jak we wszystkich sprawach, zjazdu tego dotyczących, komitet polski w Krakowie. Można atoli zgłaszać udział w zjeździe i podać temat odczytu wprost na ręce gen. sekretarza czeskiego komitetu pod adresem: Doc. Dr Veselý, Praha I, Nábřeží 14. Wpisowe zaś, wynoszące 10 koron albo franków, przyjmuje skarbnik tegoż komitetu p. Doc. Dr Karól Kheil, Praha II, ul. Myslikova, l. 3.

Panowie, którzyby dotychczas nie odebrali jeszcze zaproszenia, a pragną udać się do Pragi, zechcą zgłosić się do sekretarza komitetu polskiego, oświadczając, czy życzą sobie mieć oryginalne zaproszenie i program czeski, czy też francuski.

Towarzystwa i instytucje naukowe, któreby chciały wysłać swych przedstawicieli, raczą podać do naszej wiadomości co rychlej nazwiska tychże, aby polski komitet mógł odpowiedni spis urzędowych naszych przedstawicieli zakomunikować przewodniczącemu zjazdu.

Komitet polski dla III. zjazdu przyr. i lekarzy czeskich w Pradze.

*Dr K. W. Majewski,*  
sekretarz.  
Klinika okulistyczna.

*Prof. Dr B. Wicherkiewicz,*  
prezes.





# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE,  
PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO  
W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE,  
DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE,  
DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZE-  
MIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj

ROZNIK TRZECI

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przyczynek do nauki o leczeniu przewlekłego nieżytu worka łzowego (blennorrhoea sacci lacrymalis).

Podał

A. KUROPATWIŃSKI,  
lekarz ziemski.

»Wyłuszczenie worka łzowego we wszystkich przypadkach, w których ten utracił zdolność do przetłaczania łez, jest jedynym sposobem radykalnego leczenia choroby, które raz na zawsze zabezpiecza oko od wszystkich możliwych powikłań«.— Taki jest ostateczny wniosek Dra Seidenmanna, wypowiedziany w pracy, umieszczonej w streszczeniu w warszawskiej »Kronice Lekarskiej« Nrze 22im 1900 r., str. 908 i następne. Wniosek ten będzie w zupełnej analogii z następującym wnioskiem chirurga: »Amputacja nogi we wszystkich przypadkach, w których ta utraciła zdolność do chodzenia, jest jedynym sposobem radykalnego leczenia, które raz na zawsze i t. d.« Ale gdy pod takim wnioskiem nie podpisze się żaden chirurg, pod analogicznym wnioskiem kol. Seidenmanna, jestem przekonany, podpisze się wielu lekarzy, a nawet, przypuszczam, i wielu

okulistów. Bo i rzeczywiście będące obecnie w użyciu sposoby leczenia omawianego cierpienia (przestrzykiwania, sondowanie) wymagają, pominiawszy już małą przedwstępną operację, wiele cierpliwości ze strony chorego i lekarza, a pomimo to nie we wszystkich przypadkach wiodą do celu; często bowiem zdarza się, że chory, straciwszy sporo czasu i pieniędzy na leczenie, po pewnej uldze dostaje nawrotu cierpienia, a gdy idzie o bliznowate zwięzienia przewodu noso-łzowego<sup>1)</sup>, zdaniem tak kompetentnej osoby, jak prof. Fuchs, nawroty zdarzają się niestety tak często, że przypadki trwałego wyleczenia w tych razach należą do wyjątków.

Za punkt wyjścia dla pracy niniejszej posłużył mi następujący przypadek.

Dnia 16. grudnia st. st. z. (1900) r. zgłosiła się do ambulatoryumu przy szpitalu ziemskim w Siole Kargapolskim dziewczyna 18letnia, niejaka M. S., chora od lata, według słów matki, ze skargą na łzawienie i swędzenie oczu, szczególnie prawego. Przy badaniu znalazłem: stan ogólny nie do życzenia nie pozostawia, słabe objawy podrażnienia na lewym oku, wybitne na prawym; wyprysk (*eczema*) na skórze prawej dolnej powieki i brzegu tejże; wyraźne ziarna jaglicy na spojówkach obu ocz, szczególnie na prawym; guz wielkości ziarnka fasoli w wewnętrznym kącie prawego oka bez wyraźnych granic, pokryty niezmienną skórą, stopniowo przechodzącą na siodłowaty nos; przy ucisku na guz z dolnego prawego punktu łzowego wydziela się obfita śluzowo-ropna wydzielina; objawy przewlekłego nieżyty nosa dopełniały typowego klinicznego obrazu, nie pozostawiającego żadnej wątpliwości tak co do natury cierpienia, jak i przyczyn tegoż. Uprzedziwszy chorą, że musi uzbroić się w cierpliwość i przygotować się do długiego a przykrego leczenia i przygotowawszy się w duchu do wcale nieświeżych wyników nawet w najlepszym razie, zaproponowałem umieszczenie chorej w szpitalu, na co zgodzono się chętnie. Zaraz po przyjęciu do szpitala i po wyciśnięciu zawartości rozciągniętego worka łzowego i przemyciu prawego worka spojówkowego 2% roztworem kwasu borowego zastosowałem na

<sup>1)</sup> Według współczesnych poglądów zwięzienie, względnie zupełne zamknięcie światła tej części narządu łzowego jest punktem wyjścia dla omawianego cierpienia.

obie spojówki 2% roztwór  $\text{AgNO}_3$  z następnym zobojętnieniem tegoż roztworem  $\text{Na Cl}$ . Rozszczepienie dolnego przewodziku łzowego w celu zastosowania sondowania odłożyłem na dzień następny. W dniu następnym, kiedy wprowadzenie w dolny punkt łzowy nawet stożkowato zakończonej sondy Bowmana nie udało mi się, zaleciłem chorej wyciskać jak można najczęściej zawartość worka łzowego i następnie przemywać oko 2% roztworem kwasu borowego, co się tyczy zaś leczenia właściwego, to tymczasowo poprzestałem jedynie na stosowaniu 2% roztworu azotanu srebra, powodując się mniemaniem, że czas, potrzebny mi na leczenie jaglicy, wystarczy mi i na wyleczenie nieżyty worka łzowego, chociażbym do tego leczenia przystąpił nieco później, po zaopatrzeniu się w cieńszą sondę. Po paru dniach takiego obojętnego, jakby się zdawało, dla worka łzowego leczenia, dowiedziałem się od chorej, że zawartość worka łzowego przy ucisku nań przedostaje się do nosa, czego dawniej nie było. Zachęcony tak wyraźnym objawem polepszenia, zaleciłem chorej wyciskać zawartość worka łzowego do nosa, a w tym celu zaczynać ucisk od brzegu powieki dolnej, czyli od górnego końca tworzącego się w wewnętrznym kącie oka guza. Jakież było moje zdziwienie, gdy po kilku już dniach chorej w szpitalu spostrzegłem, że przy ucisku na okolicę prawego worka łzowego nie się już zeń przez dolny punkt łzowy nie wydziela, a zaleciwszy chorej, ażeby przed rannemi oględzinami wyciskania nie robiła, spostrzegłem po upływie znów kilku dni, że śladu cierpienia worka łzowego już nie ma, a zaniechanie przez chorą wyciskania na moje zlecenie przekonało mnie, że prawy worek łzowy jest zdrów. I po 14 dniach pobytu w szpitalu chora wypisała się z niedoleczoną jaglicą (pomimo moich rad pozostania nadal), zupełnie zadowolona z leczenia. Przy wypisaniu się chorej zapisano: objawów podrażnienia brak, skóra i brzeg prawej powieki prawidłowe; na spojówkach górnych powiek zaledwie dostrzegalne objawy jaglicy; cierpienia worka łzowego nie ma ani śladu.

Dla wyjaśnienia sobie przyczyny tak, już co najmniej, dobrego i szybkiego wyniku leczenia tak uporczywego cierpienia, jakim jest bez wątpienia przewlekły nieżyt worka łzowego, przypuszczam, że musiało złożyć się na taki wynik kilka naraz czynników. Do takowych zaliczam w pierwszym rzędzie częste wyciskanie zawartości worka łzowego, które bez naciągania można utożsamiać z mięsieniem, a które bez wątpienia



mogło się przyczynić do powrócenia workowi łzowemu utraconej częściowo sprężystości; niedługie względnie trwanie cierpienia każe przypuszczać, że miałem do czynienia ze stanem, który określa się mianem: *atonía sacri lacrymalis*; szybkie ustąpienie cierpienia wskazuje, że o bliznowatej naturze zwężenia przewodu noso-łzowego nie może być i mowy, a zwężenie, jeżeli tylko, rzecz prosta, było takowe (możliwe są bezwarunkowo nieżyty przewlekłe worka łzowego i bez zwężeń przewodu noso-łzowego) — mogło być uwarunkowane jedynie nabrzmieniem błony śluzowej omawianego przewodu; leczenie współczesne jaglicy i zmniejszenie się łzawienia oraz przejście z przepelnionej dymem tytoniowym chaty wiejskiej<sup>1)</sup> na obszerną salę szpitalną i wiek chorej mogły ułatwić zadanie.

Przejrzawszy dostępną mi literaturę przedmiotu, nie znalazłem wzmianki o możliwości wyleczenia przewlekłego nieżytu worka łzowego jedynie zapomocą częstego wyciskania zawartości tegoż, natomiast zostałem zdziwiony sprzecznością, jaka istnieje w poglądach na fizyologię i patologię czynności worka łzowego. Wtedy bowiem, gdy fizyologia główny nacisk w tej sprawie kładzie na sprężystość worka łzowego, patologia i wpływająca z niej terapia mają na względzie przeważnie przypuszczalne zwężenie przewodu noso-łzowego<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> W okolicy, w której mieszkam, palenie tytoniu pomiędzy ludem wiejskim jest bardzo rozpowszechnione: palą wszyscy prawie bez wyjątku mężczyźni i wiele kobiet.

<sup>2)</sup> Dla ilustracji przytoczę parę ustępów z powszechnie dla wysokich swych zalet znanego podręcznika prof. Fuchsa: »Die weitere Beförderung der Thränen aus dem Thränensacke in die Nase geschieht sowohl durch das Nachdringen immer neuer Thränenmengen aus den Thränenröhren, als auch durch die Schwere der Flüssigkeit. Die Hauptrolle fällt aber der Elasticität des Thränensackes zu. Vermöge dieser trachtet der durch die Thränen ausgedehnte Sack sich wieder zusammenzuziehen und presst dadurch die Thränen aus«. Str. 592, wyd. V. Augenheilkunde. A dalej na str. 596 po krótkim omówieniu wyciskania i przepłukiwania, którym widocznie wielkiego znaczenia leczniczego nie przypisuje, powiada: »Das Hauptgewicht der Behandlung liegt auf der Beseitigung der Stricture des Thränennasenganges durch langsame Erweiterung derselben mittelst Sonden nach Bowman«. Chociaż za wyżej przytoczonym ustępem mówi:

Wobec tego, co wyżej zostało powiedzianem, proponuję podział przewlekłych nieżyłków worka łzowego ze względu na ich leczenie na 2 kategorie: 1. nieżyt przewlekły z utratą sprężystości worka łzowego i zwężeniem przewodu noso-łzowego, powstałym wskutek nabrzmienia błony śluzowej tegoż, lub bez takowego zwężenia. Taki stan najlepiej określa się mianem: *atonia sacci lacrymalis* — i 2. nieżyt przewlekły, mający za punkt wyjścia bliźnowate zwężenie przewodu noso-łzowego, względnie zupełne zanknięcie światła tegoż, co określa miano: *stricture canalis naso-lacrymalis*. Rzecz jasna, że w obu przypadkach w późnych okresach cierpienia nastąpić może stan, w którym mamy do czynienia z zanikiem błony sprężystej worka łzowego, co określa się nazwą: *hydrops sacci lacrymalis*<sup>1)</sup>.

Wskazania lecznicze przy takim podziale formułują się w następujący sposób:

1. W razie, gdy ma się do czynienia z *hydrops sacci lacrymalis*, należy bezwarunkowo wyłuszczyć worek łzowy, gdyż i w tym przypadku, gdybyśmy zdołali uczynić drożnym przewód noso-łzowy, wynik naszych zabiegów będzie ujemny.

2. Gdy będziemy mieli do czynienia ze zwężeniem bliźnowatym przewodu noso-łzowego, to odpowiednio do stopnia cierpliwości chorego i jego zamożności będziemy próbowali osiągnąć *restitutionem ad integrum* zapomocą sondowania i mięsienia worka łzowego, lub też odrazu zdecydujemy się na wyłuszczenie chorego narządu.

3. W przypadkach prostej *atoniae sacci lacrymalis* zapomocą mięsienia (wyciskania) i współczesnego leczenia sąsiednich

---

»Wir sehen daher in jenen pathologischen Fällen, wo der Thränensack seine Elasticität verloren hat (Atonie des Thränensackes), die Fortleitung der Thränen nach abwärts stocken, auch wenn der Thränennasengang vollständig durchgängig ist«. Dlaczego nie został wyciągnięty odpowiedni wniosek leczniczy z tego trafnego spostrzeżenia?

<sup>1)</sup> Mówiąc właściwie, mianem *hydrops sacci lacrymalis* określają stan zaniku błony śluzowej worka łzowego, lecz nie ulega wątpliwości, że gdy błona śluzowa worka łzowego uległa zanikowi, — błona sprężysta jeszcze wcześniej uległa temuż losowi.

błón śluzowych (spojówki i błony śluzowej nosa) postaramy się przywrócić choremu workowi łzowemu jego prawidłową czynność.

Przestrzykiwań worka łzowego lepiej jest zaniechać zupełnie, gdyż takowe w 1., w 2. przypadku do celu nie doprowadzą, a w 3. narażą worek łzowy na rychlejszy zanik błony sprężystej.

Co się tyczy samej techniki wyciskania, to jest ona nadzwyczaj prosta i tem tylko różni się od wyciskania, do którego ucieka się lekarz w celu rozpoznania cierpienia worka łzowego, że ucisk na guz wywiera się z góry do dołu, przycisnąwszy poprzednio przewodniki łzowe, przez co zmusimy zawartość worka do ujścia przez przewód noso-łzowy, o ile on jest drożny. Chory zrozumie, o co chodzi, odrazu i zabieg wybornie wykonać będzie <sup>1)</sup>.

Sioło Kargapolskie, d. 23.I. 1901 r.

---

<sup>1)</sup> Niewątpliwie patologia narządu łzowego, a zwłaszcza przewodu łzowego dość po macoszemu dotychczas traktowana, a co za tem idzie także i leczenie niewykonywane przyczynowo bardzo zazwyczaj się przedłuża. Wdzięczność należy się szan. autorowi za poruszenie ważnych punktów. — Sami przywiązujemy wielką wagę do mięsienia worka łzowego w przypadkach rozstrzeni, — gdzie ona połączona ze zwężeniem przewodu noso-łzowego, winno takowe oczywiście ostrożnie poprzednio być usuniętem. Niejednokrotnie przez samo masowanie i utwz.łędnienie nie tylko zwężeni przewodu noso-łzowego, ale także patologicznego stanu nosa, udaje nam się, w krótkim względnie czasie, cierpienie opanować. Ale nie sama utrata sprężystości sprowadza utrudniony odpływ łez, gromadzenie się ich we worku i powolne tegoż rozszerzenie z następstwami. Niejednokrotnie samo porażenie lub osłabienie mięśni, jak: mięśnia łzowego tylnego, czyli Hornera, i przedniego Henkego, przyczynia się do utrudnionego odpływu łez. Powinno ono stosownie do przyczyny być leczonem. W.



Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie.

## 2. Miażdżycza naczyńiówki.

Podat

DR ADAM BEDNARSKI,

I asystent kliniki.

(Z 3-ma rycinami w tekście).

W obrazie wziernikowym spotykamy się z miażdżyczą siatkówki i naczyńiówki. Pierwsza od dawna była przedmiotem badań tak klinicznych jak i anatomicznych i posiadamy zestawienia statystyczne, tyżące się stosunku miażdżycy siatkówki do ogólnej miażdżycy<sup>1)</sup>. Mamy również spostrzeżenia, wykazujące wpływ kiły i zapalenia chronicznego nerek na miażdżycę naczyń siatkówkowych. Niedawno podniósł M. Reimar znaczenie miażdżycy naczyń siatkówki przy *retinitis haemorrhagica*. Co się zaś tyżyczy miażdżycy naczyńiówki, to mamy tylko luźne spostrzeżenia opisane w literaturze, brak dotąd zestawień odpowiednich przypadków, wykazujących kliniczne znaczenie miażdżycy naczyńiówki, a znaczenie to jest ważnem i różne są postacie chorobowe, przy których znajdujemy miażdżycę naczyńiówki, juźto jako sprawę pierwotną, juźto jako następową.

I tak miażdżycza, zajmując naczynia naczyńiówki, może dać powód do zwyrodnień barwиковych siatkówki, podobnych obrazem do wrodzonego zaniku barwиковego siatkówki, lub też może dać powód do zaniku okrężnego naczyńiówki i siatkówki.

Tutaj również wspomnieć muszę o zmianach kilakowych w naczyniach naczyńiówki, które mogą dać powód do napadu jaskry, który nie po irydektomii, ale li tylko po wcierkach ustępuje.

Pierwsze dwa takie przypadki przedstawił Pflüger na międzynarodowym zjeździe w Heidelbergu w r. 1888; podobne przypadki spostrzegali Waldhauer, Bol. Wicherkiewicz,

---

<sup>1)</sup> E. Rachlman, H. Friedenwald.

Samelson, Meyer, Gałęzowski, Parinaud i in.<sup>1)</sup>. — Według Snellena osadzanie się moczanów w naczyniach naczyniówki może również wywołać zaburzenia w krążeniu galki i przez to dać powód do jaskry<sup>2)</sup>.

O przypadkach tych jaskry, wywołanych zmianami kilkowymi w naczyniach naczyniówki, wspominam dlatego, że anatomicznie przychodzi tutaj również do bujania przybłonka naczyń „*endarteritis*“ i do zgrubienia ścian, jak przy miażdżycy, z powodu zapalnego nacieku ścian, wywołanego jadem kiłowym.

Trzy moje przypadki, których opis poniżej podaję, odnoszą się do obrazu wziernikowego rozlanej miażdżycy naczyniówki, *arteriosclerosis diffusa*<sup>3)</sup>, dającej powód do zaniku barwikowego siatkówki, i o tych postaciach chcę głównie mówić. Przypadki takie należą do rzadkości, gdyż mamy zaledwie kilka pojedynczych spostrzeżeń opisanych w literaturze: w atlasie Haaba obraz wziernikowy Nr 75<sup>4)</sup>, przyp. Levinsohna<sup>5)</sup> w atlasie Oellera obraz wziernikowy D. Tabl. XV.<sup>6)</sup> i dwa przypadki A. Bednarskiego<sup>7)</sup>,<sup>8)</sup>. Tutaj wreszcie zaliczam przyp. Silexa<sup>9)</sup>, gdzie wprawdzie miażdżycza słabo była rozwinięta, a na pierwszy plan występował obraz zaniku barwikowego siatkówki, sprawa jednak w naczyniach naczyniówki była pierwolną.

---

<sup>1)</sup> Według zestawienia Alexander'a: Ueber Gefässveränderungen bei syphilitischen Augenerkrankungen. Berl. Klin. 1895.

<sup>2)</sup> tamże.

<sup>3)</sup> Thoma.

<sup>4)</sup> O. Haab: Atlas und Grundriss der Ophthalmoscopie... II. Aufl.

<sup>5)</sup> G. Levinsohn: Ueber Sclerose der Aderhaut mit secundärer Netzhautdegeneration. Arch. Knapp. Bd. 38.

<sup>6)</sup> J. Oeller: Atlas der Ophthalmoscopie.

<sup>7)</sup> A. Bednarski: O przypadku zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae* z miażdżycą (*sclerosis*) naczyniówki. Przegląd Lek. Nr 47. 1899. i Arch. Knapp. Bd. XLI.

<sup>8)</sup> A. Bednarski: Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki. Postęp Okulistyczny. Nra 10 i 11. 1900.

<sup>9)</sup> P. Silex: Beitrag zur Kenntnis einiger seltener Gesichtsanomalien. Zeitschrift f. Augenheilkunde. 1899.

Oprócz tych rzadkich przypadków, dotyczących rozległej, rozlanej miażdżycy naczyniówki, zajmującej całą tylną połowę gałki, mamy już nierzadkie przypadki miażdżycy miejscowej ograniczonej w naczyniówce. O tych wspomina Wecker<sup>1)</sup>, że w dużych garbiakach tylnych twardówki »mamy czasem sposobność widzieć znaczne zgrubienie ścian naczyniowych, tak, że ściana naczynia wyraźnie odróżnia się od słupa krwi, który zachowuje swą prawidłową grubość, i że krew zdaje się krążyć między dwoma biało-żółtymi pasami... To wpadające w oko zgrubienie ścian naczyń, które czasem razem z wynaczynieniami w obrębie garbiaków napotykaamy, przedstawiałem moim uczniom jako miażdżycę naczyń naczyniówki (*sclerosis*). Knapp<sup>2)</sup>, który tę zmianę również w jednym przypadku tylnego garbiaka spostrzegął, uważa sprawę jako *Perivasculitis chorioideae*«. Według Haaba przypadki takie ograniczonej miejscowej miażdżycy naczyniówki nie należą do rzadkości. Również Oeller w przypadku „*Chorioiditis diffusa oc. dextr.*« znajdował niektóre naczynia naczyniówki miażdżycą dotknięte<sup>3)</sup>.

W przytoczeniach powyższych uwzględniłem tylko opisy wzornikowe, pomijając przypadki opisane przy badaniach anatomicznych. Przypadki takie opisują: Virchow, H. Müller, Schweigger przy *retinitis albuminurica*), jako następową sprawę w naczyniówce<sup>4)</sup>. Dalej znajdujemy miażdżycę naczyniówki opisaną przy badaniach anatomicznych przypadków jaskry, zwyrodnienia barwikowego siatkówki i t. p.

Moją uwagę na miażdżycę naczyniówki zwróciła publikacya Levinsohna i w przeciągu dwóch lat miałem sposobność spostrzegać aż 5 przypadków rozległej miażdżycy naczyniówki, trzy razy zaś zdarzyło mi się w przeciągu tego samego czasu, w ambulatoryum kliniki okulistycznej lwowskiej, dochodzącem rocznie do 3500 chorych, spotkać miażdżycę jako

<sup>1)</sup> Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilkunde. 1876, str. 660., IV. B., 2. Th.

<sup>2)</sup> Transact. of the Americ. ophl. Soc. 1870., p. 120.

<sup>3)</sup> Atlas. D. Tabl. III.

<sup>4)</sup> Według Graefe-Saemisch: Handbuch der g. Augenheilk.



sprawę miejscową, ograniczoną już to do tylnych garbiaków, już to do ograniczonych starych ognisk zwyrodniałej naczyniówki (blizn pozapalnych) przy myopii.

Z pięciu wspomnianych przypadków rozległej miażdżycy naczyniówki dwa opisałem niedawno jako sprawę pierwotną przy zaniku okrężnym naczyniówki i siatkówki (*atrophia gyrata chorioideae et retinae*), skorzystam z nich na końcu przy zestawieniu, zacznę zaś opisem trzech dalszych przypadków, a za odstępnie mi tychże do publikacyi składam podziękowanie prof. Dr. Machekowi.

#### Przypadek I.

Władysław H., l. 58, oficyalista prywatny z powiatu lwowskiego, przyjęty do kliniki dnia 21/I. 1901. (L. 154 m.).

W y w i a d y: W młodości widział dobrze w dal i z bliska. W 17. roku życia nagle zaniewidział na prawe oko przy schyłaniu się. Przez 3 dni wtedy łamało go nad okiem prawem, poczem boleć przestało, źrenica była czysta, a dopiero w rok później zaczęła sinieć. W 18. roku życia zdejmowano mu zaćmę; był dwa razy operowany w przeciągu dwóch tygodni, po obu operacyach nie widział środkiem, tylko bokami. Później, daty dokładnie nie pamięta, był jeszcze raz operowanym na prawe oko. W 26. roku życia przebył kiłę. Leczył się san przez dwa lata, zażywając różne leki, wcierał szaruchy nie robił, dopiero później, skoro zaniewidział na lewe oko i leżał dwukrotnie na oddziale ocznym w szpitalu lwowskim, wziął razem 64 wcierek. Kilkakrotnie próbował zażywać jod, ale zawsze po kilku dniach przestawał, gdyż dostawał silnego kataru. Dopiero w ostatnich miesiącach, skoro, mimo wystąpienia kataru po kilku łyżkach jodu, zaczął więcej jodu zażywać, katar ustał, — i jod zażywał bez przerwy. Wyżył 12 flaszek. Oprócz kiły, żadnych chorób nie przebywał. Napojów wyskokowych ani tytoniu nie nadużywa. Nieżonaty.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywienie mierne. Miażdżycę tętnic obwodowych wybitna. Serce: nad koniuszkiem dwa tony, nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty, drugi dźwięczny<sup>1)</sup>.

W moczu białka ani cukru nie ma.

---

<sup>1)</sup> Dr Rencki.

Oko prawe: Spojówka biała. Dołem zewnątrz obwodowa podłużna blizna rogówkowa, do niej przyrosnięta tęczęwka przednią powierzchnią. Dołem wewnątrz na obwodzie linijna blizna rogówkowa. Górą zewnątrz plamki rogówkowe obwodowe. Przednia komora głęboka. Dołem wewnątrz *coloboma iridis artificiale* 6 mm. szerokie. Źrenica po atropinie rozszerza się całkowicie, uwidoczniając kilka obwodowych tylnych przyczepin. Tęczęwka prawidłowo się przedstawia. Gruba zaćma drugorzędna zasłania boki źrenicy, środek wolny. Górą zewnątrz na zaćmie drugorzędnej brunatne złogi barwikowe.

Wziernikiem: W ciele szklistem dość liczne grube zaćmienia ruchome. Tarcza n. wzrokowego bledsza, szaro-różowa, mięsz nieobrętkły, brzegi niewyraźnie odgraniczone z powodu lekkiego zamglenia około tarczy, leżącego pod naczyniami siatkówkowymi, które widać wyraźnie. Żyły siatkówkowe nieco cieńsze, tętnice wybitnie cienkie, znamion miażdżycowych nie okazują. Ogólny obraz dna oka w obrazie odwrotnym: dookoła tarczy pierścień  $1\frac{1}{2}$  tarczy szeroki naczyńówki miażdżycowej. Na równiku pierścień  $1\frac{1}{2}$ —2 tarczy szeroki z tworami barwikowymi, jak przy zaniku barwikowym siatkówki. Obwód prawidłowy. W obrazie prostym stwierdzić można, że w pierścieniu pierwszym (miażdżycowym) naczynia naczyńówki są zupełnie zanikłe, tworzą lite białe pasy, naczyńówka również jest w tym pierścieniu zanikła, stanowi tło białe. Idąc ku równikowi, przechodzą białe pasy w pasy o bardzo wąskim bladym słupie krwi. W pierścieniu drugim, równikowym, liczne twory barwikowe, czarne z wypustkami, leżące w różnych warstwach siatkówki, niektóre na naczyniach siatkówkowych; tu i owdzie grudki barwika odpowiadają złogom barwikowym w naczyńówce. Tło tego pierścienia ciemne — tak w pierwszym jak i w drugim pierścieniu przybliżonek siatkówkowy odbarwiony, tylko na obwodzie prawidłowy; ostrej granicy, jak przy zaniku okrężnym, nie ma. Plamka żółta tworzy plamę białą, nieco owalną, wielkości  $\frac{1}{2}$  tarczy, oddzieloną od pierścienia pierwszego wąskim pasem ciemniejszym. W środku tej białej rozlanej plamy, w której utkania żadnego rozróżnić nie można, czarny punkt wielkości małego łebka szpilki. (A więc plamka żółta również miażdżycą dotknięta).

Lewe oko: Części dodatkowe bez zmian. Rogówka, przednia komora, tęczęwka, źrenica prawidłowe. W soczewce kilka obwodowych sprych korowej zaćmy początkowej, zresztą środku łąjące czyste. Wziernikiem: Hypermetr. + 1.50 D. Tarcza bledsza, szarawa. Brzegi tarczy nieostro odgraniczone, powierz-

chnia tarczy jakby zamglona, *lamina cribrosa* nie widać. Tętnice cienkie, żyły nieco tylko cieńsze. I tu rozróżnić można trzy pierścienie jak na prawem oku, to jest miazdżycowy tuż koło tarczy, barwikowy na równiku i obwodowy prawidłowy; ale zmiany są wogóle mniej wybitne. W pierścieniu pierwszym tło jednostajnie ciemne. Naczynia naczyniówki widać wybitnie z powodu odbarwienia przybłonka barwikowego siatkówki, niektóre z nich koło tarczy tworzą białe lite pasy, a w dalszym ciągu na równiku są blado-różowe o wąskim słupie krwi. Szczególniej naczynia cieńsze są całkiem w biały pas zamienione, podczas gdy w grubszych w białym pasie można rozróżnić wąski błady słup krwi. W okolicy plamki żółtej naczynia naczyniówki przedstawiają się najwięcej prawidłowo. Tutaj widać rozrzucone pojedyncze wyspy wielkości łebka szpilki i większe dna prawidłowego. Ścisłego odgraniczenia, jak przy *retinitis gyrata*, wyspy te nie mają. Na równiku twory barwikowe dość liczne, postaci, jak przy zaniku barwikowym siatkówki wrodzonym, leżą w różnych warstwach siatkówki, niektóre przykrywają naczynia siatkówkowe. Obok tego znajdujemy kilka takichże tworów barwikowych tuż koło tarczy i na tarczy. Na granicy części obwodowej siatkówki kończą się twory barwikowe siatkówki, również i dno jest tutaj prawidłowo zabarwione (przybłonek barwikowy prawidłowy) i naczynia naczyniówki również prawidłowe; ścisłej granicy nie ma.

Tutaj na pierwszy plan występuje zanik barwikowy siatkówki i błądność tarczy z cienkimi naczyniami siatkówkowymi, zmiany zaś miazdżycowe naczyniówki mniej są wybitne. Żłogów barwika w naczyniówce nie ma.

Bystrość wzroku:

V. pr. palec : 1·50 m palec : 2 m c + 9,0 D.

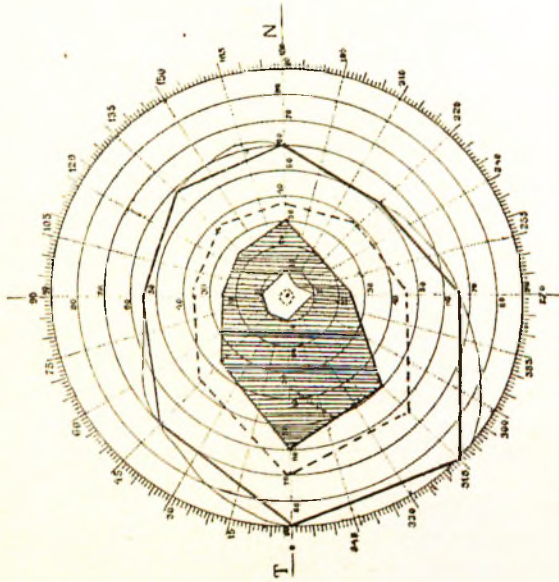
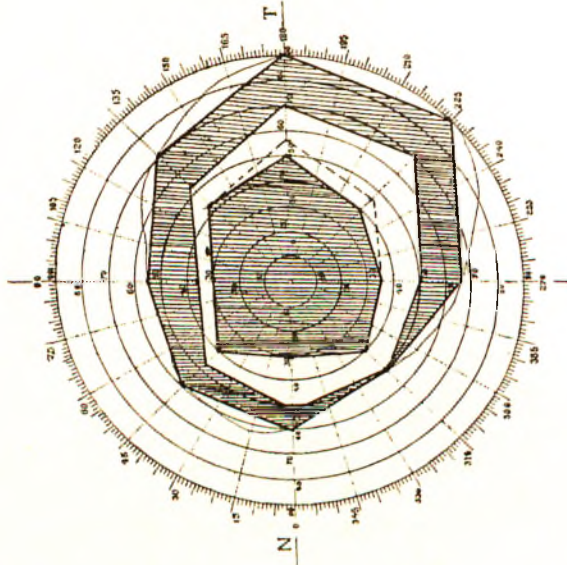
V. l.  $\frac{6}{60}$  ts c + 1·50 D. Sn. 4 c + 5,0 D., pojedyncze litery trudno.

Czucie światła, badane fotometrem Förstera po przystosowaniu 50 minut, prawidłowe.

Czucie barw, badane włóczkami Holmgrena na barwę czerwoną, zieloną, niebieską, okazuje się prawidłowe.

Pole widzenia: Pr. o.: Pole widzenia zwężone od obwodu o 20°. W środku pola widzenia ubytek (*scotoma absolutum*), wynoszący 30—50°, tak, że chory widzi tylko pasem pierścieniowatym, szerokim 5—30°, znajdującym się między ubytkiem środkowym, a zwężeniem obwodowym. Dla barwy czerwonej zachowanym jest w tym pierścieniu odcinek 5° szeroki w części zewnętrznej pola widzenia. L. o.: Na obwodzie ściśnienia





nie ma tak dla barwy białej jakoteż dla barwy czerwonej. Ubytek pierścieniowaty pola widzenia bezwzględny (*scotoma absolut.*) 15—40° szeroki. Środkowe pole widzenia wynosi 5—10° dla barwy białej, zaś dla barwy czerwonej środkowe pole widzenia wynosi zaledwie około 3°. Obok więc ubytku pierścieniowatego bezwzględnego mamy jeszcze ubytek pola widzenia pierścieniowaty dla barwy czerwonej (*scotoma relativum*), sięgający do 3° ku środkowi.

Rozpoznanie: *Sclerosis vasorum chorioideae subsequeute degeneratione pigmentosa retinae, oc. utr. in individuo cum arteriosclerosi, leucoma corneae adh. maculae corneae, coloboma irid. artif., cataracta secundaria, synech. post. iridis, opacitates corp. vitrei oc. dextr., cataracta cortic. incip. hypermetropia oc. sin.*—

### Przypadek II.

Mendel R., l. 64, zarobnik ze Lwowa, zgłosił się do ambulatoryum kliniki dnia 22. stycznia 1901 (L. 1373).

Wywiady: Ojca nie pamięta, bo odumarł go bardzo wcześnie, jak mu opowiadano, na nogi. Matka umarła w 78 r. życia ze starości, widziała dobrze. Rodzeństwa troje, wszyscy widzą dobrze. Chorób żadnych nie przebywał, *lues* przeczy. Nie pije, bardzo mało pali. Zonaty. Z ośmiorga dzieci pięcioro zdrowych, widzą dobrze, troje umarło, w pierwszym, trzecim i ósmym roku życia, jedno na cholere, o dwojgu nie umie podać, wskutek czego. Poronień nie było. Od 15 lat, a może i dłużej, nie widzi dobrze okiem lewym, prawem zaś widzi gorzej od paru miesięcy. Na ulicy do chodzenia używa tylko prawego oka, bo lewym nie widzi, do czytania zaś lewego. Wieczorem widzi lepiej, niż we dnie. Od lat może 10 nie słyszy dobrze, gorzej na ucho prawe, co jest, jak twierdzi, rodzinne, bo matka jego i jedna z siostr również niedosłyszeli, jak byli starsi.

Stan ogólny: Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. *Emphysema pulmonum. Bronchitis diffusa. Atheroma arteriarum min. grad.* Na nogach, zwłaszcza prawej, rozległe żyłaki. W moczu nitki śluzu, białka ani cukru nie ma<sup>1)</sup>.

Uszy: *Presbycusis* (zmiany starcze<sup>2)</sup>).

Oczy: Pr. I. Części dodatkowe bez zmian. Rogówki czyste. Przednie komory miernie głębokie. Żrenice miernie szerokie, na światło dobrze oddziałują. — Pr. o. Kora soczewkowa

<sup>1)</sup> Dr Marischler.

<sup>2)</sup> Dr Zalewski.

nieprawidłowo zaćmiona w częściach obwodowych, najwięcej od nosa i środkowo. Wziernikiem w obrazie odwrotnym: Tarcza brudno-różowa, o brzegach ściśle odgraniczonych. Naczynia siatkówkowe prawidłowe. Po zewnętrznej stronie tarczy odcinek sierpowaty wielkości  $\frac{1}{2}$  tarczy, bladejszy, nieściśle odgraniczony. Dno zresztą prawidłowe. W obrazie prostym z powodu zaćmienia soczewki szczegółów całkiem dokładnie rozróżnić nie można, widać jednak, że w odcinku sierpowatym koło tarczy naczynia naczyniówki są tylko bladejsze, ale obwódki białych nie mają.

L. o. Soczewka okazuje nieznaczne obwodowe zaćmienie korowe. Zresztą środki janiące czyste. Myopia — 4 D.

W obrazie prostym: Tarcza w całości bladejsza, członkowo zagłębiona, *lamina cribrosa* widać wyraźnie. Naczynia siatkówkowe cieńsze, obwódki szarych koło nich nie widać. Brzegi tarczy dobrze odgraniczone. Plamka żółta przedstawia się jako wyspa wielkości tarczy, postaci leżącego owalu, barwy jednostajnie brudno-różowej, dość ściśle odgraniczona, jakby wystawała nad powierzchnię. W tylnym odcinku i na równiku rozległe zmiany miażdżycowe w naczyniówce, które bardzo dokładnie można widzieć z powodu odbarwienia przybliżonego siatkówkowego. Najwybitniej zmiany te występują tuż koło tarczy, szczególnie między tarczą a plamką żółtą i dołem zewnątrz, gdzie naczyniówka jest całkiem zanikła, przedstawia tło prawie jednostajnie białe. Wogóle w tylnym odcinku gałki naczynia naczyniówki przedstawiają się jako lite białe pasy, zaś na równiku są blade-różowe. Wybitna różnica zachodzi między grubszymi a cieńszymi pniami naczyń naczyniówki, cieńsze tworzą lite białe pasy, w grubszych zaś widzimy cienki blade słupek krwi, otoczony, po obu lub po jednej stronie, białym pasem. Na równiku liczne twory czarne, przeważnie okrągłe, wielkości łebka szpilki i większe, leżące w różnych warstwach siatkówki. Obwód prawidłowy.

Bystrość wzroku.

V. pr. palce : 2:50 m. palce : 3 m c — 3 D. Snellen 3 c + 3,0 D. (z trudnością).

V. l. palce : 3 m.  $\frac{6}{18}$  c — 4 D. Snellen 1:50. Snellen 0:5 c + 3,0 D.

Czucie barw próbą włóczkową Holmgrena:

Pr. o.: czerwony = czerwony,  
zielony = zielony i niebieski,  
fioletowy = fioletowy i niebieski.

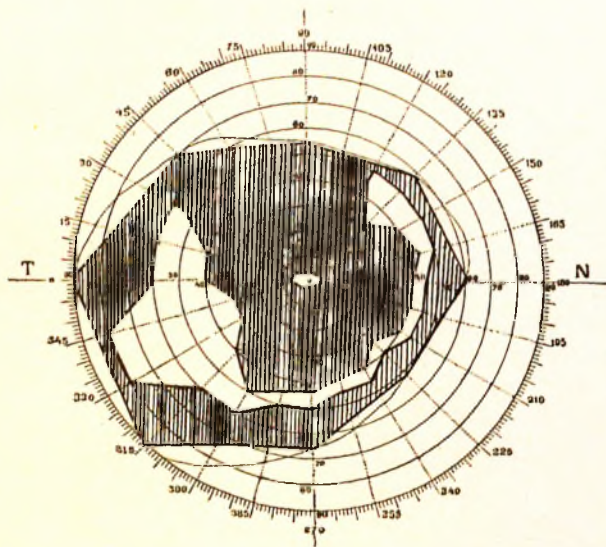
L. o. barw nie rozeznaje.



Czucie światła fotometrem Förstera: Prawe oko prawidłowe. Na lewym oku bardzo obniżone, chory przy całkowicie rozkręconej śrubie fotometru kresek nie rozróżnia.

Pole widzenia: Pr. o. Dla barwy białej zwięzione nieprawidłowo z wycinkami, wynosi górną 25°, zewnątrz 70°, dołem 40°. Dla barwy czerwonej 25° zewnątrz i wewnątrz, 5° górną, 30° dołem. Dla barwy zielonej 0° górną, 20° zewnątrz, 25° dołem, 10° wewnątrz.

L. o. Środkowe pole widzenia wynosi 3–5°. Obok tego utrzymanym jest wąski pas pola widzenia na obwodzie, leżący między 40–45° dołem i wewnątrz, górną wewnątrz rozszerza się do 20°, dołem zaś zewnątrz rozszerza się do 50°. Od góry przerwany. Barw nie rozoznaje.



Rozpoznanie: *Sclerosis chorioideae subsequente atrophia pigmentosa retinae, atrophia n. opt. oc. sin. in individuo cum arteriosclerosi cum cataracta cortic. incip. et myopia mediocri oc. utr.*

### Przypadek III.

Dmytro M., l. 60, dozorca więzień ze Lwowa, zgłosił się do ambulatoryum kliniki dn. 2/X. 1900 (Nr 72 A.).

Wywiady: Rodzice odumarli go w późnym wieku, nie spokrewnieni ze sobą, widzieli dobrze. Rodzeństwa było siedmioro. Dwoje umarło, reszta żyją zdrowi. Najstarszy od dziecka na krótki wzrok, zresztą wszyscy widzą dobrze. W dzieciństwie przechodził kur. Przed 4ma laty chorował na zapalenie płuc i błony sercowej. Przed 2ma laty *lues*, wziął 30 wcierek. We wojsku służył 8 lat, przez 20 lat jest w służbie rządowej. Żonaty, troje dzieci zdrowych, widzą dobrze, czworo umarło: jedno na ospę, dwoje na zapalenie mózgu, czwarte nie wiadomo, na co.

Napojów wysokowych ani nikotyny nie nadużywa. Od dwóch lat widzi gorzej wieczorami, od roku i we dnie.

Stan ogólny: Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. *Processus atherom. aortae et arter. periphericarum, hypertrophia cordis sinistr.*<sup>1)</sup>

W moczu białka ani cukru nie ma.

Stan obecny: Pr. zewnątrznie prawidłowe.

*Opht.* Pr. Środki łamiące czyste, tarcza szaro-różowa, brzegi miętko odgraniczone. Żyły prawidłowe, tętnice siatkówkowe, szczególnie drobne, cieńsze. Dookoła tarczy pierścień  $1\frac{1}{2}$  tarczy szeroki, od zewnątrz ściśle odgraniczony, zresztą granice nieprawidłowe, nieostre. Pierścień ten żółto-różowawo-szary widać lekko za mgłą, która jednak nie zasłania naczyń siatkówkowych, wyraźnie widocznych. Z powodu tego zamglenia szczegółów w tym pierścieniu dokładnie rozróżnić nie można, tu i owdzie przeświecają w nim blado-różowe naczynia naczyniówki. Miazdżycy naczyniówki nie widać, naczynia tylko są bledsze. Na równiku bardzo liczne, drobne, jak koniec szpilki, ziarnka czarnego barwika, obok tego nieliczne twory barwikowe, jak przy *retinitis pigmentosa*, leżące w siatkówce, przeważnie tuż pod naczyniami, a można je stwierdzić i na naczyniach siatkówki. Przybliżonek barwikowy w tylnym odcinku lekko odbarwiony. W plamce żółtej kitka białych plamek wielkości łebka szpilki, leżących w naczyniówce. — L. o. W soczewce dołem lekkie zamglenie kory, zresztą obraz wziernikowy taki sam, jak na prawem oku.

V. pr.  $\frac{6}{18-12}$  c — 3:50 D.

V. l.  $\frac{6}{18(-1)}$  c — 3:50 D.

Perymetr: Pr. l. Lekkie ściśnienie pola widzenia od obwodu ( $10^{\circ}$ ), ubytek pierścieniowaty bezwzględny od nosa otwarty, c.  $20^{\circ}$  szeroki, zamykający środkowe pole widzenia, tylko  $5^{\circ}-7^{\circ}$

<sup>1)</sup> Dr Rencki.

wynoszące. W tem środkowym polu widzenia barwy rozróżnia dobrze. Dla barwy czerwonej ubytek pierścieniowaty o  $5-15^{\circ}$  szerszy, zresztą pole widzenia dla barwy czerwonej nieco tylko ścięzione, ale z wycinkami.

Fotometrem Förstera po 20 m. przystosowania czucie światła wynosi  $7 \text{ m}^2 \left( \frac{1}{35} \right)$ .

Cały obraz chorobowy przemawiał za tem, że mam tu do czynienia z miażdżycą naczyniówki, która dała powód do następowego zwyrodnienia barwikowego, zmian jednak miażdżycowych w naczyniówce wziernikiem stwierdzić nie mogłem. Po kilku jednak miesiącach, wśród którego czasu chory, oddając się swoim zajęciom, zażywał jod, obraz chorobowy wyjaśnił się, pokazało się, że przypuszczenie moje zupełnie się sprawdziło. Badanie wziernikowe d. 13/III. 1901. wykazuje: Okolica około tarczy znacznie mniej zamglona, stwierdzić można dokładnie białe pasy zanikłych naczyń naczyniówki, na granicy zaś pierścienia białego w. o. widzimy naczynia naczyniówki jako białe pasy, zawierające wąski błady słupek krwi. Zresztą obraz chorobowy się nie zmienił. Bystrość wzroku nieco tylko się zmniejszyła, chory czyta o parę liter mniej na tablicach Snellena.

Przypadek ten jest dla mnie o tyle pouczającym, że tutaj rozpoznałem miażdżycę naczyniówki jako zmianę pierwotną, mimo, że wziernikiem przy pierwszym badaniu nie stwierdziłem miażdżycy naczyniówki. Niskie takie stopnie miażdżycy naczyniówki nie są dostępne badaniu wziernikowemu, dopiero, aż przyjdzie do znaczniejszego zaniku barwika przybliżonka siatkówkowego, zmiana pierwotna staje się widoczną.

Omówienie tych trzech wyżej opisanych przypadków zostawiam sobie na później, przedtem, celem dania ogólnego poglądu na różne postacie miażdżycy naczyniówki, pozwolę sobie przytoczyć przypadek Oellera dosłownie, ponieważ różni się on od wszystkich dotąd opisanych przypadków miażdżycy naczyniówki w literaturze.

Przyp. Oellera: *Sclerosis vasorum chorioideae oc. sin.*

L. M., l. 71, w 8. roku życia przebył tyfus, w 56. roku życia zapalenie otrzewnej. 14/V. 1893. r. z powodu presbyopii (+ 4,0 D.) badany wziernikiem z wynikiem ujemnym. Wkrótce



potem zaczął mu się wzrok pogarszać najpierw na lewym, a od pół roku i na prawem oku, bez jakiegokolwiek przyczyny.

19/II. 1895. badanie wewnętrzne wykazało przerost lewej strony serca i mierną miażdżycę naczyń.

V. prł.  $\frac{3}{60}$  E. Pr. 4 D.

Pole widzenia i czucie barw prawidłowe.

Obraz wzornikowy wykazuje na lewym oku zmiany dalej posunięte, niż na prawem, wogóle podobne.

L. o. Środki łamiące czyste. Prawidłowa starcza tarczy nerwu wzrokowego ograniczona dookoła wyraźnym pierścieniem twardówkowym. Naczynia siatkówkowe prawidłowe, ale mniejsze naczynia siatkówkowe skąpe. Dno marmurkowane. Naczynia naczyniówki okazują od skroniowej strony brzegu tarczy aż poza okolicę plamki żółtej w obrębie c.  $3\frac{1}{2}$  P. D. szerokim, a 2 P. D. wysokim zmiany znaczne na przestrzeni dość ściśle odgraniczonej, tak, że to miejsce jest jak gniazdo oddzielone od reszty dna. Bogato rozgałęzione naczynia naczyniówki okazują się biało-żółte, niektóre błyszcząco-białe; wiele z nich ma nakarbowano-sękate wejście wskutek małych garbów, które na ścianie naczyniowej zdają się być usadowione. Wskutek tego wyglądają niektóre naczynia szersze, niż naczynia naczyniówki w przylegającym prawidłowym okręgu. Większość tych białych pasów wygląda zupełnie lito, niektóre mają w środku bardzo cienką jużto widoczną czerwoną nitkę jużto niknącą bez widocznego związku z prawidłowym naczyniem naczyniówki albo przechodzącą w prawidłowe naczynie naczyniówki. Największy biały pień w środku ogniska posiada 2 czerwone nitki, tuż zaś pod nim szerokie czerwone naczynie przedstawiającą początek sprawy. Na brzegach ogniska tego widzimy, że naczynia miażdżycowe przechodzą w prawidłowe, czasem ze ściśle odgraniczeniem, lub powoli bez ściślej granicy. Tło między naczyniami miażdżycowymi ciemno-czerwono-szare. W niektórych tylko miejscach widoczne małe, czarne ogniska na brzegu zmienionych naczyń naczyniówki.

Również pozwolę sobie jeszcze przytoczyć w streszczeniu przypadek Silexa, aby poprzeć mój III. przypadek i zwrócić większą uwagę na to, że małe zmiany miażdżycowe naczyniówki, widziane wzornikiem, mogą dać powód do znacznego zwyrodnienia barwikowego siatkówki.

Przypadek Silexa:

Meżczyzna 52letni przed 24 laty przebył kiłę, wogóle zrobił tylko jedną turę weterań. Od 10 lat hemeralopia, V. pr.  $\frac{1}{10}$ , I.  $\frac{1}{7.5}$ . Pole widzenia środkowe wynosi 5—15°, obok tego na obwodzie pas 10—30° szeroki utrzymanego pola widzenia, pośrodku ubytek pierścieniowaty. W ciele szklistem zaćmienia. Tarcza szaro-czerwona, naczyńia cienkie, na nich tu i owdzie białe nieprawidłowe osłonki. Na równiku tworzy barwikowe tworzą pierścień o tle jaśniejszem. W naczyniówce zmian nie ma, tylko w otoczeniu tarczy zaznaczona w niskim stopniu miażdżycza naczyniówki.

Zmiany barwikowe w siatkówce odnosi Silex do zmian w naczyniach naczyniówki, jako do sprawy pierwotnej.

(Dok. nast.)

### 3. Słów kilka w sprawie ułatwienia techniki przy irydektomiach.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Nierzadko zdarza się, że chorzy, poddawani operacyom, połączonym z wycięciem tęczówki, zwłaszcza poddawani operacyi jaskry lub operacyi zaćmy, wykonywają tak silne ruchy gałką, nawet mimo ustalenia jej szczypeczykami, - które to ustalenie, jak wiadomo, nie powinno być nigdy absolutne, — że przez to przyczyniają się albo do wykonania szpary niezupełnie regularnej, może nie dość dobrzeżnej, jaką ona przy jaskrze być winna, albo, co gorzej, powodują oderwanie tęczówki od ciała rzęskowego, połączone z niemiłym, rękoczyn utrudniającym, następcze leczenie opóźniającym krwotokiem do przedniej komórki. Aby tym nieprzyjemnym niespodziankom zapobiedz, zastępuję od dłuższego czasu szczypeczyki tęczówkowe tępym metalowym haczykiem. Zapomocą tegoż wydobywamy tęczówkę do odeięcia z gałki daleko oględniej, a w razie niespodziewanego nagłego zwrotu gałki może nam się jedynie to przydarzyć, że tęczówka nadziana na haczyk zesunie się. Nadziewamy ją

więc ponownie, albo chwytany teraz dopiero ostrożnie szczypcami i odcinamy, ile potrzeba. Oczywiście i teraz może się jeszcze zdarzyć, że nam chory szarpnięciem gałki tęczówkę oderwie, ale zdarzy się to daleko rzadziej, oderwanie będzie mniej obszerne, gdyż staliśmy się już uważniejszymi na ruchy chorego i łatwiej możemy do nich się dostosować. Jeżeli ważną nam się przedstawia ta manipulacya haczykiem przy operacyi zaćmy, zwłaszcza, że po zrobieniu cięcia, czyto liniowego, czy płatowego, zwykliśmy usuwać szczypczyki ustalające i dalsze części operacyi wykonywamy przy wolnych ruchach gałki, a to dla uniknięcia wypadnięcia ciała szklistego, które też należy do największych u nas rzadkości, — to nierównie większe znaczenie ma stosowanie haczyka przy irydektomiach, podejmowanych w jaskrze. Tu nie tylko chodzić nam powinno o to, by nie spowodować oderwania tęczówki, utworzenia nieregularnej szpary, ale przede wszystkim, by, wydobywając z gałki tęczówkę, nie zranić torebki soczewkowej, co przy wzmożonem nieraz w tylnym odcinku gałki napięciu, przy niespokojnem zachowaniu się chorego, przy czułości gałki w cierpieniu tak bolesnem, jakim jest jaskra zapalna, łatwo nastąpić może, gdy operator, chcąc zapobiedz niedostatecznemu wycięciu tęczówki, t. j. pozostawieniu zwieracza, zbyt daleko ku środkowi posunie szczypczyki. W tych przypadkach haczyk tępy oddaje niemałe usługi.

Wiem, że to, co powyżej oświadczyłem, nie przedstawia sprawy wielkiej doniosłości, że może to ułatwienie techniki nie jest nowem, przypuszczam nawet, że niezawodnie nie jeden operator pomaga sobie z tych samych powodów i tak samo, jak ja to czynię, jednakże pragnąłbym, ażeby to uproszczenie techniki operacyjnej dla dobra tych, którzy się powierzają naszej opiece, było jak najwięcej rozpowszechnionem, ogólnem, aby nieprzyjemne okoliczności, osłabiające wynik operacyi, w każdym razie jak najwięcej ograniczyć, abyśmy każdej chwili przy operacyi byli panami sytuacji, niezależni od możliwych wybryków ze strony operowanych. Z tych to powodów towarzyszom zawodowym zwracam uwagę na to ułatwienie,



które mnie osobiście często już oddało usługi. Oczywiście ma ono znaczenie tylko tam, gdzie dla podjęcia operacji chorego nie usypiamy. W razie narkozy względy do zastąpienia szczypczyków tęczówkowych haczykiem nie istnieją, gdyż operator zupełnie od chorego jest niezależnym.

Na zakończenie małą jeszcze dodaję uwagę. Tylko wtenczas haczyk tępy, czyto srebrny, czy też złoty, spełni swe zadanie w powyżej oznaczonym kierunku, jeżeli jego zagięta część nie jest zbyt krótką, a odległość pomiędzy nią a częścią niezagiętą dość wąską, może tylko  $\frac{1}{2}$  mm. Haczyk taki, sprowadzany zwykle przezemnie od firmy paryskiej Luër, odpowiada zazwyczaj tym wymaganiom.

## II. NOWE KSIĄŻKI.

Baflaban Teodor Dr: *Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki*. Kraków. 1901. Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Leżące przed nami dziełko daje nam wyczerpujący obraz tego, co młody, samodzielnie pracujący okulista zdziałał przez pierwsze siedmioletnie, daje nam poznać, jak umiał sobie radzić w potrzebie, jak umiejętnie korzystać z czasu i materiału.

Materiał ten, zajmujący 168 stronice, dzieli autor na trzy części. W pierwszej, ogólnej, omawia opis ubikacji ordynacyjnych, urządzonych z wielką pedanterią i bardzo celowo, ale zawierających może wiele rzeczy zbędnych; dalej, mówiąc o zabiegach operacyjnych, wyraża przekonanie, że antyseptyka ważniejszą niejednokrotnie od aseptyki (oczywiście, gdzie ta nie da się ściśle umiejętnie przeprowadzić) odgrywa rolę. Sublimat znalazł w autorze wielkiego zwolennika, a wyrażając się ostrożnie o jego ujennych własnościach, nieśmiało przypisuje mu także wywoływanie keratitis striata, który to objaw jednak zupełnie niezależnie od sublimatu powstać może z rozlicznych przyczyn, a mianowicie wskutek obrażenia rogówki przy wy-

ciskaniu soczewki, przy nierównym przecięciu, przy przerywanym z jakiegokolwiek powodu rychłozroście i t. d. Własnego pomysłu torba, szczegółowo opisana, przeznaczona do operacyi poza domem, może oddać wielkie usługi okulistom, wyjeżdżającym na dłuższą praktykę.

Dla znieczulania łączy Dr B. stosowanie kokainy 2% z zastrzykiwaniem podskórnem morfiny. Niewątpliwie we wielu przypadkach dobre to i wygodne, bo, unikając narkozy, unikamy niebezpieczeństwa, zyskujemy na czasie, ale u starych osobników uważalibyśmy stosowanie morfiny, w takiej zwłaszcza dawce, jak to autor czyni (1—2 ctgr.), za ryzykowne. Autor wkrapla także 10% wyciąg nadnercza przed kokainą, co ułatwia i wzmacnia działanie tejże.

Dr B. okazuje się zwolennikiem ścisłej opaski po operacyach ocznych. Nie tu miejsce rozstrzygać tę sprawę, zaznaczamy tylko, że pod tym względem doświadczenie nasze kazało nam wielkie na korzyść chorych robić ustępstwa i zmiany, o których przy innej sposobności.

Osobny wogóle dział poświęca autor zresztą opaskom, i słusznie na innem miejscu zauważa, że wskazanie i przeciw-wskazanie użycia opaski i rodzaju opasek bardzo ważną odgrywa rolę. Nie ze wszystkim możemy się jednak godzić z autorem, że przy wrzodzie pełzającym z równoczesnym ropotokiem woreczka łzowego powinno się zakładać opaskę. Z dwojga złego wybierać trzeba mniejsze, a mniejszem jest perforacya, aniżeli dalsze zakażanie rogówki przez nagromadzenie się ropy z woreczka łzowego w worku spojówkowym.

W osobnym rozdziale wlicza autor rozmaite środki lecznicze, oczywiście te, które mu się okazały dobrymi, pomijając wiele innych, zasługujących często na uwzględnienie. W dalszych rozdziałach mówi o stosowaniu zimna i ciepła, opisuje swój przyrząd do »naparzania oczu«, wspomina mięsienie oka. Wstrzykiwaniom podspojówkowym ważne w leczeniu, może zbyt optymistyczne przypisuje znaczenie. Do tych zastrzykiwań używa wyłącznie  $\frac{1}{10}$ % dwusinku rtęci i 4% roztworu soli kuchennej; dalej mówi o stosowaniu elektryczności (prądu sta-

łego, kataforezy z chlorku cynku, prądu przerywanego, galwanokaustyki, elektrolyzy), wreszcie wspomina o ciemnicy, której odmawia uzasadnienia.

Druga część obejmuje statystykę. Kilka tablic przejrzyste ilustruje przyrost chorych w pojedynczych latach i miesiącach, choroby pojedynczych części oka, wreszcie rozkład operacji (523) według anatomicznego porządku.

Najobszerniejszą jest część trzecia, czyli szczegółowa, którą autor obejmuje kazuistykę i szczegółową terapię. Z kazuistyki podnieść wypada dział »ślepoty i niedowidzenia«, w którym autor kilka bardzo ciekawych przez siebie spostrzeganych opisuje przypadków, świadczących o dobrym zmyśle spostrzegawczym, zrećtnie oceniającym wpływ zmian mózgowych na zaburzenia wzrokowe. Nie możemy naturalnie wdawać się w rozbiór krytyczny pojedynczych spostrzeżeń, z których niejedno, tylko naszkicowane, powinno szczegółowo być opisane, co też autor zapowiada. Nie wątpimy zaś, że to pobieżne zarysowanie wielu spostrzeżeń, przytoczonych z okazji systematycznej lustracji prawie całej patologii okulistycznej, daje miarę, jak młody pracownik na niwie okulistycznej od razu zabrał się celowo do dzieła. Obrachunek własny po pewnym okresie czasu z tego, cośmy zdziałali, daje nam wskazówkę, co i w jakim kierunku uzupełnić wypada, daje zachętę do dalszej pracy, pożytecznej i dla nauki i dla ludzkości. Życzymy autorowi, a naszemu współpracownikowi, aby, mając coraz liczniejszy materiał, mógł z równym zadowoleniem spoglądać po ukończeniu pracy nad drugimi 12 tysiącami chorych na swe zabiegi i podzielić się z nami, już w krótszym okresie czasu, swem doświadczeniem, więcej jeszcze rzeczy pogłębiającem.

Trudno nam nie zrobić jednego zarzutu autorowi, a mianowicie, że za mało uwzględnił w dziełku swem skończonego okulistę, za wiele lekarza ogólnie praktykującego. Tańtemu nadto podaje często rzeczy zbyt znane, temu nie dość przedstawia rzecz jasno i wyczerpująco. Jest to wszakże błąd, dający się i wytłómaczyć i wybaczyć, dlatego, że autor, pisząc, miał na oku i ogół le-



karzy i początkującego okulistę, któremu chciał widocznie być doradcą w jego pierwszych krokach samodzielnych.

Język wogóle jest poprawny. Niezbyt liczne usterki mogły być przy ścisłej korekcie być pominiętymi, jak np. rurka łzowa (str. 135) zam. przewodzik łzowy, znalazłem torbiela (str. 140) zam. znalazłem torbiel, przemieszczenie soczewki (*luxatio lentis*) (str. 99) zam. zwichnięcie i t. d.

Nie wątpimy, że autor, który już zwalczył wiele trudności językowych, niebawem, poświęcając swą pracę ojczystej literaturze, zupełnie otrząśnie się z naleciałości, dających się wyłomaczyć dawniejszą dłuższą pracą wśród obcych.

Wkońcu nadmieniamy, że zewnętrzna forma wydania przedstawia się bardzo okazale i przynosi zaszczyt drukarni naszej wszechnicy.

W.

### III. STRESZCZENIA.

*Przyczynek do anatomii oka noworodka.* (Zur Anatomie des Auges des Neugeborenen. Suprachoroïdalraum. Zonula Zinnii. Ora serrata u. sog. physiologische Excavation der Sehnervpapille). Dr Lange z Brunszwiku. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1901, III).

Autor nie zgadza się z zapatrywaniem Merkel'a i Orr'a, jakoby nie było jeszcze we wczesnych okresach embryonalnych (zw. przestrzeni zwnątrznacyniówkowej (*Suprachoroïdalraum*) i jakoby u większości noworodków była ona niezupełnie rozwiniętą. Przeciwnie wykazał on takową już u 4miesięcznego ludzkiego płodu na oku, zachowanem w płynie Müllera, jakoteż w oku 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>miesięcznego płodu, utrwalonem w 4<sup>0</sup>/<sub>6</sub> formolu. Także w wielu oczach noworodków, utrwalanych bądź to w płynie Müllera, bądź to w formolu, udało się mu wykazać przestrzeń zwnątrznacyniówkową, która była raz szeroką na wielkiej przestrzeni i wypełnioną dobrze wykształconemi listewkami (*lamellae*), okrytymi jądrami śródbłonkowemi, innym zaś razem tworzyła ona delikatną szparę w najprzedniejszej części gałki; w niektórych jednak oczach noworodków nie mógł wykazać ani szpary nawet. Na tej więc podstawie uważa Lange przestrzeń zwnątrznacyniówkową za utwór, którego za-

wiązek należy odnieść do tego okresu życia płodowego, kiedy następowało histologiczne oddzielanie się tkanki naczyniówki od tkanki twardówki, a którego stopień rozwoju w czasie urodzenia się dziecka jest różnym, zależnie od osobnika; listewki tej przestrzeni przylegają za życia mocno do siebie, a przy badaniu anatomicznem dają się mniej lub więcej oddzielić, zależnie od stopnia ich rozwoju tj. od długości łączących je włókien. Dodać należy, iż wedle autora nie można mówić właściwie o jakiejś wolnej przestrzeni, gdyż takowa nawet u dorosłych nie istnieje, lecz nie może się za to zgodzić ze zdaniem Hippela, jakoby twór ten widziany na preparatach noworodków, był sztucznie wywołany metodami badania.

Dalej potwierdza Lange to, co podają Merkel i Orr, iż w oku noworodka odchodzą włókna rąbka Zinniusza od całej powierzchni ciąłka rzęskowego, poczynając od ora serrata, a kończąc na tylnej powierzchni tęczówki. Te ostatnie włókna poczynają się zwykle widłowo dwoma korzeniami w komórkach części tęczówkowej siatkówki; zanim dojdą jednak do tórki soczewki, łączą się one ze sobą, jeśli leżą blisko siebie, albo krzyżują się z włóknami nieco dalej poczynającemi się. — Stwierdza on także opis Schön'a, iż komórki przybłonkowe części rzęskowej siatkówki są jakby kończasto wydłużone i pochylone ku ciąłku rzęskowemu; przytem jednak zaznacza, iż może tu się rozchodzić o skośnie przekroje komórek zupełnie cylindrycznych.

Co do tzw. ora serrata w oczach ludzkich noworodków, to przekonał się autor, iż w tej postaci, jak to przyzwyczajeni jesteśmy widzieć ją w oku człowieka dorosłego bądź to na przekrojach poprzecznych, bądź to podłużnych — ona nie istnieje, gdyż część wzrokowa siatkówki przechodzi tu bezpośrednio w część rzęskową, nie tworząc żadnych schodów, a tylko ścięniczając się szybko.

Nadto widział on w oku 8miesięcznego płodu, zachowaniem w formolu, fizyologiczne wyźłobienie tarczy nerwu wzrokowego. Takie samo wyźłobienie było na oczach innego znowu 5½ miesięcznego płodu, gdzie nadto koniec nerwu przedstawiał obraz podobny do tak zwanego »łokieiowatego wygięcia włókien nerwu wzrokowego«, włókna te były mianowicie na wysokości tzw. *lamina cribrosa* z boku odgięte i zagięte pod kątem, a część nerwu wewnątrz twardówki zawarta, była maczugowato zgrubiałą. To wyźłobienie tarczki on sobie osobniczą wrodzoną różnitością budowy końca nerwu wzrokowego.

Pomijam teoretyczne przypuszczenia, jakie autor nawiązuje do danych anatomicznych, gdyż one nie mówią.

Dr Gruszkiewicz.

*Badania promieniami Roentgena w przypadkach utkwienia ciał obcych w oku i w oczodole.* Prof. E. Machek. (Osobne odbicie z książki pamiątkowej wydanej przez Uniwersytet lwowski z powodu 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego. 1900).

Rzecz właściwą poprzedza autor wypowiedzeniem swych poglądów na stanowisko, jakie okulista zająć powinien wobec przypadku, gdzie ma podejrzenie lub pewność, że w skałeczonem oku znajduje się ciało obce. Wskazania lecznicze streszcza krótko: jeżeli to wogóle możliwe, należy ciało obce wydobyć, jeżeli tego wykonać nie można, musimy się zachować wyczekująco, ale bacznie pilnie na oko drugie, żeby się w danym razie nie spóźnić z wyłuszczeniem gałki skałeczonej. Każdy nowy sposób, mogący nam ułatwić niewątpliwe stwierdzenie lub wykluczenie obecności ciała obcego w oku, stanowi wobec tego cenny i pożądany nabytek w dyagnosyce okulistycznej. Do takich sposobów należy badanie za pomocą promieni Roentgena.

Gałka oczna umieszczona w oczodole i ze wszystkich stron prócz od przodu osłonięta kostnymi ścianami, nie stanowi zbyt korzystnego pola dla roentgenografii. A jednak badania, które prof. Machek na kilku przypadkach przeprowadził głównie w lwowskim zakładzie roentgenograficznym Drów Hellmanna i Wollischa, przekonały go, że sposób ten oddać może we wielu razach istotne usługi. Na podstawie 10 spostrzeżeń, których opisy w krótkości przytacza, dochodzi autor do następujących wniosków:

Metaliczne ciała obce, z wyjątkiem glinu, który jest przezroczysty dla promieni Roentgena, można wykazać na płycie fotograficznej, robiąc zdjęcie od skroni do skroni. Przeświecanie w kierunku od przodu ku tyłowi lub odwrotnie nie wystarcza dla wykrycia mniejszych ciał obcych, gdyż te giną w cieniu grubych kości tylnej części czaszki. Należy wykonać kilka zdjęć, przesuwając za każdym razem źródło promieni X, co jedynie umożliwi ścisłe oznaczenie umiejscowienia ciała obcego. Przytem pamiętać należy, że np. igła wbita w korek daje na fluoryzującej płycie cień bardzo wyraźny, jeśli długością swą ułożona jest równolegle lub skośnie do niej, cień zaś ten bardzo często znika zupełnie, gdy igłę ustawimy prostopadle do płyty. Coś podobnego mogłoby się przypadkiem wydarzyć, gdybyśmy się ograniczyli na jednym tylko zdjęciu w razie obecności ciała obcego o podłużnej postaci. Skiagram może także wykazać obecność ciała obcego metalicznego, utkwionego w oczodole, poza okiem. Poznamy to porównując kilka zdjęć wykonanych przy zmienionem położeniu źródła promieni Roentgena, ale przy co-raz to innem zwróceniu badanego oka. Ciało obce znajdujące się



w samej gałce (byle tylko nie w samym geometrycznym jej środku!) zmieniałoby przy każdym ruchu oka swe położenie. Ciało obce zaś utkwione poza obrębem gałki, nie biorąc udziału w jej ruchach, rzuci przy każdym zdjęciu cień swój na ten sam punkt fotograficznej płyty. Na zakończenie przestrzega autor przed zbyt długotrwałem i częstym wystawianiem chorego na działanie promieni Roentgena. Ze szkodliwych następstw wymienia: siwienie i wypadanie włosów, zaczerwienie, zapalenie a nawet zgorzel skóry. Natomiast na samo oko przeświecanie promieniami Roentgena żadnego szkodliwego wpływu nie wywiera.

Dr K. W. Majewski.

*O bystrości wzroku pod względem medyczno-sądowym,*  
(De l'acuité visuelle au point de vue médico-légal). P é c h i n. (»Archiv. d'Ophthalmologie«. Mars. 1901).

Autor występuje przeciwko tablicom Groenouva i Magnusa które ci skonstruowali dla oznaczenia niezdolności pracy zawodowej wskutek osłabienia bystrości wzroku, uzasadniając swe wystąpienie licznymi przykładami, jak niesłusznem jest takie szematyzowanie — i obstaje za indywidualizacyą przypadków, a tablice uważać chce, jako tylko względną pomoc. Praca ta, zresztą bardzo ciekawa, nie nadaje się do referatu. —

Dr Brudzewski.

*Przyczynki do zmian na naczyniach siatkówki przy białaczce.* (Ein Beitrag zu den Netzhautgefäß-Veränderungen bei Leukämie). Dr Murakami z Japonii, obecnie w Wrocławiu. (»Kl. Mntsbl. für Augenh.« — Februar 1901).

Autor podaje mikroskopowy obraz zmian, jakie znalazł w jednym przypadku zapalenia siatkówki przy białaczce; w ogóle nie różni się on wiele od dotąd opisanych, tylko na jedno zwraca autor uwagę, a mianowicie na miliarne wydęcia (*Varicositäten*) naczyń, otoczone płaszczem naczyń białych, podczas gdy ściany były albo mocno zgrubiałe, albo zaledwo zaznaczone, tak, że gubiły się w masie leukocytów, lecz nie było wcale śladów zwyrodnienia. Przyczyny wydęcia dopatruje się on w mechanicznym zatkanii leukocytami, a tkankolącznowe zgrubienie ścian niektórych naczyń uważa on za następowe: ulegnięcie małe naczyniko zczopowaniu, to rozciąga się ono wskutek ucisku, przepuszcza przez ściany składniki krwi (*diapedesis*), osobiwie ciała białe, poczem ulega trombozie i obliteracyi; mała krzepliwość krwi białaczkowej ułatwia przechodzenie leukocytów, które potem tworzą płaszcz dokoła wydęcia. A ponieważ do charakterystycznych tworów zapalenia siatkówki białaczkowego zalicza się w pierwszym rzędzie opisane po raz pierwszy przez Lebera ognisko ciałek białych o wygładzie nowotworów

(okrągłe, wystające, z nagromadzonemi w środku leukocytami i nie-licznemi ciałkami czerwonymi na obwodzie), a niektóre wydęcia naczyń, opisane przez autora, stanowiły obraz zupełnie zgodny z opisywanymi pseudonowotworami, dlatego uważa on te ostatnie za nie innego, jak za zaczopowane wydęcia naczyń, które otoczone zostały wemigrowanemi ciałkami białemi i czerwonymi na obwodzie tak, iż nie można dojrzeć ich ściany. Tłómaczenie takie wydaje się autorowi zupełnie uzasadnionem, osobliwie wobec faktu, iż dotychczasowe wyjaśnienia powstania tych utworów przez Lebera, Reincke'go, Bäck'a, Feilchenfeld'a nie mogą wcale nas zadowolić. Na poparcie swego twierdzenia przytacza autor fakt, iż te twory nie zawsze są spotykane przy białaczce, podczas gdy wydęcia naczyń, zdaje się, iż przychodzą stale. Zpatrując się wreszcie ze stanowiska zupełnie ogólnego na opisany przypadek, widzi on przyczynę wszystkich zmian we wielkiem mnożeniu się leukocytów: lekkość ich zwalnia krążenie, w dalszym ciągu zatyka naczynia, czego następstwem są znowu wydęcia naczyń, wynaczynienia i obrzęki.

*Dr Gruszkiewicz.*

*Przypadek samoistnego krwotoku między siatkówką a ciałem szklistem.* (Ein Fall von idiopathischer Blutung zwischen Netzhaut und Glaskörper). Dr H. Ziegner. (»Berliner klinische Wochenschrift«. 1901, Nr. 13).

Powien 52letni kupiec, pracując wieczorem przy świetle lampy, zauważył nagle pogorszenie wzroku prawego oka. Po zasłonięciu lewego oka widział przedmioty w niewyraźnych zarysach, a światło wydawało mu się czerwone. Badanie, podjęte w kilka dni później przez Dra Ziegnera, do którego chory się udał, nie wykazało w ustroju żadnych złoczeń prócz wybitnej miażdżycy tętnic. Oko Oko prawe nie przedstawiało zewnętcznie żadnych zmian, wziernikiem zaś widać było powyżej i na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego znaczne wynaczynienie krwi, barwy żywo-czerwonej, a postaci nerkowatej. Ognisko to, wszędzie ostro ograniczone, pokrywało  $\frac{1}{3}$  powierzchni tarczy, jakoteż tętnice i żyły siatkówkowe, które przebiegały w jego obrębie. W naczyniach siatkówkowych nie można było dostrzedz żadnych zmian. Chory liczył palce zaledwie przy oku. W polu widzenia wykazywał perymetr środkowy ubytek. Zamiast poddać się leczeniu, chory powrócił do zajęć codziennych i dopiero po upływie dwóch tygodni zgłosił się powtórnie, przyczem Dr Ziegner stwierdził stan niezmienny tak co do obrazu wziernikowego, jakoteż co do bystrości wzroku i pola widzenia — i zastosował leczenie, polegające na zastrzykiwaniach podspojówkowych soli kuchennej. Natychmiast nastął zwrot ku lepszemu, a po 14stu zastrzyknięciach

ognisko krwotoczne zmalało do  $\frac{1}{4}$  pierwotnych rozmiarów, bystrość wzroku podniosła się na  $\frac{9}{10}$ , a *scotoma centrale* znikło zupełnie. W kilka miesięcy później stwierdził autor u chorego tego powrót prawego oka do stanu zupełnie prawidłowego. W przypadku tym krew wylała się pomiędzy siatkówkę a ciało szkliste. Przemawiają za tem trzy okoliczności: 1. Choremu zwyczajnie światło wydawało się czerwonym (*erythropsia*); 2. krwawa plama pokrywała część tarczy i naczynia siatkówki; 3. po wessaniu krwi odsłoniła się nieuszkodzona siatkówka. Autor podnosi niewątpliwą skuteczność zastrzykiwań podspojówkowych rozczywn soli. —

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynka do błonicy spojówki.* (Ein Beitrag zur Diphtherie der Conjunctiva—Conjunctivitis crouposa durch Diphtheriebacillen). Dr E. Schlesinger ze Strasburga. (Münch. Med. Wochenschrift. 1901. Nr 3).

Od czasu Saemische *c. crouposa* i *c. diphtheritica* były uważane za dwie odrębne choroby oka, z których pierwsza przebiegała łagodnie i dobrotliwie, druga zazwyczaj groźnie z powikłaniami, nieraz życiu groźącemi. Jednak od połowy ostatniego dziesiątka lat granice między temi chorobami nie są tak ściśle odróżniane; odkrycie bowiem Klebs-Löffler'owskiego prątka błonicowego ma rozstrzygające znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowem tych dwóch chorób, i dziś łagodnie przebiegające przypadki, w których jednak stwierdzono bakteriologicznie prątki błonicowe, uważać należy za błonicę spojówki.

Autor opisuje 2 przypadki, z których w pierwszym, pomimo znamionnego klinicznego i anatomicznego obrazu, stanowezo nie wykazano prątków błonicowych, — w drugim, przedstawiającym się klinicznie jako *conj. crouposa*, bakteriologicznie stwierdzono prątki Löffler'owskie. Dlatego wyraźnie zaznacza autor, że tylko badanie bakteriologiczne, które jednak nie powinno ograniczać się tylko do preparatu szkiełkowego, ale powinno być oparte na hodowlach, umożliwiało rozstrzygnięcie, o ile *conj. crouposa* jest wywołana zakażeniem błonicowem. Jest to zaś bardzo ważnem ze względu: 1. na profilaktykę, przyczem raczej wszystkie *c. crouposae* uważać należy za choroby zakaźne i jako takie traktować, szczerogólnie w licznych ambulatoryach klinicznych, i 2. na leczenie, mianowicie obok środków, zwyczajnie miejscowo stosowanych, należy zastrzykiwać surowicę, która w przypadkach, niepolegających na zakażeniu błonicowem, według zdania autora, jest zupełnie nieszkodliwa.

Dr Kuniowski.



*Przypadek wrzodu toczącego rogówki (ulcus rodens) z opisem wyników badań bakteriologicznych.* J. Koliński. (»Czasopismo Lekarskie«. T. III. Nr 5. 1901).

Dr K. spostrzegł rzadki przypadek tego wrzodu u 28letniego starozakonnego na prawej rogówce, którą w ciągu 5 miesięcy zniszczył całkowicie. Chwilowe polepszenie i zatrzymanie sprawy, jakby okresowość, stwierdził autor po wypaleniu wrzodu galwanokauterem z opatrunkiem airołowym. Niecierpliwý chory, bojąc się przyżęgań, szukał pomocy we Wrocławiu i Warszawie i wreszcie zaniewidział zupełnie, gdyż sprawa, umiejscowiona w warstwach powierzchownych rogówki (nabłonek, błona odgraniczająca przednia i powierzchnia właściwej tkanki rogówkowej), całkowicie ją zniszczyła, bez udziału zapalenia spojówki.

Przy pomocy kuleczki sterylizowanej waty, umocowanej na druciku, zdjęto szarą wydzielinę, pokrywającą podminowany brzeg owrzodzenia i zachowano w wyjąłowanej próbówce: w hodowli i preparatach drobnowidowych wykryto czystą hodowlę gronkowca białego (*staphylococcus pyogenes albus*). Hodowle, szczepione z agaru glicerynowego na rogówkach królików i morskiej świnki, dawały na miejscach ukłucia szare, ograniczone nacieczenia, znikające na piątą dzień.

Szan. autor przytacza w swem spostrzeżeniu przypadek Gifferta z Omaha. Dr G. stwierdza też pożytek, jaki osiągnął przy *ulcus rodens* przez przypalenie; muszę jednak dodać, że znalazł on tu podminowanie spojówki wokoło całej rogówki na przestrzeni 1—2 mm. i dopiero po wycięciu tej części spojówki naokoło przypalił galwanokauterem i przerwał sprawę.

Wartoby przy leczeniu wrzodu toczącego rogówki wypróbować zastosowanie promieni chemicznych słońca (przrząd Nesmanowa), zabijających drobnoustroje, których istnienie wykrył w swoim spostrzeżeniu szan. kol. z Łodzi. —

Dr J. T.

*O bólach twarzy i głowy spostrzeganych w przebiegu grypy.* (Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen). Doc. W. Roth z Wiednia. (»Wiener Med. Wochenschrift. 1901, Nr. 7).

W następstwie grypy występują nieraz gwałtowne bóle w twarzy, w okolicy czoła lub skroni, to znowu w okolicy potylicy i dają wtedy powód do rozpoznawania neuralgii gałęzi nerwu trójdzielnego, gdy tymczasem, zdaniem autora, mają one swą przyczynę w ostrem zapaleniu błony śluzowej zatok pozostających w związku z jamą nosową, jakoto: zatoki czołowej, zatoki klinowej lub jamy Highmora. Bóle te odznaczają się bądź to zwalniającym, bądź też prze-

rywanym przebiegiem (*typus remittens vel intermittens*). Po przepłukaniu odpowiedniej zatoki fizyologicznym roztworem soli lub 1% roztworem kwasu borowego, ból zmniejsza się znacznie, a po kilku takich przepłukaniach ustaje zupełnie. Autor przyjmuje rozpoznanie nerwobólu tyl' o w tych przypadkach, gdzie przepłukanie zatok nie sprowadza żadnej ulgi w cierpieniu. Leczenie polega z początku na podawaniu takich środków jak chinina, fenacetyna, antypiryna, salipiryna, których skuteczność w grypie jest wypróbowana. Ponadto zaleca Roth leżenie w łóżku, środki napotne, ciepłe okłady, wdychywanie pary wodnej z dodatkiem mentolu, nakoniec ostrożne przedmuchiwanie nosa sposobem Politzera. Dopiero, gdy to łagodne postępowanie nie sprowadza ulgi, przystępuje Roth do przepłukania tej jamy, w której przypuszcza siedlisko sprawy zapalnej i zabieg ten, wprawdzie dla chorego trochę dolegliwy, zazwyczaj już nie zawodzi.

Dr K. W. Majewski.

*Rozedma oczna.* (Empysem am Auge). Prof. E. Fuchs.  
(Wiener klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 4).

Dla powstania rozedmy powietrznej w okolicy oka koniecznym jest spełnienie trzech następujących warunków: 1. Wytworzenie bezpośredniego połączenia jam powietrze zawierających z przestworami luźnej tkanki podskórnej powiek i spojówki lub też tkanki pozagałkowej w oczodole. 2. Wpędzenie powietrza do przestworów wśródtkankowych przez wzmoczenie ciśnienia podczas wydechu. 3. Brak otwartej rany skórnej, przez którąby wepchnięte w ten sposób powietrze ujęć mogło na zewnątrz.

Przestworami zawierającymi powietrze — w sąsiedztwie oka są: jama nosowa i zatoki w związku z nią stojące, jak zatoka czołowa, zatoka klinowa, komórki kości sitowej (*cellulae ethmoidales*) i jama Highmora. Wymienić należy także woreczek łzowy, który w zwyczajnych warunkach wprawdzie nie zawiera powietrza, ale wyjątkowo może się nim od strony nosa wypełnić. Zwyczajną przyczyną rozedmy bywa uraz, który sprawia pęknięcie ścianki kostnej oddzielającej przestwory powietrzne jamy nosowej od tkanki łącznej oczodołu. W przeważnej liczbie przypadków rozedma nie powstaje bezpośrednio po urazie, lecz dopiero później wskutek kichnięcia, kaszlu, a zwłaszcza przy silnem śniakaniu nosa. Wtedy dopiero powietrze dostaje się pod skórę powiek, wytwarzając dobrze znany poduszkowaty obrzęk tychże — lub wnika do tkanki pozagałkowej i sprawia mniej lub więcej wybitny trzeszcz gałki. Zdarzenie to następuje bądź to wkrótce po doznanym urazie, bądź też po upływie dłuższego, nieraz bardzo długiego czasu. Prof. Fuchs przytacza spostrzeżenia, gdzie rozedma wystąpiła dopiero w 10 lat (Thomp-

son), a nawet w 22 lata (Gosselin) po doznanym urazie. Zewnętrzny brzeg kości oczodołu, jako część najmniej ochroniona, jest miejscem, które uraz najczęściej bezpośrednio osiąga. Najczęstszym jednak skutkiem takiego urazu (w przypadkach, gdzie przychodzi do powstania rozedmy) jest pęknięcie blaszki papierowej kości sitowej (*lamina papyracea ossis ethmoidalis*). Mechanizm tego uszkodzenia Homaczy autor w ten sposób, że uderzenie przyciska gałkę oczną do wewnętrznej ściany oczodołu, a ucisk ten zazwyczaj wystarcza, aby wywołać pęknięcie tej cienkiej blaszki kostnej. Jeżeli jednak uraz spowoduje pęknięcie samej gałki (zazwyczaj równoleżnikowe pęknięcie twardówki), wtedy gałka taka pozbawiona już napięcia nie zdoła złamać kości sitowej. Dlatego to rozedma powietrzna i pęknięcie gałki poniekąd wykluczają się nawzajem. Dr Walser, jeden z uczniów prof. Fuchsa, dostarczył na poparcie tej teorii rozedmy ocznej dowodów doświadczalnych, a doświadczenia swe wykonywał na zwłokach ludzkich.

Ze spostrzeżeń, które autor przytacza, szczególnie ciekawy jest przypadek opisany przez Desmarres'a: U 58-letniego mężczyzny przy każdym siągnięciu nosa lewe oko wysuwało się z oczodołu na 1,5 cm. a równocześnie powieki obrzmiewały poduszkiwało, okazując wszystkie znamiona rozedmy podskórnej. Po chwili treszcz występował sam przez się, a z pod skóry powiek chory powietrze wygniał palcami. Fuchs opisuje oprócz tego kilka jeszcze przypadków takiej rozedmy nawykowej (*emphysema habituale*). Są to spostrzeżenia Schanz'a, Rampoirdiego i jedno własne autora.

Dr K. W. Majewski.

*Żyłak w oczodole.* Dr R. Denig. (\*The ophthalmic Record\*. Maj 1899).

Dr Gruening (Nowy Jork), który pisał o żyłakach w oczodole, rozklasyfikował je stosownie do umiejscowienia: do pierwszej klasy zaliczył żyłaki, umiejscowione poza gałką oczną (żyłak naturalnie wymacany być nie może, lecz przy pochyleniu głowy, przy ucisku żyły szyjowej lub przy zamknięciu ust i nozdrzy wywołuje wysadzenie gałki), do drugiej żyłaki, znajdujące się tuż przy gałce (żyłak jest wymacalny, często widoczny, również wywołuje wysadzenie gałki), wreszcie do trzeciej klasy zaliczył żyłaki, umieszczone po bokach gałki ocznej, kiedy trzeszcza przy pochyleniu głowy nie bywa, a tylko sam żyłak rozdyma się.

W niewielu przypadkach spostrzegano przy prostej postawie ciała niewielkie zapadnięcie się gałek (enophthalmus), co chyba tem wyłomaczyć można, iż pod wpływem ciągłego zmniejszania się i rozdymania żyłaków tkanka tłuszczowa oczodołu zmniejsza się. Żyłak łatwo może być przyjęty za *cavernoma* (guz rozprężny?) oczo-



dołu, gdy jednak objawów ucisku nerwu wzrokowego nie ma, mimo długiego trwania naczyniowego nowotworu, z wszelką pewnością wykluczyć możemy *cavernoma*, jakkolwiek sygnalizowano wypadek zaniku nerwu wzrokowego wskutek pęknięcia żyłaka w oczodole. Również wyklucza *cavernoma* nieznaczne zapadnięcie gałki, spotykane — jak rzekliśmy wyżej — przy żyłakach. Jako przyczyniek do etyologii żyłaków w oczodole posłużyłoby prawdopodobnie mogła nieprawidłowa wąskość w wielu wypadkach szczeliny oczodołowo-czaszkowej. Przypadek <sup>1)</sup> Dra R. Deniga za ciekawy uznany być powinien z tego względu, że — jakkolwiek żyłak należał do klasy drugiej (patrz wyżej), to jednak przy pochyleniu głowy nie wywoływał trzeszcza. Przy prostej postawie ciała rzucało się w oczy, acz nieznaczne, zapadnięcie gałki ocznej. Autor uważa za najradykałniejszy zabieg wyłuszczenie żyłaka za pomocą operacyjnego rękoćznu.

Włodz. Talko.

*Doświadczalny przyczyniek w sprawie reklinacji za-  
cmy.* (Experimentelles zur Frage der Starreclination). Dr Wassil-  
jeff i prof. Andoſkſky w Petersburgu. (Klin. Mtsbl. für Augen-  
heilkunde, Februar 1901).

Do przedsięwzięcia doświadczeń w tym kierunku skłoniło autorów to, iż w ostatnich czasach wykonywali niktórzy reklinacją zacząmy z dobrym skutkiem w przypadkach, gdzie inne metody operacyjne okazały się niepewnymi; a nawet na zjeździe paryskim podjął tę sprawę na nowo Truc, przyczem w czasie dyskusji pokazało się, iż do jej zwolenników — rozumie się w pewnych tylko razach — należą Panas, Dor i Gayet. A ponieważ dotychczas tak jakby nie było dokładnych badań mikroskopowych powikłań, jakie za sobą pociąga reklinacja, wykonali autorowie 24 doświadczeń na królikach: reklinacją wykonali oni przez twardówkę za pomocą umyślnie na ten cel sporządzonej łopalki, poczem zabijali zwierzęta po jakimś czasie (19—160 dni) chloroformem a wyjęte gałki oczne utrwalali w 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> formalinie. Pokazało się, iż w 19 z 24 przypadków (79<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) wystąpiło oderwanie siatkówki, w 6 (25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) zapalenie tęczówki i ciułka rzęskowego, w 6 (25<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) zarosnięcie kąta komory, a tylko w 3 (12,5<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) nie było poważniejszych zmian. Porównyując to z doświadczeniami na ludziach, to o <sup>o</sup>/<sub>o</sub> udanych operacyj nie możemy mówić, gdyż nie posiadamy statystyki w tym kierunku, a Hirschberg twierdzi, iż procent ten może dochodzić do 50 przy korzystnych warunkach; co się zaś tyczy powikłań,

---

<sup>1)</sup> Chory Dra D. na dolnej wardze posiadał jednocześnie dwa wielkości grochu żyłaki, przed 6 laty miał żyłaki na lewej nodze, które od 2 lat znikły; od 3 lat cierpi na hemoroidy.

to na pierwszym miejscu zjawia się zapalenie łączówki i ciała rzęskowego, a po niem dopiero następuje oderwanie siatkówki, jaskra i współczulne zapalenie. Różnicę tę wyjaśniają autorowie tem, iż przy doświadczeniach na zwierzętach zachowano wszelkie prawidłą antyseptyki, podczas gdy dawniej przy operacyach na ludziach nie przestrzegano tego wcale, a nadto używano do tego najczęściej kończastej igły, która łatwo naddziera łobkę soczewki, której wartość jest bardzo dobrem podłożem dla rozwoju drobnoustrojów. Że zaś przy doświadczeniach na królikach najczęstszem było oderwanie siatkówki, to objaśniają autorowie większym urazem, wywarłym na ciało szkliste, gdyż w braku oderwania siatkówki w opisanych przez innych przypadkach, z dobrym wynikiem widzą oni dowód na to, iż albo ciało szkliste pozostało w czasie operacyi nienaruszone, albo już przed operacyą uległo rozplnięciu, a więc nie mogło przyjść do następowego kurczenia się tegoż, a tem samym oderwania siatkówki. Na podstawie tedy wyniku doświadczeń uważają oni tę metodę operacyjną jako zupełnie słuszną zarzuconą, a jeśliby ktoś chciał ją wykonać z powodu specjalnych jakichś wskazań, to radzą raczej zatopienie zaćmy (*depressio cataractae*), niż reklinacyę, gdyż ta pierwsza dopuszcza mniejszy uraz ciała szklistego. Przy końcu zwracają oni uwagę na zwiechnięcie soczewki do ciała szklistego, które jest samoistną reklinacyą względnie depressyą, nie dokonaną ręką ludzką; i tutaj mamy z jednej strony przypadki bez złych następstw, z drugiej strony przypadki z wyż wymienionymi powikłaniami; i tu wyjaśniają je oni tak samo, jak przy sztucznej reklinacyi lub depressyi<sup>1)</sup>.

Dr Gruszkiewicz.

*Zejscie śmiertelne po operacyi zaćmy.* (La mort après l'opération de la cataracte). Dr. A. Troussseau. (»Annales d'Oculistique«, 1901, Z. III).

Trudno przypuścić, żeby tak drobny stosunkowo, choć trudny i ważny zabieg operacyjny, jakim jest operacya zaćmy mógł bezpośrednio i sam przez się spowodzić tak ciężkie zaburzenia ogólne, żeby aż dla życia z tego powodu wyniknąć miało niebezpieczeństwo. Prawda, że z każdej chociażby najdrobniejszej ranki może w razie zanieczyszczenia rozwinąć się najgroźniejsze zakażenie ogólne, ale właśnie co do operacyi zaćmy wiadomo, że, jeśli nieszczęśliwym wypadkiem wystąpi po niej ropienie, to sprawa ogranicza się na

<sup>1)</sup> Odpowiada to naszemu przekonaniu i doświadczeniu. Reklinacya a także depresya dopuszczalna tylko w wyjątkowych razach, wywołuje ujemne oczne zmiany, które później częściej występują, aniżeli to doświadczeniami na zwierzętach wykazać można.

utracie samego tyłka oka. Trousseau nie ma jednak na myśli zakażenia przyrannego, lecz przyłącza przykłady, bądź to z własnego doświadczenia, bądź też z opisów ogłoszonych w literaturze (Webster, Fromaget, Molais), gdzie po operacyi katarakty przyszło w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego i gdzie trzeba było powiedzieć, że nastąpiło ono nie tylko *post hoc*, ale i *propter hoc*<sup>1)</sup>. Przypadki te odnoszą się do ludzi bardzo wiekowych dotkniętych miażdżycą tętnic, rozedną płuc, nieżytem oskrzelowym i t. d. Wkrótce po operacyi, po założeniu obocznej opaski choroby ci, zniewoleni do nieruchomego leżenia na wznak, albo ginęli wśród objawów zapalenia płuc opadowego (*pneumonia hypostatica*), albo dostawali objawów szoku pooperacyjnego, a wtedy jako jedyną przyczynę zejścia śmiertelnego przyjmuje Trousseau wstrząs nerwowy wywołany obawą operacyi, niepewnością co do jej wyniku, przymusowym spokojem, ciemnicą i t. d. Jeden szczególnie przypadek bardzo przekonująco przemawia za tego rodzaju tłumaczeniem zejścia śmiertelnego: 76-letnia kobieta, poprzednio na pozór przynajmniej zupełnie zdrowa, przybywa do kliniki (do której, autor nie podaje) ze skargą na upośledzenie wzroku. Natychmiast po zbadaniu lekarze oświadczają jej bez ogródek, że ma kataraktę i że musi się poddać operacyi. Ułożono chorą na stole operacyjnym i wykonano operacyę niezwłocznie (!). Można sobie wyobrazić, jak głębokiego wstrząśnienia nerwowego doznać mogła kobieta wrażliwa może i nieprzygotowana na te silne wrażenia, tak szybko po sobie następujące. Tegoż samego wieczora wystąpiły u niej objawy udaru mózgowego, a w 48 godzin potem umarła. Mimowoli nasuwa się tu przypuszczenie, że wstrząs nerwowy wpłynął na wzmożenie czynności serca i przy istniejącej zapewne skłonności (krucheości ścian naczyńowych) wywołał krwotok mózgowy.

Autor na podstawie własnego doświadczenia i obcych spostrzeżeń zaleca wielką przezorność i ściśle uwzględnianie ogólnego stanu zdrowia, ilekroć się przystępuje do operacyi katarakty zwłaszcza

---

<sup>1)</sup> Dwa razy w ciągu dwudziestokilkuletniej praktyki okulistycznej przy bardzo obfitym materiale operacyjnym zdarzył mi się przypadek śmierci po operacyi zaćmy, raz u 90letniego, silnego zresztą mężczyzny, którego rok przedtem na jedno operowałem oko ze skutkiem, w dwa tygodnie po prawidłowej operacyi zaćmy drugiego oka.

Drugi dotyczył 80letniej damy, również bez powikłań operowanej, która w przeddzień oznaczonego swego do dalekiej siedziby powrotu nagle przy defekacyi ducha wyzionęła.

W obu przypadkach nastąpiła śmierć wskutek udaru mózgowego, którego w żaden związek przyczynowy z operacyą zestawie nie możemy. Był to nieszczęśliwy zbieg okoliczności. W.



u ludzi podeszłych wiekiem i każe zwracać uwagę w przebiegu pooperacyjnym na stan ciepłoty ciała, przyczem suchy język powinien być dla nas ważną, przez starych lekarzy wypróbowaną wskazówką, nakazującą wielką ostrożność w rokowaniu. Tak samo ilość oddawanego moczu w przypadkach podobnych wielkie ma znaczenie, jak to autor wykazuje na kilku spostrzeżeniach, gdzie u operowanych na zaćmę przyszło do zejścia śmiertelnego wśród objawów mocznicy, wywołanej kilkodniową anurią.

Dr. K. W. Majewski.

*Wskazania do wycięcia spłotu współczulnego szyjowego w przypadkach jaskry* (Des indications de l'ablation du ganglion cervical supérieur dans le glaucome). Abadie. (»Archiv d'Ophthalmologie«, Mars. 1901).

W roku 1897 A. wygłosił zdanie na kongresie oftalmologów francuskich, że podstawa chorobowa jaskry tkwi w czynnym rozszerzeniu naczyń oka i radził, by, w razach, gdzie wycięcie tęczówki jest bez skutku, wycinać spłot szyjowy górny nerwu współczulnego. W tymże samym roku Rumun Jonnesco o pół roku później podał, że wyciął w przypadku jaskry spłot szyjowy nerwu współczulnego. Abadie mimo to zastrzega sobie pierwszeństwo pomysłu, na podstawie którego Jonnesco operację tę uskutečnił.

A. twierdzi, że niektóre inne cierpienia miejscowe mają takżę swą etiologię w zmianach naczyniowych, w krążeniu wadliwym. I tak w oku zmiany w nerwie współczulnym, powodując zmianę w szerokości naczyń, wywołują jaskrę. Prawdopodobnie (!), że i niektóre przypadki niewytlómaczalnej do dziś dnia głuchoty i oporne dotychczasowym zabiegom leczniczym mają analogiczną przyczynę. Na szyi gruczoł tarczycowy w cierpieniu Basedo'w'a ulega powiększeniu li tylko z powodu rozszerzenia naczyń, zatem ten sam mechanizm, co w jaskrze, — to też niektóre przypadki wola w przebiegu choroby Basedo'w'a ustępują po wydobyciu spłotu współczulnego szyjowego. W jaskrze środki zwężające źrenicę, a zarazem zwężające naczynia mają wpływ na przebieg cierpienia dodatni, — w wolu trzeszczowym (*goître exophthalmique*) Basedo'w'a środki zwężające naczynia: ehinina, antypiryna, ergotyna, dają dobre wyniki lecznicze. — Prawdopodobnie *angina pectoris* i ostry obrzęk płuc nie są niczem innym, jak następstwem wadliwej funkcji n. współczulnego. Niektóre przypadki cukrzycy, te szczególnie, które się poprawiają po użyciu bromku potasu, antypiryny i in., są przypuszczalnie także pochodzenia tego samego. Jaboulay ogłasza cały szereg przypadków, gdzie wycięcie zwoju współczulnego w *regio sacralis* usunęło ciężkie cierpienie stawów, macicy, nerwu kulszowego i t. p. W oku rzecz ma się tak samo: wszystkie *mydriatica* rozszerzają zarazem

naczynia i podnoszą ucisk w oku jaskrą dotkniętą, *miotica* działają wręcz przeciwnie. W oku zdrowym ani te, ani tamte żadnego wpływu na ucisk śródoczny nie wywierają. Ten objaw powinien być użyty jako moment rozpoznawczy w przypadkach, poczynających się podobnie, n. p. w zaniku nerwu wzrokowego, gdzie też istnieje ekskawacja, bardzo podobna do ekskawacji w pierwszych początkach jaskry prostej. Obok wyników badania, wskazujących stan pola widzenia, stan czucia barw, czucia światła, można zużyć własności swoiste atropiny i pilokarpiny. Jeśli po kilku dniach zapuszczenia atropiny bystrość wzroku mocno się obniży, po miotykach zaś znacznie się poprawi, to mamy do czynienia z jaskrą, gdy nie zmieni się wcale (albo tylko tyle, ile wpływa na to rozszerzenie źrenicy), to mamy przed sobą cierpienie nerwu wzrokowego (bez jaskry).

Dlatego, że podwyższenie ucisku w jaskrze przewlekłej (*gl. rimplex*) jest bardzo nieznaczne, postęp choroby jest wolny. I w tych razach, gdzie stopień obniżenia ucisku przez *miotica* jest właśnie tak silny, jak był stopień podwyższenia poprzedniego, *status quo* da się latami utrzymać, — jeśli ten stosunek wypada na korzyść podwyższenia ucisku, jaskra zwołna postępuje, stąd też znany objaw, że niektóre przypadki jaskry prostej po miotykach się poprawiają, a niektóre zupełnie z pod wpływu tych środków się usuwają. W tych to razach wycięcie zwoju szyjowego ma ścisłe swe wskazanie.

Prawdopodobnie w jaskrze ostrej i podostrej układ naczyniowy przedniego odcinka oka jest zajęty i te przypadki leczy się irydektomią. W tych wszystkich przypadkach tętniczki rozszerzone są unerwione przez włókna nerwu współzulnego śródczaszkowego, idące wraz z włóknami nerwu trójdzielnego. Tutaj też wycięcie zwoju współzulnego szyjowego byłoby bezskutecznem. — W tych też przypadkach źrenica jest szeroką, a wiadomo, że podług badań Franka włókna, działające na szerokość źrenicy, biegną razem z włóknami nerwu trójdzielnego. — *Dr Brudzewski.*

*O leczeniu bez opaski po operacjach na gałce ocznej.*  
(Ueber die modificirte offene Wundbehandlung nach Bulbusoperationen). Dr E. Heilmann z Berlina. (»Münchener Med. Wochenschrift«, 1901. Nr 8).

Artykuł ten poświęca autor wielokrotnie roztrząsanej i omawianej już sprawie leczenia pooperacyjnego bez zakładania opaski. Jako główną wadę dawnego opatrunku podnosi on ucisk, jakiego pod nim doznaje oko. Ucisk ten utrudnia zamknięcie się rany i wypełnienie przedniej komory, opóźnia w ten sposób sprawę zabliznienia, a nadto prawdopodobnie powiększa stopień nieczerności pooperacyjnej. Dla poparcia tego ostatniego twierdzenia zamierza Hei-

mann przeprowadzić szereg porównawczych pomiarów astygmometrycznych i wyniki tych badań ogłosić dodatkowo. Autor nie jest zwolennikiem leczenia pooperacyjnego bez wszelkiej zgoła opaski, a zatem sposobu podanego przez Hjorta, lecz zaleca drogę pośrednią, t. j. zakładanie czy to maski Fuchs'a lub Prauna, czy też okularów ze siatki drucianej lub nakrywek celuloidowych Schreiber'a. Nie wspomina jednak o opasce papierowej Wolffberg'a, która posiada również co najmniej te same zalety, jakie autor przypisuje wyżej wymienionym rodzajom opatrunku. Zalety te są następujące:

1. Ochrona oka przed uszkodzeniami mechanicznymi.
2. Swoboda ruchów powiek, które usuwają z oka nadmiar wydzieliny, bogatej zazwyczaj w drobnoustroje.
3. Wcześniejsze ustąpienie zadrażnienia dzięki swobodnemu odpływowi wydzieliny spojówkowej.
4. Dokładniejsze przystosowanie się brzegów rany, a stąd mniejszy stopień niezborności pooperacyjnej.
5. Większa dogodność dla operowanego.
6. Zmniejszenie niebezpieczeństwa wystąpienia zaburzeń umysłowych po operacji.
7. Ułatwione dogłębne oglądanie operowanego oka i większa wygoda w razie potrzeby częstego zapuszczania kropli. —

*Dr K. W. Majewski.*

*W sprawie okularów celuloidowych.* (Zur Frage der Celluloidbrillen). Dr W. Zimmermann ze Stuttgartu. (>Die Ophthalm. Klinik. 1900, Nr. 17).

Prof. Weiss na przedostatnim zjeździe w Heidelbergu przedstawił zebranym własnego pomysłu okulary celuloidowe, które jednak ani przez członków zjazdu, ani później przez szerszy ogół okulistów nie zostały przychylnie przyjęte. Dr Zimmermann jednak zaczął okularów, a raczej muszli tych w praktyce swej używać i nabrał z czasem przekonania, że nie są one zupełnie bez wartości, przeciwnie, posiadają pewne cenne zalety. Muszle te wykrojone z cienkiej płytki zupełnie przezroczystego celuloidu przytwierdza się zapomocą dwóch tasiemek tak, aby brzegami ze wszystkich stron dookoła oka dokładnie do skóry przylegały. Mogą one być podwójne, dla obydwu oczu lub tylko jednostronne. Prócz dokładnie przezroczystych używał także Dr Zimmermann muszli takich z celuloidu lekko zadymionego zwłaszcza w przypadkach, gdzie do lekkiego podrażnienia oka np. po wyjęciu ciała obcego z rogówki, przyłączał się małego stopnia światłowstręt. We wielu zresztą razach muszle celuloidowe mogą, zdaniem jego, z korzyścią zastąpić kalikotowy lub papierowy opatrunek. Nie ma jednak na-



dziei, żeby mogły wyprzeć z użycia szklane okulary dymne, ponieważ chorzy niezbyt estetycznie wyglądają w muszlach celluloidowych i dlatego niechętnie przystają na dłuższe lub stałe ich używanie. Natomiast przypuszcza autor, że niektórzy robotnicy, których praca nie wymaga zbyt dokładnego przyglądania się drobnym przedmiotom, np. ludzie zajęci tłuczeniem kamieni, mogliby z korzyścią dla ochrony oczu muszli tych używać.

Dr. K. W. Majewski.

#### IV. Z TOWARZYSTW.

1. Sprawozdanie z 28 zgromadzenia Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1900. (Streszczone według oryg. niem.) (Dokończenie).

XI. *Umiejscowienie ośrodka zwieracza źrenicy.* (Die Lage des Sphinctercentrums). St. Bernheimer.

W pracach z r. 1898 i 1899 wykazał Bernheimer, że ośrodek dla zwieracza źrenicy znajduje się w małokomórkowym jądrze środkowym i to tej samej strony. Dla obu zwieraczy leżą te jądra symetrycznie tuż obok siebie, w przedniej trzeciej części przednich wzgórków czworaczych pod przewodem Sylwiusza. Chcąc o tem przekonać i przeciwników tych badań, postanowił on udowodnić to doświadczalnie. W tym celu wkławał u małpy, osobno sporządzony obojętny nóż, w tę część mózgu, która odpowiada położeniu tych jąder. Wskutek tego zabiegu źrenica po tej samej stronie nie oddziaływała odruchowo ani współczulnie, a zmianę tę można było dokładnie spostrzegać przez cały miesiąc, gdyż tak długo żyło jeszcze zwierzę po operacji. W tym też czasie robił autor odpowiednie zdjęcia fotograficzne, które uwidoczniają dokładnie stosunek w zachowaniu się źrenicy schorzałej i prawidłowej. Przeprowadzona u zwierzęcia sekcya zwłok wykazała ostro ograniczone przedziurawienie sklepienia w przedniej 3eiej części wzgórków czworaczych. Przez ten otwór zniszczył nóż prawe małokomórkowe jądro środkowe.

Badanie drobnowidowe wykazało zniszczenie wszystkich komórek prawego małokomórkowego jądra i to częściowo wprost przez uraz, częściowo zaś pośrednio przez następującą sprawę zapalną.

Dr. T. Bałaban.

XII. *O tak zwanem porażeniu rozbieżnem.* (Über die sogenannte Divergenzlähmung). A. Bielschowsky.

U 3 chorych wystąpiło podwójne widzenie, przyczem oczy nie ustawały się przy widzeniu w dal równoległe, lecz roz-

bieżnie. Zdwojone obrazy były równoimienne i dawały się zawsze usunąć przez przedłożenie odpowiednich szkieł klinowatych z podstawą na wewnątrz, a takie przy znaczniejszem zbliżeniu przedmiotu do ocz n. p. na zwykłą odległość czytania. Nader zajmująca ta zmiana była spowodowaną w 1szym przypadku u 35letniej kobiety, prawdopodobnie kiłą, w 2gim u 17letniego chłopca wstrząśnieniem mózgu, w 3cim zaś powstała ona po zatruciu ołowiem. Sposób powstania tego dotychczas mało widzianego objawu, da się wytłómaczyć trojako. I tak musimy przedewszystkiem myśleć o porażeniu jednego lub obu mięśni prostych zewnętrznych oka, dalej mogłoby się rozchodzić w tych przypadkach o t. z. skurecz zbieżny (*Convergenzkampf*) a wreszcie o porażenie ośrodka rozbieżnego (*Divergenzlähmung*). Przy dokładnem badaniu powyższych przypadków dały się porażenia mięśni prostych zewnętrznych oka wykluczyć już z samego zachowania się zdwojonych obrazów. Trudniejszą rzeczą było rozstrzygnąć pomiędzy skurczem ośrodka zbieżnego a porażeniem ośrodka rozbieżnego. Jakkolwiek teoretycznie mogłoby w tych przypadkach zachodzić jedno i drugie, to jednak obraz kliniczny przemawia raczej za porażeniem rozbieżnem. A to głównie dlatego, gdyż przy skurczu zbieżnym zboczenie gałek ocznych jest zazwyczaj daleko wyższego stopnia, dalej zwykliśmy widzieć przy niem drżenie gałek a także silne zwięźlenie źrenic i równoczesny skurecz akomodacyi. Ponieważ u wszystkich trzech chorych objawy te nie istniały, dlatego przyjmuje w nich autor porażenie ośrodka rozbieżnego, którego istnienie udowodnił badaniami doświadczalnemi na zwierzętach.

*Dr T. Ballaban.*

### XIII. *O obuocznem widzeniu.* (Über binoculares Sehen). I. Heine.

Chcąc wyjaśnić sposób, w jaki się odbywa widzenie obuoczne podaje Heine szemat, który uwidocznia łączność obwodowych części narządu wzrokowego z ośrodkami wzrokowymi w korze mózgowej. Przy zupełnie należytym wykształceniu narządu wzrokowego, posiadamy, zdaniem autora, w każdym ośrodku wzrokowym płatu polylicznego podwójne oko lub co najmniej podwójne żółte plamki, pozostające w łączności z żółtymi plamkami siatkówki przez szlaki wzrokowe. Jeżeli więc plamki żółte obu ocz są rzucone na jedno miejsce kory mózgowej, to możemy sobie przedstawić, że obrazy powstające w czopkach żółtych plamek siatkówek obu ocz spływają razem i leżą obok siebie w zdwojonej tej żółtej plamce kory mózgowej.

*Dr T. Ballaban.*

XIV. *O granicach bystrości wzroku.* (Über die Grenzen der Sehschärfe). F. Best.

Praca oparta na czysto fizyologicznych obliczeniach, nie może być streszczoną w krótkim sprawozdaniu.

XV. *O możliwości widzenia przewodów Schlemm'a w żyjącym oku.* (Über die Sichtbarkeit des Schlemm'schen Canals am lebenden Auge). Fuchs (Wiedeń).

Fuchs zwraca uwagę, że kanał Schlemm'a można widzieć w żyjącym oku u osobników, u których cienka twardówka prześwieca, a szczególnie u młodych dziewcząt.

Przy ześrodkowanym oświetleniu bocznem przedstawia się on jako ciemna linia łukowa, spółośrodkowa z rogówką. Ciemna jej barwa pochodzi stąd, że przewód ten zawiera w sobie u człowieka żyjącego krew.

Dr T. Ballaban.

XVI. *Środkowa bystrość wzroku i obwodowe oświetlenie.* (Centrale Sehschärfe und periphere Helligkeit). L. Hummelshelm.

Autor podjął się zadania zbadać, o ile oświetlenie obwodu pola widzenia wpływa na środkową bystrość wzroku. W tym celu oświecał on zawsze jednakowo silnie znajdujący się środkowo przedmiot i jego najbliższe otoczenie, podczas gdy pozostałe pole widzenia poddawał oświetleniu o różnej napiętości. Z przeprowadzonych badań wynika, że stosownie do zwiększania się bocznego oświetlenia poprawia się równocześnie i bystrość wzroku i to tak dalece, że przy podniesieniu natężenia świetlnego z 10 świec metrycznych na 200 podnosiła się bystrość wzroku o  $\frac{1}{4}$ . Badania te są dla nas ważne i pod względem praktycznym, gdyż dowodzą one, że do dokładnego zbadania bystrości wzroku nie wystarczy miejscowe oświetlenie wzorków próbnych, lecz że koniecznym nam jest do tego dokładne oświetlenie boczne, jakiego nam np. dzień jasny dostarcza.

Dr T. Ballaban.

XVII. *O zagięciach pola widzenia powstałych przez zmęczenie.* (Über die Ermüdungsgesichtfelder). A. v. Reuss.

Na zachowanie się pola widzenia przy zmęczeniu zwrócił Förster pierwszy uwagę w roku 1877. Po nim zajmowali się tem bliżej Wilbrandt i König. Tego rodzaju zmiany opisane przez powyższych autorów zachodzą po największej części u osób cierpiących na hysteryę, neurastenię a szczególnie na nerwiec urazową. U takich chorych zauważył i autor od dłuższego czasu, że granice pola widzenia na barwę białą i inne barwy, w szczególności zaś na barwę niebieską ścieśniają się przy ponownem badaniu coraz bar-



dziej i to tak dalece, że różnica w jednym południku wynosi czę-  
sto od 70°—20°. Badając w podobnych przypadkach kilkakrotnie  
pole widzenia, dochodzi się wreszcie do ostatecznych granic w zna-  
czeniu dośrodkowego ścięśnienia, a jeżeli połączy się wszystkie pun-  
kta graniczne ze sobą, to otrzymuje się przez to linię krętą, której  
zakończenie stanowi linia kolista lub elipsa. Tak powstałą linię  
w polu widzenia nazywa autor »linią krętą, powstałą ze zmniejszenia«  
(*Ermüdungsspirale*).

Z istnienia tej linii nie można naturalnie wnioskować o spo-  
sobie powstawania objawów zmniejszenia w narządzie wzrokowym ani  
też przypisywać jej istnieniu jakiegoś znaczenia rozpoznawczego  
przy nerwicy urazowej, hysterji i neurastenii. Do czasu zdaje się  
ona być tylko cennym przyczynkiem do sposobów badań rozpo-  
znawczych.

Dr T. Bałłaban.

XVIII. *Kilka słów o jednorazowym wielobarwnym druku.* (No-  
tiz über den einmaligen Vielfarbendruck). A. v. Reuss.

Autor polecił sposobem jednorazowego wielobarwnego druku  
wykończyć barwne tabliczki do badania zmian w poczuciu na bar-  
wy, przyczem podnosi ich taniość w stosunku do tabliczek baweł-  
nianych Daane'go.

XIX. *Zmiany naczyń siatkówki przy miażdżycy naczyń.* (Ver-  
änderungen der Netzhautgefäße bei Arteriosclerose). E. Hertel.

Chcąc się przekonać, w jaki sposób i w jakim stopniu pod-  
legają zmianom naczynia siatkówki przy miażdżycy naczyń ustroju,  
a zarazem rozstrzygnąć, czy w naczyniach siatkówki dadzą się ana-  
tomicznie wykazać znaczniejsze zmiany, pomimo, że bystrość wzroku  
jest prawidłową, poddał Hertel badaniu 17 gałek ocznych, wy-  
jętych po śmierci u osób, u których badanie za życia wykazało  
daleko posuniętą miażdżycę naczyń obwodowych. Badanie wzierni-  
kiem wykazało po większej części zmiany w naczyniach. A mia-  
nowicie były one w przebiegu pokręcone, ślup krwi w tętnicach  
był wąski, natomiast w żyłach był on w dwóch przypadkach bar-  
dzo szeroki. Na obwodzie były ściany naczyń zgrubiałe i otoczone  
białymi pasemkami. Tarcza wzrokowa była po większej części  
bledszą.

Badanie drobnowidowe. We wszystkich badanych gał-  
kach ocznych dały się wykazać w naczyniach siatkówki zmiany  
stareze. I tak było światło naczyń szersze, ściany naczyń zgrubiałe,  
ich przyblonek był gładki i jednowarstwowy. W tętnicach znajdo-  
wały się liczne włókna sprężyste w błonie zewnętrznej i wewnętrz-  
nej, natomiast w żyłach po większej części tylko w błonie środkowej.

W niektórych gałkach ocznych znachodziły się zmiany zapalne w ścianach naczyń, przyczem były one naciekle komórkami krągłymi i nowowytworzoną tkanką łączną, obfitującą w komórki. Przez te zmiany stawały się naczynia i to szczególnie żyły szerszemi.

W innych znowu przypadkach była błona wewnętrzna naczyń workowata, ku środkowi wydęta, tak, że miejscami zwiężało się wskutek tego światło naczynia bardzo znacznie.

Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że przy miażdżycy naczyń podlegają naczynia siatkówki o wiele weześniej zmianom anatomicznym, aniżeli zwykły występować zaburzenia w czynności wzroku. Zmiany te, powstałe w naczyniach siatkówki, musimy uważać jako przewlekłe zmiany zapalne, powodujące rozwój tkanek, które następnie przez bujanie wytwarzają tkankę łączną i włókna sprężyste. Powodu tych zmian należy szukać w różnych szkodliwościach ustroju, jak w nadmiernem używaniu wysoko, przy przewlekłym zatruciu ołowiem, skazie moczanowej i t. p.

*Dr T. Baltaban.*

XX. *O śródgałkowym odkażaniu.* (Ueber intraoculäre Desinfection). W. M a y e g.

Na zjeździe w Utrechcie polecił Ha a b przy ropnych zapaleniach gałki ocznej wprowadzać jodoform do przedniej komory oka — jako środek zapobiegawczy przeciwko powstawaniu zapaleń współczulnych. Zachęcony znakomitymi wynikami leczniczymi Ha a b'a, stosował autor ten zabieg na swej klinice w przypadkach ropnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, w których poza tem nie pozostawało nic innego, jeno wyłuszczenie gałki.

W tym celu przestrzykiwał on najpierw przednią komórkę 4% roztworem kokainy, poczem wprowadzał do niej kaniulkę, w której wnętrzu znachodziła się laseczka jodoformu. Podczas, gdy on kaniulkę przytrzymywał palcami, zsuwał asystent wspomnianą laseczkę jodoformową w głąb przedniej komory. Z małymi wyjątkami wynik tego zabiegu był wprost zdumiewający, gdyż ciecz wodna i rogówka wyjaśniały się, a tęczówka przybierała prawidłową barwę. Laseczka jodoformowa wehłaniała się całkowicie w przeciągu 4—6 tygodni, a równocześnie znikał i stan zapalny gałki ocznej.

Ponieważ jodoform sam, jako taki, nie posiada prątkobójczego działania, więc zdaje się, że dodatni wynik tego zabiegu należy przypisać tworzeniu się jodu, który powstając (*in statu nascendi*) musi mieć na drobnoustroje inne działanie, aniżeli sam jodoform.

*Dr T. Baltaban.*

XXI. *O dokładniejszej budowie tkanek gruczołu łzowego, ze szczególniejszem uwzględnieniem „tłuszcza”, znajdującego się w jego przybliżonkach.* (Ueber die feinere Histologie der Thränenendrüse, besonders über das Vorkommen von »Fett« in den Epithelien). Th. Axenfeld.

Badanie anatomiczne 14 gruczołów łzowych wykazało zwiększoną w nich tkankę śródmiąższową i to szczególnie u ludzi starszych. W tkance tej znajdowały się licznie nagromadzone komórki mieszkowate (*techte folliculäre Zellanhäufungen*). Przybliżonki były tak znacznie otłuszczone, że prawie żadna cewka gruczołu nie była wolną od tłuszczu. Odpowiednio do tego był też i odczyn na kwas osmowy bardzo wybitny. W gruczołach świeżo po wyjęciu utrwalonych znajdowały się liczne fuksynochłonne ziarenka, których wyrażne jądro było zupełnie prawidłowe.

Ponieważ przeprowadzone badania tyczyły się komórek gruczołów, wyjętych z powodu zmian patologicznych, więc autor, chcąc wykazać, że tłuszcz znajduje się także i w gruczołach, których komórki nie zwyrodniały, poddał badaniu 5 gruczołów, wyjętych po śmierci u osobników, których gruczoły łzowe były za życia zupełnie prawidłowe. Znaczna ilość tłuszczu dała się i tu z łatwością wykazać przez bardzo silny odczyn kwasem osmowym. Tłuszcz znaleziony nie mógł pochodzić ze zmian pośmiertnych w gruczołach, gdyż przemawiają przeciwko temu dotychczasowe doświadczenia patologii. Natomiast jest rzeczą pewną, że istniał ten tłuszcz już za życia.

Ponieważ liczne ziarenka tłuszczu dały się wykazać także i w wewnętrznej warstwie przewodu łzowego, pomimo, że przybliżonki jego były zupełnie prawidłowe, więc sądzi autor, iż istnienie tłuszczu jest w ścisłym związku ze sprawą wydzielniczą gruczołów.

Zajmującą jest sprawa, czemu przypisać należy, że w wydzielniczej gruczołów nie udaje się wykazać tłuszczu, pomimo, że przybliżonki gruczołów posiadają tak wielką jego ilość. Zdaje się, że musimy to temu przypisać, iż wydzielany z cewek gruczołów tłuszcz zostaje w nich natychmiast wchłaniany.

Badaniami temi udowodnił autor, wbrew dotychczas istniejącemu zapatrywaniu, że gruczoły łzowe posiadają w sobie już fizjologicznie tłuszcz, że zatem jego istnienia nie należy nazywać mylnie »zwyrodnieniem tłuszczowem«.

T. Battaban.

XXII. *O dwukrotnem przedziurawieniu gałki ocznej przy skaleczeniu odłamkiem żelaza.* (Ueber zweimalige Durchbohrung der Augenhäute bei Eisensplitterverletzungen). A. Wagenman.

Autor opisał 3 przypadki, w których odłamek żelaza, przebiwszy przednią i tylną ścianę gałki, przedostał się na zewnątrz. I tak



umiejscowił się odprysk w pierwszym przypadku w tylnej ścianie twardówki tuż obok i poniżej nerwu wzrokowego, w przypadku drugim w pochwie nerwu wzrokowego, w trzecim zaś tuż pod tarczą nerwu wzrokowego, co się dało wykazać wziernikiem po wyleczeniu oka i wessaniu się powstałej z urazu zaćmy urazowej. W miejscu bowiem wyjścia odprysku znajdowała się pod tarczą wzrokową blizna, która powstała z pewnością przez zbliżowacenie ścianki ranki po wyjściu odprysku z oka. Oko to liczyło palce w odległości 3 m + 10 D.

W dwóch pierwszych przypadkach zniszczały gałki oczne przez zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego.

Pomimo często trudnego w tym kierunku rozpoznania klinicznego, musimy myśleć o podwójnem przebiegu gałki ocznej, jeżeli przy skaleczeniu odpryskiem nie otrzymany sideroskopem dodatniego wyniku badań. Utrwalonem może być rozpoznanie badaniem zapomocą promieni Röntgena. — *Dr T. Ballaban.*

## 2. Angielskie Towarzystwo oftalmologiczne. Posiedzenie z 31 stycznia 1901.

Przewodniczy: G. Anderson Critchett. —

G. A. Berry mówi o *niedowładzie dywergencyjnej*. Na podstawie historii chorób, które przytacza, dowodzi Berry, że w przypadkach tak zwanej *paresis divergentiae* niejednokrotnie przyczynę zбочenia stanowi właściwie wzmozona czynność mięśni prostych wewnętrznych. Nadto wzmiankuje o przypadkach zezu, polegającego na skójarzeniu czynności mięśni, które zwyczajnie nie działają równolegle n. p. mięśnia prostego wewnętrznego jednego oka z mięśniem prostym górnym oka drugiego. —

Rayner D. Batten opisuje *przypadek zakrzepu tętnicy siatkówkowej i krwotoku do ciała szklistego wskutek przypatrywania się zaćmieniu słońca*. U pewnej 28letniej kobiety, która gołem okiem przyglądała się zaćmieniu słońca (w maju 1900), wystąpiło natychmiast zamglenie wzroku, a badanie dna oka, wykonane w kilka dni później, wykazało zaćmienia krwawe w ciele szklistem i zaczopowanie jednej z górnych tętnic siatkówkowych. V. =  $\frac{6}{18}$ . Utrata dolnej połowy pola widzenia. Stan ten uległ z czasem częściowej poprawie. U osoby tej, zresztą zupełnie zdrowej, nie można było wykazać żadnej innej przyczyny tego cierpienia, jak tylko szkodliwy wpływ bezpośrednich promieni słońca.

Lawford spostrzegł 3 przypadki oślepienia wskutek wpatrywania się w słońce — bez widocznych zmian na dnie oka. We wszystkich trzech pozostało ostatecznie upośledzenie bystrości wzroku i ubytek środkowy w polu widzenia.

Treacher Collins, Jessop i Bokenham opowiadają o podobnych spostrzeganych przez siebie przypadkach.

Berry dodaje, że nie tylko spoglądanie wolnym okiem na słońce jest niebezpieczne, ale i szkło *niebieskie* nie chroni oka dostatecznie, o czym zazwyczaj nie wie publiczność. Właśnie bowiem promienie błękitne i fiołkowe są najszkodliwsze. —

Anderson Critchett podaje opis przypadku *rany postrzałowej w okolicy płata potylicznego z utratą dolnej połowy pola widzenia obydwóch oczu*. Pewien oficer angielski otrzymał postrzał karabinowy: kula weszła z prawej strony w miejscu ponad wyrostkiem sutkowym kości skalistej (*processus mastoideus dexter*), przewierciła kość skalistą, przeszła mózg i, strzaskawszy kość potyliczną, wydosłała się z czaszki w miejscu, położonem ku górze i na lewo od *protuberantia occipitalis*. Nalychmiastowa, zupełna utrata wzroku; dopiero po upływie pół godziny utrata przytomności. Po ośmiodniowej śpiączce odzyskał chory przytomność, ale poczucie światła wróciło dopiero po upływie dalszego tygodnia. Z biegiem czasu wzrok się znacznie poprawił, a Critchett, gdy chory do niego się zgłosił, stwierdził już obustronnie pełną bystrość wzroku, prawidłowe dno oczu, prawidłowe bezpośrednie i współzależne oddziaływanie źrenic. Ślepota barwna, którą chory okazywał, istniała jednak już przed zranieniem i z tego nawet powodu nie przyjęto go do marynarki. Jedynem trwałem następstwem postrzału była utrata na obydwóch oczach dolnej połowy pola widzenia. Linia odgraniczająca była nieregularna.

Critchett tłumaczy pierwotną ślepotę wstrząsem, a w następstwie porażeniem ośrodków widzenia w korze płatów potylicznych. Następną utratę przytomności przypisuje silnemu krwotokowi, który mógł równocześnie sprowadzić tego rodzaju uszkodzenie kory mózgowej, że z tego wynikło połowicze zwięźlenie pola widzenia. To ostatnie może być jednak także skutkiem bezpośredniego spustoszenia, jakie w płacie potylicznym kula sprawiła. Page opisuje w czasopiśmie »Lancet« przypadek lewostronnego widzenia połowiczego (*hemianopsia homonyma sinistra*) w następstwie uszkodzenia prawej okolicy potylicznej.

Fischer podaje opis dwóch podobnych, przez siebie spostrzeganych przypadków. —

Następuje szereg demonstracji.

K. W. M.

3. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 14 marca 1901 r.

1. M. Tichomirow przedstawił 43letnią chorą, u której wskutek uderzenia ręką dziecka wytworzyły się w lewym oku (w pra-

wem była wykonana irydektomia wskutek jaskry) dwa dość znaczne wynacznienia w siatkówce, obok tarczy, które nie wessały się w ciągu  $1\frac{1}{2}$  miesiąca. Dr T. postanowił wypróbować działanie chemicznych promieni; użył w tym celu lampki o sile 16 świec ze szkłem błękitnem, a dla usunięcia silnego gorąca, wywieranego na oko, między lampką i okiem trzymał sine szkło, przyczem promienie stawały się fioletowymi. Posiedzenia trwały 10—15 minut, z przerwami 2—3dniowemi. Zmniejszenie się płam wynacznieniowych zauważono już po trzeciem posiedzeniu, a obecnie zaledwo widać kropczkową plamkę. — Prelegent zaleca dalsze spostrzeżenia pod tym względem. —

2. E. Blessig opowiedział przypadek kolejno następujących jaskry i *retinitis pigmentosa* u członków jednej i tejże rodziny: a) starsza siostra — jaskra, b) starszy brat — *retinitis pigmentosa*, c—d) siostry zdrowe, e) siostra — jaskra, f) brat — *retinitis pigmentosa*, g—h) brat i siostra — oczy bez zmian, nakoniec i) siostra — *retinitis pigmentosa*. Rodzice tych dzieci nie byli w pokrewieństwie. Przyczyny obu wzmiankowanych chorób — jaskry i *retinitis pigmentosa* — u członków jednej rodziny Dr B. upatruje w chorobliwej zmianie błon krwionośnych naczyń naczyniówki, która u jednych wywołuje odżywcze zmiany w siatkówce, u drugich żylny zastój i jaskrę. Wiadomo, że obie te choroby jednocześnie bywają spostrzegane w jednym i tem samym oku, — takich przypadków opisano dotąd 11, z których 7, zdaniem Blessig'a, padali okuliści rosyjscy (Mandelstamm, Belarminow, Natanson i Strachow).

3. Annin odczytał o działaniu na oko protokokainy. Szybko znieczula rogówkę, co trwa jednak krótko (2—5 minut), w stosunku do siły rozczywnu; źrenica ani śródoczne ciśnienie nie zmieniają się wcale; znacznie zwiększa dyfuzję do przedniej komory, robiąc więcej przepuszczalnym nabłonek rogówki. Zauważył przytem Andogski, że przy znieczuleniu protokokainą krwawienie podczas operacyi bywa obfitsze.

Posiedzenie z dnia 28 marca 1901 r.

1. Prof. Bellarminow przedstawił 19letniego pastucha, którego twarz i oczy silnie oszpecone były w walce z niedźwiedzią-matką. W. o. l. =  $\frac{20}{10}$ , prawem rozpoznawał ruchy palców. Starania, by otworzyć zarośniętą pod brzośnicami tę jedyłą gałkę oczną (*cryptoph. traum.*), pozostały bezskuteczne.

2. Tenże odczytał o długotrwałem niewytwarzaniu się przedniej komórki po wydobyciu zaćmy, która (komórka), jak wiadomo, wytwarza się znowu w 12—24 godzin po operacyi. U jednej z jego cho-



rych (67letniej), po *extr. linearis modo Graefe*, jeszcze po upływie  $1\frac{1}{2}$  miesiąca, pomimo przyżęgań kwasem karbolowym, komórka wcale nie istniała, wzrok =  $\frac{20}{70}$ ; u drugiej (49letniej), operowanej sposobem płatowym bez irydektomii, po 7 tygodniach przednia komórka wcale się nie wytworzyła, wzrok =  $\frac{3}{70}$ .

Przytoczywszy spostrzeżenia Tersona (niezaróżnicie rany po upływie  $1\frac{1}{2}$  miesiąca, *extr. sine irid.*) i Jacobsona (po upływie miesiąca), prelegent mówi, że fakt ten nie wpływa wcale źle na wynik operacji, a jak Horner twierdzi, to wypływająca wciąż ciecz wodna wymywa z oka dostające się doń drobnoustroje. Za przyczynę złego przylegania brzegów rany przyjęto uważać: wciśnięcie do rany tęczówki, ciała szklстого, części soczewkowych, lecz przeważnie torebki tej ostatniej (przedstawiono także okazy drobnowidowe). Prócz tego wpływają na to: powiększone śródoczne ciśnienie, nierówność cięcia, *sympblepharon*, *pterygion* i *entropion senile*; więcej też wpływa na otwarcie rany cięcie płatowe, aniżeli liniowe. Jako środek zalecają: przypalenie *arg. nitr.*, *ac. carbol.* lub galwanokauterem, niektórzy wprowadzają do rany szpatelek; widząc jednak nieszkodliwość faktu, można wcale nie drażnić gałki <sup>1)</sup>.

Z rozprawy okazuje się, że im gorzej odżywiony chory, im więcej jest »suchym«, tem lepiej zabliznia się rana, przy *plethora* następuje to przy objawach podrażnienia oka. Blessig twierdzi, że przednia komórka wytwarza się prędzej, skoro zdejmujemy uciskającą opaskę. Tichomirov wspomniał o chorej ś. p. profesora Jungo'go, u której po *extr. lin.* komórka pozostawała otwartą przez 3 (!) miesiące, pomimo przyżęgań lapisem.

3. Rosenberg odczytał rozprawę o *pochodzeniu otrutkowych zapaleń nerwu wzrokowego i siatkówki*. Po zastrzyknięciu królikom toksyny duru brzuszego *in spatio Magendie* (pod pajęczą błoną), tak wziernikiem, jak i drobnowidem przekonał się o wytwarzaniu się *neuroretinitidis toxicae*, przyczem najbardziej ulegały zapalnym zmianom komórki warstwy zwojowej siatkówki, gdy od toksyn błonicy ulegały zmianom mniej więcej wszystkie warstwy siatkówki, przy jednoczesnej oftalmoplegii. Dr J. T.

4. Towarzystwo lekarskie krakowskie. Posiedzenie naukowe z d. 15 maja 1901. w c. k. klinice okulistycznej.

Przewodniczy prof. Kostanecki.

Prof. Wicherkiwicz wita zebranych jako gospodarz domu i wskazuje na trudność w wyborze tematu z zakresu okulistyki,

<sup>1)</sup> Terson zaleca w takich razach irydektomię, szczególnie, jeśli istnieją tylne zrosty tęczówki z torebką, niestępujące atropinie, a które

mogącego jednako zainteresować ogół lekarzy jakoteż specjalistów innych działów medycyny. Sądzi jednak, że temat, jaki zamierza poruszyć, znajmie zgromadzonych kolegów, zwłaszcza chirurgów. Wyowiada wykład: „*O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia gałki ocznej (evisceratio bulbi)*“.

(Przeznaczone do druku).

Po wykładzie przedstawił prelegent dwie chore, z których jedna przed rokiem, a druga przed kilkunastu dniami poddana była operacyi wypaproszenia gałki z powodu panophthalmitis (w ostatnim przypadku w następstwie sparzenia zapaloną naftą).

W dyskusyi wspomina Dr Brudzewski o sposobie wypalania zropiałej treści gałki ocznej zapomocą galwanokantera, który to sposób podał i zaleca Dr Lapersonne<sup>1)</sup>. Dr Brudzewski podnosi wątpliwości co do wartości zapobiegawczej ewisceracyi w przypadkach grożącego zapalenia sympatycznego — wreszcie wyraża przekonanie, że wypaproszenie gałki bywa operacyą nieraz technicznie trudniejszą od enukleacyi.

W odpowiedzi zaznacza prof. Wieherkiewicz, że tak zwanej *exentération ignée* Lapersonne'a nie uwzględnił w swym wykładzie dlatego, ponieważ zabieg ten uważa za zupełnie odrębną operacyę. Co do niebezpieczeństwa zapalenia współczulnego, to jest również zdania, że enukleacya daje więcej w tym względzie pewności, gdyż przy niej zostają przecięte wszystkie połączenia nerwowe. Na ostatnie twierdzenie kol. Brudzewskiego nie może się zgodzić, gdyż uważa ewisceracyę za rękoczyn bajecznie łatwy, dający się niemal w okamgnieniu wykonać.

W dalszym ciągu przedstawia prof. Wieherkiewicz dziecko 4letnie z kliniki stałej, okazujące znaczny guz w okolicy lewego oka. Dziecko to, według podań matki, spadło przed 2 miesiącami z krzesła i uderzyło się o krawędź drugiego krzesła w okolicę kości jarzmowej lewej. Po tem uderzeniu miał powstać pod skronią lewą guzek, który przez 5 tygodni wcale się nie zmienił. Dziecko jednak upadło znowu i stłukło się w to samo miejsce. Teraz powstał znaczny obrzęk, oko lewe a zwłaszcza dolna powieka zapuchły zupełnie, a skóra posiniąła. W tym stanie przywieziono chorą do kliniki. Dnia 11. V. zapisano stan następujący:

Poniżej lewego oka bardzo znaczna wyniosłość półkolistej postaci, pokryta skórą powieki dolnej, rozciągniętą i nieco tylko posiniąłą. Obrzmienie to przechodzi na okolicę kości jarzmowej i koń-

przeszkadzają przechodzeniu cieczy wodnej z tylnej do przedniej komórki; irydektomia ułatwia zablźnienie się rany (p. Jego Chirurgie oculaire. 1901, str. 405).

*Przyp. Sprawozdawcy.*

<sup>1)</sup> Por. Post. Ok. 1900, str. 151.

czy się dopiero 2 cm. przed małżowiną ucha lewego. Ku górze sięga do połowy skroni; wypełnia całą przestrzeń przed gałką oczną, wypychając spojówkę powieki dolnej ku górze, tak, że gałka oczna jest zupełnie zasłonięta i z trudem tylko daje się obejrzeć. Gałka sama prawidłowa i niewysadzona. Palec weśnięty poza guz powiekowy z trudnością tylko dochodzi do brzegu oczodołowego i wyczuwa tamże dosyć tępy wyrostek. Guz ten jest częściowo dość wewnętrznnej części. Naciskając palcem na sam środek guza, wyczuwamy chwilami trzeszczenie, spowodowane rozedną powietrzną.

Punkcya próbna dała czystą krew bez przymieszki ropy. Dziecko nie gorączkuje. Tętno prawidłowe. Gruczoły niepowiększone.

Prof. Wicherkiewicz na podstawie osobistego doświadczenia rozpoznaje w przypadku tym *sarcoma*<sup>1)</sup> oprócz *haematoma* i *emphysema subcutaneum* — i przypisuje urazowi, jakiego dziecko to dwukrotnie doznało, znaczenie momentu, wywołującego rozwój nadzwyczaj szybki tego nowotworu, przy istniejącej zapewne predyspozycji. Prelegent miał w praktyce swej dwa podobne przypadki, gdzie po przebytych urazach przyszło do tak szybkiego rozwoju mięsaka, że w jednym z nich obecny chirurg rozpoznawał na pewne ropień i radził zwyczajnie nacięcie. —

W dyskusyi podnosi prof. Wachholz wątpliwość, czy wogóle uraz jakikolwiek może stać się przyczyną nowotworu i to złośliwego. Gdyby mu przyszło w sądzie rozstrzygnąć pytanie, czy istniejący nowotwór pozostaje w związku przyczynowym z urazem w danym razie rozmyślnie zadany, musiałby odpowiedzieć przecząco.

Doc. Dr Kryński cytuje niedawno wydaną pracę z kliniki Czernego, w której zestawiono kilkaset przypadków nowotworów złośliwych w następstwie doznanych urazów — i jakkolwiek taki związek przyczynowy nie znajduje bezwzględneho potwierdzenia w istniejących teoriach o powstawaniu nowotworów, to jednak liczne spostrzeżenia chirurgów przemawiają na jego korzyść.

Prof. Ciechanowski rozbiera możliwość istnienia związku przyczynowego między urazem a nowotworem złośliwym ze stanowiska anatomii patologicznej.

Prof. Wachholz jeszcze raz zaznacza, że w orzeczeniu sądowo-lekarskiem w myśl zasady, obowiązującej w medycynie sądowej: *in dubiis mitius*, nie przypuściłby takiego związku, dopóki nauka lekarska nie rozwieje pod tym względem wszystkich wątpliwości. —

---

<sup>1)</sup> Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka, wykonane następnie w pracowni prof. Nowaka, stwierdziło w zupełności to rozpoznanie.



Dr Majewski, asystent kliniki, okazuje przyrząd, zwany hydrodiaskopem<sup>1)</sup>: jest to para muszli, zrobionych z blaszki aluminowej, połączonych podatnym drutem miedzianym i przylegających na sposób okularów ochronnych ściśle do otoczenia obydwóch oczu. Z przodu każda z komórek opatrzona jest okrągłym otworem, zamkniętym szklaną płytką, przed którą można ustawiać kolejno różne soczewki płasko-wypukłe. Szelne przyleganie puszek do otoczenia oka skutecznia rurka gumowa, welknięta w rynienkę, umieszczoną na krawędzi puszek. Tak założony hydrodiaskop wypełnia się fizyologicznym roztworem soli, w którym badany otwiera oko. Działanie przyrządu polega na tem, że z powodu małej różnicy współczynników załamania, rogówka przestaje optycznie działać, a czynność jej przejmuje szkło płasko-wypukłe, wstawione w otwór hydrodiaskopu. We wszystkich zatem przypadkach nieregularnej niezborności, a zwłaszcza w przypadkach stożka rogówkowego komórki wodne znoszą szkodliwy wpływ krzywizny rogówkowej, a tem samem sprowadzają znakomitą nieraz poprawę wzroku, nie dającą się osiągnąć zapomocą zwyczajnych środków optycznych. — Dr Majewski okazuje pierwotny model hydrodiaskopu, podany w roku 1897 przez Lohnsteina, i obecnie w klinice używane ulepszone okulary wodne, a sposób ich użycia przedstawia na chorym. —

W rozprawach prof. Wachholz wyraził wątpliwość, czy okulary takie dadzą się stale nosić ze względu na szkodliwy wpływ wody na skórę (skóra przeciek).

Dr Majewski odpowiada, że ze względu na to należałoby istotnie powlekać skórę wazeliną lub jakimkolwiek obojętnym tłuszczem. O rogówkę jednak można być spokojnym, bo ona i tak z fizyologicznym roztworem soli, t. j. z wydzieliną łez, w ustawicznym pozostaje zetknięciu.

Prof. Wicherkiewicz podnosi znaczenie hydrodiaskopu w dyagnostyce: badanie tym przyrządem może niejednokrotnie ułatwić rozpoznanie bardzo nieznacznych stopni stożkowatości rogówki (keratoconus).

Prócz tego przemawiali jeszcze w dyskusyi Dr Brudzewski, prof. Ciechanowski i Dr Borzęcki. K. W. M.

---

<sup>1)</sup> Dokładny opis tego przyrządu oraz wyniki optyczne uzyskane przy jego użyciu podane zostały we »Wiadomościach z kliniki okulistycznej« krakowskiej z r. 1898.

## V. ROZMAIŃOŚCI.

**Skuteczne ćwiczenia wzrokowe** u niewidomego przeprowadził według sprawozdania wiedeńskiej „Klin. Therap. Wochenschrift“. 1901, Nr 17. niejaki p. Heller w zakładzie niewidomych w Hohe Warte pod Wiedniem. Sprawa ta, ogłoszona pierwotnie w prasie politycznej, wywołała tem silniejsze wrażenie, że osobnik użyty do doświadczenia, według orzeczenia prof. Fuchsa, miał zupełnie być niewidomym, później zaś, po przebyciu licznych ćwiczeń przez tegoż, za widzącego uznany został. Niewątpliwie w owym przypadku istniało zwięźenie pola widzenia obwodowe nieużywane, bo usuwające się świadomości osobnika. Przez odpowiednie ćwiczenia, połączone ze zwróceniami głowy zostało to pole wciągnięte w zakres orientowania się, co ułatwiło przeprowadzenie metody pedagogicznej p. Hellera. Metoda polegała na tem, że w ciemnym zupełnie pokoju utworzono koło świetlne i ćwiczone chłopca w lokalizowaniu tego koła, następnie w koło to wniesiono przedmioty poprzednio przez chłopca obmacywaniem poznane. Gdy chłopiec przedmioty te także okiem poznawał, robiono z tymi samymi przedmiotami ćwiczenia przy świetle padającym. Przez przeświecające płyty szklane powstało barwy uznał chłopiec najprzód jako inne światło, później różniczkował, a przez nadanie im nazw odpowiednio rozpoznawał. W dalszym ciągu nauczono chłopca rozpoznawać figury geometryczne, co doprowadziło z czasem do poznawania liter i liczb. Później pomijano zupełnie przy tej nauce poprzednie obmacywanie przedmiotów, a obecnie po 14miesięcznej nauce ma osobnik ten 7letni przy stosowaniu światła „czytać, barwy i postacie rozmaite rozpoznawać i lokalizować“.

Zaciekawieni niezwykle zdarzeniem, że tam, gdzie sztuka lekarska do działania czuła się bezsilną, na drodze pośredniej przez nielekarza tak zdumiewający według opisu prasy osiągnięty miał być wynik, pragnęliśmy z niepodejrzanego źródła dowiedzieć się bliższych szczegółów co do stanu ócz i udaliśmy się w tym celu do prof. Fuchsa który z wielką uprzejmością doniósł nam, co następuje:

„In dem Falle Heller handelte es sich um zwei Brüder mi congenitaler höchstgradiger Amblyopie, so dass nur Lichtempfindung zu bestehen schien. Deutliche Pupillarreaction habe ich bei keinen der beiden Jungen constatiren können, sonst aber war der Befund ausserlich u. ophthalmoscop. normal (speciell auch der Opticus von normalem Aussehen). Andere, namentlich cerebrale Erkrankungen waren nicht nachweisbar. Die Bemühungen Heller's, durch Unterricht die Jungen zum Sehen zu erziehen, hatten nur bei dem einen der beiden, dem intelligenteren, Erfolg. Derselbe erkennt jetzt Farbe, sowie Buchstaben von etwa 20 Centimeter Höhe. In fremden Räumen bewegt er sich aber wie ein Blinder, scheint also ein sehr kleines Gesichtsfeld zu haben“.

Z opisu powyższego przekonujemy się, że zbytńio zachwycać się tym wynikiem niełatwo. Wątpimy też, by metoda p. Hellera dała jakikolwiek wynik tam, gdzie nie tylko naosiowy wzrok, ale i obwodowy nierozwinięty lub utracony weześnie. Podziwiać natomiast trzeba i pomysłowość i cierpliwość w przeprowadzeniu metody Hellera, ale czy wzrok ten obwodowy, w danym przypadku w rzeczywistości istniejący, lecz drzemiący w nieuświadomionym stanie, nie byłby innym sposobem, może również szybko, dał się przez ćwiczenia i środki obudzić, to rzecz inna. Może właściwie będzie tutaj przypomnieć przypadek, z jakim spotkaliśmy się przed dwudziestu kilku laty. Matka przeprowadziła nam dziewczynkę Słotnią, rzekomo od urodzenia niewidomą. Badanie wykazało zupełny brak poczucia światła, brak oddziaływania żronie na światło, ale prawidłowy wygląd oka. Wobec tego nie chciałem dziewczęcia poddać żadnemu leczeniu. Gdy jednak matka, zrozpaczona mojem oświadczeniem, padła na kolana, błagając liitości, zdjęty nią pod silnem wezwaniem, zatrzymałem dziecko w zakładzie i zastrzykiwałem co dzień, bez nadziei skutku, ale raczej *ut aliquid fieri videatur*, saletrgan strychniny podskórnio. Jakież było moje zdziwienie, gdy po tygodniu sama dozorczyńi chorych zwróciła mi na to uwagę, że leczenie już odnosi skutek. Rzeczywiście dziewczynka rozpoznawała palce na odległość kilku metrów. Zbyt mała inteligencya nie pozwalała mi stwierdzić, czy to było tylko widzenie obwodowe, jakich ono rozmiarów, jakie poczucie barw, ale stanowczo uwidoczniło się w krótkim czasie widzenie tam, gdzie, według świadectwa matki, nie było go od urodzenia, a przy badaniu naszym także się nie ujawniało niczem. *Wicherkiewicz.*

**Ambulatoryum okulistyczne** w szpitalu gminy izraelskiej w Lwowie urządził Dr Oswald Zion i ogłosił sprawozdanie swe za trzyletni okres do końca 1900 w czasopiśmie „Woehenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges“ (Rocznik IV. Nr 32). W okresie tym leczono 3221 osób, pomiędzy temi chrześcijan 238. W krótkich uwagach zachwala autor, co zresztą odpowiada doświadczeniu niezawodnie wszystkich okulistów, 5—10% protargol przy rzeżącze spojówki i przeciw rzeżącze worka lzwego. W dwóch przypadkach miał autor towarzyszącą rzeżącze worka przetokę lzwą zagoić w ciągu kilku dni (czy tylko trwale?) świeczkami z 5% protargolu sprowadzonymi z apteki berlińskiej (czy lwowskie sporządziły ich nie mogły?).

**Dr Jan Borzymowski**, ordynator kliniki chir. warszawskiego uniwersytetu, nagrodzony srebrnym medalem na wystawie przyr. lek. w Krakowie, urządził pracownię sterylizacyjną w Warszawie. *HC.*

**Towarzystwo opieki nad niewidomymi imienia Imperatorowej Maryi** rozesłało okólnik do inspektorów lekarskich Rosyi i Królestwa Polskiego, aby na załączonym szemacio odpowiedzieli: kto z lekarzy trudni się okulistyką, w jakich szpitalach są oczne oddziały, ilu przyjmuje się ambulatoryjnych chorych, ilu leczy się stałych, ile wykonano operacyi i t. p. w ostatnich 3 latach. Wiadomości te Tow.



chce zużytkować w celu podniesienia sprawy pomocy cierpiącym na oczy w państwie rosyjskiem. Oby tylko nie zapomocą, modnych dziś u nas, ruchomych okulistycznych oddziałów, które były uznane przez pirogowski zjazd lekarzy rosyjskich w Kazaniu za bezcelowe („nieciełosoobrazny“), a przez polskich okulistów w Krakowie (r. z.) za niedostateczne i mniej wartościowe, aniżeli stała pomoc lekarska.

**Petersburskie Towarzystwo oftalmologiczne** wybrało komisję (Reich, Czemołosow, Andogski, Ernroth i Morz) dla wypracowania statystyki jaglicy w Rosyi.

**Badanie zbiorowe, dotyczące mięsaka tęczówki.** Prof. Casey A. Wood (E. Adams. Str. 103) jako i Doc. Dr Brown Pusey (Washington. Str. 31) Chicago. U. S. A. wzywają do podania im nieopisanych lub w podanym przez nich spisie publikacyi pominiętych przypadków, dotyczących mięsaków tęczówki. W bibliograficznem zestawieniu nie spotykamy żadnego nazwiska polskiego autora. — Kwestyonaryusz, zestawiony przez wymienionych panów, obejmuje: Wiek i rodzaj, historję choroby, warunki, w jakich spostrzeżono najprzód narośl, stan w chwili operacyi, napięcie, wzrok, pierwotne umiejscowienie narośli, operacye, badanie mikroskopowe tęczówki wzgl. gałki wyluszczonej, uwagi dotyczące leczenia i późniejszego przebiegu choroby.

Koledzy, którzy odnośne przypadki spostrzegali, mogą za pośrednictwem redakcyi „Postępu“ nadesłać dla panów Wooda i Puseya zapiski swe, uwzględniając stawione powyżej pytania.

**Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu** odbędzie swój zjazd tegoroczny w dniach 5, 6 i 7 sierpnia. Zgłoszenia odczytów przyjmuje do 30 czerwca prof. Leber.

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Ordynator ujazd. w szpitala, Łobasow,znaczony warszawskim okręgowym okulista na miejsce Potiechina, przeniesionego na posadę petersb. okr. okulisty. Okulista zaś petersburskiego woj. okr., Tichomirow, mianowany został członkiem woj. lek. rady.

Dr Jerzy Abelsdorff habilitował się przy uniwersytecie w Berlinie.

## Omyłki drukarskie.

Na str. 109 zamiast: Piersola („pierwsze“, — należy czytać: Piersola „pionowe“ i t. d. —

Na str. 152 zamiast: „Wracz“ Nr 9. 1900, — należy czytać: „Wracz“ Nr 9. 1901.

## 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).

W razie przerwy w odbieraniu »Postępu« uprasza się  
reklamacje przysyłać do Administracyi, a gdyby one nie od-  
niosły skutku, zwrócić się wprost do Redakcyi.

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, Ziota 54.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTEtu Jagiell.

*WSPOMAGANIE* PP.: Dra BABIŃSKIEGO w PARYŻU, Dra BAŁABANA w Lwowie, Prof. BROWICZA, Prof. BUJWIDA, Prof. CYBULSKIEGO, Prof. KOSTANECKIEGO w Krakowie, Dra KRAMSZTYKA w WARSZAWIE, Prof. MACHEKA w Lwowie, Dra K. W. MAJEWSKIEGO, Prof. NATANSONA, Prof. PIENIĄŻKA w Krakowie, Dra RUMSZEWICZA w Kijowie, Dra SĘDZIĄKA JANA w WARSZAWIE, Dra STRZEMIŃSKIEGO w WILNIE, Dra J. TALKI w Lublinie.

Czerwiec

—- ROCZNIK TRZECI —-

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Symbioza drobnoustrojów w zakażeniu worka spojówkowego.

(Doniesienie tymczasowe).

Podał

DR MED. FELIKS RYMOWICZ.

(Z pracowni katedry ogólnej patologii w Kazaniu).

Istnieje cały szereg prac, świadczących o wielkiem znaczeniu w biologii niektórych drobnoustrojów symbiozy ich z innymi. W stosunku do drobnoustrojów chorobotwórczych symbioza wpływać może nie tylko na bogactwo ich wzrostu, ale także na ich siłę zakaźną; wskażmy, dla przykładu, na wzmożenie jadowitości prątka dyfterytycznego pod wpływem symbiozy z paciorkowcem (Roux i Yersin), na znaczenie dla przecinka cholery współwzrostu z sarecną i drożdżami.

Bardzo szczegółowo przedmiot ten został opracowany ostatnio przez Cantaniego<sup>1)</sup> w stosunku do prątka grypy. Już

<sup>1)</sup> Cantani: Ueber das Wachsthum der Influenzabacillen auf hämoglobinfreien Nährböden. — Zeitschrift f. Hygiene u. Inf. 1901, XXXVI.



Grassberger<sup>1)</sup> zwrócił uwagę, że prątek Pfeiffer'a znacznie lepiej daje się hodować w tych razach, kiedy razem z nim zasiany został biały gronkowiec, lub też jeśli go hodujemy na podłożu, na którym przedtem rósł gronkowiec; na tej zasadzie autor proponował specjalną metodę mieszanych hodowli prątka grypy. Cantani dowiódł dalej swemi badaniami, że istnieje cały szereg drobnoustrojów, które, będąc zasiane razem z prątkiem Pfeiffer'a, nie tylko wpływają dodatnio na wzrost tego ostatniego, ale że w ten sposób otrzymujemy możliwość hodowania prątka Pfeiffer'a na takich podłożach, które same przez się zupełnie nie nadają się do tego; jeszcze lepsze wyniki otrzymywał autor, hodując prątek Pfeiffer'a na podłożach, do których dodawał, zabita nagrzewaniem, hodowlę jednego z drobnoustrojów, wpływających dodatnio. W badaniach Cantaniego bakteriami, najsilniej sprzyjającymi wzrostowi prątka grypy, okazały się gonokok i prątek dyfteryczny.

Wobec tego, że moje badania przekonały mnie o zupełnej morfologicznej i biologicznej analogii między prątkiem ostrego zakaźnego zapalenia spojówki oka (bac. Koch-Weeks) i prątkiem grypy (bac. Pfeiffer)<sup>2)</sup>, wydało mi się bardzo ciekawem i ważnem zbadać prątek Weeks'a także z tej strony, to jest ze strony wpływu na niego symbiozy z innymi drobnoustrojami.

W literaturze okulistycznej znajdujemy już, co prawda przygodne wzmianki, wskazujące na znaczenie symbiozy w biologii prątka ostrego zakaźnego zapalenia spojówki oka. Tak Weichselbaum i Müller<sup>3)</sup> wskazują na znaczenie dla wzrostu prątka Koch-Weeks'a jednej postaci białego gron-

---

<sup>1)</sup> Grassberger: Beiträge zur Bakteriologie der Influenza. — Zeitschrift f. Hyg. u. Inf. 1897, t. XXV.

<sup>2)</sup> Praca moja pod tyt. »Prątek ostrego zapalenia spojówki oka (bac. Koch-Weeks) i jego stosunek do prątka grypy (bac. Pfeiffer) wkrótce ukaże się w druku. —

<sup>3)</sup> Weichselbaum u. Müller: Ueber den Koch-Weeks'schen Bacillus der acuten Conjunctivitis. — Graefe's Archiv. 1899, t. XLVII.

kowca: autorzy mogli hodować prątek K.-W. na podłożu przez nich podanem tylko pod warunkiem, jeżeli jednocześnie posiany został ten gronkowiec. — Niepozabawione także znaczenia pod tym względem spostrzeżenie, które zrobili prawie wszyscy autorzy, pracujący nad etiologią ostrego zapalenia spojówki oka, że prątkowi Koch-Weeks'a w wydzielinie spojówki prawie zawsze towarzyszy prątek pseudodiftertyczny i biały gronkowiec. Osobiście w całym szeregu badanych przeze mnie wypadków co do prątka pseudodiftertycznego nie spotkałem ani jednego wyjątku z tego prawidła, białego zaś gronkowca spostrzegałem w znacznej większości wypadków.

Pomimo woli nasuwa się myśl, że mamy tu do czynienia nie z wypadkowym zbiegiem okoliczności, ale z symbiozą, jeśli nienieodzowną dla infekcyi, to w każdym razie znacznie jej sprzyjającą.

Wobec tego przedsięwziąłem szereg doświadczeń, mających na celu zbadanie wpływu na prątek K.-W. symbiozy z innymi drobnoustrojami.

Metodykę doświadczeń stosowałem tę samą, co Cantani. Dla badania wpływu jednoczesnego wzrostu obcych drobnoustrojów powierzchnię podłoża w miseczce Petri zasiewałem kilku kroplami zawiesiny 24godzinnej hodowli prątka K.-W.; miseczkę zostawiałem w spokoju na pół godziny czasu, poczem pętelką platynową na dwóch krzyżujących się liniach zasiewałem badaną bakterję. — Drugi szereg doświadczeń polegał na tem, że do rozpuszczonego mięso-peptonowego agaru dodawałem zawiesinę badanej hodowli, zabita nagrzewaniem w ciągu 3 godzin przy 60° C, i na otrzymanem w ten sposób podłożu siałem prątek Koch-Weeks'a.

W ten sposób zbadałem w stosunku do ich wpływu na wzrost prątka K.-W. następujące drobnoustroje: bac. Löffler'i, staphyl. pyog. albus, b. pyoganeus, b. typhi abdomin., vibrio cholerae asiaticae, a prócz tego szereg hodowli, otrzymanych z worka spojówkowego oka, w tej liczbie prątek pseudo-diftertyczny i tę postać białego gronkowca, którą tak często

znajdujemy w worku spojówkowym oka przy różnych postaciach jego zapalenia <sup>1)</sup>).

Doświadczenia te pokazały, że niektóre z badanych drobnoustrojów, mianowicie prątek Löfflera, prątek pseudodifterytyczny i gronkowiec <sup>1)</sup> z worka spojówkowego znakomicie współdziałają ze wzrostem prątka K.-W.

Prątek K.-W. zasiany na mięso-peptonowym agarze, zmieszany z zabiłą przez nagrzewanie hodowłą jednej z tych bakterii, wyrasta w postaci tak oblitej hodowli, jakiej nie można otrzymać w żaden sposób na hemoglobiowym podłożu <sup>2)</sup>).

Również przy jednoczesnym zasianiu w miseczkach Petri, podług wyżej wskazanego sposobu, prątka K.-W. i jednego ze wskazanych drobnoustrojów, otrzymujemy kolonie prątka K.-W., obok zasianej obcej bakterii, na takich podłożach, które same przez się zupełnie nie nadają się do jego hodowania.

Cały szereg analogicznych doświadczeń pokazał, że niektóre drobnoustroje zawierają w sobie jakąś substancję, prawdopodobnie globulinę, wpływającą dodatnio na wzrost prątka K.-W. Substancja ta okazuje się dość czułą na niektóre wpływy fizyczne; tak n. p. zagrzewanie w ciągu 10 minut do 100° C pozbawia emulsję hodowli zupełnie zdolności współdziałania ze wzrostem prątka K.-W.; dalej, w razie, jeżeli prątek K.-W. został zasiany nie bezpośrednio po znięszaniu agaru z zabiłą hodowłą, ale po upływie 24—48 godzin, w większości wypadków nie spostrzegaliśmy wzrostu.

Co do reszty badanych drobnoustrojów, to te nie wywierają żadnego wpływu na wzrost prątka K.-W., z wyjątkiem białego gronkowca ropnego, który, chociaż dopomaga wzrostowi prątka K.-W., ale w znacznie mniejszym stopniu, niż poprzednio przytoczone bakterie.

---

<sup>1)</sup> Gronkowiec ten na agarze rośnie tak samo, jak biały gronkowiec ropny; żelatyny nie rozpuszcza; bulionu nie maści, ale osiada na dno próbówki w postaci dość dużych płatków.

<sup>2)</sup> Prątek K.-W., podobnie jak prątek grypy w zwyczajnych warunkach, t. j. bez wpływu symbiozy, daje się hodować wyłącznie na podłożach, w skład których wchodzi hemoglobina.



Doświadczenia te, pomimo teoretycznego swego znaczenia, wskazują na bardzo ciekawy i ważny fakt, że te dwie bakterye — prątek pseudo-dyfteryyczny i gronkowiec z worka spojówkowego, — które prawie zawsze towarzyszą prątkowi K.-W. przy ostrem zapaleniu spojówki, należą jednocześnie do drobnoustrojów, najsilniej współdziałających wzrostowi prątka *Koch-Weeks in vitro*.

Więcej niż prawdopodobnem staje się, zatem, przypuszczenie, że obecność tych drobnoustrojów w chorem oku nie jest wypadkowym zbiegiem okoliczności, lecz że one swoją obecnością dopomagają prątkowi Koch-Weeksa wyrzucić swoje działanie chorobotwórcze na spojówkę.

Przypuszczam, że badanie mikrobiologii worka spojówkowego w tym kierunku, t. j. z punktu widzenia znaczenia dla jego infekcyi, zawierających się w nim, bakteryi niechorobotwórczych, — rzuci dużo światła na sprawę powstawania i szerzenia się epidemicznych zapaleń spojówki oka.

Obecnie prowadzę systematyczne badanie w tym kierunku zapaleń spojówki, wywołanych prątkiem Koch-Weeksa i pneumokokiem.

Kazań. 30 maja 1901 r.

---

## 2. Arteria hyaloidea persistens.

Przypadek spostrzegł i odrysował

DR J. TALKO

z Lublina.

W grudniu r. z. zaproszony byłem przez Dra Sawczenkę, ordynatora ocznego oddziału lubelskiego woj. szpitala, abym bliżej określił rzadką wadę oczną u jednego z nowobrańców.

Przedstawiono mi dobrze zbudowanego mężczyznę, zupełnie niewidzącego prawem okiem (wzrok = 0), przy prawidłowym wzroku oka lewego, w którym wzornikiem zbroczeń nie wykryto.

Badany Bazyl Dementjew, urodzony w gubernii penzeńskiej, twierdził, że jest ślepy na prawe oko od urodzenia, że nie rozpoznaje niem nawet silnego światła lampowego.

Badanie wziernikiem stwierdziło to w zupełności. Po rozszerzeniu źrenicy tego oka, zewnętrznie niczem się nieróżniącego od lewego, wykryto w głębi jego następujące zmiany: Łamiące środki oka przezroczyste; tarcza wzrokowa śnieżysto-biała, jasno odgraniczona, wielkości prawidłowej (*atrophia alba papillae*); zabarwienie dna ocznego prawidłowo czerwone, tylko na siatkówce, poczynając od brzegów tarczy, rozrzuconych mnóstwo barwikowych plam, tu i tam przykrywających jej naczynia i przypominających tygrysią skórę (*retinitis pigmentosa*); zmian w naczyniówce nie dostrzeżono, z wyjątkiem jednej nieznacznej po prawej stronie tarczy zanikowej plamy, przez którą przechodziły naczynia siatkówki.

Naczynia tarczy i siatkówki zcieńzone, lecz dość wyraźne — na rycinie przedstawiono tylko tętnice. —



Od dolnej gałęzi (*ramus inferior art. ophthalm.*) na powierzchni tarczy oddzieliła się sznurek, który stopniowo rozszerzając się i zakrywając leżącą pod nim tętnicę siatkówki, zanurzał się w ciałku szklanym; sznurek ten prawie w środku tego ostatniego rozdzielał się dychotomicznie.

Tak się przedstawiał obraz przy wziernikowaniu w kierunku odwrotnym.

Badając oko w kierunku prostym, przekonałem się, że sznurek, rozdzielwszy się widłowo na dwoje, na pewnej przestrzeni w postaci 2 cienkich falujących nitki dochodził do soczewki, przytwierdzając się obu końcami do tylnej powierzchni dolnego jej brzegu. Sznurek ten, wytwarzający się na powierzchni tarczy nerwowej i będący w bezpośredniej łączności z tętnicą środkową siatkówki, przyczepił się do soczewki, falując w ciałku szklistem przy poruszeniach gałki ocznej. Barwa jego popielato-biaława przybierała odcień sinawy w szerokich częściach, szczególnie w miejscu bifurkacji. Szerokość pozostałej a zarośniętej tętnicy wydatnie starałem się przedstawić na załączonym szkicu.

Przypadek ten przemawia za tem, że na niedostateczny zanik tętnicy, *involutio art. hyaloideae*, oddziałała głównie sprawa zapalna nerwowego narządu oka u płodu (*neurorctinitis foetalis*). Przyczynowy udział naczyńki, o którym wspomniałem na str. 306 z. r. »Postępu Okulistycznego«, w naszym przypadku był bardzo nieznaczny.

Wada ta rozwojowa oka zwykle spostrzegana bywa w jednym oku. Przypadki obustronnej *art. hyaloideae* są dość rzadkie. Wecker twierdził (1875 r.), że gdy środkowy przewód ciała szklanego widziano obustronnym 3 razy, obustronną *art. hyal. pers.* opisał tylko jeden Kipp w r. 1873<sup>1)</sup>. Rzadkie jest więc pod tym względem spostrzeżenie syna mego, Włodzimierza<sup>2)</sup>, zasługujące na utrwalenie przez odrysowanie.

Ze wewnątrzoczne wady rozwojowe mają pewną łączność z nieprawidłowem zabarwieniem głębokich błon oczu, jako przynależne do mojego przypadku, przytoczę spostrzeżenie Brooksbank James'a, który w angielskiem Towarzystwie oftalmicznym świeżo (13/XII 1900) przedstawił 11letniego chłopca z *membrana pupillaris perseverans* »przy barwikowych plamach dna ocznego«, lecz jednak ze stosunkowo dobrym wzrokiem<sup>3)</sup>.

<sup>1)</sup> Archiv f. Augenheilkunde u. Ohrenheilkunde. Bd. III, H. 2.

<sup>2)</sup> Postęp Okulistyczny 1900. Z. 12.

<sup>3)</sup> Clinique Ophth. 1901. Nr 2.



Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie.

### 3. Miażdżyca naczyńówki.

Podat

DR ADAM BEDNARSKI,

I asystent kliniki.

Dokończenie.

Celem jasnego przeglądu zestawiam (str. 229) trzy moje wyżej opisane przypadki i 6 przypadków, zebranych z literatury, czyli razem 9 przypadków miażdżycy naczyń naczyńówki. Wszystkie przypadki odnoszą się do chorych płci męskiej, w żadnym nie było zapalenia nerek, w żadnym nie stwierdzono wziernikiem wynaczymień. Zresztą zdaje mi się bliżej tablicy objaśniać nie potrzebuję, zwracam jednak uwagę, że w trzech przypadkach stwierdzono kiłę, w pięciu przypadkach kiły nie było, jeden niewiadomy. W siedmiu przypadkach była ogólna miażdżyca naczyń, w dwóch przypadkach miażdżycy ogólnej nie stwierdzono. Kiła więc i miażdżyca ogólna mają znaczenie, ale nierozstrzygające. Łanliwość nie ma żadnego wpływu. Wiek nie ma znaczenia rozstrzygającego, gdyż 2 przypadki odnoszą się do wieku młodego.

Opisane dotychczas przypadki pierwotnej miażdżycy naczyń naczyńówki możnaby podzielić, ze względu na obraz wziernikowy, na 3 grupy.

Do jednej grupy zaliczam przypadek Haaba, przypadek Levinsohna i mój w. o. I. i II. przyp. W tych czterech przypadkach rozechodzi się o bardzo wybitną, rozległą, rozlaną miażdżycę naczyń naczyńówki, występującą na pierwszy plan w obrazie wziernikowym. We wszystkich tych przypadkach sprawa jednakowo się zaczęła, to jest dookoła tarczy najpierw, gdzie jest najwybitniejszą, we wszystkich przyszło następnie do zaniku barwikowego siatkówki.

Do drugiej grupy zaliczam przypadek Oellera.

Tutaj wybitna sprawa miażdżycowa zajęła tylko okolice między tarczą a plamką żółtą, Kurzej ślepoty nie ma, zwiężenia

č. j.	Przyp.	Wiek	Refr.	Choroby przebyte	Stan ogólny	Obraz wzernikowy			Czucie światła	Pole widzenia	Uwaga.	
						naczyniówka	siatkówka	tarcza				
1.	I. w. o.	58	H.	kiła	ogólna miazdżycza	rozległa miazdżycza na 1. planie	zanik barwikowy	zanik początkowy	prawidłowe	ubytek pierścieniowaty	pr. o. zanik środ. pola widzenia, wypłona miazdżycza w pl. żółtej tylko jedno oko zajęte	
2.	II. w. o.	64	M.	—		ditto	ditto	zanik początkowy	obniżone			
3.	Levinsohna przyp.	60	E.	—		ditto	ditto	ditto	ditto			
4.	Haaba przyp.	?	?	?		ditto	ditto	prawidłowa	?			
5.	III. w. o.	60	M.	kiła		nieznaczna miazdżycza kodo tarczy	zanik barwikowy na 1. planie	prawidłowa	obniżone			
6.	Silexa przyp.	52	?	kiła		miazdżycza między siatkówką a tarczą	prawidłowa	zanik	ditto			
7.	Oellera przyp.	71	E.	tyfus		—	prawidłowa	prawidłowa	prawidłowe			
8.	A. Bednarskiego Holak	23	M.	—		—	rozległa miazdżycza tylnego odcinka	zanik okrężny	obniżone			ubytek pierścieniowaty
9.	A. Bednarskiego Iwan Pona	19	M.	kur ospa febra		—	—	—	—			

poła widzenia ani ubytków w polu również, tylko obniżenie widzenia naośnego. Anatomicznie w przypadku tym, jak z opisu wziernikowego sędzę, oprócz tak zwanego w pojęciu Thomy *arteriosclerosis diffusa*, mamy tu również *arteriosclerosis nodosa* (guzy na naczyniach). Mimo, że sprawa wystąpiła tutaj tylko na miejscu ograniczonym, przypadek ten zaliczam do miażdżycy pierwotnej rozległej, czyli ogólnej miażdżycy naczyniówki (w odróżnieniu od miejscowej, jaką w garbiakach tylnych znajdujemy), gdyż nie było u tego chorego żadnej miejscowej sprawy zapalnej, w następstwie której miażdżycy mogłaby powstać, a zmiany wystąpiły symetrycznie na obu oczach u chorego z ogólną miażdżycą. Przypadek jest wczesny, sędzę, że postępował będzie i przyjdzie jeszcze do następowego zaniku barwikowego siatkówki. Że nie przyszło dotychczas do zwyrodnienia siatkówki w odpowiedniej części skutkiem zaburzeń odżywczych, możnaby to i tem wytłómaczyć, że w przypadku tym mamy do czynienia z *arteriosclerosis nodosa*, a wiemy z badań Thomy, że guzy takie nie zacieśniają światła naczynia, rozszerzając się na zewnątrz, że więc w tym przypadku krążenie mimo zgrubienia ścian nie było jeszcze do tego stopnia upośledzone, aby sprowadzić zaburzenia odżywcze w siatkówce.

Do 3ciej grupy zaliczam przypadek Silexa i mój III. przypadek. Tutaj na pierwszy plan występuje barwikowy zanik siatkówki ze wszystkimi objawami podmiotowymi. Miażdżycy zaś naczyń naczyniówki jest słabo rozwinięta, początek jej podobnie jak przy pierwszej grupie koło tarczy. W tych przypadkach tej miażdżycy, którą wziernikiem stwierdzamy, trudno przyjąć za przyczynę wyłączną zanik barwikowy siatkówki, gdyż miażdżycy tu jest bardzo mało widoczną, a w moim III. przypadku nie stwierdziłem jej nawet weale przy pierwszym badaniu, gdy już był wybitny zanik barwikowy siatkówki. W tych przypadkach przypuszczam, że mamy do czynienia głównie ze zajęciem tylnych naczyń rzęskowych, tą samą sprawą miażdżycową w tychże naczyniach najsilniej rozwiniętą. Za przypuszczeniem tem przemawia to, że skoro mamy



zajęte miażdżycą naczyń naczyńówki w tem właśnie miejscu, gdzie naczyńia rzęskowe przebijają twardówkę, t. j. koło tarczy nerwu wzrokowego, u osobnika dotkniętego ogólną miażdżycą tętnic (miażdżycą aorty, jak w III. przypadku moim), to należy przypuścić, że również naczyńia rzęskowe tylne są miażdżycą zajęte. Za tem, że naczyńia rzęskowe nawet w wyższym stopniu mogą być zajęte, niż naczyńia naczyńówki, przemawiają badania Thom y<sup>1)</sup>. Z badań Thom y wiemy, że miażdżycza z upodobaniem rozwija się u korzeni naczyń międzybrownych i lędźwiowych, co Thom a tłumaczy tem, że naczyńia te »są w swym dalszym przebiegu szczególnie silnie do szkieletu przymocowane, tak, że już małe skrzywienie i przesunięcie się aorty wystarcza, aby wymienione tętnice na jednej lub na drugiej stronie, albo nawet na obu stronach wprawić w napięcie«. Skutkiem napięcia tego przychodzi do rozciągnięcia *tunica media*, a kompensacyjnie do bujania przybłonka (*endarteritis*). Analogicznie przyjmuję podobny proces w naczyńiach rzęskowych tylnych. W tem miejscu, gdzie naczyńia rzęskowe przebijają twardówkę, są silniej do ściany twardówki przymocowane, tak, że sędzę, iż ruchy gałki mogą naciągać *tunica media* w tych miejscach i następowo przychodzi do bujania przybłonka celem wyrównania światła naczyńia. Garnier<sup>2)</sup>, omawiając zmiany naczyńiowe gałki ze stanowiska ogólnego, również opierając się na badaniach Thom y, przypisuje znaczenie rozgałęzieniu naczyń rzęskowych. »Należy oczekiwać, że w oku w tych miejscach, gdzie naczyńia rzęskowe przechodzą przez twardówkę i dalej się dzielą, również tę postać (*endarteritis*) znajdujemy. Naturalnie tylko badania anatomiczne powyższe przypuszczenia mogą stwierdzić. Moje tłumaczenie uzupełnia tłumaczenie Garniera. Również uwzględnić tutaj należy, w tłumaczeniu zaniku siatkówki, i to, że ściany naczyń naczy-

<sup>1)</sup> Prof. Dr R. Thom a: Ueber die Abhängigkeit der Bindegewebsneubildung in der Arterienintima von den mechanischen Bedingungen des Blutumlaufes. Arch. Virchowa. T. 93, 94, 104, 105, 106.

<sup>2)</sup> R. v. Garnier: Einiges über endarteritische Veränderungen der Augengefäße. Centralblatt f. Augenheilkunde. 1892.

niówki mogą być, podobnie jak ściany naczyń siatkówkowych, znacznie zgrubiałe, światło tychże znacznie zwężone, a mimo tego zachowują swoją przezroczystość i chociaż skutkiem rozrzedzenia barwika siatkówkowego dostępne są badaniu wziernikowemu, zmian tychże nie możemy widzieć. W naczyniach siatkówkowych zdarza się to szczególnie przy zwyrodnieniu szklistem (hyalinowem) tkanek (Raehlmann<sup>1)</sup>). Zmiany, przy których ściany naczyń są wziernikiem widoczne, są — wedle Raehlmana — sklerotyczno-ateromatycznej natury.

Sillex, omawiając swój przypadek, odnosi wprawdzie zmiany w siatkówce do zmian w naczyniach, jako do sprawy pierwotnej, nie podniósł jednak dostatecznie sprawy miażdżycowej, która, sądzę, jest główną pierwotną chorobą.

Dwa te przypadki pozwalają mi przypuszczać, że niejedynym przypadkiem tak zwanego nietypowego zaniku barwиковego siatkówki, występującego w późniejszym wieku, będzie można odnieść do sprawy miażdżycowej w tylnych naczyniach rzeskowych, względnie naczyniówki. Nie mam tu naturalnie na myśli przypadków *chorioretinitis specifica, v. luetica*, a chociaż kiła w przypadkach miażdżycy niewątpliwie odgrywa rolę, choć nierozstrzygującą, to jednak uważam ją w pojęciu Baumlera jako wyraz charłactwa, a nie jako bezpośrednią przyczynę zapalenia ścian naczyń, spowodowanego działaniem jadu kiłowego.

Wspomnieć mi jeszcze wypada o dwóch przypadkach zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki, umieszczonych na końcu tablicy (8 i 9). Obu tych przypadków nie zaliczyłem do żadnej z 3ch grup wyżej wspomnianych, ponieważ ze względu na znamienny obraz zaniku barwika przybłonka siatkówkowego przypadki te stanowią dla siebie oddzielną postać chorobową, ze względu zaś na postać miażdżycy naczyniówki, przypadki te należą do pierwszej grupy.

---

<sup>1)</sup> Prof. Dr E. Raehlmann: Ueber ophthalmoskopisch sichtbare Erkrankung der Netzhautgefässe bei allgemeiner Arteriosklerose, mit besonderer Berücksichtigung der Sklerose der Hirngefässe. Zeitschrift f. klin. Med. 16. 1889.

W tablicy powyższej nie umieściłem obrazu wziernikowego miażdżycy naczyniówki, opisanej przez Sigrista <sup>1)</sup>. W przypadku Sigrista rozchodzi się o miażdżycę naczyniówki, powstałą u chorego z *exophthalmus pulsans traumatic. sin.*, u którego podwiązano *carotis extr. i int. sin.* W 5 miesięcy po podwiązaniu stwierdził Sigrist początek sprawy miażdżycowej w naczyniówce, a w półtora roku później miażdżycę zajęła prawie całe dno oka, z wyjątkiem plamki żółtej. Towarzyszył zanik barwikowy siatkówki. Tu — wedle tłumaczenia autora — przyszło do zatoru lub zakrzepu tętnicy środkowej siatkówki, do której przyłączył się zakrzep naczyń rzęskowych, który dał powód do miażdżycy naczyniówki i do następowej wędrownki przybłonka barwikowego siatkówki. Przypadek ten przypomina Sigristo wi twory barwikowe w siatkówce, występujące po przecięciu tętnic rzęskowych u królika (Wagemann <sup>2)</sup>) i przypadki własne, opisane pod nazwą »Traumatische Ruptur von Ciliararterien beim Menschen« <sup>3)</sup>. Przypadek Sigrista odnosi się do miażdżycy następowej. Wszystkie 9 przypadków, zestawionych w wyżej umieszczonej tablicy, odnoszą się do pierwotnej miażdżycy naczyniówki, anatomicznie zaliczają się do *arteriosclerosis chronica diffusa*, w jednym tylko przypadku Oellera oprócz *arteriosclerosis diffusa* mamy obraz *arteriosclerosis nodosa*.

Z wyżej zestawionych przypadków wynika, że miażdżycę naczyń naczyniówki daje powód do zwyrodnienia barwikowego siatkówki, podobnego obrazem do wrodzonego zaniku barwikowego siatkówki. W wyjątkowych razach może dać powód do zaniku okrężnego siatkówki.

Miażdżycę ta w obrazie wziernikowym może występować bardzo wybitnie, albo też może być tylko słabo zaznaczoną

<sup>1)</sup> A. Sigrist: Die Gefahren der Ligatur der grossen Halsschlagadern für das Auge und das Leben des Menschen. Arch. Graefego. T. 50.

<sup>2)</sup> Archiv Graefego. T. 36.

<sup>3)</sup> Mittheilungen aus Kliniken und med. Instituten der Schweiz. Bd. III. H. 9. II. Traumatische Ruptur der Ciliararterien.



mimo znacznego zaniku barwikowego siatkówki, występującego na pierwszy plan. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przy miażdżycy naczyńówki i naczynia rzęskowe tylne są sprawą miażdżycową zajęte, owszem nawet niektóre obrazy chorobowe przemawiają za tem, że w nich naczynia rzęskowe tylne są głównie i w wyższym stopniu miażdżycą zajęte, niż naczynia naczyńówki.

## II. STRESZCZENIA.

*Przewodzik łzowy nadliczbowy.* (Canalicule lacrymal sur-numéraire). Schonte. (»Arch. d'Ophthalmologie« Juin 1901).

S. znalazł w literaturze 22 przypadki opisane. Punczek i przewodzik łzowy nadliczbowy znajduje się zwykle na dolnej powiece tuż przy zwykłym prawidłowym punczku. Kilka razy znajdowano go na powiece górnej, raz zaledwie około mięska łzowego, do tejże odmiany należy przypadek S. Istniało obok tego łzawienie, zresztą żadnych innych dolegliwości. Nadliczbowy punczek łączył się wprost z woreczkiem, a nie był odnogą przewodu dolnego, gdyż przy zatkaniu sondą Bowmana przewodu dolnego w całej jego długości woda wstrzyknięta do przewodu górnego swobodnie obok mięska (*caruncula*) wypływała.

Dr. Brudzewski.

*Ostateczne wyniki badań wpływu światła voltaicznego na skórę* (Les résultats définitifs des mes recherches sur l'influence de la lumière voltaïque sur la peau). Maklakoff. (»Arch. d'Ophthalm.« Mai 1901).

M. wykazał już dawniej, że działanie promieni ciepłych na skórę jest bez znaczenia, a tylko promienie chemiczne mogą wywołać pewne zmiany, które jednak mogą nie wystąpić, jeśli promienie chemiczne przepuszczone zostaną przez rozczyzn chininy itp. Najważniejszymi zmianami wskutek działania promieni chemicznych występującymi, jest najpierw zadrażnienie nerwów zwięzających naczynia — a co za tem idzie zblednięcie skóry z następowem rozszerzeniem naczyń krwionośnych. To rozszerzenie naczyń objawia się zaczerwienieniem, które trwać może przez czas dłuższy lub krótszy, a zależy od czasu, przez jaki światło voltaiczne na skórę działało; podczas gdy zwięzienie się naczyń istnieje tylko czas krótki, wreszcie trzeci okres następuje i objawia się łuszczeniem przybłonka skóry, względnie rogówki i spojówki, a ten okres trwać musi 5—6 dni.

Brudzewski.

*Badania kliniczne zezu u noworodków. — Czy istnieje zez funkcyjalny wrodzony?* (Recherches cliniques sur le strabisme des nouveaux-nés; le strabisme fonctionnel congénital existe-t-il?) Serini (»Archives d'Ophthalmologie« Mai 1901).

Z inicjatywy Panasa badał Serini przez kilka lat w paryskich klinikach położniczych Baudelocque'a i Tarnier'a tak noworodki jak i oseski do wieku 6 miesięcy i stwierdził na dość obfitym materiale, że zez jest u noworodków rzeczą dość częstą. Zez ten, jak się mógł przekonać, był zwykle zbieżnym, »alternans« albo »periodicus« — zez ten w późniejszych miesiącach życia stawał się rzadszym. Ciekawą jest obserwacja S. z tego względu, iż między zezem a trwaniem i rodzajem porodu istnieje pewien związek, który S. w tablicach bardzo obrazowo przedstawił. Mianowicie zez u noworodków najczęściej występuje, jeżeli rodząca jest pierwiastką, a rzadszym się staje w miarę tego, jeśli jest poród późniejszy, a po drugie zez jest częstszym w miarę tego, im dłużej trwa poród, oraz im dłużej trwa drugi okres porodowy. Nie tłumaczy to jednak w wszystkich przypadkach zezu noworodków, gdyż S. obserwował je i u 7-go dziecka z rzędu, gdzie I i II okres porodowy trwał nader krótko i poród sam bardzo prawidłowo i lekko się odbywał. W każdym razie obserwacje S. są nowym wielce ciekawym przyczynkiem do etyologii zezu zbieżnego. *Brudzewski.*

*Przyczynek do symptomatologii gośceca* (Zur Symptomatologie des Rheumatismus; *Tendinitis rheumatica ocularis*). Doc. Dr A. Pichler z Pragi. (»Münch. Med. Wochenschrift«, 1901, Nr 19).

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do człowieka cierpiącego od 15 lat na gościec stawowy, którym zajęte były po kolei niemal wszystkie stawy, nawet stawy zuchwowe i połączenia kręgowo szyjnych. Zapalenia stawów wracały u tego chorego pomimo leczenia zdrojowego i podawania przetworów salicylowych — po każdym zaziębnieniu i niemal przy każdej zmianie pogody. Z biegiem lat zmienił się jednak typ choroby o tyle, że nie przychodziło już więcej do wytwarzania się płynnych wysięków w jamach stawowych, a natomiast występowały obrzęki i bolesność w ścięgnach mięśni, uczepiających się w pobliżu stawów. W tym okresie choroby wystąpiły też zaburzenia oczne. Powstały mianowicie w okolicy uczepienia się ścięgna obydwu mięśni prostych dolnych wyrostki czerwone, na dotyk bardzo bolesne i sprawiające ból dotkliwy przy poruszaniu gałek ocznych w górę i ku dołowi, a zatem zawsze, ilekroć mięśnie dotknięte albo same się kureczyły, albo ulegały biernemu naciągnięciu. Zmiana ta ustąpiła po kilku dniach leczenia ogólnego bez stosowania jakichkolwiek środków miejscowych.

wych. Później jednak przy nowych napadach gościca mięśniowego powracało i zapalenie ścięgien mięśni ocznych, przyczem do mięśni prostych dolnych przyłączyły się obydwie proste zewnętrzne i obydwie proste wewnętrzne, tylko proste górne i skośne pozostały wolne od zapalenia. W literaturze znalazł autor zaledwie kilka opisów podobnych spostrzeżeń (Wright, Ruete, Stellwag). Zwraca on uwagę na znamiona różniczkowe, pozwalające cierpienie to z łatwością oddzielić od opisanej przez Fuchs'a *episcleritis periodica fugax* (por. »Postęp Okulistyczny«, r. 1900, zes. 4, str. 147). Natomiast dwa spostrzeżenia ogłoszone przez Dra Inouye (»Ophthalm. Klinik.« 1900, Nr 7) i nazwane przez niego *subconjunctivitis rheumatica*, a wyleczone podawaniem przetworów salicylowych, uważa autor za niewłaściwie pojęte przypadki takiejże samej *tendinitis rheumatica oculi*, jakiej opis właśnie podaje. —

Dr K. W. Majewski.

*Zaburzenia wzrokowe w przebiegu kamicy nerkowej i ostre zapalenie nerwa wzrokowego przy skazie moczniowej* (Amaurose et amblyopie dans la lithiase rénale et névrite optique aiguë uricémique.). Dr Zanotti. (»Annales d'Oculistique«, 1901, Nr. 4.).

Autor podaje opis trzech spostrzeżeń własnych, gdzie wśród przebiegu kolki nerkowej przyszło do upośledzenia wzroku z powodu zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego. Oto wspólne znamiona tych spostrzeżeń: nagłe powstanie zaburzeń wzrokowych, prowadzących w kilku godzinach do utraty poczucia światła w czasie napadu kolki nerkowej, kończącej się oddaniem piasku moczowego. We wszystkich trzech przypadkach zajęte były obydwie oczy i to prawie w jednakim stopniu. Ślepota po pewnym czasie trwania ustąpiła miejsca niedowidzeniu. Nieregularne ściśnięcie pola widzenia i ubytek środkowy w polu, sięgający wokoło 15 do 20°. Żrennice szerokie i nieruchome lub bardzo mało ruchome. Siły światłowstręt pomimo upośledzonego poczucia światła. Świat i pieczenie powiek bez objawów nieżyłowych ze strony spojówki. Objawy wzernikowe: obustronne zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego, tarcze silnie przekrwione o granicach zadartych, tętnice wąskie, żyły rozdęte. Siatkówka zamglona, nie okazuje jednak nigdzie wybroczyn krwawych. Jako zejście choroby stwierdził autor we wszystkich trzech przypadkach częściowy zanik nerwów wzrokowych i odpowiednio upośledzenie bystrości wzroku. Wszystkie inne przyczyny prócz kamicy nerkowej można było z wszelką pewnością wykluczyć. Za bezpośrednią przyczynę zaburzeń wzrokowych uważa autor samozatrucie ustroju wytworami przemiany materii, które z powodu



chwilowej zapory w drogach moczowych nie mogły być na czas wydalone.

Dalej przytacza Zanotti siedm spostrzeżeń ostrego zapalenia nerwu wzrokowego z następowym częściowym zanikiem tęgów w przypadkach skazy moczanej. Zaburzenia wzrokowe występowały nagle i to we wszystkich przypadkach po zaziębieniu. Równocześnie w moczu pojawiała się większa ilość kwasu moczowego i dopiero, gdy ilość ta zmalała do granic fizyologicznych, objawy oczne łagodniały lub ustępowały. Leczenie skierowane przeciwko skazie moczanej: kąpiele siarczane, węglan litowy na wewnątrz i pilokarpina na poly — wystarczało zazwyczaj, ażeby sprowadzić poprawę stanu ogólnego jakoteż zmniejszenie zaburzeń ocznych, nie odwracało jednak ostatecznego zejścia choroby, t. j. częściowego zaniku nerwów wzrokowych.

Dr K. W. Majewski.

*O pozaczaskowych zaburzeniach ocznych w przebiegu kiły.* (Die extracraniiell bedingten Augenstörungen bei Lues). Prof. Schwarzh. (»Münch. Med. Wochenschrift«, 1901, Nr. 18 i 19).

W lipskiem Towarzystwie lekarskiem wygłosił prof. Schwarzh o związku kiły z chorobami oka, uwzględniając wyłącznie te tylko zaburzenia oczne, które kiła wywołuje, działając jadem swym bezpośrednio na tkanki, składające gałkę oczną, jakoteż jej części ochronne. Pomiął natomiast wszystkie zaburzenia, występujące w oczach na tle zmian kiłowych w mózgu, a zatem wszelkie zaburzenia, wywołane na drodze nerwowej. W wykładzie tym, wypowiedzianym przed audytoryum, złożonem z lekarzy niepoświęcających się okulistyce, przytacza prof. Schwarzh bardzo wiele rzeczy okulistom od dawna i dokładnie znanych. Nie znajdujemy tu właściwie żadnych szczegółów nowych, a tylko systematyczne, bardzo zresztą pouczające zestawienie przeróżnych objawów, mogących we wszystkich okresach kiły występować na powiekach, na spojówce, w narządzie łzowym, na samej gałce, a wreszcie w jej wnętrzu i poza nią. Nie widzę powodu przytaczać wszystkich tych poszczególnych zaburzeń w »Postępie Okulistycznym«, podniosę tylko niektóre, zasługujące z powodu swej rzadkości na szczególniejszą uwagę. Tak, omawiając choroby kiłowe rogówki, przytacza autor przypadki Denarié, Hirschberg'a i Peters'a, rozpoznane przez autorów tych jako guzy kilakowe rogówki (*gummata corneae*). Były to wyniosłości brudnoszarej barwy, o granicach zatartych, skąpo anacyjone. Naciek rogówkowy sięgał do warstw głębokich i ulegał wssaniu przy użyciu wewnętrznem jodu z pozostawieniem nieznacznej plamy. Co do rozmiękczenia rogówki u dzieci (*keratomalacia*) wspomina autor o dwóch przypadkach Peltessohna, zależnych od kiły

dziedzicznej i wyleczonych ręcją. Wiadomo, że prof. Wicherkiewicz ogłosił w 1899 r. trzy podobne przypadki, w których leczenie przeciwkłowe dało również pomyślne wyniki (>Post. Okulist.< 1899, str. 1). Najobszerniej opisuje autor różne postaci zapaleń siatkówki i naczyńówki na tle kiłowym, ale i tu nie znajduję nic takiego, coby z podręczników okulistyki nie było dostatecznie znanem. Na koniec przytacza jaskrę jako możliwe następstwo zaburzeń w krążeniu, wywołanych kiłowemi zmianami w naczyniach jagodówki. Zwłaszcza, gdy widzimy jaskrę pierwotną u człowieka w wieku średnim lub młodocianym, powinniśmy pamiętać o możliwości tła kiłowego, gdyż w takim razie tylko leczenie swoiste odnosi pożądaną skutec.

Dr K. W. Majewski.

*O skrofulicznym zapaleniu spojówki.* (Ueber Conjunctivitis serophulosa). Doc. Dr L. Müller. (>Wiener Med. Presse<, 1901, Nr 11 i 12).

Przed przystąpieniem do właściwego przedmiotu zastanawia się autor nad istotą i etiologią żołą wogóle. Wiadomo, że Laënnec uważał żołą za gruźlicę, umiejscowioną w gruczołach. Jeszcze dziś dość powszechnie utrzymuje się zapatrywanie, że skrofuly nie są niczem innym, jak tylko łagodniejszą postacią gruźlicy. Autor niezupełnie się zgadza z takim pojmowaniem rzeczy i uważa etiologię żołą za sprawę zupełnie jeszcze niewyjaśnioną, wyraża jednak nadzieję, że właśnie badanie skrofulicznego zapalenia spojówki i rogówki może jeszcze najprędzej doprowadzić do wyświecenia tej sprawy, a to dlatego, że zapalenie to stanowi najbardziej znamienny i najłatwiej badaniu dostępny objaw skrofulozy. W długim wywodzie zwalczą Dr Müller zdanie, jakoby pryszczkowe zapalenie spojówki miało równorzędne znaczenie z wypryskiem, tak często powstającym na skórze skrofulicznych dzieci, zwłaszcza na twarzy i głowie. Z tego powodu występuje przeciw nazwie *conjunctivitis eczematosa*, a za jedynie właściwą uważa nazwę *conjunctivitis serophulosa*. Co do etiologii tych zapaleń, to, zdaniem autora, nie ulega wątpliwości, że istnieje tutaj jad swoisty, wydzielany przez nieznany dotychczas rodzaj bakteryi. Na podstawie własnych doświadczeń przychodzi on do wniosku, że drobnoustrojem tym nie jest prątek gruźliczy. Zaszczepiał on królikom do przedniej komory świeżo wycięte pryszczyki, a raczej guzki powstające w przebiegu *conjunctivitis serophulosa* na spojówce gałki. Wybierał tylko takie guzki, które nie okazywały jeszcze ani śladu owrzodzenia na swym szczycie, lecz były w całości pokryte gładkim, lśniącym przybłonkiem. Guzek taki wycinał po obfitem przepłukaniu worka spojówkowego wyjąłowym rozczynek soli kuchennej i po założeniu rozwórki,

ażeby zapobiedz zetknięciu się powiek z miejscem przeznaczonem do wycięcia. Z liczby 20stu w ten sposób szczepionych królików u 18stu cząsteczka patologicznej tkanki uległa w przedniej komorze zupełnemu wessaniu i znikła bez śladu. W jednym przypadku oko zropiało, ale punktem wyjścia ropienia był brzeg rany rogówkowej, a nie wszczepiony guziczek. W jednym nakoniec przypadku powstały na łączówce trzy guzki wyglądające zupełnie jak gruzelki, które jednak w ciągu czterech tygodni uległy wessaniu, pozostawiając tylko bliznowate zaciągnięcia na łączówce. Królik jednak w miesiąc potem padł na gruzlicę płuc. Temu jedynemu dodatniemu wynikowi szczepienia nie przypisuje jednak autor bynajmniej znaczenia rozstrzygającego, nie może bowiem na pewne twierdzić, czy królik już przed zaszczerpieniem nie był dotknięty utajoną gruzlicą. Bezpośrednie poszukiwania za prątkami Kocha w świeżo rozpadłych guzkach skrofulicznych spojówki i takichże owrzodzeniach rogówkowych wypadły we wszystkich 25ciu badanych przypadkach zupełnie ujemnie. Ostateczny wniosek, do jakiego autor dochodzi, jest ten, że dotychczas nie znamy jeszcze drobnoustroju, który wywołuje skrofuliczne zapalenie spojówki i rogówki. Pracę swą kończy poglądem na obecny stan leczenia tej tak powszechnej choroby ocznej, przyczem z naciskiem podnosi powszechnie zresztą uznaną potrzebę leczenia ogólnego i tu wielką wagę przykładu do wiecierań szarego mydła, po których widział u swoich chorych zadziwiająco dobre wyniki<sup>1)</sup>. Co do leczenia miejscowego, to wymienia środki ogólnie znane i stosowane, a szczególnie zwraca uwagę na usuwanie ścisiku powiek zapomocą zimnych natrysków.

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynek do leczenia pełzającego wrzodu rogówki.*  
(Zur Behandlung des Ulcus serpens corneae). Dr Stasiński z Poznania. (»Therapie der Gegenwart«, maj, 1901).

Wedle zgodnego zdania licznych autorów (Ulthoff, Axenfeld, Bach, Petit, Morax i t. d.) drobnoustrojem, powodującym powstanie wrzodu pełzającego rogówki, jest *diplococcus Fraenkel-Wichselbaum'a*, który w nieżytovej wydzielinie spojówki, oraz w ropnej wydzielinie woreczka łzowego często się znajduje. Leczenie zatem powinno, zdaniem autora, wypełniać następujące wskazania: po pierwsze, ubytek w rogówce należy chronić przed zetknięciem z wydzieliną, zawierającą te drobnoustroje. Jeśli chodzi o ropienie woreczka łzowego, wtedy wystarcza czasowe zamknięcie

<sup>1)</sup> Prof. Wicherkiewicz oddawna poleca u chorych skrofulicznych takie nacierania, które znakomicie wzmacniają i skrzepiają ustrój.



przewodzików łzowych. Gdy jednak źródłem ropienia jest worek spojówkowy, wtedy zadanie jest o wiele trudniejsze. Jako jedyne pewny sposób poleca autor pokrycie powierzchni ubytku proszkiem auroloyowym, który znakomicie przylega, a zarazem działa przeciwnie. Drugie wskazanie wymaga zniszczenia lub przynajmniej osłabienia tych bakterii, które już w miąższ rogówkowy wtargnęły. W tym celu wyskrobuje autor dno i brzegi wrzodu ostrą łyżeczką i przyżega je następnie tynkturą jodową. Nadto zaleca zastrzykiwanie podspojówkowe 5% roztworu soli, który przyspiesza wessanie wytworów zapalnych (*hypopyon*) i daje lepsze wyniki, niż zastrzykiwanie słabych roztworów sublimatu, co do którego autor powątpiewa, czy dostaje się w głąb oka w ilościach, mogących rozwinąć jakiegokolwiek działanie przeciwnie. Jako trzecie wskazanie wymienia Dr Stasiński potrzebę zwalczania następowego zapalenia łączówki i zapobiegania jej zrostom. W tym celu dodaje do roztworu solnego, zastrzykiwanego pod spojówkę, atropiny w stosunku 0,5% i kokainy 2%. Na tych zasadach opiera Dr Stasiński leczenie, które mu na 30 ciężkich przypadków wrzodu pełzającego rogówki w 29ciu dobre dało wyniki. Główny nacisk kładzie on na zastrzykiwanie podspojówkowe soli (całą strzykawkę lub nawet 1½ strzykawkę Prawaza na raz), wyskrobywanie dna i brzegów wrzodu ostrą łyżeczką z następnem przypaleniem nalewką jodową, wreszcie silne weieranie w powierzchnię owrzodziałą proszku auroloyowego. Przy tem leczeniu ma autor nadzieję obejść się niemal w każdym przypadku bez takich zabiegów, jak nakłucie rogówki, keratotomia Saemisch'a lub galwanokaustyka.

Dr K. W. Majewski.

*Operacja katarakty.* (Opération de la cataracte). Terrien. (>Arch. d'Ophthalmologie< Juin 1901.

T. przedstawia opisami oraz b. licznymi na wpół szematycznymi rysunkami, które zresztą bardzo dobrze ilustrują opis, operacje klasyczną katarakty starczej, oraz dodaje różne uwagi praktyczne, wzorując się zupełnie na sposobach różnych, wykonywanych w Hôtel Dieu przez Panasa, którego jest asystentem. Nowego nie podaje, czego by już inni autorowie nie podali, jest to rozdział z podręcznika Bergera i Hartmana, dla użytku, jak się zdaje uczniów i niezem nie jest wyższy od rozdziału odpowiedniego w podręczniku niemieckim Czermaka (*Operations-Lehre*). Dr Brudzewski.

*Tenolomia mięśnia prostego dolnego lewego przy wrodzonym porażeniu mięśnia białkowego prawego.* (Ophthalmologisch-klinische Mittheilungen). Prof. Elschnig z Wiednia. — (>Wien. med. Wochenschrift<, 1901. Nr 13).

Przy porażeniach mięśni unoszących lub obniżających gałkę,

z powodu ich skomplikowanego i skombinowanego sposobu działania i z powodu, że żaden z tych mięśni ani na tem samym oku antagonisty, ani na drugim zupełnie tak samo działającego nie posiada, nie możemy zastosować tych samych metod operacyjnych, któremi osiągamy dobre skutki przy porażeniach mięśni bocznych prostych, tylko musimy się uciec do innego zabiegu, który polega na tem, że odpowiednio zmniejszamy ruchomość zdrowego oka przez tenotomię mięśnia podobnie działającego do porażonego.

Jak właśnie rzadko zabieg ten bywa stosowany, świadczy o tem zbyt mała liczba przypadków, opisanych w literaturze, — jak również i to, że n. p. w klinice wiedeńskiej prof. Schnabla na 600 operacji mięśniowych z powodu zezu, ani razu takiego nie wykonano. Z tego więc względu i jako przyczynek do skąpej o tem literatury opisuje autor przypadek, dotyczący się 23letniego chorego, u którego z powodu wrodzonego porażenia mięśnia błoczkowego oka prawego wykonał całkowite przecięcie ścięgna mięśnia prostego dolnego i częściowe mięśnia prostego na oku lewym, zdrowym. Wynik operacji był dodatni. *Dr Luniewski.*

*Nowa statystyka operacji zezu towarzyszącego.* (Nouvelle statistique de l'opération du strabisme concomitant). P a n a s a (»Arch. d'Ophthalmologie« Juin 1901).

Podana statystyka 68 przypadków zezów towarzyszących, obejmuje przypadki operowane częścią za pomocą metody P a n a s a (wydłużenie mięśni wraz z obustronną tenotomią m. prostych wewnętrznych), częścią zaś tylko tenotomowane. P. nie operuje dzieci niżej lat 7, a dopiero powyżej i uważa, by w wieku młodym używać metody bezkrwawej (okulary), gdyż dużo zezów w ten sposób ustępuje; powyżej tego wieku, gdy metoda bezkrwawa do skutku nie doprowadza, operuje: wynik operacji przedstawia w ten sposób, iż elongację i tenotomię natychmiastową obustronną zalecić może u pacjentów od 10—25 lat, podczas gdy u młodych wyniki lepsze daje sama tenotomia, zaś u chorych starszych powyżej 25 lat tenotomia nie wystarcza, a należy dodać jeszcze antepozycję antagonistów, tak samo w zezie rozbieżnym dobre wyniki daje tenotomia obustronna wraz z antepozycją antagonistów.

(Cała statystyka jednakże nie daje przeglądu dobrego, gdyż jest dość powierzchowna — nie wiemy nic o tem, co P. nazywa wynikiem dobrym, jaki stopień konwergencji czynnej wytworzył się po operacji, jakie jest upośledzenie ruchomości, względnie jej przemieszczenie przed i po operacji i wiele innych punktów, które całe zestawienie statystyczne redukują do kilku nie wiele znaczących liczb *Przyp. ref.*). *Dr Brudzewski.*

J. Idzikowski: *Dwa lata czynności ludowego szpitala (1897—1899)*. Petersburg. 1901., str. 58.

Jest to krótki opis szpitala woskresieńskiej fabryki w ufińskiej gubernii, który autor objaśnił 3 rycinami (jedna przedstawia grupę szpitalnych siostr!) i planem. Z tablicy dokonanych operacji widzimy, że leczono i operowano i chorych ocznych; dokonano mianowicie następujących operacji: *enucleatio bulbi* 2 (*sarcoma bulbi*, *neoplasma n. opt.*); irydektomii przy jaskrze 5, przy *leuc. adhaerens* 2; katarakt 61 (ekstrakcyi 59, dyscysyi 2) — z tej liczby dla braku miejsca w szpitalu operowano ambulatoryjnie 20 (wyleczono 46, polepszono wzrok 11, bezskutecznie 4); operacyi skrzydlika 8, *entropion* 19, *ectropion* 1, wydobyto ciało obcych z rogówki 5, kautoplastyk 5, *ankyloblepharon* 1, *ptosis* 1, gradówek 5 i inne mniejsze.

W prywatnym tym szpitalu wszystkich wogóle stałych chorych leczono 273, oczni chorzy stanowią więc pokaźną liczbę. — Prócz tego ambulatoryjnie udzielono porady 516 chorym, którzy zgłaszali się 2598 razy. Dobrze prowadzony szpital przez naszego współpracownika przyczynia się do korzystania miejscowej ludności Baszkirów z racjonalnej lekarskiej pomocy, jakiej dotąd napróżno szukano na wschodnich krańcach Europy. Dr J. T.

### III. Z. TOWARZYSTW.

#### 1. Z międzynarodowego kongresu fizyki w Paryżu (1900).

*O zjawiskach siatkówkowych.* Aug. Charpentier, profesor fizyki lekarskiej w Nancy.

W odczycie tym, bardzo w treść naukową bogatym, dał autor wyborny pogląd ze stanowiska nowoczesnej fizyki na dzisiejszy stan wiadomości naszych o istocie aktu widzenia. Przedmiot ten zajmował i zajmuje umysły licznego zastępu zarówno fizyków i fizjologów jak i okulistów i dostarczył treści do olbrzymiej już literatury. Pomimo niezmierniej liczby prac doświadczalnych i teoretycznych dociekań nie zdołano dotychczas rozwiązać zagadki, w jaki sposób działanie czynnika zewnętrznego, t. j. energia świetlna, zamienia się w siatkówce na wrażenie światła. Problem ten posiada, zdaniem autora, wiele stron, nie nadających się, na razie przynajmniej, do teoretycznego wyświetlenia. Tu należy n. p. sprawa niektórych postaci ślepoty barwnej, których nie tłumaczy należyście żadna z istniejących teorii poczcucia barw. Tego rodzaju zagadnień, niedojrzałych dziś jeszcze do ostatecznego rozwiązania, jest więcej w tej dziedzi-



nie, dlatego to autor ogranicza się w swym wykładzie do tych tylko, które mogą znaleźć wyjaśnienie, oparte na doświadczalnej, a zatem jeszcze najpewniejszej podstawie.

Rozpoczyna zatem od omawiania najłatwiej dających się stwierdzić zjawisk widzenia.

Siatkówka ludzka wrażliwa jest tylko na pewną, dosyć ograniczoną część widma słonecznego. Po stronie czerwonej widma najdalsze promienie, jakie oko jeszcze dostrzega, posiadają długość fali 0,81  $\mu$ . Promienie o dłuższej fali, pozaczzerwone, ciepłe, zostają w znacznej części (91%) pochłonięte przez środki łamiące oka. Ale ta mała ich ilość (9%), która dociera do siatkówki, nie wywołuje już w niej wrażenia światła. Po stronie fioletowej widma wrażliwość siatkówki kończy się w miejscu, odpowiadającym długości fali 0,4  $\mu$ . Oczy pozbawione soczewki dostrzegają jeszcze dalsze, pozafioletowe promienie, a wrażliwość oczu takich dochodzi do 0,34  $\mu$ .

Zachodzi pytanie, czy światło stanowi *bezpośrednią* pobudkę dla włókien nerwu wzrokowego? Doświadczenia d'Arsonval'a wykazują, że nerwy czuciowe nie są w stanie oddziaływać na podrażnienia bezpośrednie, których częstość przekracza 10.000 na sekundę. Ponieważ częstość drgań eteru świetlnego jest nieporównanie większą, przeto należy przypuścić, że potrzeba jakiegoś czynnika pośredniego lub może kilku takich czynników, ażeby światło mogło wzniecić wrażenie w anatomicznych składnikach narządu wzrokowego. Chodzi teraz o to, jakiego rodzaju zmiany zachodzą w siatkówce, która niezmierną częstość podrażnień ze strony energii promienistej zmniejsza o tyle, że stają się one przystępne dla włókien nerwowych, przenoszących wrażenie do ośrodków wzrokowych w mózgu. Otóż liczne badania, które zapoczątkowali Boll i Kühne, wykazują, że są to po części sprawy fotochemicznej natury. Tutaj należą przemiany, jakim ulega szkarłat wzrokowy pod wpływem promieni światła.

Zmiany chemiczne nie wyczerpują jednak same przez się istoty aktu widzenia. Światło, ażeby zadziałać na składniki nerwowe, potrzebuje koniecznie obecności barwika. Nie ma w całym świecie zwierzęcym narządu wzrokowego, choćby najprostszego, któryby był zupełnie pozbawiony pigmentu. Barwik pochłania światło, co wywołuje podniesienie ciepłoty (hypoteza Drapera), a może też powstają przytem prądy termoelektryczne. Znanym jest nakoniec cały szereg zjawisk, które wykazują wprost mechaniczny wpływ światła na postać nerwowych składników siatkówki. Spostrzegano obrzmiewanie pręcików pod wpływem światła, kurczenie się czopków, wędrowkę barwika i t. d. Tak więc różni badacze stwierdzili

w siatkówce liczne i bardzo różnorodne zmiany, występujące pod działaniem światła i mogące mieć znaczenie czynników, pośredniczących w przemianie energii fizycznej na swoistą energię nerwową.

Czy można mierzyć bezwzględną siłę wrażenia wzrokowego? Nie, ponieważ nie posiadamy potrzebnej do tego celu jednostki mierniczej. Ale nie brak usiłowań, aby oznaczyć stosunek, jaki zachodzi między siłą podniety (natężeniem światła) a siłą wrażenia. Powszechnie znanemu prawu Webera i Fechnera, wedle którego siła wrażenia rosnąć ma w stosunku arytmetycznym, gdy podnieta wzrasta w stosunku geometrycznym, odmawia Charpentier wszelkiej słuszności. Najbardziej wiarogodni badacze, jak Aubert, a nawet Helmholtz, wykazali doświadczalnie, że, gdy z jednej strony w warunkach niekorzystnych oko zupełnie prawidłowe nie może zauważyć różnicy między dwoma oświetleniami, z których jedno posiada natężenie 9 razy większe od drugiego, — to z drugiej strony to samo oko, postawione w warunkach korzystniejszych, rozróżnia dwa natężenia, różniące się zaledwie o  $\frac{1}{136}$  (Aubert) lub  $\frac{1}{167}$  (Helmholtz). Badania tego rodzaju przeprowadzić można w dwojaki sposób: albo daje się oku porównywać dwie stykające się ze sobą płaszczyzny w różnym stopniu oświetlone (zasada zwyczajnej fotometrii), albo każe się porównywać dwa źródła światła, różne co do natężenia, działające kolejno, jedno po drugim, na to samo miejsce siatkówki. W pierwszym przypadku oko dokonywa porównania jednocześnie zapomocą odrębnych części siatkówki, w drugim różnocześnie, ale zapomocą jednej i tych samych składników nerwowych. Obydwa te sposoby badania dają jednakowoż prawie zupełnie jednakie wyniki.

Pomijam to, co autor mówi o zdolności adaptacyjnej oka, jako rzecz dostatecznie znaną. Podnieść chcę tylko jeden szczegół: oko dokładnie zaadaptowane jest w stanie widzieć źródło światła znacznie (3, 4, a nawet 5 razy) słabsze od tego najslabszego oświetlenia, które wywołało w niem pierwsze wrażenie jasności. Charpentier tłumaczy to zjawisko pewnego rodzaju bezwładnością (inercją) nerwu wzrokowego, znaną zresztą i u innych nerwów czuciowych ustroju. Ażeby wywołać pierwsze wrażenie, trzeba tę bezwładność pokonać silniejszą podnieta, poczem dla dalszego podtrzymywania tego wrażenia wystarczy już znacznie słabsza podnieta.

Ażeby wrażenie świetlne doszło do stopnia odpowiadającego sile podniety, musi podnieta ta działać co najmniej przez pewien krótki przeciąg czasu. Jeżeli działa krócej, wtedy wrażenie jest odpowiednio słabsze. Istnieje nawet pewne *minimum* trwania podniety tak samo, jak istnieje *minimum* jej natężenia: poniżej tego *minimum* podnieta nie odnosi żadnego skutku. W czasie tego okresu światło,

jako podniecia, nagromadza niejako swe siły, aby wywołać pierwsze wrażenie, a okres ten jest tem krótszy, im większe jest natężenie światła. Ale po tym krótkim okresie następuje drugi, który znowu opóźnia jeszcze powstanie wrażenia. To dalsze opóźnienie zależy również od wyżej wspomnianej bezwładności (inercyi) nerwu wzrokowego, który, *sit venia verbo*, namyśla się przez chwilę, zanim odpowie na podrażnienie. Ten drugi okres opóźnienia możemy nazwać czasem utajonego podrażnienia (*temps perdu d'excitation*). I, rzecz dziwna, trwanie jego nie zawisło od natężenia światła. — Po ustaniu działania podniecia wrażenie trwa jeszcze czas jakiś, po czem powstaje tak zwany powidok ujemny (obraz odwrócony co do rozkładu światła i cienia). Plateau opisał całe szeregi następujących po sobie dodatnich i ujemnych powidoków, zmieniających się kolejno co kilka minut. Są to tak zwane oscylacje Plateau'skie o długim okresie trwania. Świadczą one na korzyść teorii barw Heringa, a wynika z nich, że siatkówka oddziaływa na wywołany w niej stan podniecenia stanem przeciwnym (asymilacja i dezasymlilacja). Oddziaływanie to odbywa się nie tylko w czasie, to znaczy: dwa przeciwne stany następują po sobie kolejno w tych samych częściach siatkówki, — ale także w przestrzeni, to znaczy: w otoczeniu miejsca siatkówki, na które zadziałała podniecia. Istnienie tego ostatniego faktu dowodzi zjawisko kontrastu współczesnego, a przemawiają za nim także bardzo doniosłe spostrzeżenia własne, które Charpentier podaje w dalszym ciągu swego odczytu.

Stwierdził on mianowicie istnienie wahań (oscylacji) stanu czynnego siatkówki o znacznie większej częstotliwości, aniżeli wahanie Plateau. Zauważył, że przy patrzeniu na wycinek biały, wirujący niezbyt szybko na czarnem tle (krążka Masson'a), widzimy pasek czarny, który obrębia niejako jeden z boków tego wycinka. W korzystnych warunkach dostrzedz można cały szereg pasemek naprzemián jasnych i ciemnych. Powstają one na siatkówce, jak łatwo z szybkości ruchu krążka można obliczyć, po upływie  $\frac{1}{70}$  do  $\frac{1}{60}$  części sekundy po wystąpieniu wrażenia białego. Są to prawdziwe fale kolejno zmieniającego się stanu czynnego, rozehodzące się po siatkówce z chyżością, którą Charpentier zdołał obliczyć według metod ściśle fizycznych (Doppler-Fizeau). Chyżość ta wynosi około 72 mm na sekundę, liczba zaś wahań w sekundzie równa się 36, stąd długość fali wynosi około 2 mm. Zapomocą inaczey przeprowadzonych doświadczeń wykrył autor w siatkówce, równocześnie i niezależnie od tamtych istniejące, oscylacje innego rodzaju (*irradiation ondulatoire*), których przypada 34 na sekundę, które posuwają się znacznie powolniej, niż tamte (1,7 mm w sekundzie), a długość ich fali wynosi 0,05 mm. Autor, podając je-



dy nie wyniki swych obliczeń i doświadczeń, uważa każdą hipotezę, postawioną dla wyjaśnienia tych zjawisk, za przedwczesną, ale podkreśla z naciskiem wielką doniosłość tych objawów swoistej energii, budzącej się w siatkówce pod działaniem zewnętrznej podniety dla teorii widzenia, mającej powstać kiedyś w przyszłości.

Omawiając wrażliwość siatkówki na barwy, przytacza autor wiele szczegółów, znanych już skądinąd. Jako szczegół zajmujący, podniosę tylko doświadczenia Dobrowolskiego, wedle których zdolność rozróżniania barw oka wyrobionego w tym kierunku jest istotnie zdumiewającą. W świetle żółtym widma (w okolicy linii D) rozróżnia oko lakie promienie, których długość fali różni się zaledwie o  $\frac{1}{771}$ , a w świetle błękitnym (między linią F a G) poznaje odcienie, których różnica długości fali nie przekracza  $\frac{1}{710}$ . Dla innych barw potrzebne są większe różnice, ale w każdym razie nie większe od  $\frac{1}{100}$ . — Wiadomo, że światło barwne o bardzo słabym natężeniu sprawia na siatkówce wrażenie światła bezbarwnego. Stosunek *minimum* świetlnego, które wystarcza do wywołania wrażenia światła wogóle, do *minimum* barwnego, które potrzebne jest do wywołania wrażenia danej barwy, nazywa autor stosunkiem (interwałem) fotochromatycznym. Interwał ten powiększa się w miarę adaptacji, ale tylko kosztem zmniejszania się *minimum* świetlnego, czyli wzmagania się wrażliwości na światło bezbarwne, podczas, gdy *minimum* barwne pozostaje prawie niezmiennione.

Zajmującym jest wpływ inercji nerwu wzrokowego na wrażliwość barwną siatkówki. Okres utajonego podrażnienia wzrasta proporcjonalnie wraz z łamliwością poszczególnych promieni barwnych. Tem się tłumaczy, że widmo, rzucone na ekran na bardzo krótką chwilę (małą część sekundy), ukazuje się oku w taki sposób, że poszczególne barwy pojawiają się kolejno po sobie w porządku od barwy czerwonej do fioletowej. Na tej samej zasadzie udaje się nawet rozłożyć światło białe na poszczególne barwy, występujące po sobie niezmiernie szybko w tym samym, co wyżej, porządku.

Omówiwszy wrażliwość siatkówki na światło wogóle, a następnie wrażliwość jej na barwy, wspomina autor wreszcie o właściwej wrażliwości wzrokowej siatkówki, polegającej na zdolności rozróżniania zarysów, a zatem postaci widzianych przedmiotów. Nie przytaczam już szczegółów poruszonych w tym rozdziale, zawierającym rzeczy przeważnie znane, a wspomnę tylko, że na zakończenie zwalczą Charpentier zapatrywania Parinaud'a, Koenig'a i Kries'a, wedle których istnieje zasadnicza różnica czynnościowa między własnościami czopków i pręcików (por. »Postęp Okulistyczny« 1899, zesz. V, str. 213). Rozróżniają oni dwa sposoby

widzenia: widzenie o zmroku (*vision crépusculaire*) przy rozwiniętej adaptacji, polegające na czynności pręcików zaopatrzonych w szkarłat wzrokowy, niezdolnych jednak do rozróżniania barw i postaci; i widzenie dzienne (*vision diurne*) przy pomocy czopków niezdolnych do adaptacji, ale posiadających możność rozróżniania barw i zarysów. Charpentier utrzymuje przede wszystkim, że czopki i pręciki nie są jedynymi składnikami siatkówki, zdolnymi do odbierania wrażenia. Co do widzenia o zmroku, to najsłabsze wrażenie światła bezbarwnego nie zależy wyłącznie od pręcików, bo może także powstać w plamce żółtej, gdzie pręcików nie ma. Co do wrażliwości na barwy, to, zdaniem autora, nie jest ona wyłącznym przywilejem czopków, gdyż słabszą jest w środku siatkówki (?), gdzie czopki są najliczniejsze, — niż w częściach bardziej obwodowych, gdzie liczba ich maleje.

Dr K. W. Majewski.

## 2. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 2 maja 1900 r.

1. Weyert podał przypadek *hysterycznego niedoślepu* u 23-letniego nerwowego, niedokrewnego mężczyzny. Właściwie niedoślep graniczył z jasną ślepotą: prawem okiem rozpoznawał światło, lewym wcale nie, pomimo to źrenice oddziaływały na światło, pod wpływem którego chory mrużył oczy. Gałki bardzo czułe przy uciskaniu. Przekrwienie siatkówek i tarczy nerwowych. Wzrok powrócił po zastosowaniu wstrzykiwań strychniny i ciepłych okładów, chory najlepiej rozpoznawał barwę czerwoną, najgorzej zieloną.

W rozprawie przyjęli udział: prof. Kostienicz (przyp. hyst. amblyopii u 20letniej chorej, wyleczony po 5 posiedzeniach sugestyi), Siergiejew (przyp. nawrotnej hyster. ślepoty to w jednym, to w drugim oku, lecz nigdy w obu jednocześnie, Felsler (ślepotą w podobnych przypadkach może być zależną nie od hysterii, ale od zapalenia nerwów wzrokowych), prof. Bellarminow (przypadek to nie czysty t. zw. hyster. amblyopii, prędzej go można nazwać naczynioruchową nerwicą na tle hysterycznym).

2. Wygodzki, zachęcony komunikatem Tichomirowa, wypróbował *wpływ błękitnych promieni na wessanie krwotoków siatkówki*. U starej kobiety, operowanej wskutek jaskry, po 3 miesiącach wykryto wybroczyiny krwi w pobliżu tarczy nerwowej. Gdy po 4miesięcznym leczeniu nie nastąpiło wyleczenie, zaczął on próbować działania błękitnych promieni (elektryczną lampką z białym szkłem i błękitną płytką). Posiedzenia trwały 10 do 15 minut, po 16 posiedzeniu krew zupełnie została wessaną. Prof. Bellarminow wspomniał przytem, że podobnym sposobem udało mu się wyleczyć

po 6 dniach oderwaną w 2 miejscach siatkówkę; jednocześnie jednak używano też i dyoniny.

3. Batulin podał o działaniu na oko dyoniny: środek ten nie działa ani na źrenicę, ani na akomodację, ani na wewnątrz-oczne ciśnienie, dyfuzję jednak do przedniej komórki powiększa jakie  $3\frac{1}{2}$  razy. Wypróbowano dyoninę w 119 przypadkach, stosując rozczyń 5—10%. Dobre wyniki otrzymano przy: zapaleniu przyszykowem, *keratitis parenchymatosa*, a także przy *amotio retinae*; stwierdzono kojącą ból własność tego środka, który jednak ma tę ujemną stronę, że wywołuje silną chemozę, trwającą od 2—7 godzin. — Prof. Bellarmino widział po dyoninie uspokojenie bólów towarzyszących jaskrze, gdy inne środki stosowane były bez skutku. — radzi używać dyoniny w maści. — Docent Andoński stwierdza spostrzeżenia Bellarmino'wa i dodaje, że po zastosowaniu dyoniny w proszku widział polepszenie przy oderwaniu siatkówki: powierzchnia oderwania zmniejszała się i wzrok się polepszał. *Dr J. T.*

3. Ośmnasty doroczny zjazd Towarzystwa okulistów trancuskich odbyły w Paryżu w dniach od 6—9 maja 1901 r.

L. de Wecker: *Sprawozdanie o wartości leczenia jaskry za pomocą irydektomii.*

Sprawozdawca rozpoczyna rzecz historią odkrycia skuteczności irydektomii w jaskrze. Graefe w czasie swego pobytu w Paryżu widział w klinice Desmarea'sa bardzo często wykonywane irydektomie w różnych sprawach zapalnych przedniego odcinka gałki ocznej. Przy jaskrze robił Desmarea's częste nakłucia rogówki (punkcje), uczniom swoim jednak nie próbował nawet wyjaśnić, w jaki sposób tłómaczył sobie przemijającą przynajmniej skuteczność tych zabiegów. Za przykładem Desmarea's'a wykonywał później i Graefe w przypadkach jaskry nakłucia rogówki dla obniżenia wzmożonego napięcia, ale zawsze dopiero wtedy, gdy tego samego celu nie zdołał osiągnąć zapomocą atropiny (!). Trudno istotnie pojąć, że Graefe zaraz z początku nie zauważył szkodliwego w tych razach działania atropiny. Wytłómaczenie wszystkich objawów jaskry podniesieniem ucisku śródocznego, zawdzięczamy Graefemu, ale do poznania tego przyczynowego związku doszedł on dopiero po pierwszych szczęśliwych wynikach, jakie mu w ostrych przypadkach jaskry dała irydektomia, przytem działanie irydektomii tłómaczył sobie zmniejszeniem wydzielania cieczy wodnej, pozostającym w prostym stosunku do obszaru wyciętej tęczówki, a także zwolnieniem napięcia *musculi tensoris chorioideae*. Wiadomo, że Graefe rozróżniał jaskrę ostrą, jaskrę przewlekłą i tak zwaną



*amaurosis cum excavatione papillae n. opt.* Ta ostatnia postać chorobowa odpowiadałaby naszemu *glaucoma simplex*. We wszystkich tych trzech postaciach jaskry stosował on irydektomię i na podstawie własnej, bardzo obszernej statystyki doszedł do wniosków, pod którymi i dzisiejsi okuliści bez wielkich zastrzeżeń mogą się podpisać. Najświeńsze wyniki dawała mu irydektomia w przypadkach jaskry ostrej, mniej pewne w jaskrze przewlekłej zapalnej, ale co do jaskry prostej, to pod koniec swego życia objawił zdanie, że powątpiewania niektórych operatorów, czy wogóle irydektomia jest wskazana przy tej postaci jaskry, zdają się być uzasadnione. Z tem zapatrywaniem pesymistycznym w pozornej sprzeczności pozostaje przytoczona w sprawozdaniu Weckera statystyka Graefego, odnosząca się do przypadków jaskry przewlekłej bez objawów zapalnych, przez którą zatem możnaby rozumieć nasze *glaucoma simplex*. Na podstawie tej statystyki twierdzi Graefe, że irydektomia w 90% tych przypadków zapobiega utracie wzroku, powstrzymuje zatem postępy cierpienia: w przeważnej części pozostałych przypadków zwalnia przebieg choroby i odwleka ostateczną ślepotę, a zaledwie w 2% przypadków przyczynia się do pogorszenia stanu. Ponieważ jednak w pracy tej Graefe stale wspomina o obniżeniu wzmożonego ucisku śródocznego, dlatego, zdaje się, nie miał on tu na myśli owej *amaurosis cum excavatione papillae n. opt.*, którą dzisiaj nazywamy jaskrą prostą, lecz zapewne są to przypadki jaskry, rozpoczynającej się napadem mniej lub więcej ostrym i przechodzącej później w postać przewlekłą z zupełnym zatarciem wszelkich znamion zapalnych, ale okazujące oprócz zagłębienia tarczy także wyraźne wzmożenie napięcia. Wogóle z całego sprawozdania Weckera, który sam jest gorącym zwolennikiem operacyjnego leczenia jaskry prostej (za pomocą sklerotomii przedniej i irydektomii) wynika, że przyczyna niepewności panującej co do wskazań w leczeniu *glaucoma simplex* leży głównie w ogólnem nieporozumieniu, jakie panuje między dzisiejszymi okulistami w sprawie definicyi pojęcia tej choroby. Jedni rozumieją przez *glaucoma simplex* tylko te przypadki, których jedynym objawem przedmiotowym jest zanik i dobraneżne zagłębienie nerwu wzrokowego, a jedynym objawem podmiotowym upośledzenie bystrości wzroku wraz ze zwiężeniem pola widzenia. Inni natomiast do jaskry prostej zaliczają także przypadki takie, w których daje się oprócz tego wykazać wzmożenie, chociażby bardzo nieznaczne, napięcia śródgałkowego. Niestety nie ma nadziei, ażeby w tym względzie rychło zapanowała tak bardzo pożądana jednolitość pojęć, gdyż powszechnie używany sposób badania napięcia zapomocą palców jest zbyt niedokładny i zanadto podmiotowy, a dotychczas nie

posiadamy jeszcze tonometru, któryby pozwalał na ściśle, liczebne mierzenie śródocznego ucisku, zwłaszcza małych jego różnic.

W dalszym ciągu sprawozdania przytacza Wecker różne zabiegi operacyjne, które zostały podane dla zastąpienia klasycznej irydektomii w leczeniu jaskry i najobszerniej rozwodzi się nad sklerotomią, którą zaleca wszędzie tam, gdzie po irydektomii nie możemy spodziewać się skutku. Omawiając stosowanie środków zwięzających źrenicę, ubolewa sprawozdawca nad tem, że się tych środków zbyt często nadużywa ze szkodą dla chorych, gdyż operacya w jaskrze skutkuje tem pewniej, im wcześniej zostaje wykonaną. Jeżeli *miotica*, powiada Wecker, nie zdołały w żadnym wypadku jaskry wyleczyć, to z pewnością we wielu przypadkach one właśnie stały się przyczyną, że nie przyszło do wyleczenia, które jedynie operacya jest w stanie sprowadzić<sup>1)</sup>. Sprawozdanie kończy się przytoczeniem całego szeregu listów, które autor odebrał w odpowiedzi na okólnik rozesłany między najznakomitszych kolegów operatorów i zawierający pytania co do sposobów używanych i uzyskiwanych wyników w leczeniu jaskry prostej. Tu właśnie na jaw wychodzi wspomniana wyżej niezgodność pojęć. Większość zapytanych oświadczyła się za irydektomią nie podając, czy mają na myśli tylko przypadki bez podniesienia ucisku śródocznego, czy też także i takie. Inni odpowiedzieli, że operują tylko w razie podwyższenia napięcia, uważając w razie przeciwnym operacyę za bezcelową, a nawet za szkodliwą. Inni znowu wstrzymują się przy *glaucoma simplex* z zasady od wszelkich zabiegów operacyjnych. Nakoniec znalazła się pokaźna liczba zwolenników sklerotomii, bądź to jako operacyi samodzielnej, bądź też jako zabiegu przygotowawczego do irydektomii. Zdaniem Weckera na nazwę jaskry zasługiwać może tylko takie cierpienie oczne, którego objawy występują wskutek choćby najslabszego podwyższenia ucisku śródocznego. Przypadki bez podniesienia napięcia, w których niejednokrotnie stwierdzono ujemny skutek irydektomii i w których *miotica* okazują się co najmniej bezskutecznymi, zalicza sprawozdawca do tego rodzaju cierpień ocznych, co Graefego *amaurosis cum excavatione papillae n. opt.* Najczęściej zdaniem jego, jest to nie innego, jak tylko zapoznany, pierwotny zanik nerwu wzrokowego, którego tarcz okazywała już poprzednio dosyć rozległe i wybitne zagłębienie fizyologiczne. Stan ten jednak nie ma nic wspólnego z jaskrą.

Dyskusya.

A. Trousseau: W odpowiedzi na okólnik Weckera

<sup>1)</sup> Chyba dlatego tylko, że niewłaściwie stosowano środki zwięzające i nie uwzględniano okoliczności, jaskrę wywołujących. W.

oświadczył się stanowczo przeciw wycinaniu tęczęwki w jaskrze prostej, ale ponieważ trzyma się klasycznej definicji, która dla określenia tej choroby nie wymaga podniesienia napięcia, przeto twierdzi, że obaj z Weckerem stoją co do istoty rzeczy na zupełnie tam samym stanowisku: on, Troussseau, nie operuje takich przypadków, mimo, że je uważa za jaskrę, a Wecker nie operuje ich także, ale równocześnie wyłącza je z gromady cierpień jaskrowych. Wnioski swe streszcza Troussseau jak następuje.

W jaskrze prostej, o ile napięcie gałki jest prawidłowe, a *miotica* działają skutecznie, irydektomia jest bezcelową, a nawet może być szkodliwą.

W jaskrze zapalnej przewlekłej bywa irydektomia nieraz bardzo skuteczną, ale czasem staje się powodem ciężkich powikłań (mianowicie krwotoków).

W jaskrze ostrej działa świetnie i zapobiega dalszym napadom na długie lata, ale nie na zawsze.

Parisotti szuka przyczyny skutecznego działania irydektomii w *glaucoma*, opierając się na nerwowej teorii jaskry. Na obniżenie napięcia miałyby wpływać przecięcie nerwów czuciowych i naczynioruchomych, dokonane przy wycinaniu tęczęwki. Za tem przemawia skuteczność irydektomii, nawet bardzo źle pod względem technicznym wykonanych, oraz skuteczność sympatektomii. Przeciw tej teorii przemawia jednak niewątpliwy wpływ irydektomii na obniżenie napięcia także w przypadkach *glaucoma absolutum*, gdzie nerwy tęczęwkowe są zupełnie zanikłe. Ostatecznie przyznaje Parisotti wartość irydektomii nawet w jaskrze prostej pod warunkiem, żeby była jak najwcześniej wykonaną.

Boucheron uważa jaskrę za cierpienie występujące głównie na tle skazy ogólnej, mianowicie na tle gośceca lub dny. Bezpośrednią przyczyną, wywołującą napad, bywa zwyczajnie przemijające zatrucie ustroju toksynami: *bacillus influenzae*, *bacterium coli*, *pneumococcus*, *streptococcus* itd. Na tej podstawie zaleca oprócz leczenia operacyjnego baczną uwzględnianie stanu ogólnego i leczenia środkami wewnętrznymi i dyetetycznymi.

Terson żałuje, że Wecker w sprawozdaniu swem trochę za wiele miejsca poświęca sklerotomii, a za mało mówi o sposobie działania irydektomii. Doświadczenie wykazuje, że sklerotomia nie dorównywa skutecznością irydektomii, dlatego trzeba ją nieraz powtarzać, lub później wykonywać jeszcze irydektomię, a w każdym razie dalej stosować czerynę i pilokarpinę. Z tej mniejszej skuteczności sklerotomii wynika, że działanie irydektomii nie polega jedynie na wytworzeniu twardówkowej błony filtracyjnej, lecz głównie na stworzeniu szerokiej komunikacji między tylną a przednią ko-



morą i oswobodzeniu kąta tęczęwko-twardówkowego. Co do jaskry prostej zaleca przedewszystkiem *miotica*.

Joergs jest przeciwny w jaskrze prostej zarówno irydektomii, jak i wszelkim innym zabiegom operacyjnym.

Péchin w listach ogłoszonych w sprawozdaniu nie widzi bynajmniej zbyt wielkiego zapoła do operacyjnego leczenia jaskry prostej nawet u tych, którzy przyznają, że wykonują w tych przypadkach irydektomię. Jest przekonany, że niejedyn z operatorów wycina tęczęwkę przy *glaucoma simplex* bez wielkiej nadziei pomyślnego wyniku, a tylko pragnąc użyć energiczniejszego sposobu od zapisywania niepewnie działających kropli. W niedalekiej przyszłości zmaleje z pewnością zastęp okulistów operujących jaskrę prostą. W szeregach tych, którzy już dzisiaj potępiają stanowczo operacyjne leczenie tego cierpienia, widzi Péchin najznakomitszych praktyków i sam też staje po ich stronie.

Boé omawia historyczną część sprawozdania Weckera i wyraża powątpiewanie, czy słusznie sprawozdawca przedstawia wielkopomne odkrycie Graefego, jako zrzadzenie zwykłego przypadku. Sądzi, że należałoby zwrócić się do żyjących uczniów Graefego, którzy w szkole mistrza byli świadkami przewrotu, wywołanego przez irydektomię w leczeniu jaskry. Od nich dowiedzielibyśmy się, że pomysł Graefego był z góry wyrozumowany i że nie zasługuje na miano przypadkowego, szczęśliwego odkrycia.

Sulzer przytacza statystykę, zestawioną przez siebie w roku 1882 za okres dwunastoletni, opartą na materiale kliniki ocznej w Zürichu. Na 103 przypadków jaskry prostej, w których robiono irydektomię, w 23 przyszło do poprawy wzroku, 38 razy stan nie uległ zmianie, w 24 przypadkach wzrok pogarszał się dalej, ale nie przyszło do zupełnej ślepoty. W 18 przypadkach jaskra doprowadziła do zupełnej utraty wzroku.

Truc radzi w razach, gdy zachodzi wątpliwość, czy mamy do czynienia z jaskrą prostą, czy też z pierwotnym zanikiem nerwu wzrokowego, uciec się do zasady rozpoznawania *ex juvantibus*. Jeśli środki zwężające źrenicę prowadzą poprawę wzroku, wtedy mamy prawo rozpoznać jaskrę, jeśli przeciwnie wzrok obniża się, albo pozostaje bez wpływu na bystrość naosiową i pole widzenia, wtedy należy przypuścić zanik nerwu.

Gałęzowski leczy *glaucoma simplex* zapomocą własnym sposobem wykonywanej sklerotomii. Robi on 4 nacięcia osobnym sklerotomem: jedno u góry, drugie dołem, a dwa po bokach. Operacya ta ma zawsze powstrzymywać dalszy przebieg jaskry.

Dor przytacza własną bogatą statystykę i podaje szereg ciekawych spostrzeżeń. Nakoniec oświadcza, że gdyby sam był do-

tknięty jaskrą prostą, poddałby się niezwłocznie operacji, i to irydektomii. W razie, gdyby skutek był niezadawalniający, dałby sobie wyciąć *ganglion cervicale supremum*.

Darrier zwraca uwagę, że w leczeniu jaskry poza operacyami rozporządzamy jeszcze różnymi innymi środkami, którymi możemy skutecznie zwalczać jej objawy. Nowsza farmakologia wzbogaciła nasz skarb leczniczy dwoma cennymi przetworami, mianowicie dyoniną i wyciągiem z nadnercza. Dyonina zmniejsza, a nawet usuwa nieraz bóle jaskrawe i przyspiesza wydalanie płynu śródocznego. Wyciąg z nadnercza zmniejsza ucisk śródoczny i ogranicza wytwarzanie cieczy wodnej. Wreszcie zaleca mówca mięsienie oka, połączone z magniataniem, które umiejętnie wykonane może w kilku minutach napięcie nawet silnie wzmożone ( $T + 2$ ) znacznie obniżyć, a nawet zamienić na prawidłowe. Mięsienie takie należy codziennie powtarzać. (G. d. n.)

Dr. K. W. Majewski.

#### IV. LECZNICTWO.

**1. Ichtyol przeciw gruźlicy płuc** zaleca Dr Schaefer. Działanie środka polega na podniesieniu stanu ogólnego, ułatwieniu wykrztuszania i znikaniu prątków gruźliczych. Sposób stosowania polega na użyciu do połowy z wodą zmieszanego środka dziennie trzy razy po 15 kropel w mleku lub też w kleiku owsianym. Dawkę tę podnosi się stopniowo aż do 180 kropel dziennie. („Therapie der Gegenwart“. 1900. Nr 11).

(Ichtyol stosujemy ze skutkiem, tak miejscowo, jako też wewnętrznie przy gruźlicy spojówki.)

**2. Leczenie gruźlicy mydłem formalinowym** ma być, według Rhodena bardzo skuteczne w gruźlicy płuc, krtani, stawów i skóry. Stosuje on to mydło jako wcierek, używając 20—30 grm. mydła, które przygotowuje się w następujący sposób: Mydła potasowego 37,5 grm. wody przekroplonej 10,0, formaliny 2,5. Ilość formaliny można podnieść swolna do 10%. — („Zeitschr. f. Tuberk.“ T. 1).

**3. Ichthargan**, połączenie saletrzanu srebra z ichtyolem, poleca Fürst w „Deutsch. Med. Wochenschrift“ (Nr. 14. b. r.) przeciw rzeżączce.

W.

#### V. ROZMAITOŚCI.

**Keratoplastyka**, która w ostatnich czasach zupełnie była zdyskredytowana, została przez Fuchsa znowu wskrzeszoną ze zapomnienia. — Fuchs, zwracając się przeciw Salzerowi, który w dziele, przed dwoma laty wydanem, pod tyt. „Ueber den künstlichen Hornhautersatz“ oznacza keratoplastykę jako „physiologisch unmögliches Operationsmethode“ wykazuje na odnośnym przypadku, że rogówka

wprawdzie po transplantowaniu także się zaczęła, tak, że po 2½ roku sprawa do dawnego powróciła stanu i musiano powtórnie wykonać keratoplastykę, ale zbadany kawałek transplantowanej rogówki okazał, że rogówka zachowała całą swą budowę i nie była zastąpioną bliznowatą tkanką. Owszem jej przednie części zawierały tkankę zupełnie prawidłową, przezroczystą, a tylko na tylnej powierzchni rogówki były pokłady. Stąd wnosi F., że nadziei stałego zachowania przezroczystej rogówki nie powinno się porzucać, lecz pracować dalej nad urzeczywistnieniem celu. — („Zeitschrift f. Augenheilkunde“. V. 1).

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. P a n a s o w i, który, ustępując z katedry okulistycznej, w paryskim Hôtel-Dieu d. 17 czerwca b. r. ostatnią wygłosił lekcję, zgotowało liczne grono uczni dawnych i obecnych jak i przyjaciół sympatyczną owacyę, znakomicie świadczącą o uczuciach wdzięczności dla niepospolitego mistrza, który przez dwadzieścia dwa lata na tej katedrze uczył okulistyki, przedstawiając ją zawsze w świetle ogólnej patologii.

I my, wielbiciele jego głębokiej nauki, jego bystrości w odgadywaniu przyczyn i skutków patologicznych, my, którzy tylekroć zachwycaliśmy się jego zręcznością w pokonywaniu technicznych trudności przy operacjach, a nie mniej jego koleżeńską uprzejmością, życzymy znakomitomu Koledze, aby, choć zdala od ulubionej katedry, długo jeszcze wzbogacał naukę owocami tej pracy, która była hasłem jego życia.

Doc. Dr Agababow, były asystent prof. Adamiuka, mianowany profesorem okulistyki przy uniwers. kazańskim.

Dr F. Rymowicz otrzymał także stopień docenta oftalmologii.

Dr Henryk Chalupocky habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie w Pradze. IV.

## VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Tytus Mączewski (lat 45) zmarł 6 czerwca w Nałęczowie, gdzie — szukając odpoczynku i ulgi — bawił załodwie 12 godzin. S. p. Tytus urodził się w Włocławku w roku 1856, gdzie ukończył gimnazjum realne, poczem wstąpił na wydział lekarski warszawskiego uniwersytetu. Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego (1879 r.) wstąpił do służby wojskowo-lekarskiej najprzód w Łowiczu, potem w Górze Kalwaryi i wreszcie w Łomży, jako mł.-lekarz 14 pułku piechoty, gdzie dosłużył się rangi nadwornego radcy. Z Kalwaryi został przydzielony do szpitala ujazdowskiego, w którym zajmował się okulistiką pod kierunkiem prof. Wolfringa i ordynatora Przybylskiego. Nieboszczyk miał kierować ruchomym ocznym oddziałem, który będzie funkcjonował w Łomży latem r. b. Nie doczekał tego zaszczytu! *Dr J. T.*



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JagIELL.

ZE WSPÓUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁABANA W LwOWIE,  
PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO  
W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHERKA W LwOWIE,  
DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE,  
DRA RUMSZEWICZA W KJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZE-  
MIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec

—<sup>10</sup>— ROCZNIK TRZECI —<sup>5</sup>—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

Z pracowni anatomo-patologicznej Uniw. Jag. prof. Browicza.

### Guzy leukaemiczne pozagałkowe.

Podał

DR KAROL BRUDZEWSKI.

(1 rycina.)

Zmiany chorobowe oka, rozwijające się na tle białaczki, należą do rzadkich. Najczęstszymi zaś z pomiędzy nich są powikłania ze strony siatkówki i nerwu wzrokowego; nader rzadko spostrzegać można zmiany chorobowe, występujące obustronnie, już to jako guzy powiek, już to jako guzy pozagałkowe, powodujące symetryczne wysadzenie gałek. W literaturze szczegółowej zaledwie kilka opisów tegoż właśnie symetrycznego schorzenia organu wzrokowego znaleźć możemy, — a i tam tylko w mniejszej ich części wykazano niewątpliwą białaczkę. Mając sposobność badania przypadku białaczki, powikłanego guzami oczodołowymi pozagałkowymi, pozwałam sobie tutaj go opisać, właśnie ze względu na rzadkość jego.

U chłopca, rok jeden liczącego, zauważyli rodzice łzawienie i zalepianie się oczu, a w kilka tygodni później zbyte

wystawanie obu gałek. W 2 tygodnie później miał powstać na oku lewym wrzód, wskutek czego dziecko na oko to<sup>1)</sup> zaniewidziało. Że zaś wystawanie gałek coraz to się zwiększało, a obok tego dziecko znacznie chudło i wybladło, oraz zjawily się wymioty i bardzo obfite i częste wypróżnienia stolca, zdecydowali się rodzice poddać dziecko leczeniu.

Badanie wykazało znaczne wychudnięcie całego organizmu. Skóra blada, sucha, pomarszczona. Zęby przednie górne zniszczone próchnicą. Gruczoły karkowe i podszczękowe silnie obrzmiałe, — powiększonymi także są pachowe i pachwinowe, chociaż w stopniu mniejszym, niż karkowe. W płucach, w górnym lewym i dolnym prawym płacie, obfite rżerzenie drobne, wilgotne, — wydechy prawie oskrzelowe, — kaszel nieznaczny. Tony serca czyste, ale bardzo słabe, — wątroba niemacalna; śledziona macalna pod łukiem żełrowym, powiększona i twarda. Brzuch silnie wzdęty, — ściany dziecko silnie napina, wobec czego nie można palpacyą w jamie brzusznej nic wybaćać. — Stolce częste, płynne, — wymioty prawie po kaźdem karmieniu. Ciepłota 38.2. Obie gałki oczne wysadzone silnie z oczodołów. Na oku lewym powieka górna nie pokrywa już rogówki; dolna powieka jest przez silnie obrzmiałą spojówkę zepchnięta ku dołowi i obrzmiała. Rogówka cała zniszczona; tęczówka obnażona w górnej swej połowie. Szpara powiekowa częściowo zalpiona strupem, a po zdjęciu tegoż widać całą tęczówkę sterzącą na zewnątrz, obrzmiałą i pokrytą ropną wypociną. Górny brzeg twardówki naciekły ropą. Poniżej brzegu oczodołowego górnego wyczuć można pod jego sklepieniem od strony nosowej guz owalny, twardy, miernie przesuwalny, a po drugiej stronie dwa także guzy. — Prawe oko także silnie wysadzone ku przodowi i ku zewnątrz-górze. Powieka górna pokrywa rogówkę dobrze. Skóra jej cienka, żyły porozszerzane przeświecają przez bladą skórę. Rogówka zmian nie okazuje, również bez zmian i tęczówka i komórki p. Żrenica wązka, ruchoma. Ze szpary

<sup>1)</sup> W ciągu jednej doby.

powiekowej wystereza wał woskowobiałej, zgrubiałej, przy łada dotknięciu broczącej spojówki, ułożonej w fałdy, biegnące równoległe do kierunku brzegu powiekowego; przy dotknięciu uczuwa się opór elastyczny. Spojówka cała pokryta niezbyt obfitą wydzieliną śluzoworopną. Powieka dolna zepchnięta na dół i wywrócona. — Na brzegu oczodołu wyczuć można wydobywające się z poza gałki guzy, z brzegiem oczodołu silnie związane, elastyczne, wielkości bobu, o powierzchni nierównej— płaskie, poza brzeg oczodołu nie wystające, umiejscowione tak w górnowodzewnym jak i w dolnozewnętrznym kącie oczodołu. Prócz tego wyczuć można guz pod powieką górną od strony nosa wielkości grochu, ruchomy i elastyczny, a od skroni także podobny, lecz większy guzek, odpowiadający powiększonemu gruczołowi łzowemu. Gałka sama nie porusza się czynnie; można ją jednak palcami z boku na bok przesunąć. Do oczodołu wtłoczyć się nie daje. — Badanie wzornikiem bardzo trudne z powodu niepokoju dziecka. Skiaskop wykazuje wysoką bardzo hypermetropię. Wziernik zaś wykazuje obrzęk tarczy, oraz siatkówki przy tarczy, pokręcone naczynia, oraz silnie porozszerzane. Na siatkówce skąpe, minimalnej wielkości wynaczynionki, a w skroniowej połowie odbłask więcej szarawy, oraz fałdy siatkówki.

Nadzwyczajna błądź powłok, wynędznienie, oraz obu-stronny trzeszcz zrodziły zaraz podejrzenie, że mamy przed sobą ogólne schorzenie organizmu, a powiększenie gruczołów chłonných oraz śledziony skierowało poszukiwania nasze w kierunku organów krwiotwórczych. — I rzeczywiście już pobieżne badanie krwi pod drobnowidem wykazało nadmierne zwiększenie się ilości ciałek białých w krwi; rozpoznano białaczkę. — Wykonane przez Dra Gólskiego, clewa kliniki chorób wewnętrzných, badanie krwi szczegółowe — potwierdza nasze pierwsze rozpoznanie, gdyż wynik badania stwierdza nadmierną ilość ciałek białých. Stosunek ich do c. czerwonych ma się jak 1:5. Procent hemoglobiny spadł do 21% (Fleischl). Krew, ustalona na szkiełku i barwiona sposobem Ehrlicha (triacid), oraz eozyną i błękitem metylenu, okazuje c. białe krwi, należące do



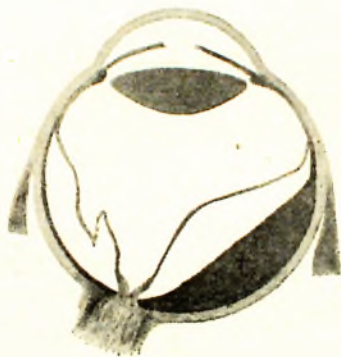
rzędu t. zw. limfocytów (94%), a t. zw. neutrofilów jest za-  
ledwie 5,3%; tu i owdzie nieliczne myelocyty, a wśród ciałek  
czerwonych ciała jądrzaste. Badanie krwi szczegółowe wyka-  
zuje zatem nie tylko niewątpliwą białaczkę, ale i jej rodzaj,  
mianowicie t. zw. leukaemia lymphatica. —

W krótkim czasie po badaniu dziecko zmarło wśród ob-  
jawów zapalenia płuc i nieomogi serca. Na stole sekcyjnym  
wydobyto gałkę prawą i ustalono w formalinie: przy wydoby-  
waniu jej okazało się, że obok guzów, które za życia można  
było na brzegu oczodołu wybadać, znajdują się wśród tkanki,  
wypełniającej jamę oczodołową, liczne małe guzki, luźnie  
w tkance tej usadowione; wyjęto kilka tychże oraz gruczoł  
łzowy i mięśnie oczne zewnętrzne w celu badania drobnowi-  
dowego. Po ustaleniu w formalinie i zatopieniu w celloidynie,  
zrobiono cały szereg skrawków, które barwiono hematoksyliną,  
cozyną i barwikiem Van Gieson'a.

W spojówce gałkowej naczynia krwionośne bardzo po-  
rozszerzane. Niektóre wypełnione c. białymi i c. czerwonymi  
krwi. Przybłonek spojówki gałkowej zachowany i barwi się do-  
brze, oraz zmian żadnych nie okazuje. Przybłonek spojówki,  
w miejscach, odpowiadających części jej chemotycznie obrzmia-  
łej, zmieniony. Jądra przybłonka albo weale, albo tylko słabo  
się barwią; w niektórych miejscach przybłonka weale niema.  
W samej tkance błony spojówkowej znaczny naciek białaczko-  
wy, składający się z komórek o dużym, dobrze barwiącym się  
jądrze, a bardzo skąpej ilości pierwoszczy; naciek ten tem ob-  
fitszy, im bliżej powierzchni; tu i owdzie więcej zbity, tworzy  
jakby ogniska białaczkowe, składające się wyłącznie z komó-  
rek limfoidalnych; w ścianach naczyń grubszych tętnicznych,  
a mianowicie w ich warstwie zewnętrznej (*adventitia*) naciek  
białaczkowy rozwłóknia tę ścianę, wbijając się między włó-  
kienka, nie dochodzi jednak do błony mięsnej; taż, oraz i błona  
wewnętrzna zmian nie okazują.

Znaczne zmiany spotykamy w naczyniówce, i to już  
okiem niezbrojonem. Naczyniówka, która w stanie prawidłow-

wym przedstawia się w skrawku drobnowidowym na przekroju jako wążki, zaledwie widzialny pasek, tutaj jest znacznie zgrubiała, tworząc w części nosowej gałki ocznej pokład na 0.3 milimetra gruby (rysunek 1), — w okolicy wejścia nerwu ocznego do gałki grubieje naczyniówka jeszcze więcej, otaczając nerw oczny jakby wałem, i dochodzi w tylnozewnętrznym odcinku gałki do grubości 3 milimetrów!, tworząc istotny guz, sterczący do jamy gałki. Średnica tego znacznego zgrubienia wynosi około 15 mm, w okolicy przyczepu m. zewnętrznego prostego masa ta cieńszeje. Na skrawkach, barwionych eozyną i hematoksyliną, cała ta zmieniona naczyniówka odbija silnie-



niebieską barwą od różowej twardówki, a zachowanie się wobec hematoksyliny świadczy o wielkiej zawartości jąder. Toteż drobnowid wykazuje, że i to zgrubienie naczyniówki, jak i guz jej, na dnie oka powstały, składają się ze zbitego nacieku białaczkowego, którego elementarne, drobne komórki, o małej ilości protoplazmy, o dużych, dobrze barwiących się jądrach, w tym utkanii guza przeważają, obok nielicznych komórek z większemi owalnemi, słabo się barwiącemi jądrami. Barwik naczyniówki (Stroma pigment) zaledwie tu i owdzie się napotyka; komórki barwikowe są jednak małe i posiadają zaledwo ślady wypustek. W tumorze trudno rozpoznać jakąkolwiek warstwę naczyniówki. Widoczne są naczynia krwionośne, za-

wierające częściowo białe lub czerwone ciała krwi, w większej części są jednak próżne. Tu i owdzie widać jeszcze ślady włókien, odpowiadające błonie suprachoroidealnej, którą oddziela od twardówki warstwa nacieku białaczkowego. Łatwiej można rozpoznać jeszcze warstwę naczyń grubych i »suprachoidea« w obwodowych częściach naczyniówki, — ale i to w kilku zaledwie miejscach; reszta naczyniówki jest w całości naciekła zbitym naciekiem białaczkowym, sięgającym do ciała rzęskowego, które, choć niezbyt obficie, także jest już naciekłe; jednakże budowa jego wszędzie widoczna. W nacieku samym spotyka się tu i owdzie w komórkach nacieku wyraźną karyokinęzę, oraz liczne drobne świeże wynaczynionki. W zewnętrznym odcinku tumoru naczyniówki, w części bezpośrednio do naczyniówki przylegającej, widocznem jest płaskie większe wynaczynienie, w którym obok licznych utrzymanych jeszcze ciałek czerwonych krwi spotyka się ciała czerwone zmienione, miazgę rozpadową, ziarna chromatynowe z rozpadających jąder, a gdzieniegdzie między nimi jeszcze komórki nacieku białaczkowego zachowane z jądrem, dobrze się barwiącem. Okolica ta odbija na skrawkach już makroskopowo od reszty nacieku słabszem zabarwieniem. W wielu miejscach naciek białaczkowy sięga w warstwy twardówki, które rozwłóknia; a włókna twardówki, w miejscu wynaczynienia właśnie opisanego, są połamane i porozrywane, a między nimi znacznie-sza ilość dobrze zachowanych c. ciałek krwi. Naciek białaczkowy towarzyszy także wszystkim naczyniom, przebijającym tylny odcinek twardówki, i to tak obficie, iż naczynia leżą zupełnie jakby w pochwach, z nacieku tego wytworzonych; oraz wypełnia, szczególnie w tyle, osłonkę Tenona. Pochewki nerwu wzrokowego, oraz sam nerw wzrokowy, i siatkówka są od nacieku wolne. Tarcza nerwu wzrokowego jest silnie obrzniętą, gdyż naciek białaczkowy otacza nerw i ścisną go przy wyjściu z twardówki. Obrzęk tarczy sięga także i na warstwę włókien siatkówki. Naczynia siatkówkowe są silnie porozszerzane, częściowo wypełnione białymi i czerwonymi ciałkami krwi. W warstwie jądrzastej wewnętrznej widoczne są małe i skąpe



wynaczynionki; nacieku białaczkowego jednakże nigdzie w siatkówce nie spotykamy.

Naciek białaczkowy z osłonki Tenona rozpościera się dalej w osłonki mięśni ocznych. Wnikając dalej i w mięśnie, grupuje się on około naczyń, szerzy wzdłuż tkanki łącznej; otaczając pojedyncze pęczki włókien mięsnych, gromadzi czasem w tak znacznej ilości, że na przekroju, tak podłużnym, jak i poprzecznym, włókna mięsne zaledwie w małej części są zachowane; a i te są mocno ścięczałe. W wielu miejscach zupełnie zginęły, i tam są zupełnie przez naciek białaczkowy zastąpione.

Toż samo można powiedzieć o gruczole łzowym; i tam naciek białaczkowy wyparł, szczególnie w częściach obwodowych, tkankę właściwą gruczołu. Wśród nacieku w częściach przybrzeżnych gruczołu zaledwie tu i owdzie znaleźć można zachowane pojedyncze cewki lub przewody gruczołowe. W częściach środkowych gruczołu znajdujemy także komórki białaczkowe, ale budowa gruczołu jest zupełnie utrzymana, a tylko pierwoszcza komórek gruczołowych jest bardzo silnie ziarnista. Na granicy między środkową częścią gruczołu a jego obwodem naciek białaczkowy zaczyna już otaczać pojedyncze zrazy gruczołu i wciska się wraz z tkanką łączną i naczyniem pomiędzy zraziki, rozsuwa je, by wreszcie doprowadzić je do zaniku.

Utkanie guzów, wydobytych z oczodołu, nie różni się zasadniczo niczem od budowy guza naczyniówki. Guzy te składają się także ze zbitego nacieku białaczkowego. Tu i owdzie wśród guza liczne komórki tłuszczowe, pochodzące z tłuszczu oczodołowego, mieszczące się w samym środku guza; ułożone obok siebie po kilkadziesiąt, robią wrażenie węzy pszczolej (*Honiqwabe*). Oprócz nich widoczne są w guzach resztki włókien tkanki łącznej, oraz naczyń grubsze i cieńsze; te najczęściej w środku nacieku przebiegają; wśród guzów liczne punkcikowate wynaczynionki. Osłonki własnej guzy te nie posiadają i przechodzą w tkankę je otaczającą mniej lub więcej ostrą granicą.

Prócz narządu wzroku są zmienione i inne narządy.

Wspomnieć chcemy tylko pokrótce, że naciek białaczkowy otacza nader obficie naczynia wieńcowe serca, które leżą w samym jego środku; obok tego naciek białaczkowy wdziera się w sam mięsień sercowy, rozdzielając i uciskając pojedyncze beleczki mięśnia sercowego. Takież sam naciek towarzyszy w niektórych miejscach naczyniom opony miękkiej, wchodząc wraz z niemi w istotę korową mózgu. — Szczególniej obficie nagromadza się naciek w miejscu połączenia żebra z chrząstką — tam tworzy znaczne zgrubienia, wśród których widać jeszcze resztki zachowanych beleczek kostnych. — Opis szczegółowy tych zmian będzie w innym miejscu ogłoszony i dlatego ograniczamy się jedynie do tej krótkiej notatki.

Opisany przez nas przypadek należy niewątpliwie do rzadkich. Znamy zapalenie siatkówki w przebiegu białaczki, oraz wynaczynionki tej błony; obydwie te powikłania nie należą do rzadkich i podręczniki chorób ocznych umieszczają je w odrębnych rozdziałach. Jednakże guzy pozagałkowe białaczkowe pominięte są milezeniem, a tylko Panas wspomina krótko o nich w swym »*Traité des maladies des yeux*«. Hochheim<sup>1)</sup>, opisując symetryczny tumor powiek, zebrał równocześnie z całej literatury wszystkie dotychczas opisane przypadki symetrycznie występujących guzów pozagałkowych i rozdzielił je dla lepszego i łatwiejszego przeglądu na cztery główne typy. Mianowicie: guzy symetryczne oczodołu mogą być albo lymphomata zwykłe, albo guzy białaczkowe, lub też pseudoleukaemiczne, i wreszcie guzy do żadnej z tych trzech kategorii nie należące, jak np. w przypadku Powella, który opisał przypadek symetrycznie występującego mięsaka oczodołu. Podług jego zestawienia najczęstszymi guzami są guzy, powstające na tle białaczki i pseudoleukaemii, tak, iż w razie napotykania ich należy zawsze badanie krwi wykonać. Niestety badanie to nie zawsze, albo niezupełnie było przeprowadzone, a z ośmiu opisanych guzów białaczkowych (Gallaseh<sup>2)</sup>, Chauvel<sup>3)</sup>, Le-

<sup>1)</sup> Archiv f. Ophthalmologie Graefego. 1900.

<sup>2)</sup> Lehrbuch f. Kinderheilk. 1875.

<sup>3)</sup> Gazette hebdom. de med. et chirurg. 1877.

ber<sup>1)</sup>, Osterwald<sup>2)</sup>, Birk<sup>3)</sup>, Delens<sup>4)</sup>, Dunn<sup>5)</sup>, Kerschbaumer<sup>6)</sup> zaledwie w sześciu przypadkach stwierdzono badaniem krwi, czy to za życia czy też po śmierci wykonaniem, białaczkę niewątpliwą. I nasz przypadek tutaj zaliczyć należy. Sama symetria guzów pozagądkowych może tylko zrodzić przypuszczenie leukaemii lub pseudoleukaemii, — a jedynie badanie krwi wyjaśnia i ustala rozpoznanie. Przypadki, opisane przez Dunna, Osterwalda i Gallascha są z tego względu jeszcze ciekawe, że białaczka była stwierdzoną u dzieci niżej 8 lat, podczas, gdy reszta przypadków zdarzyła się u ludzi między 23 a 55 rokiem życia. Zbyt jednak małą jest liczba ogólna, aby z tego jakiś więcej stanowczy wniosek wysnuć można. — Guzy leukaemiczne nie są wczesnym objawem ogólnego schorzenia — owszem, przeciwnie, występują one dość późno, i badanie ogólne wykazuje w chwili ich wystąpienia daleko posunięte inne zmiany w ustroju, — są jednak objawem nieraz pierwszym, na który chorzy uwagę zwracają, przynajmniej tak wnioskować należy z ogłoszonych opisów historii chorób. — Odsyłając czytelnika, pragnącego więcej szczegółów o guzach oczodołowych, do pracy Hochheima, pozwalamy sobie zwrócić uwagę jeszcze na nasz przypadek z tego względu, iż badane przez nas oko okazuje zmiany śródgądkowe, dotychczas wcale jeszcze nieopisywane<sup>7)</sup>. Mamy bowiem przed sobą niewątpliwą heteroplastyczny guz białaczkowy naczyńiówki, obok na-

1) Archiv Graefego. 1878.

2) Archiv Graefego. 1878.

3) St. Petersburg. med. Wochenschrift. 1883.

4) Arch. d'Ophtalmol. 1886.

5) Ophth. Review. 1894.

6) Arch. Graefego. 1895.

7) Oprócz przytoczonych przez autora przypadków, z literatury znane są jeszcze przypadki: Axenfelda A. f. O. 37. 4. 102. — Bronnera Transactions of the 8 intern. ophth. congress Edinburgh p. 202. — Boermy A. f. O. 40. 4., p. 119. — Również przytoczyć wypada jeszcze pracę Feilchenfelda: Über leukaemische Pseudotumoren in der Retina. — Archiv f. Augenheilkunde, t. 41., z. III., ref. w Post. Ok. 1900., str. 399.



cieku całej naczyniówki. Nacieki białaczkowe rozlane całej naczyniówki, ale miernego stopnia, opisali Oeller<sup>1)</sup>, Rosa, Kerschbaumer<sup>2)</sup>. Ale sam Oeller, opisując zmiany naczyniówki, wyraża wątpliwość, czy ma do czynienia z rzeczywistym naciekiem naczyniówki, czy też, że to zgrubienie naczyniówki polega tylko na rozdęciu naczyń<sup>3)</sup>, które są przepelnione ciałkami białymi krwi. Osterwald<sup>4)</sup> także podaje, iż w jego przypadku naczyniówka była zmienioną przez naciek białaczkowy; bliżej jednakże zmiany tej nie opisuje, — a tylko R. Kerschbaumer podaje (obok rysunku gałki w przekroju), że szczególnie tylny odcinek naczyniówki był tak znacznie zmieniony, iż wynosił poczwórną grubość naczyniówki prawidłowej, i że utkania naczyniówki histologicznie rozpoznać nie było można. Nie był to jednak istotny guz, jak w naszym przypadku, gdzie guz dochodził do grubości 3 milimetrów; to też choćby z tego względu przypadek ten zająć musi odrębne miejsce między dotychczas znanymi powikłaniami białaczki<sup>5)</sup>.

Ciekawy ten przypadek, tak szczegółowo przez autora w pracowni prof. Browicza analizowany, przedstawił się pierwotnie w klinice okulistycznej, gdzie zaraz zajęto się stwierdzeniem głównym stanu choroby ocznej. Na razie stan rogówki

<sup>1)</sup> Archiv Graefego. XXIV.

<sup>2)</sup> L. c.

<sup>3)</sup> W pewnym związku do owych guzów stoją także wydęcia naczyń, o których wspomina Dr Murakami. — Kl. Monatsbl. Febr. 1901., ref. w Post. Ok., p. 192. *Red.*

<sup>4)</sup> L. c.

<sup>5)</sup> Już Foerster w znakomitem swem dziele »Allgemein Leiden und Veranderungen des Sehorgans« (Graefe-Saemisch, t. VII, p. 78) pisze: »wie also in der Leber, in der Niere, in der Pleura, in der Magen- und Darmschleimhaut zahlreiche meist flach prominente Herde gefunden werden, die aus zahlreichen Zellen u. Kernen bestehen, so enthaelt auch die Netzhaut u. die Choroidea, letztere wie es scheint seltener, dergleichen leukaemische Geschwulstherde die etwas nach innen prominieren u. häufig von einem Extravasate umschlossen sind.« *Red.*

lewej przypominał *keratomalacia infantum* na tle kiły przyrodzonej, mianowicie wobec noska siodełkowego, zębów nieprawidłowo rozwiniętych i szybkiego rozpadu rogówki przy bladej spojówce, i ogólnego apatycznego zachowania się dziecka. Atoli wysadzenie gałek, stwierdzenie licznych guzów śródoczołowych, a także w innych częściach ciała, nadzwyczajna bladeść błon śluzowych i skóry kazały się domyślać ciężkiego cierpienia ustrojowego, zwłaszcza gruźlicy, więcej zaś jeszcze białaczki. Wobec groźnego niebezpieczeństwa wylania się zawartości lewej gałki po zniszczeniu całej rogówki i wnikaniu sprawy ropnej do wnętrza, przystąpiono zaraz do wypaproszenia tej gałki, a po zaopatrzeniu oka operowanego, w braku miejsca w klinice, zwrócono się o gościnę do szpitala św. Ludwika, by personal lekarski kliniczny mógł mieć sposobność do zrobienia dalszych nad dzieckiem obserwacji dla dopełnienia badania i dla utwierdzenia rozpoznania, względnie, by w przewidywaniu rychłego zgonu, zapewnić badanie *post mortem*. — Z przyjemnością podzieliliśmy się z czytelnikami »Postępu Okulistycznego« wynikiem sekcji, przez autora życzliwie nam podanym w powyższej pracy, zaznaczając, że opis choroby, w tej pracy przytoczony, po części zaczerpnięty jest z księgi protokołowej kliniki okulistycznej.

*Uw. red.*

---

## II. STRESZCZENIA.

Archiv für Augenheilkunde. T. XLIII.

I. *O histologicznej budowie blizn, powstałych po tylnej sklerotomii.* (Zur Histologie der Narben nach Sklerotomia posterior.)  
Dr I. Meller.

Chcąc się przekonać, czy zbawienny skutek sklerotomii przy jaskrze polega na właściwości przesączania, jak to twierdzi Wecker i inni, poddał Meller dokładnemu badaniu drobnowidowemu dwie blizny, powstałe po sklerotomii w oczach, wyjętych z powodu jaskry.

W obydwóch przypadkach była twardówka w miejscu operacyjnem wydętą, unaczynioną i silnie zbliznowaciałą. Tak samo zbliznowaciałą była siatkówka i naczyńówka, znajdujące się pod blizną twardówkową, lubo w daleko wyższym jeszcze stopniu.

Autor jest zdania, że przy tak bardzo znacznem zbliznowaczeniu pooperacyjnem tych tkanek nie może być mowy o przesączaniu.

*Dr T. Ballaban.*

II. *Przyczynek do bakteriologii przewlekłych ropnych zapaleń gruczołów powiekowych Meiboma.* (Zur Bacteriologie der chronischen eitrigen Entzündungen der Glandulae Meibomii des Lides). Dr A. A. Maklakoff, jun.

Autor opisuje nieznaną dotychczas przypadek, w którym prątki »ozeny« spowodowały ropne zapalenie gruczołów Meiboma.

U chorej, która od 15 lat cierpiała na ponawiające się jęczmiona i wrzody powiekowe, stwierdzono już przed laty znaczny zanik błony śluzowej nosa, przyczem były kości nosowe miejscami zupełnie z błony śluzowej obnażone. Chora, która nie poddawała się nigdy odpowiedniemu leczeniu, zgłosiła się przed niedawnym czasem ze skargą, że od lat 5ciu oczy jej coraz bardziej ropieją i czerwienieją. Badanie wykazało odwrócenie dolnej powieki prawego oka, przyczem były obie powieki tego oka miejscami mniej lub więcej obrzękłe i zgrubiałe. Szczególniej wydatne były te obrzęki w okolicy punktów łzowych. Odpowiednio tym zgrubieniom była spojówka przekrwioną i miejscami zbliznowaciałą.

Otwory gruczołów Meiboma były nierównomiernie rozszerzone, a wprowadzona w nie sonda wnikała miejscami 6—7 mm głęboko. Przy ucisku wydobywała się z gruczołów żółtawa, ciągnąca się ropa.

W worku spojówkowym znajdowało się wiele ropnego śluzu. Podobne zmiany znajdowały się i na dolnej powiece oka lewego.

Z powodu odwrócenia dolnej prawej powieki wycięto z jej środkowej trzeciej części trójkątny kawałek, którego podstawę tworzył wolny brzeg powieki. Powstałą tak ranę wyskrobano ostrą łyżką. Podobnie oczyszczono ostrą łyżką i inne miejsca obrzękłe powiek, po poprzedniem ich nakłuciu. Po tym zabiegu nie dało się więcej wycisnąć ropy z powiek, a badanie nosa wykazało brak w nim strupów i wydzieliny.

Drobnowidowe badanie ropy na preparatach, barwionych wodnym rozezynem fuksyny, wykazało liczne ropne komórki i bardzo liczne krótkie prątki o zaokrąglonych końcach,  $1\frac{1}{2}$   $\mu$  długie, a 1  $\mu$  szerokie.

*Dr T. Ballaban.*



III. *Przyczynek do patologii zbroceń w przebiegu naczyń i wytwarzania się na siatkówce pasemek.* (Ein Beitrag zur Pathologie der Gefäßanomalieen und Streifenbildung in der Retina). Dr Rudolf Schilling.

Na podstawie widzianych dwóch przypadków, w których znajdowały się na siatkówce matowe, szarobiaławe pasemka, a naczynia jej były mocno pokręcone, zastanawia się autor nad sposobem powstania tych zmian, odnosząc się do bardzo różnorodnych w tym kierunku zdań licznych autorów.

*Dr T. Battaban.*

IV. *Prawo elektrycznego pobudzenia nerwu wzrokowego, jako jednego z nerwów zmysłowych.* (Das Gesetz der elektrischen Erregung des N. opticus als eines Sinnesnerven). — Dr Richter.

O pobudzeniu n. wzrokowego stałym prądem nie mieliśmy dotąd jasnego pojęcia, gdyż było tylko tyle wiadomem, że otwarcie i zamknięcie prądu wywołuje w oku błyski.

Autor sporządził 16 cm. długą elektrodę, zakończoną guzikowato, i wprowadzał ją dolnym przewodem nosowym aż do sklepienia gardła (*Rachen*).

W ten sposób zbliżał on elektrodę możliwie najbliższej do pnia nerwu wzrokowego. Drugą elektrodę kładł wprost na zamknięte powieki oka.

Badania były robione w mocno zaciemnionym pokoju, a dały wynik następujący:

Przy napięciu prądu o sile 2 Volt (na oku katoda — na sklepieniu gardła anoda) zamknięcie i trwanie katody było bez wyniku, natomiast otwarcie katody wywoływało na całej siatkówce szybko przemijające, równomierne światło, podobne do światła elektrycznego. Zmiana prądu przy tejże sile napięcia prądu nie powodowała żadnego podrażnienia.

Przy 6—8 Volt silnym prądzie powstawał przy otwarciu katody silny objaw świetlny — przy zmianie zaś biegunów powstawało środkowo silne niebieskozielonkawe światelko, poza tem pasmo mniej oświetlone, a obwodowo znowu okrągłe światło.

Liczne badania, przedsiębrane przez autora na sobie samym i na chorych, dowiodły stałości tego prawa dla nerwu wzrokowego. A mianowicie, że otwarcie katody wywołuje na gałce ocznej objawy świetlne. Przy prądach zaś silniejszych powoduje zamknięcie i trwanie anody środkowe objawy świetlne, które znikają przy zamknięciu anody.

*Dr T. Battaban.*

*O poczuciu barw u ludów starożytnych i przedhistorycznych.* (Du sens chromatique dans l'antiquité sur la base des dernières découvertes de la préhistoire, de l'étude des monuments écrits des anciens et des données de la glossologie.). Dr Bénaky (ze Smyrny). Wydał Maloine w Paryżu.

Dr Bénaky ze Smyrny wydał świeżo dzieło, będące w pierwszym rzędzie krytyką poglądów Magnusa i Gładstone'a, odnoszących się do zagadnienia, czy człowiek w najdawniejszych epokach swego istnienia posiadał zmysły tak czułe i tak wyrobione, jak je posiada człowiek dzisiejszy, czy był zdolny rozeznawać niezliczone odcienie barw, czy posiadał ucho wrażliwe na tony o określonej wysokości, czy był w stanie po woni kwiat rozpoznać. Zdaniem Magnusa i Gładstone'a człowiek pierwotny posiadał siatkówkę taką, jaką posiada i dzisiaj każde nowonarodzone dziecko, to znaczy zdolną tylko do odróżniania światła od ciemności, a inne jego zmysły zachowywały się też analogicznie. Nie dosyć jednak na tem. Autorowie ci twierdzą, że ludzie nawet z epoki Homera i późniejsi nie posiadali tak doskonałego poczucia barw, do jakiego przez wiekowy rozwój doszło oko dzisiejszego człowieka, a zarazem prorokują, że przyszłe wieki sprowadzą dalszy postęp w doskonałości poczucia barw, że mianowicie siatkówka ludzka nabędzie zdolności rozróżniania kolorów pozafołkowych, dzisiaj niewidzialnych lub zaledwie dostrzegalnych. W hymnach Wedy, najdawniejszych pomnikach myśli ludzkiej pisanej, nie ma wzmianki o barwie niebieskiej (n. p. o błękitcie nieba) ani o zielonej (o zieloności drzew), a tylko spotyka się określenie barwy czerwonej, jedynej zatem — zdaniem Magnusa, — jaką rozróżniały oczy staroindyjskich pierwotnych plemion. Dla Homera i ludzi mu współczesnych istniały, powiada Magnus, tylko barwy jasne, bogate w światło; o kolorach mało jaskrawych, jak zielony, błękitny, fioletowy, nie ma wyraźnej wzmianki w jego epepejach.

Dr Bénaky występuje stanowczo przeciwko tym wywodom. Przedewszystkiem zwraca uwagę na okoliczność, że i w dzisiejszym świecie poczucie barw nie jest wyłącznym przywilejem ludzkiego oka. Istnieją niezliczone dowody na to, że i zwierzęta, i to nie tylko kręgowce, ale i niektóre bezkręgowce, doskonale rozróżniają barwy. Trudno przypuścić, aby człowiek pierwotny nie posiadał eo najmniej tej wrażliwości zmysłowej, jaką posiadają zwierzęta stojące na znacznie niższym szczeblu rozwoju. Jeśli w hymnach Wedy nie ma wzmianki o niektórych barwach, to może być to prosty przypadek, — ale w Ramajanie Valmiki, ojciec poezji staroindyjskiej, używa wyrazów, oznaczających niewątpliwie kolor zielony i niebieski.

Z niektórych ustępów Biblii wynika, że Hebrejczycy znali

barwę czerwoną, purpurową, fiołkową, żółtą i błękitną. Z drugiej strony u wielkich poetów i pisarzy z nowszych czasów spotykamy pewną jednostronność w doborze wyrazów, oddających piękno barw. Milton w swym sławnym i wielkim poemacie »Paradise lost« rzadko mówi o błękitnie lub o zieloności, a o fiołkowej barwie nie wspomina wcale. Henryada Voltaire'a jest niezmiernie ubogą w wyrażenia, odnoszące się do wrażeń barwnych. Corneille ani razu w swych utworach nie używa wyrazu niebieski lub błękitny. Któżby jednak z tych danych chciał wnosić o poczuciu barw ludzi, współczesnych tym poetom?

Druga część dzieła Dra Bénak'y obejmuje studjum najstarszych zabytków architektury i sztuki. Egipcyanie używali polichromii na 4,500 lat przed nar. Chrystusa. Już z tej odległej epoki pochodzące posągi bywają malowane, n. p. na zielono. Nieco później spotykamy już sześć kolorów: czarny, biały, czerwony, żółty, zielony i niebieski. Fajanse, pochodzące z bardzo dawnej epoki (3500 lat przed nar. Chrystusa), są malowane fiołkowo, lub wspaniałym kolorem błękitnym. U starożytnych Chaldejczyków i Assyryjczyków barwy biała, czarna i purpurowa uchodziły za święte. Najstarsze freski greckie znaleziono w Thera. Widzimy na nich kolory: żywo-czerwony, bladżółty, jasnoniebieski i ciemnobrunatny. Schliemann odkrył w Tyryncie pałac, pochodzący z XIII. wieku przed Chrystusem, a w nim freski pięciobarwne. W Mycenach znaleziono wazy malowane na kolor zielony i fiołkowy. Pliniusz i Cycero piszą o obrazach, których archeologia dotąd nie odkryła, że były malowane czterema kolorami: białym, czarnym, czerwonym i żółtym.

W ostatniej części swej książki podaje Dr Bénak'y bardzo ciekawe szczegóły o teoryach barw, głoszonych przez starożytnych filozofów. Pitagoras przyjmował cztery barwy: białą, czarną, czerwoną i żółtą, odpowiadające czterem żywiołom: powietrzu, ziemi, ogniewi i wodzie. Wedle Anaksagorasa wszelkie barwy wywodzą się z barwy białej i czarnej. Platon rozróżnia bardzo wielką ilość odcieni barwnych, ale za pierwotne uważa kolory: biały, czarny, błyszczący i czerwony. Genialny Aristoteles zbliża się poglądami swymi najbardziej do pojęć dzisiejszych. Wie on, że kolory, które widzimy na barwnych przedmiotach, nie są czyste, lecz mieszane, złożone z różnych barw pierwotnych. Tych przyjmuje siedm: białą, czerwoną, żółtą, zieloną, niebieską, fiołkową i czarną. Prócz pomarańczowej niebrak tu żadnej z barw tęczy. On też wypowiada zdanie, że barwy nie istnieją same przez się, tylko przez to, że je oko ludzkie widzi. Wielki ten badacz przyrody spostrzegał już powidoki barwne, znał także barwy dopełniające. On wreszcie był pierwszym, który wyobrażał sobie światło i promienie barwne jako falowanie



składników powietrza atmosferycznego, a zwalczał teorię emanacyi. Wiadomo, że i dzisiejsza najnowsza, elektromagnetyczna teoria światła daje się ostatecznie sprowadzić do zjawisk falowania.

Tak więc Dr Bénaký w pracy swej wykazał, że poglądy Magnusa i Gladstone'a stoją w sprzeczności tak z fizyologią porównawczą, jak i ze zdobyczami archeologii, i nie dadzą się pogodzić ani z wynikami badań, odnoszących się do najstarszychabytków piśmiennictwa, ani wreszcie, jeżeli ktoś chce, z teorią ewolucyi Darwina, który przecież przyjmuje dla wytworzenia zmian własności poszczególnych rodzajów okresy czasu niesłychanie długie, podczas gdy czasy przedhistoryczne, do których sięga archeologia, są stosunkowo niezbyt odległe w porównaniu z zamierzoną epoką, w której pojawił się ród ludzki na ziemi. (Wedł. »Annales d'Oculistique«).  
Dr K. W. Majewski.

*Zapalenie rogówki i łezówki na tle zimnicy. (Affections cornéennes et iriennes d'origine palustre). Dr A. Leprieux (z Bourges). (»Annales d'Oculistique«. 1901. V.).*

Zaburzenia oczne, występujące na tle zimnicy, można podzielić na dwie gromady: 1. zaburzenia głębsze, odnoszące się do nerwu wzrokowego, siatkówki, naczyńówki, ciała szklanego, a także objawy czynnościowe, jak *hemeralopia*, *amblyopia*, *amaurosis*, *cyanopsia* i t. d. 2. zmiany zewnętrzne; tu należą: zapalenie łezówki, mięższowe rozlane zapalenie rogówki i owrzodzenia rogówkowe. Autor opisuje przypadek zapalenia drzewkowatego rogówki (*keratitis dendritica ulcerosa*) u 24letniej kobiety, cierpiącej na częste napady zimnicy. W związku z jednym z takich napadów, który wystąpił w ósm dni po odbytych porodzie, powstało na obydwu oczach zapalenie, a badanie wykazało na rogówkach powierzchowne owrzodzenia w postaci pięćnie drzewkowato rozgałęziających się płytkich rowków. Silne dawki chininy i leczenie miejscowe, polegające na zapuszczaniu atropiny, zakładaniu maści jodoformowej i stosowaniu ciepłych okładów, wystarczyły do usunięcia cierpienia. W kilka miesięcy potem wróciły codzienne napady zimnicy, a wraz z nią i zaburzenia oczne, mianowicie także sama jak poprzednio *keratitis dendritica*. I znowu chinina i odpowiednie środki miejscowe sprowadziły w krótkim czasie zupełne wyleczenie.

(Wiadomo, że drzewkowata postać owrzodzenia rogówki bardzo często, jeśli nie zawsze, bywa następstwem opryszczki rogówkowej (*herpes febrilis corneae*). Po pęknięciu pęcherzyków, które często uchodzą uwagi, płytkie punkcikowate owrzodzenia zlewają się ze sobą, tworząc na powierzchni rogówki drzewkowato rozgałęziające się rowki. Jest rzeczą prawdopodobną, że i w przypadku Le-

prince'a pierwotną zmianę stanowił *herpes febrilis corneae*. —  
Przyp. ref.). Dr K. W. Majewski.

*Dalsze badania nad protargolem, jako środkiem zapobiegawczym przeciw ropnemu zapaleniu spojówki u noworodków.* Dr T. Piotrowski. (>Przegląd Lekarski«. 1901. Nr. 26.).

Ponieważ azotan srebrowy, polecony jako środek zapobiegawczy przeciw ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków, jest środkiem silnie drażniącym, zwłaszcza wobec niewłaściwego sposobu użycia, jaki jest jednak jedynie możliwy w rękach akuszerek (bez odwracania powiek i bez następnego opłukiwania roztworem soli), i ponieważ sprowadza w każdym przypadku kilka dni trwający odczyn zapalny ze strony spojówki, przeto oglądano się za innymi środkami, któreby działały równie pewnie zapobiegawczo, a równocześnie mniej drażniły. Polecano zatem kwas borowy, formalinę, kwas salicylowy, wodę chlorową, tymol, karbol, nadmanganian potasowy, sublimat, itrol (cytrynian srebrowy), octan srebrowy i t. d. W ostatnich czasach, gdy Darier wprowadził protargol do terapii okulistycznej, zaczęto używać tego środka także dla zapobiegania ropnemu zapaleniu spojówek u noworodków. Dr Piotrowski ogłosił już w roku 1899 w >Przeglądzie Lekarskim« sprawozdanie z doświadczeń, wykonanych z 20% roztworem protargolu w 170 przypadkach na oddziale położniczym prof. Rosnera w szpitalu św. Łazarza (w Krakowie). Już wtedy miał do zapisania bardzo pomyślne wyniki, gdyż na 170 przypadków raz jeden tylko przyszło do ropnego zapalenia spojówek, jednak przecież odczyn zapalny spostrzegano jeszcze w 35% przypadków. Od tego czasu zaczęło używać na oddziale prof. Rosnera 10% roztwornu protargolu, który okazał się jeszcze odpowiedniejszym. Obecnie rozporządza Dr Piotrowski pokaźną liczbą spostrzeżeń, przytacza mianowicie statystykę 1200 przypadków, licząc w to także owych 170, dawniej ogłoszonych. Od czasu wprowadzenia w użycie 10% roztwornu protargolu odsetek zapaleń odczynowych spadł z 35% na 10%, a działanie zapobiegawcze tego sposobu nie zawiodło *ani razu*. Jeśli się zważy, że materyał oddziału szpitalnego pochodzi z najuboższych warstw ludności miejskiej i podmiejskiej, wśród której rzeźączkowe zmiany w pochwie są nadzwyczaj rozpowszechnione, trzeba przyznać tem większą doniosłość nader pomyślnym wynikom tych doświadczeń. Nowy ten sposób zapobiegawczy ma jeszcze tę wielką zaletę, że technika jego wykonania nie przedstawia najmniejszych trudności i nie naraża noworodków na żadne niebezpieczeństwo, wykonanie zatem tego zabiegu może być bez obawy powierzone akuszer-

kom, jak się też to i dzieje na oddziale prof. Rosnera. Autor, uwzględniając niezaprzeczoną wyższość profargolu nad azotanem srebra, uważa za rzecz konieczną, ażeby rząd zmienił dotychczasowy przepis, nakazujący akuszerkom stosowanie metody Credé'go i polecił używać wyłącznie profargolu, jako środka o wiele skuteczniejszego i bezpieczniejszego zarazem. W każdym razie lekarz, którego nie krępują w wyborze postępowania zapobiegawczego żadne przepisy ustawy, powinien już teraz u każdego noworodka używać profargolu, którego wyższość nad azotanem srebrowym stwierdza niewątpliwie statystyka i doświadczenie. Dodać jeszcze należy, że niezależnie i równocześnie z Drem Piotrowskim robił nad profargolem doświadczenia Engelmann i wyniki swe ogłosił w »Centralblatt f. Gynäkologie«. Otóż spostrzeżenia obydwóch autorów najzupełniej się zgadzają, co tem bardziej podnosi ich wartość.

*Dr K. W. Majewski.*

*Wszczepianie oka króliczego po enukleacji do torebki Tenona* (Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un oeil de lapin dans la capsule de Tenon). Feliks Lagrange (z Bordeaux). — («Annales d'Oculistique», 1901. III.).

Wynik kosmetyczny, jaki daje proteza po zwyczajnej enukleacji, bywa bardzo często niedostateczny, bądź to dlatego, że oko sztuczne jest zbyt małe i głęboko wpadnięte, bądź też dlatego, że nie porusza się dość wydatnie. Dla zaradzenia temu podawano, jak wiadomo, różne zabiegi, do których należy operacya Mulesa, polegająca na włożeniu kuli metalowej po wypaproszeniu gałki do torby twardówkowej, dalej operacya Frost-Langa, polegająca na wszyciu takiejże kuli do torebki Tenona. Do tego celu podawano także kule szklane, celuloidowe, srebrne, kule z gąbki, kłębki sznurka jedwabnego i t. d. Na ostatnim międzynarodowym zjeździe w Paryżu omawiano obszernie sprawę tej heteroplastyki, większość jednak autorów przyznała, że kula taka działa najczęściej drażniaco, jako ciało obce, i zazwyczaj ulega samoistnemu wydaleniu. Lagrange robił z początku próby z kulami wykrojonymi z żywej kości lub nawet wkładał całą główkę kości udowej, wreszcie używał kości odwapnionej. Nie doczekał się jednak ani razu pomyślnego wyniku, gdyż kość prawie zawsze ulegała zupełnemu wessaniu. Autor przywodzi na pamięć próby, wykonywane przez Chibreta (z Clermont-Ferrand), który wszywał do oczodołu po enukleacji oko zwierzęce i to nie w celu podtrzymania protezy, lecz z tą myślą, żeby oko to pod względem kosmetycznym pełniło służbę oka wyjętego, co się jednak nie udawało z powodu zaćmienia rogówki, a nawet całkowitego zropienia przeszczepionej gałki. Lagrange postanowił wszyć w torebkę Tenona, bezpośrednio po dokonanej enukleacji,



świeżo wyjęte oko królika w nadziei, że ono przyrośnie należycie i będzie następnie wypełniać oczodoł tak, że warunki dla założenia protezy staną się o wiele korzystniejsze. Sposobu tego użył w czterech przypadkach, z tych w trzech doczekał się nadszkodziewanie pomysłnego wyniku, w czwartym wszczepione oko uległo obumarciu. Postępowanie Lagrange'a jest następujące: już podczas enukleacji zakłada on na wszystkie cztery mięśnie proste nitki tak, ażeby po przecięciu nie schowały się w głąb oczodołu; następnie po wyjęciu gałki dba o jak najdokładniejsze sfilumienie krwotoku, co osiąga zapomocą przestrzykiwań wodą lodową i silnem tamponowaniem. Nagromadzenie się krwi w torebce Tenona stanowi, zdaniem jego, najpoważniejszą przeszkodę, utrudniającą przyjęcie się wszczepionego oka. Następnie wkłada do torebki Tenona świeżo wyjęte, niezbyt duże oko młodego i zdrowego królika. Ponad niem zeszywa naprzód mięśnie proste parami: górny z dolnym i wewnętrznym z zewnętrznym, wreszcie zaszywa spojówkę. Tak wszczepione oko w ciągu pierwszych kilku tygodni mięknie trochę i zmniejsza swą objętość, potem jednak nie zmienia się już więcej i stanowi dla protezy doskonały ruchomy podkład. Niepowodzenie w jednym przypadku przypisuje autor temu, że użył oka, pochodzącego z królika starego, którego tkanki posiadały zapewne zbyt małą żywotność. Wielki nacisk kładzie autor na konieczność ściśle aseptycznego wykonania operacji tak u człowieka jak i u królika, co się zresztą samo przez się rozumie.

*Dr K. W. Majewski.*

*Usuwanie zaćmy drogą podspojówkową.* (L'extraction sous-conjonctivale de la cataracte). Dr P. Pansier z Avignon. — (> Annales d'Oculistique. 1901. III).

Twórcą tej operacji jest Desmarres ojciec, który ją podał jeszcze w połowie zeszłego (XIX.) stulecia. Wykonał ją jednak za ledwo w sześciu przypadkach, poczem jej zaniechał, zrażony pewnemi niedogodnościami, których wówczas usunąć nie umiano. Sposób ten operowania katarakty poszedł później w zapomnienie, dopiero w ostatnich latach Pansier i Vacher, nie wiedząc o próbach Desmarres'a, a także zupełnie niezależnie od siebie, zaczęli operować zaćmę, wydobywając ją też pod nieprzeciętym mostem spojówkowym. Pansier opisuje postępowanie, które po wielu próbach uznał za najwłaściwsze, w następujący sposób: Pięć minut przed operacją wkrapla do worka spojówkowego roztwór wodny wyciągu z nadnereza z małym dodatkiem roztworu kokainy. Po założeniu rozwórki i ustaleniu gałki zapomocą szczypek — robi nożem Graefe'go punkcję na granicy rogówko-twardówkowej i, posuwając koniec noża w przedniej komorze, rozcina po drodze torebkę, po-

czem wykonywa kontrapunkcję i prowadzi cięcie w rogówce ku górze, zatrzymując się pod spojówką. Teraz szczypczykami ustalającymi ujmując spojówkę powyżej rogówki w zmarszczkę pionową, zwracając równocześnie gałkę ku dołowi, i prowadzi nóż dalej pod spojówką, wycinając długi na 1 cm i jak najszerszy płatek, z pod którego nóż nakoniec wyjmuje, nie odcinając ostatecznie spojówki. Teraz wyciska zaćmę w sposób zwyczajny, przyczem soczewka wydostaje się na zewnątrz z pod mostka przez jedno z bocznych cięć w spojówce. Po operacji zakłada lekką opaskę tylko na operowane oko; nazajutrz zmienia opatrunek i zapuszcza atropinę, a po 48 godzinach ranka jest już tak mocno zlepiona, że opaski zazwyczaj wcale nie potrzeba. Zalety tej operacji mają być liczne i cenne. W pierwszym rzędzie podnosi Pansier szybkie zrastanie się brzożów rany, co skraca czas leczenia i zmniejsza w wysokim stopniu niebezpieczeństwo zakażenia. Wypadnięcie tęczywki w przypadkach, operowanych bez irydektomii, zdarza się przy tej metodzie znacznie rzadziej, aniżeli po operacji, wykonanej zwyczajnym sposobem. — Z licznych zarzutów, jakie przeciwko sposobowi temu podniesiono, z jednym tylko, zdaniem autora, do niedawna liczyć się należało. Wykrojenie mostka spojówkowego połączone bywało z dość znacznym krwotokiem i to prawdopodobnie było głównym powodem, dla którego Desmarres po kilku próbach sposób ten zarzucił. Obecnie jednak posiadamy w wyciągu z nadnercza znakomity środek powstrzymujący, a przynajmniej uśmierzający krwawienie do tego stopnia, że przestaje ono być powikłaniem, któreby mogło odstraszać operatora od wykonywania tego zabiegu.

*Dr K. W. Majewski.*

### III. Z TOWARZYSTW.

Ośmnasty doroczny zjazd Towarzystwa okulistów francuskich, odbyty w Paryżu w dniach od 6—9 maja 1901 r.

#### *Dalszy ciąg dyskusji nad sprawozdaniem Weckera.*

Parinaud: Ze wszystkich sposobów leczniczych, jakie dotychczas stosowano przeciw jaskrze, irydektomia jest, i na długo zapewne pozostanie, zabiegiem, działającym najpewniej i najlepsze dającym wyniki. W dyskusji nad sprawozdaniem Weckera podniesiono już skuteczność tej operacji, która nie zawodzi nawet w tych razach, gdzie wykonanie jej pod względem techniki chirurgicznej bardzo wiele pozostawia do życzenia. Mówca zastanawia się

nad pytaniem, kiedy irydektomię przeciwjaskrową należy uważać jako złe, a kiedy jako dobrze wykonaną. Na podstawie własnego doświadczenia i opierając się na teorii tak zwanej filtracyjnej, dochodzi Parinaud do wniosku, który mógłby się zrazu niejednemu wydać opacznym. Utrzymuje on, że zdolność blizny do przesączania płynów zostaje w wysokim stopniu spotęgowaną przez wgłobienie tkanki tęczęwkowej pomiędzy brzezi rany. Wiadomo, że każdy operator dba o to troskliwie, żeby po irydektomii tęczęwkę stylceikiem odprowadzić, wygładzić ją i o ile możności zapobiedz jej wrośnięciu w ranę. Przy ostrej jednak jaskrze, gdy się operuje na oku nie-raz bardzo twardem i bolesnem, przy niedostatecznie zwężonej źrenicy i bardzo płytkiej nie-raz komorze, udaje się to bardzo rzadko. Tak wykazują przynajmniej liczne badania anatomo-patologiczne, które wykonał Poucet de Cluny. Mowca nie ma tu wprawdzie na myśli wypadnięcia tęczęwki w ścisłem tego słowa znaczeniu, bo to może samo przez się wywołać objawy jaskry, lecz tylko wrośnięcie obwodowych części tęczęwki pomiędzy wewnętrzną brzezi rany w obu jej kąciakach. Zarówno statystyka, jak i doświadczenia wszystkich operatorów stwierdzają zgodnie, że właśnie irydektomia w ostrej jaskrze najświetniejsze daje wyniki. Zestawiając te dwie okoliczności, należy przypuścić, że właśnie taka irydektomia pod względem chirurgicznym niezupełnie poprawnie wykonana, lub przynajmniej uchodząca za taką, jest wobec jaskry najkorzystniejszą i najlepiej odpowiada celowi. Podobne, również dodatnie znaczenie przypisuje Parinaud pęcherzykowatemu zablźnieniu rany. Na poparcie tego twierdzenia przytacza jako przykład historię choroby pewnego urzędnika kolejowego, u którego z powodu jaskry wykonał irydektomię na obydwu oczach; na prawem odprowadził tęczęwkę starannie tak, że po zagojeniu powstała blizna gładka, szpara regularna, szeroka i dobrzeżna. Na lewem oku z rozmysłu zaniechał odprowadzenia tęczęwki i pozwolił, ażeby wrosła w kąciaki twardówkowej rany. Wejrzzenie operowanego oka po zagojeniu nie przedstawiało się skutkiem tego bynajmniej korzystnie; przyszło nawet do pęcherzykowatego zablźnienia rany. Wynik jednak był taki, że rzekomo poprawna irydektomia na oku prawem nie zdołała powstrzymać postępów jaskry, oko pozostało twarde i straciło z czasem poczucie światła. Daleko lepiej posłużyła »zła« irydektomia lewemu oku. Jaskra na tem oku nie postępuje już więcej, napięcie nigdy się nie podnosi, a  $\frac{1}{4}$  zachowanej od czasu operacyi bystrości wzroku pozwala choremu oddawać się zawodowej pracy.

Valude polemizuje w sposób dosyć cierpki ze sprawozdawcą, który w swej pracy ma się wyrażać z odcieniem pewnego lekceważenia o tych wszystkich, co z zasady unikają zabiegów opera-



cyjnych przy jaskrze prostej, — przyczem nie zważa, że w liczbie tych łak zwanych przez niego „*abstentionnistes*“ znajdują się najpoważniejsi klinicyści współcześni. Valude zaleca przedewszystkiem środki zwięzające źrenicę przy jaskrze prostej, a gdy te nie skutkują, ucieka się do elektryzacyi pnia nerwu współczulnego silnym prądem stałym. W ostateczności radzi sympatektomię.

Vacher zajmuje w sprawie leczenia jaskry prostej stanowisko jeszcze trochę chwiejne. Mając chorego, dotkniętego cierpieniem tem na obydwu oczach, wykonuje na jednym oku dobrzeżne wycięcie tęczówki, na drugim zaś stosuje wyłącznie *miotica*. W ten sposób ma nadzieję, gdy ilość spozrzeń dostatecznie wzrośnie, wyrobić sobie zdanie, który z tych dwóch sposobów postępowania daje korzystniejsze wyniki.

Javal wskazuje na siebie, jako na żywy przykład bezsilności dotychczasowych sposobów leczenia pewnych, szczególnie złosliwych przypadków jaskry. Jest obecnie zupełnie ciemny, pomimo, że przeszedł na obydwu oczach cały szereg różnych operacyi. Obustronnie zrobioną była irydektomia, kilkakrotnie wykonywano punkeye i sklerotomie łak przednie jak i tylne, nakoniec poddano go nawet sympatektomii. Operował go częścią Wecker, częścią Priestley-Smith. Wytrwale przez długie lata zapuszczał środki zwięzające źrenicę. Wszystko napróżno! Jeden Jacobson radził użyć atropiny po pierwszej irydektomii u prawego oka. Javal żąda, że tego nie zrobiono, i temu przypisuje utratę wzroku. Graefe zapuszczał zawsze atropinę do oczu operowanych z powodu jaskry.

Rochon-Duvigneaud zastanawia się nad przyczyną stwierdzonego powszechnie faktu, że irydektomia wykonana wcześniej działa o wiele skuteczniej, niż wykonana w przypadku zastarzałym. Oto podczas pierwszych napadów jaskry ostrej tęczówka obwodowymi częściami *przylega* tylko do twardówki i granicy rogówko-twardówkowej i zatyka w ten sposób przestrzeń Fontany i kanał Schlemm'a. Po irydektomii, gdy się napięcie obniży i przednia komora pogłębi, odkleja się też tęczówka, oswabadzając kął twardówko-tęczówkowy i przywracając prawidłowy odpływ śródocznych cieczy. W przypadkach jaskry zadawnionej kął ten jest już zupełnie *zarosnięty* i, mimo obniżenia ucisku śródocznego, przestrzenie odpływowe nie mogą odzyskać dawnej drożności.

Abadie: Nie ulega wątpliwości, że obok przypadków takich, w których irydektomia niewątpliwie wzrok ratuje, zachodzą i takie, gdzie operacya najmniejszej nie przynosi korzyści. Zależy bardzo na tem, żeby umieć z góry rozróżnić te odmienne postacie jaskry i zastosować do tego swe postępowanie. Jako środek dyagnostyczny w przypadkach jaskry przewlekłej zapalnej poleca Abadie badanie

wpływu czeryny i pilokarpiny na źrenicę. Jeśli, mimo kilkakrotnego zapuszczenia tych środków, źrenica się nie zwięźa, wtedy można spodziewać się skutku po irydektomii, która tem samem jest wtedy koniecznie wskazaną. Jeśli natomiast *miotica* wywołują z łatwością zwiężenie źrenicy, to można być pewnym, że irydektomia nie na wiele się przyda. Przeciw jaskrze prostej stosuje Abadie w pierwszym rzędzie *miotica*, a jeśli te zawodzą, wtedy ucieka się do sympatektomii.

Pflüger: Wartość dzisiejszych sposobów leczenia jaskry można w ten sposób określić krótko: wielka liczba ludzi jaskrą dotkniętych traci zwrok zupełnie i niepowrotnie — i to, albo bez operacyi, albo pomimo operacyi, albo nawet z powodu operacyi.— Ten smutny stan rzeczy aż nadto usprawiedliwia potrzebę dyskusyi nad udoskonaleniem postępowania leczniczego wobec tej zdradzieckiej choroby. Mowca poświęca główną uwagę tym nieszczęśliwym przypadkom, gdzie bezpośrednio po wykonanej irydektomii przyszło do zupełnej utraty wzroku, czy to z powodu krwotoków, czy też z powodu, że przebieg jaskry stał się piorunującym (*glaucoma fulminans*). Potrzeba koniecznie wszechstronnem i dokładnem badaniem z góry się upewnić, czy się nie ma do czynienia z jaskrą złośliwą. Wrazach, gdy operacya jest niemięknioną, wykonuje Pflüger zamiast irydektomii klasycznej podaną przez siebie w r. 1894 irydektomię obwodową. Cięcie robi zawsze nożem Graefe'go, nigdy grołowym, poczem chwyciła szczypczykami jak najbardziej obwodową część tęczęwki i wycina podłużny, równoległy do rąbka pasek, pozostawiając niewyciętą część tęczęwki środkową i przyżreniczną. Operacya ta ma posiadać różne zalety; nie przedstawia przedewszystkiem licznych i groźnych niebezpieczeństw, związanych z irydektomią zwyczajną, a powtórnie nie narusza zwieracza źrenicy, dzięki któremu stosowane później *miotica* daleko lepiej i silniej działają.

Wecker w końcowem przemówieniu jeszcze raz podnosi konieczną potrzebę porozumienia się co do istoty jaskry prostej, bo inaczej, wobec panującego chaosu pojęć, wszelka dyskusya pozostanie jałową i bezużyteczną. *Nie ma jaskry bez wzmoczenia napięcia śródocznego*, choćby to wzmoczenie było jak najmniejsze, choćby palcami nie dawało się wybadać, choćby było tylko *względne*, to znaczy nieprzekraczające granic napięcia fizyologicznego, ale wystarczające, aby, wobec większej podatności ścian gałki i tarczy nerwu wzrokowego danego oka, wywołać objawy jaskry i spowodzić upośledzenie wzroku i zwiężenie pola widzenia.

Dalej poleca szczególnej uwadze uczestników zjazdu wywody Parinaud'a, który za konieczny warunek skutecznego działania irydektomii uważa wrośnięcie w rankę obwodowych części tęczęwki,

a nawet pęcherzykowate zabliznienie rany uznaje za czynnik korzystny i wprost pożądaný. Wecker dalekim jest od zwalczania tych zapalrywań, radzi jednak o słuszności ich przekonać się za pomocą ścisłych doświadczeń klinicznych.

Nakoniec omawia szczegółowo nieszczęśliwy i niestety bynajmniej nie wyjątkowy przebieg jaskry złośliwej u Javala.

*Zapobieganie ropnemu zapaleniu gałki ocznej (panophthalmitis suppurativa).*

Dor (z Lugdunu) podaje wyniki swych doświadczeń, robionych na królikach i innych zwierzętach. Oznaczał on naprzód najmniejszą dawkę czystej, jadowitej hodowli gronkowca ropotwórczego (*staphylococcus pyogenes*), która, wstrzyknięta królikowi do ciała szklistego, sprowadza napewne *panophthalmitis*. Jeśli przy następnem doświadczeniu nie przekroczy się zbytńio tej najmniejszej dawki, to można zapobiedz wystąpieniu *panophthalmitis*, jeśli się w dzień lub w przeddzień zastrzyknięcia hodowli poda zwierzęciu *per rectum* 2 gramy jodku potasu, rozpuszczonego w 30 gramach wody. Jeżeli już wystąpiły pierwsze objawy podrażnienia zapalnego, wtedy jeszcze ta sama dawka jodu może zapobiedz ropieniu, ale jeśli już raz wybuchła *panophthalmitis*, wtedy największa nawet ilość jodu nie wystarczy, aby ją powstrzymać lub usunąć. Dawka zatem, działająca skutecznie zapobiegawczo, okazuje się w leczeniu niewystarczającą. Nie można zatem zalecać jodku potasowego jako środka leczniczego w przypadkach ropnego zapalenia gałki ocznej, lecz należałoby — zdaniem Dora — podawać jod w dzień lub w wilię dnia wszelkich zabiegów, które w danym razie mogą narazić oko na *panophthalmitis*, — oraz natychmiast po każdym urazie, kaleczącym oko. Nie podobna jednak człowiekowi podać dawki, odpowiadającej tej, która u królika na pewno zapobiega ropieniu, bo człowiek, ważący 60 kg., musiałby zażyć naraz 40 gramów KI. Zważywszy jednak, że zakażenie przypadkowe sprowadzają zazwyczaj gronkowce, które się dostają do głębi oka w małej ilości i nie posiadają jadowości czystych hodowli, — można przypuścić, że i 10 razy mniejsza dawka jodu, to jest 3—4 gramów, podana *per rectum*, może wystarczyć dla zapobieżenia ropieniu<sup>1)</sup>. Tylko bardzo obszerna statystyka mogłaby wykazać skuteczność tego sposobu zapobiegawczego u ludzi. Do zestawienia takiej statystyki mowca zachęca obecnych.

<sup>1)</sup> Wiadomo, że chorzy zupełnie dobrze znoszą bardzo wielkie dawki jodu, np. 15 a nawet 20 gr. *pro die*, jeśli się ich do takich ilości stopniowo przyzwyczajają. Otóż możnaby, rozpoczynając na kilka dni np. przed operacją katarakty od 3. gr. *pro die*, z łatwością dojść do dawki dziennej 10. lub nawet 15. gr. Taka ilość jodu działałaby zapobiegawczo pewnie, niż 3 lub 4 gr. (Przyp. ref.)



*Zapalenie ropne gałki ocznej w następstwie garbiaka całkowitego rogówki.*

Jo e q s (z Paryża) podaje opis przypadku 10letniej dziewczynki, która straciła jedno oko wnet po urodzeniu, skutkiem rzeżączkowego zapalenia spojówki (*blennorrhoea neonatorum*). Przyszło do wytworzenia się garbiaka, zajmującego miejsce całej rogówki. Obecnie naraz, bez widocznego powodu, wystąpiła na tem oku *panophthalmitis* i autor zmuszony był do wypaproszenia gałki. Szczepienie bakteryologiczne dało czystą hodowlę gronkowca białego (*staphylococcus pyogenes albus*). Jo e q s uważa przedni zrost łączówkowy za drogę, na której w podobnych przypadkach zakażenie dostaje się w głąb oka.

*Zmiany warstwy barwikowej siatkówki w różnych stanach patologicznych oka.*

Gayet i Aurand (z Lugdumu): Oto niektóre z wniosków, do jakich doszli ci autorowie na podstawie swych badań histologicznych: Zwyródnienie komórek warstwy barwikowej polega na utracie ziarenek barwika, który jednak nie rozkłada się ani nie znika, tylko bez zmiany opuszcza ciało komórkowe i dostaje się do wewnętrznych warstw siatkówki, bądźto uniesiony prądem limfy, bądźto pochłonięty przez leukocyty. Barwikiem tym wypełniają się następnie komórki siatkówkowe, sąsiadujące z ogniskami zapalnymi, a zwłaszcza zanikowemi. Plamy pigmentowe, które się widzi w różnych sprawach chorobowych siatkówki i naczyniówki, nie polegają na wytworzeniu nowego barwika, lecz na pochłonięciu przez komórki barwika, pochodzącego ze *stratum pigmentosum*. Jest to zatem prawdziwa fagocytoza barwikowa. W miejscach plam barwikowych czopki i pręciki są zazwyczaj zupełnie zniszczone. Zmiany we warstwie barwikowej znachodzili autorowie stale w przypadkach *iridochoroiditis*, *staphyloma*, *abscessus corneae*, *phthisis bulbi*, *panophthalmitis*, a także po urazach i w różnych postaciach jaskry.

*Ophthalmoplegia congenita.*

L a g r a n g e (z Bordeaux). Na poparcie zapatrywania Du val'a, wedle którego górna gałąź nerwu twarzowego i nerw odwodzący (*n. abducens*) mają mieć wspólne jądro na podstawie mózgu, — przytacza autor przypadek wrodzonego obustronnego porażenia tych dwóch nerwów u małej dziewczynki. Badanie pobudliwości elektrycznej wykazało, że porażenia te miały przyczynę w ośrodkowych jądrach, a nie na obwodzie.

R o c h o n - D u v i g n e a u d: Poszukiwania, które wykonał v a n G e h u c h t e n, wykazały przeciwnie, że nerw twarzowy i szósta para (*nn. abducentes*) nie mają wspólnego jądra. W przypadku zaś,

który Lagrange przedstawia, mogła ta sama zmiana wrodzona dotyczyć kilku odrębnych jąder.

*Nowotwory gruczołów łzowych.*

Fromaget (z Bordeaux) podaje opis trzech przypadków nowotworów gruczołu łzowego: w pierwszym zajęty był gruczoł Rosenmüllera u 24letniego mężczyzny, a badanie drobnowidowe wykazało *sarco-myxo-fibroma*, w drugim u 56letniego chorego: *epithelioma tubulosum glandulae lacrymalis orbitalis*, w trzecim u 65letniej kobiety wyłuszczył autor trzy torbiele, które zajęły miejsce gruczołu łzowego, zupełnie zanikłego. Torbiele te okazały się pęcherzami wodunkowymi (*kyste hydatique*).

*Nowy sposób leczenia śluzowych i ropnych nieżyłtów woreczka łzowego.*

Baudouin (z Castres) używa w leczeniu przewlekłych, ropnych i śluzoworopnych nieżyłtów woreczka łzowego, zgłębnika trwałego (*la soude à demeure*), różniącego się tem od podanego pierwotnie przez Vulpiusa, że nie jest pełny, lecz częścią wydrążony w postaci rurki, częścią przedstawia otwartą rynienkę. Po założeniu takiego zgłębnika przepłukuje autor codziennie woreczek łzowy 25% roztworem protargolu, wkładając w górny koniec sondy, wystający z dolnej przewodki łzowej, odpowiednio przystosowaną nasadkę strzykawki Anola. Przesstrzykiwania takie może sobie robić z łatwością nawet sam chory, lub ktoś z jego otoczenia. Zgłębnik pozostawia Baudouin na miejscu bez przerwy około 15 dni, co zazwyczaj ma wystarczać do usunięcia ropienia.

Darier w przypadkach, gdzie stosowanie zgłębników Bowmana nie przynosi żadnej korzyści, ucieka się często do wyłuszczenia woreczka, gdy chory na to nie przystaje, zakłada zgłębnik na stałe, nieraz z pomyślnym wynikiem.

Kalt nie miał dobrych wyników po sondach, zakładanych na stałe. W kilku przypadkach wstrzyknięcie żółtej maści (Pagenstechera) do woreczka łzowego oddało mu dobre usługi.

Parent zaleca wstrzykiwania glicerynowego roztworu sublimatu 1 na 500.

*Zwężenie soczewki do przedniej komory po nakłuciu (punkcji) rogówki.*

Armaignac (z Bordeaux) miał sposobność w ciągu krótkiego czasu spostrzegać dwa rzadkie przypadki. W literaturze znalazł tylko jeden opis podobnego spostrzeżenia.

U 70letniego starca wystąpił ostry napad jaskry na oku, dotkniętem już poprzednio zanikiem nerwu wzrokowego. Na dnie przedniej komory było *hyphaema*. W obawie krwotoku naczyniówkowego

postanowił ator ograniczyć się tylko do punkcyj rogówki. W kilka minut po przecięciu rogówki soczewka wsunęła się do przedniej komory i utkwiała brzegiem swym w ranec. Nie rozszerzając cięcia, wydobyl ją autor w kilku kawałkach. Gałka oczna przeszła następnie w zanik.

Drugi przypadek odnosi się do 70letniej kobiety, okazującej ostrą jaskrę na oku, w które kilka dni przedtem uderzyła się mocno kawałkiem drzewa. Gdy *miotica* nie skutkowały, przystąpił Armagnac do wykonania irydektomii, zaraz jednak po cięciu soczewka wstawiła się w ranekę, pechając przed sobą łączówkę. Z trudem udało się wyciąć kawałek łączówki, a potem w kilku posiedzeniach usunęło także częściami zwichniętą soczewkę. Bóle ustały, a oko zagoiło się, przyszło jednak do zupełnego zarośnięcia źrenicy.

*Owzrodzenia rogówkowe na tle dny i ich leczenie.*

Abadie (z Paryża): W przypadkach dny zdarzają się bardzo bolesne i bardzo uporeczywe przybrzeżne owzrodzenia na rogówce. Autor wypróbował uderzającą skuteczność nalewki z ziela, zwanego *Rhus toxicodendron*, którą każe zażywać po 15 do 25 kropel dziennie.

*Choroba Basedowa, resekcya nerwu współczulnego, oderwanie siatkówki.*

Bellencontre (z Paryża). W przypadku, w którym z powodu choroby Basedowa dokonano resekcji nerwu współczulnego i jego zwojów po prawej stronie, przyszło na prawem oku do całkowitego odczepienia siatkówki prawego oka, autor nie przesądza jednak stanowczo, czy *post hoc*, czy *propter hoc*. Wycinał on nerw współczulny u psów, kóz i królików, ale odczepienia siatkówki nie stwierdził potem ani razu. Co prawda, oderwanie siatkówki u tych zwierząt zdarza się bardzo rzadko. Koni, u których choroba ta występuje samoistnie, nie miał autor do rozporządzenia.

*Uleczalność białkomocznego zapalenia siatkówki.*

Rochon-Duvigneaud (z Paryża) omawia dwa przypadki *retinitidis albuminariae*, w których przebieg cierpienia ocznego był nadszpodziewanie pomyślny. W pierwszym przypadku podawano wewnątrznie nalewkę kantarydową, w drugim zaś jodotyrinę. Tu i tam przyszło do znacznej i trwałej poprawy wzroku. W pierwszym przypadku chora zmarła, w ośm lat po przebyciu zapalenia siatkówki, na zapalenie płuc. Badanie histologiczne oczu wykazało tylko lekką *periphlebitis*. Tętnice siatkówkowe i naczynia włosowate nie okazywały żadnych złożeń.

*Próba podziału leków, używanych w okulistyce.*

Darier (z Paryża): Środki lekarskie, używane w okulistyce,



można podzielić na takie, które wpływają na powierzchowną wrażliwość czuciową (*anaesthetica*: kokaina, eukaina, holokaina); 2. na takie, które znoszą wrażliwość głębiej położonych części (*analgetica*: dyoniny i inne pochodne morfiny); wreszcie takie, które wpływają na mięśnie śródoczne (*mydriatica i miotica*). Szczegółowo omawia Darier własności wyciągu z nadnercza. Nie ma drugiego środka, któryby działał równie silnie zwężająco na naczynia krwionośne. Autor poleca używanie tego wyciągu w skrofalicznych zapaleniach rogówki i spojówki, w niezycie wiosennym, przy *episcleritis, glaucoma etc.*

O dyoninie przekonał się na podstawie dalszych doświadczeń, że u ludzi dorosłych i zupełnie zdrowych wywołuje tylko przekrwienie, u dotkniętych zaś miażdżycą tętnie, chorobami nerek, wadami serca — występuje po zapuszczeniu dyoniny bardzo znaczna *chemosis*. Silne działanie dyoniny u dzieci przemawia — zdaniem Dariera — za skłonnością cierpień zolżowych.

*Leczenie nieoperacyjnie krótkowzroczności postępującej.*

Suarez de Mendoza (z Paryża) stosuje w przypadkach krótkowzroczności postępowej leczenie, polegające na następujących zasadach:

Z początku zapuszcza atropinę ( $\frac{1}{2}\%$ ) tak długo, póki wszelki skurcz mięśnia rzęskowego nie ustąpi.

Następnie wyrównywa wadę refrakcyi, u osobników młodych zupełnie, u starszych częściowo.

Przez przeciąg co najmniej jednego roku śledzi przebieg myopii.

Jeśli się okaże, że myopia postępuje, wtedy przez cały szereg miesięcy robi zastrzykiwania pilokarpiny po 15 z rzędu dzień po dniu, z przerwami od 2 do 6 miesięcy. W przerwach zapuszcza pilokarpinę w postaci kropli.

W razie podwyższenia ucisku śródocznego wykonywa nakłucie rogówki i zakłada uciskową opaskę.

*Nowotwory oczodołowe.*

Chevallereau i Chaillous (z Paryża) opisują trzy spostrzeżenia nowotworów pozagąłkowych, usuniętych szczęśliwie zapomocą operacji Kroenleina, po której pozostała tylko mało widoczna blizna. Wszystkie trzy operacye zostały wykonane u osobników młodych; w dwóch przypadkach guz okazał się piaseczakiem (*psammoma*), w trzecim włókniakiem śluzakowym (*fibro-myxoma*), wychodzącym z pochewki nerwu wzrokowego.

*Powikłania oczne w przebiegu parotitis.*

Péchin (z Paryża): U 22letniego młodzieńca wystąpiła *parotitis*, powikłana przemijającym porażeniem nerwu twarzowego. —

W okresie ustępywania sprawy zapalnej powstała *iritis* obustronna i *keratitis parenchymatosa partialis* na oku prawem. Zapalenie tęczówki trwało około 5 miesięcy. Bystrość wzroku prawego oka obniżyła się do połowy, na lewem oku wróciła do stanu prawidłowego.

*Zaburzenia oczne w następstwie nerwobólu n. trigemini.*

Kalt (z Paryża) spostrzegł u pewnego 66letniego chorego wśród napadu bardzo silnego nerwobólu nadoczodołowego, zmętnienie rogówki, która wyglądała tak, jak rogówka człowieka umarłego. — Ponadto stwierdził autor tylko przekrwienie tęczówki i zwężenie źrenicy. Wrażliwość rogówki była utrzymana. Zmiana ta ustąpiła po dwóch tygodniach. Bóle zaś ustały równocześnie z wystąpieniem cierpienia ocznego. — W drugim przypadku, odnoszącym się do 48-letniej kobiety, spostrzegł Kalt najpierw odzepienie siatkówki, a w dwa lata później obwodową *chorioretinitis*, jedno i drugie bezpośrednio po napadzie nerwobólu w zakresie nerwu trójdzielnego.

*Porażenia mięśni ocznych przy zapaleniach ucha środkowego.*

Lapersonne (z Lille): W przebiegu ropnych zapaleń ucha środkowego spostrzegano niejednokrotnie i opisano porażenia mięśni ocznych, mianowicie mięśnia prostego zewnętrznego i mięśni, zaopatrzonych przez nerw okoruchowy. Związek tych zaburzeń tłómaczymy połączeniem, jakie musi istnieć między ośrodkiem *nervi vestibularis* a ośrodkami III. i VI. pary. Że połączenie takie istnieje także między ośrodkiem *n. vestibularis* a ośrodkiem VI. pary, przemawia za tem spostrzeżenie Lapersonne'a, gdzie w przebiegu ropnego, ostrego zapalenia ucha środkowego uległ porażeniu mięsień skośny górny po tej samej stronie.

*Ropnie przerzutowe na oczach w przebiegu zapalenia płuc.*

Petit (z Rouen). U chorej, dotkniętej zapaleniem płuc i cierpiącej na raka żołądka, wystąpiło obustronne ostre zapalenie spojówki, a wnet potem ropne zapalenie gałki ocznej lewej; na prawem oku wytworzył się wrzód pełzający rogówki, który się zakończył przebicciem i zropieniem gałki. Chora wkrótce umarła. Badanie bakteriologiczne wydzielin spojówkowej, podjęte za życia, — oraz ognisk ropnych, wykonane zaraz po śmierci chorej, wykazało, że przyczyną ropienia był *pneumococcus*.

*O rozpoznawaniu gruźliczych zmian narządu wzrokowego.*

Morax i Chaillous (z Paryża). Przeszczepianie tkanki podejrzanej do przedniej komory królikom uważają autorowie za sposób niepewny, dający niejednokrotnie dwuznaczne wyniki. Zamiast tego polecają wszczepianie wyciętego kawałka do jamy otrzewnowej morskiej świnki, a w razach, kiedy szczepienie jest niewykonalne

(przy głębokich zajęciach rogówki lub przy chorobach tęczówki) radzą wstrzykiwać małe dawki tuberkuliny, co im w 3 przypadkach ułatwiło rozpoznanie.

*Dwa nowe przypadki dyfteryi spojówki, wyleczone surową naftą.*

Vian (z Tulonu): Leczenie polegało na pocieraniu spojówki powiek wacikiem, nawiniętym na pręcik szklany i napojonym surową naftą. Zabieg ten wykonuje autor dwa razy dziennie. Często splukiwania letnim roztworem kwasu borowego. Gorące okłady ryżowe aż do ustąpienia obrzęku powiek. W razie powikłań ze strony rogówki zakładanie żółtej maści.

Terrien zapytuje, na jakiej podstawie stawiane było rozpoznanie dyfteryi. W razie błonicy prawdziwej jedynie odpowiednim jest wstrzyknięcie surowicy — a środki żrące są stanowczo przeciwwskazane.

*„Conjunctivitis hypertrophica“, szczególna postać przewlekłego nieżytu spojówki.*

Antonelli (z Paryża) spostrzegał u osób, okazujących równocześnie *rhinitis hypertrophica*, zmianę, polegającą na znacznym zgrubieniu i przekrwieniu spojówki przy utrzymanej gładkości powierzchni. Zmiana ta, która ogranicza się tylko do spojówki chrząstkowej powieki dolnej, sprowadza bardzo tylko nieznaczne objawy podmiotowe. Antonelli uważa ją za analogiczną ze zmianami na błonie śluzowej nosa. W leczeniu zaleca suprareninę, kokainę i przetwór, który nazywa *glycérolattannique*, równoczesne leczenie jamy nosowej, wreszcie higienę oczną, a w razach uporeczywości cierpienia — galwanokauter.

*Leczenie zapaleń brzegu powiekowego kwasem pikrynowym.*

Fage (z Amiens) używa od r. 1898 8—10% roztworu wodnego lub alkoholowego kwasu pikrynowego, którym powleka brzeg powiekowy po dokładnem poprzednim oczyszczeniu tegoż. Kwas pikrynowy działa przeciwgnilnie i »keratoplastycznie«, to znaczy przyspiesza zrogowacenie świeżo wytworzonego przyskórka. Żółte zabarwienie znika po 24 godzinach.

*Operacja ptosis sposobem Motais.*

Laurent (z Rennes) podnosi zalety tej operacji, którą uważa za względnie najlepszą z pośród operacji, podanych przeciw opadnięciu górnej powieki<sup>1)</sup>.

*Usypianie chlorkiem etylu w okulistyce.*

Fromaget (z Bordeaux) wykonał 100 różnych operacji ocznych w usypieniu chlorkiem etylu. Dwa razy tylko przyszło do

<sup>1)</sup> Por. »Postęp Okulistyczny«. 1900., V., str. 198.



wymiotów, zresztą nie spostrzegają żadnych powikłań. Znieczulenie ogólne występuje po 20—30 sekundach, rzadko dopiero po 1—2 minut. Okresu podniecenia często nie ma wcale. Uśpienie trwa minutę do trzech minut. Chcąc je przedłużyć, trzeba zawczasu nałożyć na maskę świeżego chlorku etylu. Chory nie potrzebuje być na czczo.

*Usuwanie zaćmy sposobem podspójówkowym.*

Vacher (z Orleanu)<sup>1)</sup>.

Następują demonstracye tablic do badania bystrości wzroku (Landolt), druków »anastazyjnych« (Sulzer), szematów do rozpoznawania porażeń mięśni ocznych (Guende), narzędzi okulistycznych (Suarez de Mendoza), wreszcie nowych optotypów (Vignes). —  
Dr K. W. Majewski.

---

#### IV. LECZNICTWO.

---

**4. Paralysis agitans** leczy Dr Hilbert, rzekomo z dobrym skutkiem, zastrzykiwaniami podskórnymi, stosownie do polecenia Erba i Eulenberga, z *hyoscinum hydrobromicum*. Działanie objawia się zmniejszeniem się trzęsienia i uspokojeniem chorych. Ostrożność oczywiście wskazana z powodu trujących dawek środka, który tylko w dawkach 0.0003 do 0.00035, co dzień lub co drugi, raz dziennie powinien być stosowanym. — („Heilkunde“. 1901. Z. 3.).

**5. Bromokol** przedstawia połączenie bromowe (klej dibromtanimowy). Według Brata („Therapeut. Monatsheft“. 1901. Nr. 4) stosowanie tego środka połączone jest ze względnie najniższym wpływem na serce, na zaburzenia wydzielin gruczołów (*Acne, gastroenteritis, bronchitis*), a także drażnienie błony śluzowej żołądka bardzo jest ograniczone. Skutek ma być przy najrozmaitszych nerwicach bardzo pewny i szybki przy dawce  $\frac{1}{2}$ —1 gr. — Według doświadczenia Friedlaendera — bromokol przechodzi przez żołądek nierozpuszczony, a dopiero w jelitach ulega wessaniu, długo w ciele pozostając. Nie wywołuje żadnych zaburzeń ogólnych. — W.

---

<sup>1)</sup> Por. »Postępy Okulistyczny«. 1901., str. 333.

## V. ROZMAIŃCOCI.

We francuskim Towarzystwie neurologicznem (7/II b. r.) przedstawił J. Babiński 29letnią kobietę, która w miesiąc po spadnięciu z bicyklu zaczęła uskarżać się na bóle głowy. Bóle te, które po 18 miesiącach stały się nadzwyczaj silnymi, ustawały tylko podczas miesiączkowania; towarzyszyły im, codziennie, wymioty. Po roku wykryto *neuritis optica* i wynaczynienia w siatkówce, bez osłabienia bystrości wzroku; jednakże po 6 miesiącach wzrok zaczął szybko upadać i 10/I. stwierdzono obustronnie *neuritis optica oedematosa*.

Na życzenie kol. Babińskiego wykonał Gosset kraniotomię dnia 14 stycznia: wycięto szeroki kawałek kości z lewej strony czaszki. Od tej chwili bóle głowy i wymioty natychmiast ustały i 30 stycznia stwierdzono, że *stasis papillaris* znikło, pozostawiając tylko bladłość tarczy wzrokowych.

Spodziewamy się, że ciekawe to spostrzeżenie, streszczone w „La Clinique Ophthalm.“, szanowny współpracownik „Postępu Okulistycznego“ zechce opisać na stronicach naszego pisma, — na pracę jego w ojczystym języku już od dawna czekamy. Dr J. T.

## VI. SPRAWY OSOBOWE.

Radca Dworu, Dr med. Emil, syn Jędrzoja, Nieznamow mianowany został nadzwyczajnym profesorem uniwers. warszawskiego na katedrze oftalmologii. Urodzony w r. 1861, po ukończeniu uniwers. w Charkowie był nadetatowym ordynatorem kliniki oftalmicznej przy prof. Hirschmannio, potem habilitował się dla oftalmologii przy charkowskim uniwersytecie. Podał on w druku kilka rozpraw, z których ostatnia „O wpływie chemicznych promieni słońca na przebieg ropnych zapaleń oka“ streszczona w tegorocznym „Postępie Okulistycznym“ (str. 147).

Dr J. Weeks mianowany profesorem okulistyki przy Bellvue Hospital Medical College w Nowym Jorku.

Dr W. C. Posoy mianowany profesorem okulistyki we Filadelfii.

Prof. Laperonne z Lille objął katedrę okulistyczną przy uniwersytecie paryskim po ustąpieniu Panasa.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELLI.

*ZK WSPÓUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRANSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHCKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIARA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.*

Sierpień

—2— ROCZNIK TRZECI —2—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Uraz jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięsaków narządu wzrokowego.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Podnoszono niejednokrotnie, że uraz może okolicznościowo istniejący zarodek narośli doprowadzić do rozwoju narośli samej, nigdy jednak, o ile mi wiadomo, nie poparto twierdzenia tego ścisłymi dowodami, a nawet odnośne statystyczne zestawienia nie mogą być uważane za wystarczający pod tym względem materiał krytyczny. Z tego to powodu zasługują kazuistyczne przypadki rzucające więcej światła na tę sprawę na uwagę, budzą zajęcie i mogą przyczynić się do ostatecznego rozwiązania tej patologicznej zagadki. Mieliśmy właśnie sposobność spostrzegać kilka odnośnych przypadków, które może rąbek zasłony uchylić będą zdolne.

Chcąc należycie ocenić wpływ urazu na powstawanie mięsaków przyrzędu wzrokowego winniśmy uwzględnić różnicę między mięsakami wśródgalkowymi a takimiż naroślami czę-



ści dodatkowych tego narządu. Zastanówmy się najprzód nad pierwszymi.

Fuchs w dziele swem »das Sarkom des Uvealtractus«, (Wien, 1882 p. 234), przyznaje, że przy tego rodzaju mięsakach uraz, wywołując odczynowe zapalenie odgrywa przytem ważną rolę. Na 43 przypadki pochodzenia zapalnego według zestawienia przez siebie sporządzonego, 29 było wywołanych urazem, polegającym na tępej sile spowodowanej uderzeniem okajkiem, wielkim odłamkiem żelaza, upadnięciem na oko. W innych razach zapisano jako powód nowotworu wpadnięcie okiem na przedmiot twardy, to znowu rzucenie jakiego przedmiotu na oko.

Oczywiście we wielu przypadkach uważanych za narośl, takowej niema, ale tylko hyperplazya, a Fuchs dodaje: „*Oft findet man die Aderhaut so reichlich mit Rundzellen u. mit aus diesen hervorgegangenen Spindelzellen durchsetzt, dass die Aehnlichkeit mit einer diffusen sarkomatösen Entartung eine vollkommene ist*“. Z rozumowań przytoczonych bynajmniej nie wynika, jakoby uraz sam przez się, jako taki narośl rzeczoną mógł wywołać.

Pomimo, że więcej światła na tę sprawę rzucili Leber i Krahnstoeber — »Arch. f. Ophth.« 45. 2. p. 231. — którzy w odpowiedniej pracy omawiającej powstanie mięsaków przy *phthisis bulbi* dotyczą także związku pomiędzy urazem a naroślą, to jednak tylko w niewielkim szeregu takich przypadków nie zdołano możliwości takiego związku wykluczyć.

Także Dr Putiata Kerschbaumer — »Sarkom des Auges« Wiesbaden 1900 p. 47. — zaznacza, że na 67 przez siebie zestawionych i rozbieranych przypadków w 7 stwierdzić mogła, że zanik gałki poprzedzał rozwój mięsaka, ale tylko w jednym przypadku, gdzie gałka po urazie i następowem zapaleniu ropnem uległa zanikowi, związku urazu z naroślą nie wyklucza: „*lässt sich wohl ein Kausalzusammenhang mit Bestimmtheit nicht ausschliessen*“. W tym bowiem przypadku rozwój narośli nastąpił w trzy lata po urazie, gdy w innych dość długi przeciąg czasu dzieł początek powstania narośli od urazu i dla tego taki związek „*mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen wird*“.

Zwolennicy teorii Cohnheima przyjmują pewne drzemiące zarodki, a zatem pewne embryonalne usposobienie, które pod wpływem jakiegokolwiek bodźca na te pierwiastki oddziałowującego narosłom dają początek.

Do przyczyn okolicznościowych zalicza się zazwyczaj długotrwałe zapalenie i rzeczywiście w niejednym przypadku stwierdzono po silnem zapaleniu rzęskowo-tęczówkowem połączone z zejściem zanikowem, mięsaka naczyńki. Atoli i tu nasuwa się pewna wątpliwość co do związku, skoro sobie uprzytomnimy, że według stwierdzonych spostrzeżeń i rozwijający się mięsak może wywołać zapalenie, które prowadzi następnie zrazu do zaniku gałki, a dopiero później odkrywamy narosł wolno się rozwijającą.

Jak wspomnieliśmy i uraz uważany bywa za taki bodziec okolicznościowy; twierdzenie jednak odnośne pozbawione dowodów ścisłego spostrzegania.

I tak Groenouw przytacza — »Arch. f. Opht.« t. 47 p. 283 — znany sobie przypadek niepigmentowanego alveolarnego płaskiego mięsaka (*Alveolares Flächensarkom*), ciała rzęskowego u 28 letniego parobczaka który, przed 11 tygodniami uderzywszy się w oko doznał krwotoku — skąd, autor nie przytacza — i powolnego osłabienia wzroku. Gr. nie przyjmuje w tym przypadku związku między powstaniem narosli a urazem dla zbyt krótkiego czasu, jaki chwilę stwierdzenia rozprzestrzenionej narosli przy pierwszym zaraz badaniu, od owego urazu dzielił.

Gdy jednak G. zbyt krótki czas dzielący uraz od manifestowania się narosli uważa za okoliczność przemawiającą przeciw związkowi przyczynowemu, wręcz przeciwnego zdania są przytoczeni powyżej Leber i Krahnstoeber — »Arch. f. Ophth.« t. 45 p. 221 — którzy wobec długiego czasu dzielącego uraz od powstania narosli, na przyjęcie związku takiego zgodzić się nie mogą. „*Weil zwischen Ursache u. Folge ein viel zu langer zeitlicher Zwischenraum vergangen ist*“.

Trudno się atoli oprzeć wrażeniu, że nie łatwo przyszło autorom dojść do tej konkluzji, skoro jednak po rozmaitych wywodach w końcu dodają: „*Trotzdem moechten wir nicht in*

*Abrede stellen, dass Verletzungen des Auges vielleicht eine bedeutendere Rolle bei der Entstehung der Aderhautsarkome spielen als sich bis jetzt nachweisen lässt. Wir betrachten es aber als selbstverständlich, was auch wohl allgemein zugegeben wird, dass die Verletzung niemals die directe u. alleinige Ursache derselben abgeben kann“.*

Z tem wszystkim nigdzie nie znajdujemy potwierdzenia przypuszczenia, że uraz jako taki sam przez się może powstać mięsaka wśródocznego wywołać.

Rozpatrując się zaś w literaturze przekonywujemy się, że inni autorowie wprawdzie zaliczają uraz do przyczyn wywołujących mięsaki, ale mu tylko podrzędną przypisują rolę. I tak między innymi Boll — »Princip des Wachsthums« Berlin 1876. — dalej Flitner — »Ein Beitrag zur Lehre vom traumatischen Sarkom« Halle 1896 — to samo Powell — »Arch. f. Ophth. p. 70 i następne« — który w urazie upatruje tylko moment do rozwoju mięsaków. —

Lubo właśnie dla mięsaków naczyniówki zdobył literacka dla wykazania urazowego związku tych narośli jest małą a zresztą takiego związku przyczynowego wykazać nie możemy a to głównie dla tego, że brak nam tutaj bezpośredniego spostrzeżenia, podmiotowe zaś podania co do wrażeń pozbawione są zazwyczaj podstawy krytycznej, to jednak zdawałoby się, że korzystniej rzecz się przedstawiać powinna tam, gdzie chodzi o narośle powiek i tkanki oczodołowej.

Ogólnie przyjmuje się, że mięsaki pierwotnie na powiekach występujące należą do zjawisk częstych, a Michel Graefe, Saemisch »Handbuch der Ophth.« IV. p. 428 — podnosi, że pierwotne mięsaki występują równie często tak u dolnej jak i górnej powieki, przeważnie u dzieci.

Natomiast zdaje się, że mięsaki oczodołowe pierwotnie dość często pojawiają się. Przeważnie należą one do rzędu mięsaków o komórkach okrągłych, wrzecionowatych i do mięsaków włóknistych (*fibrosarkoma*). Co do miejsca, skąd one wychodzą, najrozmaitsze objawiane są zdania. Słusznie zaś powiada Berlin — l. c. p. 712 — »Gerade diese Geschwülste



*dürfen für ein regionaeres Studium ein dankbares Feld abgeben u. s. w.*“.

Nigdzie atoli nie spotykamy się choćby z najmniejszym zaznaczeniem urazowego pochodzenia tych narośli a nawet *Horn-ner-»Krankheiten des Auges im Kindesalter* w Gerhardta *Handbuch der Kinderkrankheiten* V. 2, p. 222« — ogranicza się w tych wywodach do uwagi: *„Sarcome finden sich primaer am Lid fast nur bei Kindern sowohl am Ober- als — am Unterlide u. s. w.“*

Panas przytacza w swem: *»Traité des maladies des yeux«* t. 2, p. 448 — kilka przez Lawforda ogłoszonych przypadków mięsaków oczodołowych u dzieci, w części przypisywanych urazowi i dodaje od siebie: *„On voit d'après ces faits, combien le pronostic du sarcome infantile est grave. Quant à l'étiologie elle nous échappe, remarquons seulement, que le traumatisme a été signalé assez souvent pour<sup>1</sup> qu'on en tienne compte“.*

Z tego cośmy przytoczyli przekonać się może czytelnik, że i tu, gdzie przecie spostrzeżenie daleko pewniejsze dawać winno wyniki, gdzie nie tak łatwo przyczyna i skutek ujęć mogą naszej baczności, napotykamy tylko na przypuszczenia, warunkowe przyjęcie urazu jako przyczyny mięsaka. Nigdzie zaś nie widzimy ścisłej pewności wykluczającej wątpliwość.

Wobec tego zdawało nam się tem więcej rzeczą pożyteczną dalej niezwlekać ogłoszenia przypadków, które może więcej od wielu innych rzucają światło na etiologię mięsaków ocznego narządu, chociaż niestety z przyczyn od nas niezależnych nie mogliśmy przypadków tych z tą ścisłością analizować, jakbyśmy tego byli sobie życzyli i jak przedewszystkiem ważność kwestyi naukowej tego wymaga. Ale ogłoszenie tych właśnie przypadków, nie będzie mimo to, jak mniemamy, bez korzyści.

Dn. 5/7 1889 przyprowadzono do kliniki mej w Poznaniu 6-let. Antoniego Kłosina z N. syna woźnicy z powodu wystąpienia oka prawego. Stwierdzono przy tem co następuje: Dziecko zdrowych rodziców, dobrze wyglądające, zostało przy grze przed tygodniem uderzone pięścią przez towarzysza zabawy w prawe oko, a mianowicie w okolicę zewn. połowy powiek. Pierwszego dnia rodzice nie zauważyli żadnych wybitniejszych na oku zmian.

Dopiero nazajutrz wystąpiły one silnie i w równej prawie mierze, utrzymując się do chwili przedstawienia dziecka. Bólu samoistnego dziecko nie objawiało, a tylko przy obmywaniu skarżyło się, że górna powieka wskutek dotyku boli. Porady lekarskiej dotychczas nie zasięmano, robiono tylko ciepłe na oko okłady.

Badanie wykazało co następuje: Okolica brwiowa prawego oka w  $\frac{3}{4}$  zewn. częściach jak również powieka górna wyniosła, najwięcej od strony ucha, gdzie podpada obrzęk okrągły, wyniosły, miękki, nieco chełbocący. Skóra powieki górnej, opuszczonej, jest lekko sinawo-czerwona, daje się łatwo przesunąć, w zmarszczki ująć, żyły w niej rozdęte. Największa wyniosłość powieki zdaje się być zepchniętą ku dołowi i wystaje około 8 mm. ponad wolny brzeg oczodołowy. Dolna powieka napięta mocno, a przez wysadzoną gałkę ku dołowi i ku nosowi przesunięta. Wysadzenie gałki wynosi 15 mm., a zboczenie ku dołowi około 12 mm.

Ruchy gałki upośledzone, najwięcej ku zewnątrz i górze. Powiek z powodu napięcia tkanek podskórnych odwrócić nie można. Spojówka gałki nastrzykana, ale przy samej rogówce wygląda względnie prawidłowo. Rogówka czysta, źrenica duża, regularna, nieruchoma.

Przy wzziernikowaniu ośrodki przedstawiają się czyste, natomiast tarcza wyniosła, granice jej nieco zatarte, żyły rozdęte, tętnice zasłonięte.

Nie dało się żadnych ruchów wysadzonej gałki współczesnych z tętnieniem spostrzedz, a słuchawką również żadnych szmerów naczyniowych nie wysłuchano. Nakłócia próbne si-kawką Prawaza dały wynik ujemny co do ropy, a przy wprowadzeniu igły w okolice gruczołu łzowego wydobyto dość łatwo krew. Temperatura i tętno prawidłowe.

Rozpoznania stanowczego na razie nie stawiono, a skłaniano się do przyjęcia *Tenonitis*. Zastosowano zimny Leiter i dano na przeczyszczenie.

21/5 Protokół opiewa, że gałka więcej jeszcze wysadzona tak, że powieki zaledwo jeszcze ją pokrywają, nabłonek rogówkowy górą strącony.

Zakładano maść żółtą, stosowano Leiter i wstrzykiwano podskórnie, dla wywołania potów i ślinopływu, pilokarpinę.

22/5 Hypopyon 2 mm. wysokie, wysadzenie gałki postępuje.

Ciepłota wieczorna 38/5 Ter.: ung. flav. — atrop., ciepłe okłady. Gdy sprawa widocznie postępowała, zmieniono znowu ciepłe okłady na zimne, wewnętrznie dano *extr. sec. corvuti*. 26/5 Bólu żadnego dziecko nie ma, powieki znacznie mniej napięte, wysadzenie gałki nie postąpiło, ale rogówka pozostaje obnażona, w środkowo dolnej części pokryta strupem nie dającym się odciągnąć. Takież strup pokrywa dołem spojówkę gałki. Przy nacisku na górną powiekę powstaje na zewnątrz od rogówki większa wypukłość spojówkowa, chelbożąca. NB. Przypadkowo obecny chirurg dr P., przypatrując się badaniu dziecka stanowczo twierdził, że w danym wypadku mamy do czynienia z ropniem oczodołowym i że punkeya winna to stanowczo potwierdzić. Atoli przy ponownie przedsięwziętem wyciąganiu próbnem sikawką Pravaza albo nie wydobyto, albo czystą krew.

Cheąc wreszcie ściśle stwierdzić, z czem właśnie mamy do czynienia, czy ropniem pozagałkowym, przeciw któremu przemawiał atoli wygląd oka i przebieg choroby, a nade wszystko brak wszelkich objawów mózgowych, brak gorączki, brak bólu, postanowiłem w narkozie uprzystępnąć sobie dla zbadania głębsze części oczodołu.

W tym celu zrobiłem d. 26/5 w zewnętrznym kącie oka nacięcie poziome przez spojówkę od brzegu rogówki do kącika zewnętrznego szpary powiekowej, przy czem, prócz nieznacznej ilości krwi z naczyń przeciętych, nic się nie pokazało. Dopiero kiedy naciąłem wypukloną blaszkę Tenona, wydobywa się najpierw krew ciemna w dość znacznej ilości, a potem jakaś masa galaretowo-tłuszczowa. Przy wypłukaniu worka Tenona większe jeszcze kawałki skrzepu i tej masy wychodziły, zwłaszcza gdy utorowałem sobie palcem drogę prawie do wierzchołka oczodołowego. Gdy palcami wydobylem jeszcze znaczniejszą ilość tej masy galaretowo-tłuszczowej (10 gramów), powieki otęgły,



a twardy i powiększony, zwichnięty ku dołowi i przodowi gruczoł łzowy można było z łatwością wyczuć.

Wyczyszczenie worka Tenona dokonano jeszcze staranniej, po zrobieniu cięcia od krańca rany spojówkowej ku górze łukowato i równoległe do górnego brzegu chrząstki górnej powieki i po odsunięciu tak utworzonego płata ku nosowi. Przy tem pokazało się że twardówka mniej więcej około 4 mm. po za brzegiem rogówki przedstawia miejsce rozcieńczone, wypukłe, białoczerwone, wielkości ziarna większego grochu.

Po wydobyciu całej masy miękkiej, płat spojówkowy przymocowano szwem katgutowym i *lege artis* zeszyto wolne brzegi powiek w szerokości 12 mm, a to celem zapobieżenia dalszemu obnażaniu rogówki. Po założeniu lekkiej mokrej opaski uciskowej, zastosowano Leiter zimny.

Część wypaproszonych mas z worka Tenona zbadaliśmy sami i znaleźliśmy znamiona mięsaka okrągło komórkowego, a drugą część posłaliśmy do zakładu patologicznego prof. Ponlika do Wrocławia, gdzie rozpoznanie nasze potwierdzono jako *Rundzellensarkom*.

Przebieg dalszy choroby przedstawiał się zadawalniająco, ciepłota ciała nigdy nie podnosiła się ponad 37,5, tętno prawidłowe. Rana operacyjna zagoiła się doraźnie, gałka nie wysadzała się, a wrzód rogówkowy o ile było można dojrzeć, zagajał się także. Natomiast coraz liczniejsze i większe pojawiały się drobne ropnie skóry powiek i twarzy, w postaci *eczema impetiginodes*.

7/6 Polecono więc tylko oko przemywać słabym roztworem sublimatu, a skórę zasypywano proszkiem borotanninowym.

9/6 Gałka mniej wystająca, na karku, szyji, piersiach powstają liczne drobne guzy wielkości ziarna konopi i większe (grochu) a nadto powstał u lewej górnej powieki guz wielkości orzecha, po którego przecięciu ropa wychodzi tak samo jak i po przekłuciu innych mniejszych guzów.

Ropa zajmuje atoli tylko środek guzów, podczas kiedy jego grube ściany zajęte masą podobną do owej sarkomatycznej wyjętej z oczodołu. Wewnętrznie podano jodek potasu i polecono robić okłady zimne.

14/6 Gałka zmniejsza się odkąd chory do okładów powrócił.

Gałka porusza się wolno, rogówka widoczna, ale w znacznej części zamglona; po zagojeniu powieka górna układa się w zmarszczki; w okolicy gruczołu łzowego, ale nieco poniżej *fossa lacrymalis*, guz ruchomy wielkości laskowego orzecha. Gruczoły podszczękowe i przyuszne nabrzmiałe.

19/6 Gałka znowu więcej wysadzona, owe podskórne małe ropnie na czole, twarzy i piersiach utrzymują się.

20/6 Mostek łączący powiekowe brzegi przedłużył i zwężył się znacznie, tak, że gałkę dokładnie można badać. Jest ona nieco więcej wysadzona, mało ruchoma, rogówka cała zamglona a w kierunku pionowym skrócona. Spojówka ponad nią nacieczona galaretowo i nabrzmiała. Okiem tem dziecko tylko silniejsze rozpoznaje światło.

W przekonaniu, iż nowotwór zajął cały oczodoł i gałka oczna nie da się ocalić, przystąpiono do wypaproszenia oczodołu osiągnąwszy na to pozwolenie rodziców.

Operację w narkozie etero-chloroformowej, wykonano w następujący sposób: Po rozcięciu mostu powiekowego cięciem poziomym przy zewnętrznym kącie przedłużono szparę, przecięto spojówkę wzdłuż górnego brzegu oczodołowego, odłączono spojówkę od rogówki dołem; po przecięciu mięśni prostych, dolnego i wewnętrznego, przechyleno gałkę ku górze, przecięto nerw wzrokowy jak najdalej przy *foramen opticum*, poczem wraz z gałką wydobyto przyrośniętą do niej masę guzową, zalegającą górną zewnętrzną część oczodołu. Usunięto następnie jeszcze bardzo znaczną masę częścią żółto-czerwono galaretową, częścią twardą, wycięto guz twardy wielkości orzecha laskowego w okolicy *fossa lacrymalis*. Wyłyżeczkowano resztę w głębi oczodołu, wypłukano takowy słabym roztworem sublimatu, zaszyto ranę przedłużającą szparę powiekową, wyłożono oczodoł gazą jodoformową i założono opaskę.

Gałka ważyła 9 gr. Masa wyjęta z oczodołu 20 gramów.

Ciepłota i puls utrzymywały się przez dni następne w prawidłowych granicach, sprawa gojenia postępowała prawidłowo, tak, że dziecko d. 6/7 mogło opuścić zakład. W dniu

tym zapisano: oczodoł dobrze zagojony, nigdzie nie widać tworzącej się narośli. Przepisano zakładanie tamponu z waty z masścią borową.

Zauważyć jeszcze wypada, że wkrótce po operacji owe liczne guzy zniknęły, a z chwilą opuszczenia kliniki przez chorego, już ich prawie wcale nie było.

Preparaty posłano do instytutu patologiczno-anatomicznego do Wrocławia — niestety tamże zaginęły, tak że nie mogliśmy otrzymać tak pożądanego, wiele obiecującego rozbioru tego niezwyklego okazu.

Nie ulegało atoli wątpliwości, że guz, powstały w oczodole jak to własne i w powyżej wspomnianym zakładzie dokonane badanie stwierdziło, był mięsakiem tkanki oczodołowej, a zwłaszcza pochodzenie jego odnieść wypadało do torebki Tenona. Ztąd rozrastał on do oczodołu, spowodował wysadzenie gałki; wrzód rogówkowy z powodu niedomykalności powiek, z następstwami.

Jakiego rodzaju były owe liczne guzy rozsiane po twarzy, czole, piersiach, tego dziś, bez podstawy anatomicznej osądzić nie podobna. Może ważną przy tem rolę odgrywał jod podawany podczas rozwoju narośli. Trudno zaś przypuścić liczne przerzutowe narośle, które nie byłyby znikły samoistnie ale raczej rychły skon dziecka spowodowały. Dodać jeszcze wypada, że o dalszym losie tegoż dziecka żadnych bliższych wiadomości nie odebraliśmy.

Dokończenie nastąpi.

Z uniwersytetu kliniki okulistycznej Rady Prof. Dra Wicherki i ewicza w Krakowie.

### **Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacji zaćmy.**

Podał

DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI,  
asystent kliniki.

Zaburzenia umysłowe, następujące po przebytych operacjach, były w ostatnich czasach przedmiotem licznych rozpraw



tak w towarzystwach lekarskich, jakoteż w czasopismach, zwłaszcza chirurgicznych. Mogą one powstawać po najrozmaitszych zabiegach operacyjnych, nie tylko dokonanych na głowie, ale także na ogległych częściach ciała. U osób, które po operacji popadły w obłąkanie, można niejednokrotnie wykazać istnienie warunków stwarzających pewną skłonność do psychozy i sprzyjających jej powstaniu. Składają się na to: obciążenie dziedziczne, nabyty rozstrój nerwowy wywołany opilstwem, lub innego rodzaju nadużyciami (np. *masturbatio*), ciężkie lub długotrwale choroby, wielkie zmartwienia i t. d. Wtedy wstrząs nerwowy spowodowany operacją, wreszcie ból fizyczny, jakiego operowani niejednokrotnie doznają, wystarcza, ażeby zwichnąć chwilowo lub trwale równowagę umysłową. W ten sposób przeważna część autorów wyjaśnia powstanie obłądki pooperacyjnego.

Po operacjach ocznych, zdarzają się niezbyt rzadko przemijające napady obłądki, wyjątkowo zaś choroba umysłowa, która wybuchła po przebytej operacji ocznej, przybiera postać przewlekłą i nieuleczalną. Nie mogłem w literaturze znaleźć dosyć danych statystycznych, ażeby odpowiedzieć na pytanie, czy po operacjach ocznych psychozy występują częściej, czy rzadziej, niż po innych operacjach. To jednak pewna, że szczególnie po operacji zaćmy gromadzi się więcej niż zazwyczaj warunków zdolnych przy istniejącej skłonności spowodować zaburzenie w zakresie władz umysłowych. Łatwo zrozumieć wzruszenie i naprężenie umysłu, jakiego doznają chorzy poddając się tej delikatnej operacji, wiedząc, że najzręczniejszy nawet operator, potrzebuje ze strony operowanego rozsądnego współdziałania, żeby wykonać operację z zupełnym powodzeniem. Liczyć się tu jeszcze trzeba także z przygnębiającym działaniem ciemnicy, ścisłej diety (Martin<sup>9</sup>), obowiązkowego leżenia na wznak, na co wszystko skazani są zwykle chorzy przez pierwszych kilka dni po operacji. U nałogowych pijaków wybuchają częstokroć po operacji *delirium tremens*, jeśli się nie pamięta, żeby im w odpowiedniej ilości podawać wódkę, której się ich ustrój gwałtownie domaga. Ostry obłądki pijacki wybuchnąć może jednak po każdej, nie tylko ocznej operacji, a nawet bez

operacji, jeśli tylko chory po przyjęciu do zakładu, choćby przez kilka dni pozbawiony jest możliwości dogadzania swemu nałogowi. Tak samo nie należy zapominać o możliwości morfinizmu, gdyż głód morfinowy może też wywołać groźne objawy mózgowie. Ale zachodzi jeszcze pewna okoliczność, która u operowanych na oczy szczególnie sprzyja wystąpieniu objawów szału, a jest nią zapuszczanie atropiny i pokrewnych jej środków rozszerzających źrenicę, jak skopolanina, duboizyna, hyoscynamina, hyoscyna, homatropina, atrosocyna i t. d. Alkaloidy te, użyte nad miarę nawet w postaci kropli ocznych, dostają się do ogólnego krwioobrotu i zdolne są spowodować zatrucie, którego objawy są powszechnie znane. Bywa to już oznaką silnego zatrucia, jeśli do przyspieszenia tętna, suchości skóry, wysychania gardła i rozpalenia twarzy przystąpią objawy prawdziwego szału atropinowego. Wedle niektórych autorów (Armaignac, Parinaud<sup>2)</sup>), którzy opisali przypadki szału po operacji zaćmy, działanie atropiny nie jest jedynym czynnikiem przyczynowym, lecz stanowi jedną z licznych równocześnie w grę wchodzących przyczyn, które wywołują psychozę.

W uniwersyteckiej klinice okulistycznej krakowskiej zaszło w ostatnich latach zaledwie kilka wybitniejszych przypadków ostrego oblędu na bardzo wielką liczbę chorych operowanych na zaćmę. Korzystając z pozwolenia mego Szefa, Prof. Dra Wicherkiewicza, za co mu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie, przytaczam poniżej opis czterech przypadków, co do których znalazłem w księgach klinicznych wystarczające zapiski.

I. Gettenberg Naftali, lat 68, krawiec z Kolbuszowy, zgłosił się do kliniki 23 stycznia 1899 roku. Rozpoznano zaćmę jądrową twardą, dojrzałą na prawem oku, niedojrzałą na lewym. Chory został przyjęty i przeznaczony do operacji. W zachowaniu się jego nie można było dostrzedz nic nieprawidłowego. Żadnych ogólnych ciężkich chorób nie przechodził. W moczu wykazano obecność białka. Operacja miała się odbyć nazajutrz po przyjęciu. Po starannem, w zwyczajny sposób przeprowadzonym przygotowaniu, założono na obydwa oczy opaskę pró-

bną, jak to czynimy w klinice zawsze, aby się przekonać, czy nie zbierze się pod nią zbyt wiele wydzieliny spojówkowej. Opaska przydała się w tym przypadku, gdyż nazajutrz z powodu wydzieliny operacją trzeba było odłożyć i chory został odstawiony. Dopiero dnia 27 stycznia, gdy nieżyt spojówkowy ustąpił po zastosowaniu odpowiednich środków, można było operację wykonać. Przebieg jej był zupełnie prawidłowy. Zaklejono, jak zwykle oba oczy opaską papierową i ułożono chorego w łóżku. Chory zachowuje się niespokojnie, kilkakrotnie zrywa opaskę, podnosi się i wstaje. Pomimo kilku kieliszków wódki nie uspokaja się bynajmniej. Dnia 29 stycznia stwierdzono brak przedniej komórki, ranę ziejącą, oko miękkie. Zapuszczono pilokarpinę i założono opaskę tylko na oko operowane. Chory nieco spokojniejszy, przynajmniej nie zdiera już opaski. Dnia 2 lutego zapisano: oko blade; przednia komora płytka; źrenica zasłonięta cienką warstwą kory. Zdjęto opaskę i zapuszczano odtąd 3 razy dziennie skopolaminę<sup>1)</sup>. Na wewnątrz przepisano *Na I*, 5 gramów dziennie celem przyspieszenia wessania kory. Operowany okazuje jednak coraz wyraźniejsze objawy obłądu. Jest podniecony, dużo mówi, nie daje się utrzymać w łóżku, a przedewszystkiem okazuje wyraźne urojenie. Urojenie to polega na tem, że nie wierzy, iż przebył już operację, lecz sądzi, że go nie chcą operować i że po raz drugi odstawiono go tak samo, jak za pierwszym razem. Uważa się za prześladowanego, skarży się głośno, że wszystkich około niego leżących chorych już operowano, a jego tylko operować nie chcą, prosi i nalega ustawicznie, żeby go raz już wzięto do operacji. Widzimy tu zatem wyraźne znamiona urojenia prześladowawczego. Zachowanie się chorego odpowiada w zupełności temu urojeniu, którego żadnym sposobem nie daje sobie z głowy wybić. Zrywa opaski, podając za przyczynę, że

<sup>1)</sup> *Skopolamina*, którą Emmert<sup>16</sup> uważa za identyczną z *hyoscyną*, zapuszczana do oka w słabych rozcynach nie wywołuje zdaniem Bellarminowa<sup>5</sup> nigdy objawów zatrucia. Z drugiej strony Hawkes<sup>16</sup> ogłosił dwa przypadki zatrucia *skopolaminą* w praktyce okulistycznej, Valude<sup>14</sup> zaś jeden podobny przypadek.



oko jeszcze nie operowane, więc go nie potrzeba zawiązywać, a z tego samego powodu nie pozwala sobie zapuszczać kropli, ani nawet oglądać oka, lecz podczas wizyty chowa głowę pod kołdrę, odwraca się od lekarza, a nawet ucieka przed nim z łóżka. Przepisanego lekarstwa także nie chce zażywać. Utrzymuje, że okiem prawem nic nie widzi, mimo, że wejrzenie oka stanowczo twierdzeniu temu kłam zadaje. Dnia 3 lutego oddano chorego strapionej żonie, która sama się tego domagała, a do tego czasu chory nie odzyskał równowagi władz umysłowych i nie pozbył się swego urojenia. Przepisano do domu na wewnątrz jod i dyetę mleczną, a do oka  $\frac{1}{4}\%$  skopolaminę. Na oddziale dla obłąkanych szpitala św. Łazarza dowiedziałem się, że tam nie był leczony. Na list, który napisałem 19 VIII. br. do Kolbuszowy, do rodziny chorego z zapytaniem o jego zdrowie, otrzymałem lakoniczną odpowiedź, że chory dawno umarł. —

II. Gerula Michał, lat 75, wyrobnik z Tarnobrodu. Przyjęty do kliniki 30 kwietnia 1900, z powodu obustronnej katarakty dojrzałej. Dnia 1 maja wykonano na obydwu oczach operację. Dn. 4 maja stwierdzono u oka prawego stan zupełnie dobry, u lewego zaś silne zapalenie tęczówki, spowodowane obecnością dość znacznych resztek kory zasłaniających źrenicę. Zapuszczono w obydwie oczy po jednej kropli mieszanki atropinowej (*ask*<sup>1)</sup>, przez następne zaś dni, aż do 8 maja zapuszczano 3 razy dziennie mieszankę tylko do lewego oka. Dnia 6 maja uwolniono chorego od opaski. Dn. 8 maja chory, który poprzednio zachowywał się prawidłowo i na nic się nie skarżył, zaczął się niepokoić i prawie że nagle w godzinach popołudniowych popadł w nieprzytomność. Badanie wykazało przyspieszenie tętna, które równocześnie stało się bardzo nikle, prawie nitkowate. Skóra twarzy silnie zaczerwieniona, oczy błyszczące. Chory bez ustanku bełkoce niewyraźnie, na zadawane jednak pytania wcale nie odpowiada i zdaje się ich nie słyszeć lub nierozumieć. Leży w łóżku na wznak nieruchomo.

---

<sup>1)</sup> Tak nazywamy w klinice rozczyn  $\frac{1}{2}\%$  *atropini sulfurici*,  $\frac{1}{2}\%$  lub  $\frac{1}{4}\%$  *scopolamini hydrobromici* i  $2\%$  *cocaini muriatici*.

Podano wino i czarną kawę, założono okład lodowy na głowę, podskórnie wstrzyknięto 0,025 polikarpiny. Pod wieczór miał się już chory cokolwiek lepiej, przytomność jednak odzyskał nazajutrz, a przytem i tętno poprawiło się i zwolniło, zaczerwienienie twarzy ustąpiło, a mowa stała się znów wyraźną i zrozumiałą. Od tego czasu zapuszczano jeszcze tylko do lewego oka 2 razy dziennie skopolaminę, na wewnątrz podawano jodek potasu 3 gramy dziennie, a na lewe oko stosowano zimny okład. Objawy ogólne wyżej opisane już się więcej nie powtórzyły, a stan umysłowy prócz zniedołężnienia, spowodowanego zgrzybiałym wiekiem, nie przedstawiał żadnych nieprawidłowości. —

III. Kluska Jakób, lat 72, gospodarz z Liszek, przyjęty do kliniki 28 maja b. r., z powodu zaćmy twardej prawie dojrzałej na obydwu oczach. Nazajutrz usunięto zaćmę prawego oka. Przebieg operacji był prawidłowy. Już 31 maja zaczął się chory bardzo niepokoić. Zdiera opaskę, pomimo wielokrotnych napomnień wstaje co chwila z łóżka, sprowadza sobie też małe *hyphaema* w oku operowanym. Dnia 1 czerwca występują już niewątpliwe objawy psychozy. Chory okazuje nadzwyczajne podniecenie, opaski na oku ani chwili nie znosi, w łóżku w żaden sposób nie daje się utrzymać. Wciąż głośno rozprawia. Chwilami jest wesoły i uśmiechnięty. Niepokoi i zagaduje innych operowanych, mówi jednak wciąż zupełnie od rzeczy. Szuka za swoją żoną po kątach i pod łózkami. Podnieść należy, że przed wybuchem obłądki zapuszczono mu tylko dwa razy, t. j. w dzień operacji wieczorem i dnia 31 maja po jednej kropli  $\frac{1}{2}\%$  roztworu atropiny do oka operowanego, od chwili zaś wystąpienia objawów podniecenia umysłowego, zapuszczano mu tylko  $\frac{1}{2}\%$  skopolaminę. Nie stwierdzono też u niego ani przyspieszenia tętna, ani znaczniejszego rozpalenia twarzy, ani utrudnienia mowy, ani wreszcie rozszerzenia drugiej źrenicy. Po wybuchu objawów obłądki podano raz i drugi po kieliszku wódki, co jednak żadnej poprawy w stanie chorego nie sprowadziło. Człowiek ten zresztą nie wyglądał na pijaka, nie okazywał drżenia pijackiego, a wśród napadu szału

nie zdradzał bynajmniej zachowaniem się swoim, żeby podlegał strasznyim zwidywaniom i omamom, które znamionują *delirium tremens potatorum* (roje czarnych owadów, pająki, szczury, poczwyary i t. d.), przeciwnie, okazywał chwilami podniecenie wesole i pewien dobry humor. Objawy obłądu trwały przez kilka dni. Na noc podawano mu po 2 grany chloralu, mimo tego jednak sypiał mało lub przynajmniej bardzo niespokojnie. Nad okiem operowanem czuwała widocznie Opatrzność, bo pomimo najgorszych wybryków przebieg gojenia się rany był zupełnie prawidłowy, a małe *hyphaema* w krótkim czasie uległo wessaniu. Dnia 7 czerwca zapisano: Chory spokojny i przytomny; oko wygląda zupełnie dobrze. Dla próby zapuszczono kilka kropel mieszanki atropinowej do oka lewego, ale nie wystąpiły potem żadne objawy zatrucia.

Dnia 11 czerwca wykonano operacyą katarakty na lewym oku. Przebieg operacyi, jakoteż przebieg pooperacyjny zupełnie prawidłowy. Chory pomimo zapuszczenia atropiny i mieszanki atropinowej, pomimo obuocznej opaski i bez podawania wódki zachowywał się zupełnie rozsądnie, mówił do rzeczy i leżał spokojnie. Dnia 20 czerwca został wypuszczony z kliniki z dobrą obustronną bystrością wzroku. Co do stanu umysłowego, to można tylko tyle nadmienić, że usposobienie chorego przed operacyą spokojne i ciche, jak gdyby przygnębione, zmieniło się od czasu napadu obłąkania na żywe i poniekąd nawet wesole. Chory stał się rozmownym, a nawet gadatliwym, co jednak daje się do pewnego stopnia usprawiedliwić radością z powodu odzyskania wzroku. —

IV. Panek Marcin, lat 71, wyrobnik z Dobczyc. Od młodych lat jest kaleką; chodzi z wielkim trudem przy pomocy szczudła i kija. W stawach biodrowych i kolanowych przykurczenia z powodu przebytych otoków ropnych, jak się zdaje na tle gruźliczem, prócz tego w okolicy stawu żuchwowego po stronie lewej zbliznowacenie, obrzęk i przetoka prowadząca do jamy stawowej i wydzielająca gęstą ropę. Ruchomość szczęki dolnej znacznie upośledzona, z tego powodu mowa niewyraźna, a nawet utrudnione przyjmowanie pokarmów. Od wielu lat żonaty,



ma dorosłego syna. Przyjęty do kliniki 9 lipca b. r. z powodu zaćmy jądrowej przejrzałej na lewem oku. Nazajutrz operacya. Wieczorem chory skarży się na ból w oku operowanem. Z tego powodu trzeba było zajrzeć. Po zdjęciu opaski: Dość obfita wydzielina, zaćmienie rogówki traumatyczne, ciecz wodna zmętniona i silne objawy zapalne ze strony łączówki. Po opłukaniu zapuszczono mieszanekę atropinową i zaklejono oko opaską. Przez następne trzy dni dostawał chory 3 razy dziennie po dwie krople mieszanki atropinowej i dzięki temu oko wybladło a objawy zapalenia łączówki ustąpiły. Natomiast 14 lipca wystąpił napad prawdziwego szału. Chory nadzwyczaj podniecony, mówi wciąż głośno i niezrozumiale, wstaje, a raczej zwleka się z łóżka, co przy jego kalectwie jest prawdziwem nieszczęściem, gdyż nie mając pod ręką swego szczudła i kija upada każdym razem na ziemię i odnosi dość silne stłuczenia. Głos chrapliwy, tętno przyspieszone, wyraz twarzy załękły. Chorego trapią zwiidywania. Gdy wódka, »od której« podobno »przysięgał«, jakoteż chloral nie odniosły skutku i chory po wieczór popadał w szal coraz gwałtowniejszy, zaszła konieczność przywiązania go do łóżka i skrępowania mu rąk. Do operowanego oka zapuszczano teraz już tylko 5% kokainę. Nazajutrz stan się poprawił; chory nieco spokojniejszy, nie wyrывa się już z łóżka. Przybycie żony, o której w czasie *delirium* wciąż bredził, uspokaja go ostatecznie zupełnie. Tymczasem obrzęk w okolicy stawu żuchwowego wzmógł się do tego stopnia, że poruszanie szczęką dolną stało się nadzwyczaj utrudnione i przyjmowanie pokarmów prawie niemożliwe. Z tego powodu, gdy stan oka operowanego był zupełnie zadawalniający, polecono żonie chorego, aby go oddała na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza. Jak się jednak później na miejscu dowiedziałem, chory wcale się tam nie udał, a i do nas dotychczas jeszcze się po dobór szkieł nie zgłosił. —

Porównując między sobą cztery wyżej przytoczone opisy chorób, z łatwością wysnujemy wniosek, że co do istoty umysłowego zбочenia, zachodzą między nimi zasadnicze różnice. I tak przypadek drugi (Gerula) i czwarty (Panek) przedstawiają

niewątpliwie zwyczajny zbiór objawów, odpowiadający zatruciu atropiną. Tak tu, jak i tam, silne zapalenie tęczówki zniewoliło nas do energicznego atropinowania. Wystarczy przypomnieć, że jedna kropla 1% roztworu atropiny, zawiera połowę maksymalnej dawki dla człowieka dorosłego. Co prawda, zawsze część zapuszczonej kropli wypłynie z oka ze łzami, a przy ostrożnem zapuszczaniu nie powinno się nic dostawać do ust, ani do nosa. Gdy się jednak zważy, że przypadki te odnosiły się do zgrzybiałych starców, z których ostatni był wycieńczony wieloletnią chorobą stawów, to nie należy się dziwić, że ilość atropiny, którą człowiek w sile wieku i w pełni ogólnego zdrowia, zniósłby bezkarnie, okazała się dla nich dawką trującą. Zresztą wolno nam również przypuścić osobniczą zwiększoną wrażliwość (intolerancja lub idiosynkrazja), jakiej liczne przykłady podaje nam toksykologia i praktyka codzienna. Tak więc w tych dwóch przypadkach mieliśmy do czynienia z *delirium atropinicum*, którego objawy w powyższych opisach dostatecznie, jak sądzę, podkreśliłem.

Inaczej ma się rzecz jednak z pierwszym i z trzecim przypadkiem. Co do tego ostatniego (Kluska), to, jak wyżej zaznaczyłem, nie tylko nie było wyraźnych objawów zatrucia atropiną, ale i mieszanka atropinowa, po przejściu napadu obłąkania *experimenti causa* zapuszczona, nie wywołała najsilniejszych objawów zatrucia, ani też dalsze atropinowanie po operacji drugiego oka, nie wywarło żadnych złych skutków. Również za *delirium tremens potatorum* napadu tego uważać nie można z powodu braku właściwych tej chorobie objawów, przypuścić zatem należy, że zachodzi tutaj właśnie przypadek psychozy pooperacyjnej, jakich wiele już opisano w literaturze.

Najciekawszym jest przypadek pierwszy (Gettenberg), gdzie także nie ma mowy o zatruciu atropiną z tej prostej przyczyny, że chory niemal bezpośrednio po operacji dostał pierwszych objawów obłąkania, gdy jeszcze atropiny, ani skopolaminy nie zapuszczono mu wcale. Tu odnosi się wrażenie, że wybuch choroby umysłowej, na którą zanosilo się oddawna, nastąpił pod wpływem niepokoju, oczekiwania operacji i do-

znanego zawodu, gdy operacją odłożono, z czem się też wiąże treść późniejszego urojenia. Obłąd pijacki można tu także z wszelką słuszością pominąć. Podnieść jednak należy obecność białka w moczu. Bardzo żałuję, że nie zwróciłem wówczas bacniejszej uwagi na czynność nerek po wybuchu obłąkania, zwłaszcza na ilość dzienną moczu, jakoteż ilość wydzielanego mocznika. Szał uremiczny przedstawia, co prawda, zazwyczaj zupełnie inny obraz i łączy się z wybitnem zamroczeniem przytomności. Brakło tu zresztą tak znamienych dla mocznicy objawów, jak nudności, wymioty, bóle głowy, drgawkowe skurcze w mięśniach twarzy i t. d. Zaznaczyć jednak muszę, że niektórzy autorowie, jak Régis, Chevalier-Lavaure, Fromaget<sup>18</sup>, upatrują główną przyczynę szału pooperacyjnego w samozatruciu ustroju niewydalonymi składnikami moczu i widzieli pomysłne skutki po zastosowaniu środków czyszczących i moczopędnych. Obecnie jednak *ex post* na pewne przesądzać nie mogę, czy samozatrucie uremiczne wyłącznie lub przynajmniej w związku z innymi okolicznościami nie wywołało tu objawów mózgowych. Ponieważ jednak trudno przypuścić przypadkowy tylko zbieg okoliczności w tem, że obłąkanie wystąpiło tu wnet po operacji, przeto bez względu na dalszą jego przyczynę należy je zaliczyć do gromady psychóz pooperacyjnych. Jakiego rodzaju było zбочenie umysłowe w tym przypadku, czy to było ostre obłąkanie (*acuter Wahnsinn*, Krafft Ebbing), czy ostry obłąd z omamami (*acutes, hallucinatorisches Irresein*, Fürstner), czy *paranoia acuta* (Westphal, Cramer), czy może nawet od dawna istniejące pierwotne przewłoczne pomieszanie umysłu (*paranoia chronica*), które, jak to często się zdarza, uchodziło dotychczas uwagi otoczenia i dopiero po operacji wystąpiło z całą siłą objawów pod postacią wyraźnego urojenia przesładowczego: na te wszystkie pytania, wobec braku pewnych danych co do przeszłości chorego, wobec krótkiego czasu spostrzegania, a wreszcie wobec braku wiadomości o dalszym przebiegu choroby umysłowej, dziś już niepodobna stanowczej dać odpowiedzi.



### Literatura.

1890. 1. Ledda S.: »Délire chez les opérés de cataracte«. *Rec. d'Ophl.*, str. 398.  
» 2. Parinaud: »Du délire après l'opération de la cataracte«. *Soc. franç. d'Ophl.* 7 Maj.
1891. 3. Burvenich: »Intoxication par les instillations d'atropine dans le cul de sac conjonctival«. *Annales de la soc. de méd. de Gand.*
1892. 4. Crouzet: »Accidents cérébraux causés par la duboisine«. *Recueil d'Ophl.*, str. 15.
1893. 5. Bellarminow: »Ueber die Wirkung des Scopolamins auf das Auge« (po rosyjsku). *Wracz.* Nr. 17.  
» 6. Illig: »Beitrag zur Kenntniss der Wirkungen des Scopolaminum hydrobromicum«. *Münchener med. Wochenschrift.* Nr. 33, str. 617.  
» 7. Martelli: »Sulla scopolamina«. *Arch. di Ottalm.* T. I, str. 63.  
» 8. Lagrange: »Accident du à la cocaine«. *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, str. 227.
1894. 9. Martin: »Sur le délire consécutif à l'opération de la cataracte«. *Journ. de méd. de Bordeaux.* Nr. 15, 22. (29. IV i 6. V).  
» 10. Simi: »Delirio operatorio«. *Boll. d'oculistica.* T. XVI, str. 132.
1895. 11. Santos Fernandez: »Le délire après l'opération de la cataracte«. *Soc. d'Ophl. de Paris et Ann. d'Oculist.* T. CXIII, str. 122.
1896. 12. Veasey C. A.: »Ein Fall von Vergiftung mit Duboisin« (po angielsku). *Philad. Policlinic.* 28 marca.  
» 13. Morton R. A.: »Case of Hyoscine poisoning following instillation«.   
» 14. Valude: »Intoxication par l'emploi de la scopolamine«. *Soc. de méd. légale de Paris. Séance du 9 nov. Annales d'Oculistique.* T. CXVI, str. 380.
1897. 15. Hawkes Claude: »Deux cas d'intoxication par la scopolamine survenus dans la pratique ophtalmologique. *Annales d'Oculistique.* T. CXVIII, str. 28.
1898. 16. Emmert: »Hyoscin und Hyoscyamin«. *Centrblbl. f. prakt. Augenheilk.* T. XXII, str. 10.
1899. 17. Guende: »Du délire consécutif à l'opération de la cataracte«. *Rec. d'Ophl.* Nr. 5, str. 247.
1900. 18. Fromaget: »Les délires post-opératoires en ophtalmologie«. *Ann. d'Oculist.* T. CXXIII, str. 183.

## II. STRESZCZENIA.

*O pozornej postaci sklepienia nieba i pozornem powiększeniu średnicy księżycy i gwiazd na widnokręgu.* (Die Form des Himmelsgewölbes und das Grösserererscheinen der Gestirne am Horizont). Dr G. J. Schoute. Wykład wygłoszony na 18 zjeździe Nederlandsch Oogheekkundig Geselschap w Utrechie 23 grudnia 1900. Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde 1901, Nr. VIII.

Od niepamiętnych czasów zastanawiano się nad przyczyną złudzenia, jakiemu ulegamy, oceniając wzrokiem postać stropu niebieskiego. Powszechnie zgadzają się uczeni, że sklenienie niebios przedstawia się oku, jako dość znacznie przyplaszczona kopuła, a nie jako rzeczywista półkula. Aby wytłomaczyć to złudzenie uciekano się do najrozmaitszych przypuszczeń i powstało w przedmiocie tym takie zamieszanie pojęć, iż jest zasługą Zehendera, że, choć sprawy ostatecznie nie wyświecił, to przynajmniej jasno ją postawił i zaprowadził pewien ład w rozumowaniu. W pierwszym rzędzie stwierdza Zehender, że w mowie będące złudzenie najwyraźniej występuje przy niebie powleczonej jednostajną, szarą powłoką chmur. Nie ma też w tem nic dziwnego, boć przecie warstwa chmur jest równoległą (współśrodkową) z powierzchnią ziemi, odległość jej zatem w kierunku pionowym musi się człowiekowi wydawać mniejszą niż w kierunku poziomym. Inaczej jednak ma się rzecz z czystym błękitem nieba. Wedle Zehendera, na którego zapatrywaniach Schoute głównie wywody swe opiera, postaci sklepienia takiego nieba nie widzimy wcale, a widzimy tylko jego barwę. Zehender sam określa swe wrażenie w sposób następujący: »Rozglądając się w dzień pogodny po niebie, widzę na widnokręgu ze wszech stron stromo wznoszącą się lazuruwą ścianę, która się nad głową moją zamyka, określić jednak nie jestem w stanie, jaką postać to zlanie się błękitu przedstawia. Teraz jednak umysł dochodzi do bezwiednego wniosku, który wykrył Helmholtz: skoro błękit nieba zamyka się nad naszymi głowami, tedy widocznie tworzy sklepienie, więc się nam wydaje, że sklepienie to widzimy.« Ze zenit wydaje się nam bliższym, niż jakikolwiek punkt położony na nieboskłonie, to wynika między innymi z następującego spostrzeżenia, zrobionego przez astronomów (Robert Smith): Jeśli wyszukamy okiem punkt środkowy łuku łączącego zenit z którymkolwiek punktem widnokręgu, wtedy się okaże, że linia poprowadzona od tego punktu do oka obserwatora tworzy z poziomem kąt  $23^{\circ}$ , zamiast tworzyć kąt  $45^{\circ}$ , jakby być musiało, gdyby sklepienie nieba przedstawiało dla oka postać matematycznej półkuli. Rzecz

tę można przedstawić i udowodnić bardzo prostą konstrukcją geometryczną.

Każdemu, kto uważnie śledzi zjawiska przyrody znaną jest rzeczą, że księżyc, gdy wschodzi, albo zachodzi wydaje się nam znacznie większym, aniżeli wtedy gdy świeci wysoko na niebie. To samo zjawisko, może tylko trochę mniej wyraźnie widzimy na słońcu i gwiazdach. Nie potrzeba udowadniać, że zachodzi tu tylko optyczne złudzenie, ale nie łatwo wyjaśnić przyczynę tego złudzenia. Powszechnie przyjmują, że oko, zostając pod wpływem wrażenia, że sklepienie niebios jest płaską kopułą, ocenia odległość księżyca świecącego w pobliżu zenitu jako mniejszą, niż odległość księżyca wschodzącego i dlatego popada w drugie złudzenie, uważając księżyc w tym ostatnim przypadku za większy. W rzeczywistości widzimy księżyc zawsze pod tym samym kątem widzenia, wiadomo zaś, że z dwóch przedmiotów ukazujących się pod tym samym kątem uznajemy ten za większy, którego odległość oceniamy jako większą. Tem się tłumaczy to drugie złudzenie. Wyjaśnienie to jednak trzeba nazwać niewystarczającym, gdy się zważy, że i na odwrót złudzenie nasze co do postaci stropu nieba usiłowano równocześnie tłumaczyć okolicznością, że ciała niebieskie na widnokregu przedstawiają się nam większe niż u zenitu. Przedewszystkiem słusznie podnosi Schoute, że wbrew złudnemu wyobrażeniu naszemu o postaci sklepienia niebios, księżyc wychylający się z poza widnokregu np. z poza lasu lub dachu pobliskiego domostwa nie wydaje się nam bynajmniej odleglejszym niż wtedy, gdy świeci wysoko. Przeciwnie wtedy wydaje się znacznie bliższym, podczas, gdy ogromną odległość jego lepiej oceniamy, gdy znajduje się na niebie wysoko — zapewne dlatego, że nie oddzielają nas wtedy od niego ziemskie przedmioty, lecz jedna niezmiernie wielka, pusta przestrzeń. Na wyszczególnienie zasługują doświadczenia Stroobanta. Umieszczał on u stropu zaciemnionej sali dwa elektryczne światełka, a drugie dwa na jednej ze ścian bocznych na wysokości własnego oka i w jednakiej odległości od środka sali, skąd się światełkom przyglądał. I tu w małych rozmiarach powtórzyło się to samo zjawisko, jakie daje księżyc. Odległość wzajemna pary światełek umieszczonej w górze wydała mu się mniejszą niż odstęp między światełkami widzianymi w płaszczyźnie poziomej, gdy w rzeczywistości odstęp punktów świecących w każdej parze był zupełnie jednaki. Trzeba było dopiero punkty świecące na ścianie bocznej zbliżyć do siebie o  $\frac{1}{5}$  ich pierwotnego odstępu, ażeby ich odległość wydała się równą odległości punktów świecących u stropu. Aby wyjaśnić to zjawisko powołuje się Zehender na złudzenie opisane przez Volkmanna. Dwie linie pionowe równoległe wy-



dają się oku, jak gdyby rozbiegały się ku górze. Potrzeba dopiero linii ku górze nieco zbieżnych, ażeby się przedstawiły jako równoległe. Z tego wynika, że i z dwóch równych kątów, z których jeden otwiera się ku górze (t. j. wierzchołkiem zwrócony jest ku dołowi), a drugi poziomo (t. j. wierzchołkiem zwrócony jest w bok), ten ostatni wyda się nam mniejszym. Księżyc zatem w pobliżu widnokregu wydaje się nam tak wielkim dlatego, ponieważ do ocenienia jego średnicy używamy pozornie mniejszego kąta jako jednostki mierniczej. Schoute przyjmuje bez zastrzeżeń to, eokolwiek sztuczne ułożenie Zehendera, przyznaje jednak, że zachodzą zjawiska pozostające w niewątpliwej sprzeczności z tą teorią. I tak, jeżeli obraz księżyca zapomocą odpowiednio ustawionego zwierciadła płaskiego przetrzucimy z zenitu na widnokrąg, tarcz księżycowa nie okazuje bynajmniej pozornego powiększenia. Dlaczego więc teraz oko nie mierzy kąta widzenia ową pozornie mniejszą jednostką? Na to teoria Zehendera nie daje odpowiedzi.

*Dr K. W. Majewski.*

*O piśmie stojącym i piśmie pochylonym.* (Ueber Steilschrift und Schrägschrift. Prof. István Csapodi z Pesztu. Zeitschrift f. Schulgesundheitspflege, 1901, Nr. 4 i 5.

Przed kilku laty sprawa pisma stojącego była w Niemczech ze stanowiska higieny szkolnej szczegółowo roztrząsaną. Przeprowadzono na wielką skalę badanie porównawcze w ten sposób, że badano dzieci szkół ludowych, gdzie w jednych klasach uczono wyłącznie pisma stojącego, a w innych wyłącznie pisma pochylonego. Badania Schuberta, który na tem polu największe położył zasługi wykazały, że, ażeby piszący zachował symetryczne ułożenie ciała, to znaczy, ażeby siedząc przy pisaniu obydwaj ramiona trzymał równie wysoko, nie skrzywiał kręgosłupa i głowy na bok nie pochylał, koniecznym warunkiem jest, aby wiersze, względnie linie, po których pisze, były równoległe do krawędzi stołu, a tak zwane główne kreski liter (t. j. kreski prowadzone z góry na dół, Grundstriche) żeby stały prostopadle do kierunku wiersza. Łatwo zauważyć, że, jeśli wiersze ułożone są skośnie, to piszący mimowoli pochyla głowę tak, ażeby linię łączącą środką żrenic ułożyć o ile możności równoległe do tych wierszy, a więc pochyla głowę zwyczajnie na lewe ramię, za czem idzie także wygięcie kręgosłupa. Zupełnie to samo dzieje się przy czytaniu. Proste trzymanie tułowia i głowy przy pisaniu zależy także od tego czy piszący nie zasłania sobie ręką końca pióra, stąd też i odpowiednie trzymanie pióra wchodzi tu w rachubę. Przy piśmie stojącym powinna dłoń być zwróconą na lewo, a górny koniec rączki pióra w stronę łokcia

ręki piszącej. Za pomocą odpowiednich przyrządów badano dzieci piszące wyłącznie piśmem stojącym i inne piszące zawsze pochyło, a badania te odnosiły się do sposobu siedzenia przy samym pisaniu, a potem do dalszych następstw niewłaściwego trzymania się, jak wykrzywienia kręgosłupa (skolioza) i krótkowzroczność. Między używającymi pisma stojącego znalazło się  $2\frac{1}{2}$  razy więcej siedzących przy pisaniu prosto, niż w klasach, w których uczono pisma pochyłego. Dla oznaczenia pochylenia głowy ku przodowi przy pisaniu mierzono odległość oczu od zeszytu. Pomiaru te wykazały, że uczniowie używający pisma stojącego, nawet w ciemnych klasach i złych ławkach siedząc, trzymali głowę w tej samej odległości (średnio  $25\frac{1}{2}$  cm.), co piszący pochyło w dobrych ławkach i jasnych klasach. Co do krótkiego wzroku, to dotychczasowe badania nie uprawniają jeszcze do stanowczych wniosków, który sposób pisania bardziej, a który mniej się przyczynia do powstawania tej wady wzroku. Ale i dziś już można uważać za rzecz dowiedzioną, że pismo stojące ze stanowiska higieny posiada nad pochyłym niezaprzeczoną wyższość. Hygieniści spełnili zatem swe zdanie wydając swój sąd w tej sprawie; kolej teraz na władze szkolne, aby z tych doświadczeń zrobiły użytek i zaprowadziły w szkołach obowiązkowe nauczanie pisma stojącego. Zauważyć należy jednak, że pismo stojące ma właśnie w kołach nauczycielskich wielu przeciwników, a są nimi zwłaszcza sami nauczyciele kaligrafii, którzy ze stanowiska estetyki kaligraficznej potępiają to pismo jednogłośnie.

*Dr K. W. Majewski.*

*O objawie Bella.* (Ueber das Bellsche Phaenomen). Prof. Wilibald Nagel z Fryburga. (»Archiv f. Augenheilkunde«. T. XLIII. Z. III. 1901.)

Karol Bell opisał w r. 1823 zjawisko, które obecnie nosi jego imię, a polega na tem, że oko w chwili zamykania powiek podnosi się rogówką wpięrw ku górze wewnątrz, potem ku górze zewnątrz i w tem położeniu pod górną powieką pozostaje. W nowszych czasach poczęto zjawisko to uważać za objaw patologiczny, szczególnie wybitnie występujący przy jednostronnem porażeniu nerwu twarowego, w chwili, gdy chory usiłuje bezskutecznie zaciśnąć bezwładne powieki. Dopiero Köster i Michel zwrócili uwagę na pierwotne, jedynie słuszne zapatrywanie Bella, który ten ruch gałki uważał za zjawisko fizyologiczne, tylko dlatego podpadające szczególnie przy porażeniu nerwu twarowego, że wtedy z wszelką swobodą można śledzić poruszenia oka, którego powieki, mimo wysiłków ze strony chorego, nie są w stanie zasłonić. Pod tym względem zatem nie ma już dzisiaj dwóch zdań. Zapatrywania

jednak rozchodzą się jeszcze na innym punkcie: pytanie mianowicie, jak wyjaśnić zależność ruchu gałki od skurczu mięśnia obrączkowego. Gdy jedni, jak Mendel i Negro, przyjmują bezpośrednie połączenie między jądrem nerwu okoruchowego a jądrem nerwu twarzowego, inni, mianowicie Michel, przypuszczają raczej czynnościową wzajemną zależność odpowiednich okolic kory mózgowej. Prof. Nagel usiłuje w powyższej pracy w odmienny sposób wyjaśnić ten związek fizyologiczny. Zdaniem jego ten słaby ucisk, jaki wywiera chrząstka powieki górnej na rogówkę oka zamkniętego, skłania oko (na drodze odruchu) do usunięcia się od mechanicznego drażnienia. Osiąga zaś oko cel ten przez umieszczenie rogówki ku górze tak, żeby przylegała do części powieki mniej sztywnej, ponad chrząstką położonej. Jeśli ucisk powieki zwiększymy przez założenie choćby najlżejszej ugniatającej opaski, wtedy objaw Bella występuje jeszcze wyraźniej, a poznać to można, jeśli się czyta lub pisze, patrząc drugim okiem. Po pewnej chwili oko zwraca się nieco ku górze (przez skojarzenie z ruchem oka związanego), a czytający bezwiednie głowę pochyla, — skutkiem czego uczuwa wkrótce zmęczenie w mięśniach karku. — *Dr K. W. Majewski.*

*O próbach oznaczenia siły magnesów ocznych.* (Ueber Zugkraftversuche an Augenmagneten. Vorläufige Mittheilung aus einer Theorie der Augenmagneten). W. Volkmann z Berlina. (»Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde«). 1901. VI).

W sprawie magnesów ocznych, żywo obchodzącej okulistów, zabrał głos fizyk z zawodu, asystent przy katedrze fizyki w berlińskiej wyższej szkole rolniczej, nawiązując swe uwagi do pracy Dra Türka, ogłoszonej niedawno w »Archiv für Augenheilkunde«. — Dr Türk urządzał swe doświadczenia w ten sposób, że zatrzymywał kawałki żelaza, dążące do bieguna magnesu Haaba zapomocą płytki mosiężnej, a następnie uczeptał do nich małe papierowe szalki, dokładając mosiężnych ciężarków póty, póki nie zrównoważyły siły przyciągającej magnesu. Opilki posiadały postać kostek i miały ciężar dokładnie określony. W ten sposób doszedł do pewnych wniosków, których wartość podaje Volkmann do pewnego stopnia w wątpliwość, ponieważ Türk w pracy swej zbyt mało uwzględnił wpływ postaci opilek żelaznych na siłę, z jaką one ulegają przyciąganiu. Wpływ ten jednak jest ogromny tak, że z wyników, jakie dały badania robione z opilkami wyłącznie kostkowatej postaci, nie można bynajmniej wnioskować, jakby się zachowały opilki podłużne, łukowate, igielkowate, blaszkowate i t. d. Wiadomo, że magnes wytwarza na około swych biegunów tak zwane ma-



gnetyczne pole. Pole to posiada w różnych miejscach różne natężenie i określony kierunek. Jednak niektóre tylko ciała, mianowicie w pierwszym rzędzie żelazo, potem inne metale, jak kobalt i nikiel, ulegają wyraźnie wpływowi magnetycznego pola. Inne ciała, w porównaniu z tymi trzema wymienionymi metalami, posiadają własności magnetyczne w znikająco małym stopniu. Siła zatem, jaką magnes wywiera na ciała, znajdujące się w jego polu, zależy przede wszystkim od przyrody i rodzaju tychże ciał. Następnie zależy ona od objętości, od ciężaru i od postaci ciała, wystawionego na działanie magnesu. Co do wpływu postaci, a o to Volkmann'owi głównie chodzi, to, biorąc za podstawę postać podługowatą, jaką najczęściej przedstawiają opilki raniące oko, można powiedzieć tyle, że przyciąganie odbywa się z tem większą siłą, im więcej wymiar długości przeważa nad wymiarami przekroju poprzecznego. W dalszym rzędzie zależy siła przyciągania od natężenia pola magnetycznego, które jest tem większe, im potężniejszy jest magnes, a wogóle maleje w miarę oddalania się od biegunów. Nareszcie ostatnim, ważnym czynnikiem jest kierunek pola. Kierunek pola wyznaczają tak zwane linie siły, które wybiegają z powierzchni bieguna magnesu w przybliżeniu pod kątem prostym, rozchodzą się następnie na wszystkie strony, zbiegają się wreszcie znowu, dążąc do bieguna przeciwnego, do którego dochodzą także pod kątem prostym. Przebieg tych linii bywa zatem rozmaity, zależny od postaci magnesu i od ułożenia jego biegunów, a kierunek ich można z łatwością wysledzić zapomocą małej igielki magnetycznej, która układa się zawsze długością swą równolegle do kierunku pola. Siła przyciągania zawisła jest od przebiegu linii siły i jest tem większą, im bardziej się te linie rozbiegają. Dlatego to magnesy, których bieguny kończą się stożkowato, przyciągają żelazo, znajdujące się w bliskości bieguna, z bardzo wielką siłą. Łatwo jest sobie bowiem wystawić, że linie siły, wychodzące prostopadle z poboczniczy tego stożka, posiadają odrazu bardzo znaczną rozbieżność i to tem większą, im stożek jest ostrzejszy. Korzyść ta jednak jest drogo okupioną, gdyż w miarę rozbiegania się linii siły maleje natężenie pola, a tem samym siła przyciągania stożkowatego magnesu zmniejsza się bardzo szybko w miarę oddalania się od jego bieguna. Volkmann, który pracę obecną nazywa tylko tymczasowem doniesieniem, obiecuje zbudować na zasadach teorii magnetyzmu magnes trzy razy mniejszy i lżejszy, a tem samym znacznie tańszy od magnesu Haaba, a przewyższający go tak pod względem działania na większą odległość, jakoteż pod względem korzystniejszego rozłożenia siły przyciągania.

*Dr K. W. Majewski.*

*Doświadczenia Asmusa ze sideroskopem od czasu zaprowadzenia kolei elektrycznej w Düsseldorfie.* (Meine Erfahrungen mit dem Sideroskop seit Einführung der elektrischen Strassenbahn in Düsseldorf.). Dr E. Asmus. (>Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde. 1901, Nr 6).

Wiadomo, jak niekorzystnie oddziaływa na dokładność badania zapomocą sideroskopu sąsiedztwo kolei elektrycznej, chociażby nawet o kilkaset metrów odległej. Ciekawe są zatem doświadczenia samego twórcy sideroskopu, który przyrzędu tego używa w swoim pomieszkaniu, pomimo, że w odległości 19 m. od miejsca, w którym sideroskop jest ustawiony, przebiega tor tramwaju elektrycznego. Tor biegnie prawie równoległe do południka magnetyzmu, a tem samem równoległe do położenia igły w chwili równowagi. Jest to okoliczność możliwie najniekorzystniejsza, gdyż, jak wiadomo, igła magnetyczna dąży zawsze do przybrania położenia prostopadłego do kierunku prądu elektrycznego. Do tego dodać należy, że konsola na której stoi przyrząd, musiała być przybitą do ściany północnej, skutkiem czego do badania może być użyty tylko południowy biegun igły magnetycznej. Pomimo tych wszystkich niedogodności wykonywa Asmus badanie prawie zawsze w dzień, to jest podczas trwania ruchu na kolei elektrycznej, a czynić to może dlatego, że wnioski swe o obecności lub nieobecności żelaza w oku, jakoteż o umiejscowieniu odprysku w gałce, opiera wyłącznie na *maksymalnym* wychyleniu igły sideroskopu, które spostrzega wolnem okiem; nie zważa zaś zupełnie na mniejsze wychylenia, dające się dostrzedz jedynie za pomocą lunety. Wyniki swoich doświadczeń ogłasza dlatego, ponieważ z literatury odnosi wrażenie, że większość praktyków wnioskuje o umiejscowieniu żelaza wyłącznie na podstawie badania zapomocą lunety i zapisywania wszystkich, chociażby naj-słabszych wychyleń igły<sup>1)</sup>. Takie badanie przy ruchu wozów kolei elektrycznej, wobec ustawicznego niepokoju igły, polegającego na drobnych wahaniach, jest wprost niemożliwem. Asmus przekonał się, że nawet bardzo mały opilek żelazny, za dostatecznem zbliżeniem do bieguna, jest w stanie wywołać maksymalne, wolnem okiem z łatwością dostrzegalne wychylenie, byle był poprzednio przez indukcyę dość silnie namagnesowany. Ilekroć zatem odprysk utkwii

<sup>1)</sup> Przyznać trzeba, że przynajmniej co do krakowskiej kliniki okulistycznej podejrzenie Asmusa jest słuszne, bo od czasu, jak używamy sideroskopu, nie zadowoliliśmy się ani w jednym przypadku stwierdzeniem zapomocą gołego oka jednorazowego maksymalnego wychylenia, lecz stale posługujemy się lunetą i zapisujemy wszystkie wychylenia, jakie daje sideroskop przy zbliżaniu coraz to innych części przedniego odcinka gałki.

(Przyp. ref.).

w przednim odcinku gałki, wtedy można z łatwością zauważyć silne wychylenie igły za zbliżeniem tej części oka, w której się odprysk znajduje. W przypadkach tych można się więc zupełnie obejść bez lunety. W razie, jeżeli mały kawałek żelaza tkwi w tylnym odcinku gałki, trzeba się uciec do szczegółowego zapisywania słabych wychyleń, oglądanych w zwierciadółku zapomocą lunety, a ponieważ do tego potrzeba bezwzględniego spokoju igły, przeto w tych razach autor odkłada badanie do późnego wieczora, kiedy ruch na kolei elektrycznej ustaje. Na szczęście przypadki takie są rzadkie: w liczbie 102 spostrzeżeń znalazł autor tylko 7 razy żelazo utkwione w zupełnie tylnej części gałki. Jeśli wychylenia są bardzo znaczne i odpowiadają większej przestrzeni oka, n. p. całej skroniowej lub całej nosowej połowie, wtedy celem zmniejszenia czułości przyrządu radzi autor zbliżyć do bieguna igły sideroskopu różnoimienny biegun drugiej igły magnetycznej — od przeciwnej strony, niż badane oko. W ten sposób odciągana od odprysku żelaznego i częściowo ubezwładniona igła sideroskopu odpowie znacznym wychyleniem tylko na największe zbliżenie żelaza, a przez to samo wskaże na powierzchni oka miejsce, w którym należy zrobić nacięcie celem wydobycia ciała obcego. Tego uproszczonego sposobu badania używał A s m u s w licznych przypadkach, bo nie tylko u tych chorych, którzy się wprost do niego po poradę zgłaszali, ale także u wielu innych, przysyłanych mu przez kolegów okulistów celem zbadania zapomocą sideroskopu. Wyniki były zawsze prawdziwe i dokładne, jak tego dowodzą następnie szczęśliwie dokonane operacye.

Dr K. W. Majewski.

*O nadżarciach rogówki.* (Zur Frage der Hornhaut-Erosionen). Dr S c h o e l e r. (>Centralblatt f. Augenheilkunde, Juni. 1901).

Autor omawia swój sposób leczenia zarówno świeżych, jak i recydywujących boleści przy nadżarciach rogówki (*keratitis traumatica* i *keratitis traumatica recurrens*). Ołóż znieczuloną rogówkę pędzluje wodą chlorową, przyczem powstaje znaczny ubytek przybłonka o nieregularnych i stromych krawędziach. Przy świeżych nadżarciach ubytek przybłonka, w ten sposób wywołany, sięga daleko poza granice widocznego nadżarcia, mniejsze są zaś jego granice przy zadawnionych nadżarciach. Następnie używa autor maści z atropiny i lanoliny i okładów ze silnie rozcieńczonej wody chlorowej (łyżeczka od kawy wody chlorowej do szklanki wody). Po upływie kilku dni, skoro ubytek na rogówce pokrył się świeżym przybłonkiem, używa autor tylko okładów z wody chlorowej przez kilka dni. Boleści recydywujących przy takim leczeniu nigdy nie było.



Następnie autor stara się wytlómaczyć przyczynę recydywujących bóleści po nadzarciać rogówki. Otóż, według jego przypuszczenia, odnowienie przybłonka po ubytku tegoż tak szybko następuje, iż ciała obce, które dostały się na rogówkę przy urazie, nie mogą w tak krótkim czasie być wydzielone i wskutek tego muszą pozostać pod nowym przybłonkiem. Przybłonek z tego powodu nie przylega do reszty rogówki, a przez podrażnienie, spowodowane poruszeniem powiek, zbiera się pod przybłonkiem ciecz wodna. Przybłonek w takim stanie przybiera kształt pęcherzyka, wywołującego podczas poruszania powiek *keratalgia traumatica recurrens*.

Przez zastosowanie podanego sposobu leczenia cały ubytek na rogówce należy się oczyszcza ze wszelkich ciałek obcych, tak, iż odnawiający się (*regeneratio*) przybłonek może teraz dokładnie i szczerlnie przylegać do swej podstawy, a tem samem zapobiedz powstawaniu owych pęcherzyków na rogówce. *Dr Gruder.*

*O zaburzeniach ocznych w przebiegu pellagry.* (Ueber Augenveraenderungen bei Pellagra.). Doc. Dr A. Biëtti. («Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde». 1901. Nr. V. i VI.).

Ciężka ta, a nieznaną u nas choroba panuje endemicznie w krajach południowej Europy, a zwłaszcza w północnych Włoszech i w południowej Francji. Przyczyny jej szukają jedni w spożywaniu niedojrzałej lub zepsutej i spleśniałej kukurudzy, inni przypuszczają wpływ etyologiczny pewnego grzybka (*bacillus maidis*), który dostaje się wraz z kukurudzą do ustroju. Cierpienie polega na zmianach w skórze, która łuszczy się, przybiera ciemno-oliwkową barwę, wreszcie traci przyskórek i pokrywa się owrzodzeniami. Podobne zmiany występują na błonach śluzowych, zwłaszcza na języku. Chory popada w charłactwo i dostaje zaburzeń przewodu pokarmowego, porażenia występują objawy nerwowe: mrowienie w kończynach, porażenia przykurzenia i t. d. Po latach trwania choroby pojawiają się zaburzenia umysłowe i chorzy tacy dostają się najczęściej do zakładu dla obłąkanych, gdzie kończą życie bądźto wskutek zupełnego wycieńczenia, bądź też wśród objawów ogólnej choroby gorączkowej, tak zwanego *typhus pellagrosus*.

Różni autorowie, tak psychiatrzy, jakoteż i okuliści, opisywali liczne zaburzenia oczne, mające stać w związku z pellagrą. W ten sposób dostało się nawet do podręczników medycyny wewnętrznej twierdzenie, że *retinitis pigmentosa*, *hemeralopia* i zanik nerwu wzrokowego można poniekąd nważać za należące do obrazu chorobowego pellagry, a przynajmniej za powikłania częste i zwyczajne w tej chorobie. Amilcare Biëtti postanowił sprawdzić to twierdzenie i w tym celu poświęcił kilka miesięcy na szczegółowe zbadanie oczu u wielkiej

liczby chorych na pellagrę. Badania swe przeprowadził w dwóch zakładach dla obłąkanych, w Reggio Emilia u prof. Tamburini'ego i w Bergamo u Marzocchi'ego, oraz w tak zwanem pellagrosaryum w Insago. Ogółem zbadał 120 osób. Heneralopii, ani barwиковego zwyrodnienia siatkówki nie stwierdził ani razu. W jednym przypadku znalazł zanik nerwu wzrokowego, i to nie ma pewności, czy zależał on od samejże pellagry. Z innych zmian wziernikowych spotykał bądźto zblednięcie tarczy, w przypadkach charakteru, gdzie sekeya wykazywała zwykle niedokrewność opon mózgowych i mózgu; to znowu przekrwienie tarczy i rozdęcie żył siatkówkowych, zwłaszcza w przypadkach tyfusu pellagrowego, gdzie przy sekeji spotykano przekrwienie żył śródczaszkowych. Zresztą badanie histologiczne, jakie miał sposobność wykonać na dziesięciu gałkach ocznych, wyjętych wkrótce po śmierci, nie wykazało żadnych wybitnych zmian patologicznych tak, że owe objawy wziernikowe należało przypisać czynnościowym zaburzeniom w krążeniu. Badania mikroskopowe wykonał Bietti z wielką starannością, barwiąc siatkówkę sposobem Nissla, a nerw wzrokowy sposobem Weigert-Pal'a. Jako jedynie właściwe pellagrze zaburzenia uważa autor zmiany na powiekach, na spojówce i na rogówce, a zmiany te są pokrewne tym, jakie występują na skórze całego ciała. Skóra powiek, zwłaszcza w kąciakach i w pobliżu brzegu rzęсового traci przyskórek i łuszczy się. Na spojówce spolyka się często mniej lub więcej wybitne objawy nieżyłowe, a na rogówce, szczególnie w ostatnich okresach choroby, niejednokrotnie powstają owrzodzenia, które autor uważa za następstwo odpadania warstwy przybłonkowej.

Tak więc badania Bietti'ego pozostają w sprzeczności z dotychczasowemi zapałrywaniami psychiatrów i zawodowych pellagrogów, którzy opierali swój sąd przeważnie na poszczególnych spostrzeżeniach, ogłaszanych przez okulistów, zbyt pochopnie przyjmujących związek cierpienia ocznego ze skazą ogólną u chorych, u których zachodził zapewne przypadkowy tylko zbieg objawów. —

*Dr. K. W. Majewski.*

*Przypadek operacji zaćmy przy wrodzonym braku tęczy.* (Ueber einen Fall von Staroperation bei angeborenem Iris-Mangel). Dr. Fritz Mendel (z kliniki prof. Hirschberga). (»Centralblatt f. Augenheilkunde«. Juni. 1901.).

Chory posiada od urodzenia lekki nystagmus, a wzrok na obydwu oczach silnie upośledzony. Soczewka była na obydwu oczach częściowo zaćmioną przy zupełnym braku tęczy.

Wskutek uderzenia kawałkiem drzewa w oko lewe, soczewka zupełnie zaćmiła się, tak, że musiano przystąpić do dyscey-yi tejże.

Po upływie trzech miesięcy polepszyła się znacznie wskutek wessania soczewki bystrość wzroku, źrenica była czarną, podczas gdy zmniejszone jądro tej soczewki spoczywało na dole w zatoce komórki.

Po upływie siedmiu miesięcy pojawiły się bóle na tem oku, a ponieważ także zaćma drugiego (prawego) oka już była dojrzałą, usunięto najpierw zaćmę prawego oka, a następnie przystąpiono do wyjęcia jądra lewego oka, którego wzrok znacznie był upośledzony. Wyjęte jądro było wielkości grochu o  $3\frac{1}{2}$  mm średnicy. —

Dr Gruder.

*O rozczyinach pilokarpiny, rozszerzająco oddziaływających.* (Ueber mydriatische Wirkung von Pilocarpin-Lösungen). Dr Ernest Lilienfeld z Pragi. (>Centrablatt f. Augenheilkunde<. Mai. 1901.).

Autor wykazuje, zapomocą licznych doświadczeń klinicznych w połączeniu z badaniami chemicznymi (nienadającemi się do referowania), iż rozczyn pilokarpiny w bardzo wielu przypadkach posiada także własność rozszerzania źrenicy i widzi tego przyczynę w składniku »jablorin«, a mianowicie w obu alkaloidach: »isopilocarpina« i »isopilocarpidina«.

Dr Gruder.

*Uwagi o leczeniu cierpień przewodu nosotzowego.* (Bemerkungen zur Therapie der Thränennasenleiden). Dr Albrand. (>Deutsch. Med. Wochl.< 1901. Nr. 14.).

Ogólnie przyjęte metody leczenia chorób przewodu nosotzowego, jak przecięcie przewodki z następowem zgłębnikowaniem kanału, lub też doszczętne wycięcie woreczka łzowego, należy, zdaniem autora, ściśle przy zastosowaniu indywidualizować, przyczem należy uwzględnić nie tylko sam charakter cierpienia, ale i społeczne stanowisko chorego. Co się tyczy bowiem zgłębnikowania, to leczenie to wymaga wielkiej cierpliwości i niemałych nieraz kosztów ze strony chorego. Jako więc pośredni sposób zaradzenia temu, stosował nieraz autor z dobrym skutkiem trwały zgłębnik (*Dauer-sonde*) Vulpius'a. W przypadkach zaś uporczywie utrzymującej się śluzoworopnej wydzieliny lub powikłanych przetoką woreczka łzowego albo głębszemi zmianami, jak zajęciem okostnej lub samej kości, dalej w przypadkach długotrwałej *blepharoconjunctivitis* przyszło do owrzodzeń brzegu powiekowego, i wreszcie przy zastarzałych postaciach jaglicy wyłuszczał autor woreczek łzowy. Metodę tę stosował także ze względów socyalnych i u robotników, którzy prędko mogli się w ten sposób pozbyć cierpienia.

W końcu nadmienia autor, że w każdym przypadku cierpienia



przewodu nosolzowego należy dokładnie zbadać jamę nosową, gdyż znaną jest zależność cierpień dróg łzowych od chorób nosa.

Dr Janiewicz.

*Mięsienie w okulistyce.* (Die Massage in der Augenheilkunde). Prof. Elsch nig. (>Wien. Med. Presse«. 1901. Nr. 18, 19).

Autor używał prawie we wszystkich schorzeniach oka mięsienia, a najobszerniej stosował je przy jaglicy, i to szczególnie w jej chronicznych postaciach. Po 4—6tygodniowym mięsieniu otrzymywał nie tylko poprawę podmiotowych dolegliwości, ale i wyjaśnienie przykrytej nieraz grubą łuszczką rogówki, — ustąpienie wydzieliny i zgrubień zajętej spojówki. W przypadkach zaś, gdzie cała spojówka jednolajnie była zbliznowaciała, żadnem innem leczeniem nie usuwał tak szybko przybrzeżnych owrzodzeń i nacieczeń rogówki, jak masowaniem. Zdaniem autora — mięsienie zajmie trwale miejsce w leczeniu jaglicy, i to w tych przypadkach, gdzie długie stosowanie różnorodnych środków, nawet wycięcie załamków jest nieraz bezskuteczne.

Mięsienie jednak powinno być bezpośrednio stosowane na chorą spojówkę, działać głęboko, i dlatego musi być wykonywane energicznie i moeno, ale bez najmniejszego uszkodzenia powierzchni błony śluzowej. Masuje więc autor w sposób następujący: pod powiekę wsuwa pręcik szklany, na którego końcu jest nawinięte nieco waty, zwilżonej w roztworze 1:4000 hydr. oxycyan. lub w wazelinlanolinie. Palcem wskazującym drugiej ręki masuje, z coraz to większą siłą, część powieki, znajdującej się pomiędzy palcem a pręcikiem, przesuując zaś ostrożnie pręcik, jest w stanie dokładnie całą powiekę wymasować. W niektórych przypadkach używał z dobrym skutkiem płytki Jaeger'a. Zabieg trwa do 5 minut, a stosuje go z początku codziennie, później co drugi lub trzeci dzień. Nie używając dla kontroli przy mięsieniu żadnych leków, przekonał się autor, że tylko mięsienie samo, a nie użyte przy tem leki, wywołuje zawsze skutek.

Nie mniej dobre wyniki otrzymywał autor i przy innych chorobach, jak przy zapaleniu pryszczykowem, ostrych zapaleniach spojówkowych, zapaleniach brzegu powiekowego, starych gradówkach, przy *ectropium* i *entropium*, *blepharophimosis*, *dacryocystoblennorrhoea*. Ogólnie znaną jest skuteczność mięsienia przy wyjaśnieniu plam rogówkowych przy leczeniu *scleritis* i *episcleritis*, przyspiesza wosssanie się krwi przy *hyphaema*, rozerwanie zrostów przy kończącym się zapaleniu tęczęwki, wessanie mas soczewkowych przy zaćmach urazowych lub po dyscezyji, obniża w wielu przypadkach napięcie

gałki przy jaskrze, a nawet leczy choroby siatkówki, polegającą na zaburzeniu w krążeniu krwi lub schorzeniu ścian naczyńniowych, zwłaszcza przy *retinitis albuminurica*.  
Dr Łuniewski.

### III. Z TOWARZYSTW.

1. Towarzystwo oftalmiczne w Moskwie. Posiedzenie z d. 27 marca 1901 r.

1. S. Gołowin przedstawiał chorego z *obustronnem zwichnięciem gruczołu łzowego*. Rozróżnia on 2 formy: *ptosis adiposa* i *luxatio gl. lacrymalis*, — na co zwracał uwagę 6 lat temu.

Averbach twierdził, że zwichnięcie gr. łzow. nie jest tak rzadkie, widział on 5 pod. przypadków, Natanson: kol. G. przyczynił się do wyjaśnienia *ptosis adiposae* i *blepharochalasis*, która — jak wiadomo — najczęściej spostrzegana bywa w okolicy gr. łzowego. Łożecznikow nie widzi potrzeby wydzielać w osobną postać chorobową te przypadki *pt. adiposae*, gdzie w załamku, prócz tłuszczu, odczuwa się gruczoł łzowy; zresztą i co do pierwszeństwa, to takowe należy się Cholurowi, a nie Gołowinowi. Gołowin: Ale ja pierwszy opisałem tę postać szczegółowo. Kriukow podziela zdanie G. w kwestyi rozróżnienia tych 2ch postaci chorobowych<sup>1)</sup>.

2. A. Natanson przedstawił chorego, któremu wydobył odłamek żelaza z soczewki. Robotnik zraniony został w prawe oko odłamkiem żelaza, który przez rogówkę, nie raniąc tęczówki, zagrzął w soczewce, wywołując silne jej napęcznienie i objawy mownego podrażnienia. Po wykonaniu szerokiego u dołu cięcia, wydzielili się masy soczewkowe i pokazał się metal. odłamek, wyciągnięty zapomocą zębatach szczypczyków Förster'a; długi mm. i 1,5 mm. szeroki. Visus = 0,1 z + Dg: w środku źrenicy pozostała skurezona torebka. Spostrzeżenie to dało pochop p. N. do rozprawy o zatrzymaniu się ciał obcych w soczewce, a przeważnie odłamków żelaza. Wywiązała się długa dyskusya na ten temat:

Filatow: Czy znajdujemy sole żelaza tylko pod soczewką przy odłankach żelaza w soczewce, czy też i innych częściach? czy leżą one rozrzucone, czy też w postaci wieńca złożonego z plamek? Natanson: zdarzają się te złogi i przy ciałach obcych w c. szklistem i leżą zwykle w postaci kółka, odpowiednio brzegowi źrenicy (Berlin i Landmann<sup>2)</sup>). Disler przypomina przypadek, że

<sup>1)</sup> Zwichnięcie gruczołu łzowego zupełnie odrębne od opadnięcia powieki tłuszczowego, jest dość częstem zjawiskiem. W.

<sup>2)</sup> *Przypisek sprawozdawcy*. Sprawozdawca przed paru laty spo-

złogi podobne można przyjąć za ślady oderwanych tylnych zrostów tęczy i *vice versa*. Natanson: miejscowe badanie wyjaśni wątpliwość. Prof. Kriukow: u jednego chorego zaćma urazowa uległa wessaniu i pozostałe żelazo w torebce wyjęte zostało zapomocą elektromagnesu Haab'a. Gołowin: w przypadku N. dostatecznie było zrobić małe cięcie w rogówce, czego nie podziela Łożecznikow, który robi cięcie przy wydobyciu obcych ciał soczewki i przedniej komórki; skoro obce ciało siedzi w tęczówce trzeba wykonać irydektomię, starając się bowiem wyciągnąć tylko ciało obce narażamy się na to, że możemy je stracić. Prof. Ewelzky: Skoro ciało obce nie drażni oka, trzeba je pozostawić. Taki przypadek widział w klinice Horner'a (ruszający się w oku kawałek złota); często i nie podejrzujemy wielkości ciała obcego: w klinice dorpackiej wydobyl on igłę od patronu rewolweru Lefauchet dł. 1 ctm., która weszła w nadnaczyniówkową przestrzeń gałki. Natanson: wydobylem 23 mm. dł. ciało obce, nie przypuszczając że ono takie długie. Łożecznikow stwierdza że samo — wydobyl on blaszkę dł. 3 i szer. 2 ctm. z rozerwanego patronu, która utkwiała między górnym brzegiem oczodołu i gałką oczną.

3. Disler opowiedział o przypadku wycięcia górnego sympatycznego zwoju przy jaskrze u 50 l. kobiety, której jedno oko padło od krwotoku po irydektomii wskutek jaskry. Po wystąpieniu objawów jaskry w dr. oku wykonano powyższą operację, robiąc cięcie poza tylnym brzegiem *m. sterno-cleido-masto idi*. Operacja nie wywarła na jaskrę najmniejszego wpływu. Prof. Kriukow: Nie na-

---

strzegaj złogi metaliczne, koloru rdzy albo pomarańczowego, w pr. źrenicy urzędnika kolejowego, który zaponniął o doznanym urazie oka, po którym zresztą innego śladu niepozostało. Źrenica rozszerzała się prawidłowo, zrostów nie było. Zmętnienie miało postać krążka wielkości prawidłowej źrenicy; boczne oświetlenie dawało prawo przypuszczać urazową zaćmę, z której pozostała — jak po wessaniu — torebka z metal. zlogami (*siderosis caps. lentis*), chociaż prawidłowa głębokość komórki nie przemawia na korzyść takiego rozpoznania<sup>1)</sup>. Ponieważ chory prosił o usunięcie kolorowego zmętnienia źrenicy, przeto po znieczuleniu kokainą i rozcięciu rogówki, wprowadziłem do komórki odpowiednie szczypeczyki i z łatwością wydobylem całą przednią torebkę w której — odpowiednio źrenicy — drobne złogi żelazne (przekonała o tem reakcja) znajdowały się na przedniej powierzchni. Wnet po operacji źrenica stała się czarna i wzrok się polepszył; jakież było moje zdziwienie gdy po kilku dniach zauważyłem w źrenicy prążkliwość soczewki, z czego się powoli rozwinęła jej zaćma, gdyż — jak się okazało — nie była to pozostałość *cat. caps.* po wessanej urazowej zaćmy, lecz tylko *cataracta capsular. ant. centralis* na nieuszkodzonej soczewce.

Dr J. T.

<sup>1)</sup> Dlaczego w takim razie operacja? Jaki był wrok przed operacją? W.



leży ją wykonywać w razach, gdzie jeszcze można się spodziewać korzyści z operacji ocznych, zresztą na 75 przypadków takich operacji na szyi 1 była śmiertelna (Axenfeld). Łożecznikow: komunikat kol. D. ciekawym jest przyczynkiem w sprawie wycięcia zwoju sympatycznego szyi przy jaskrze; chociaż na razie operacja ta nie dała pożądanego wyniku, lecz być może z czasem wstrzyma przebieg choroby oka.

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia 1901 r.

1. K. Sniegirew przedstawiał chorego, któremu »operowano zwiechniętą zaćmę nie podług zwykłego sposobu.«

Wskutek urazu w prawym oku została oderwana dolna powieka (przyszyta) a soczewka zwiechnięta do ciała szklistego; z czasem rozwinęła się pływająca po c. szkl. zaćma, zakrywająca źrenicę przy nachyleniu głowy; przy prostem jej trzymaniu  $V=0,1$  z + 12, o D. Wraz z kol. Adelheimem zaćmę wydobyto tak: chorego posadzono z głową silnie nachyloną, gdy zaćma podeszła do tęczówki, została unieruchomioną zapomocą igły dyscyzycznej wprowadzonej do gałki *per scleronyxin*. Poczem wstawiono rozwieracz powiek i chorego ułożono. Ponieważ igła rozciąła powierzchowne warstwy zaćmy, potrzeba było powtórnie ją wprowadzić poza soczewkę. Cięcie nożykiem w dolnej części rogówki, przez które wydobyto zaćmę z początku haczykiem, a następnie pętlą, przyczem c. szkl. wplynęło b. mało. Ostatecznie  $V=0,1$  po odpowiedniej korekcyi. Po operacji miano do czynienia z *neur. n. trigemini*, która ustąpiła po galwanizacyi. Sprawozdawca opisuje ten przypadek, gdyż rzadko się zdarza tak szczęśliwie operować podobną zaćmę.

2. Witold Sawicz pokazywał 21 l. żyda, u którego znaleziono atypowe rozdwojenie tęczówki praw. oka: coloboma istniało w zewnętrznej części błony. Dr J. T.

2. Towarzystwo okulistyczne w Moskwie. Posiedzenie z d. 27 lutego 1900.

1. Prof. Kriukow przedstawiał 37-letniego chorego z t. zw. *Knötchenförmige Hornhauttrübung* (Gronow): W środku rogówek istniały liczne, okrągłe, szarawe zmętnienia, dochodzące do  $\frac{1}{4}$  mm. średnicy. Inne części rogówek przezroczyste; zapalnych objawów w oczach żadnych. Zmętnienia rozwijają się powolnie i pozostają bez zmiany całe lata, obniżając bystrość wzroku. Podobny stan rogówek spostrzegł K. i u siostry chorego, cierpiącej na dnę; chora skarżyła się na światłowstręt i uczucie obcego ciała pod powiekami, dzięki licznym drobnym wyniosłościom powierzchni rogówek (zmętnienia leżały pod nabłonkiem); zalecono do wewnątrz Borzomskie

miner. wody (kaukazkie) i wkraplanie morfiny z chininą (atrop. i kokaina nie skutkowały). Choroby te spostrzegał Groenou w 2 przypadk. i Dimmer w 3 przypadk. (2 braci i 1 siostra), Biber (z klin. Haab'a) w 3 przypadk. Mikroskopem wykryto, że zmętnienia zawierały istotę szklistą.

Gilus twierdził, że spostrzegał w swojej praktyce 2 podobne przypadki — u 8-letniej dziewczynki i jej rodziców, a także u młodego kupca, który nosił znamienne plamki rogówek od dzieciństwa. Zdaniem jego, pożyteczne jest używanie przy tego rodzaju zmętnieniach uciskającej opaski, przeciw czemu występuje Kr., zalecając wyskrobywać lakowe.

2. A. Natanson odczytał: a) jeszcze słówko o t. zw. pozagałkowej *neuritis* wskutek grypy<sup>1)</sup> i b) *Iridochorioiditis utr.* wskutek grypy z dobrym zejściem. Z rozprawy, jaka się wywiązała z tego, wspomnę twierdzenie Gilusa, że *iridochorioiditis* bywa spostrzegana po *febris recurrens*. Łożeczników przypomina przypadki, że opisywano niedowład akomodacyi po mniemanej grypie, a w następstwie wytworzyła się ona dzięki dyfterytowi, panującemu w rodzinie takich chorych. Wspomniawszy o pracy Uthoff'a »Chwilowe zapalenie n. wzrokowego« (odczytanej w Hajdelberdze w r. z.), Ł. powiedział: »kilka dziesiątków zachorzeń oczu po grypie u wielu milionów ludzi, którzy ją przebyli, nie wskazuje jeszcze na zależność 2 tych chorób — grypy i chorób ocznych.

3. A. Natanson przedstawił opis cierpienia 20-letniego chorego p. t.: »przypadek zapalenia współczulnego z dobrym zejściem«. Lewa gałka raniona odłamkiem żelaza, które w dniu następnym wydobyto z tylnej komórki, po zrobieniu irydektomii. W ósmym dniu operowano urazową zaćmę, część soczew. mas pozostała. *Visus* = 0, wzrok prawego oka prawidłowy. Po trzech jednak tygodniach wzrok chorego obniżył się do 0,2, zmętnienie błony Descemet'a i w c. szklistem<sup>2)</sup>. Wyjęcie wcale nie bolesnej uszkodzonej lewej gałki. Po użyciu atropiny, ciepłych okładów, podskórnych wstrzykiwań pilokarpiny, wtierań szaruchy, wzrok počzął się polepszać i powoli wrócił do stanu prawidłowego.

4. W. Filatow przedstawiał chorego z »wrodzoną wadą naczyń siatkówki« lewego oka (*visus* = 0,8). Między soczewką i wewnętrzna  $\frac{1}{2}$  dna ocznego, wykryto w c. szklistem cienką błonkę, która przeświecała i słabo się zapada. Postaci trójkątnej, błonka ta

<sup>1)</sup> p. Postęp okul. str. 160 z. r. 6.

<sup>2)</sup> I Czesi mówią szkliste, a nie szklane, jak piszą lwowianie: Телесо sklovite, či sklivec. (Przyp. sprawozdawcy).

z jednej strony kątem swym przyczepiała się do wewn. brzegu tarczy, drugim do dolno-wewn. kwadrantu soczewki w postaci guziczkowej wyniosłości. W błonce widać 2 otwory — większe w tylnej, mniejsze w przedniej jej części. Zanikowe zmiany naczyniówki w sąsiedztwie tarczy. Od ostatniej wchodzi do błonki jedna z gałązek tętnicy i brzegiem takowej, ścieśniając się dochodzi prawie do samej soczewki; prócz tej spostrzega się w błonce i druga jeszcze tętniczka. Chociaż autor nie wypowiedział zdania co do istoty tej wady, przypuszczać jednak należy, że miała tu miejsce *art. hyaloideae persistens*, z pewną zależnością od *chorioiditis foetalis*. (Porównaj streszcz. obs. Van-Duyse'ego w P. Ok. na str. 226 z r. z. *Przyp. spraw.*)

Dr. J. T.

#### IV. ROZMAITOSCI.

**Wydawnictwa Urlauba, petersburskiego optyka.** Gdy nasi optycy w rodzaju p. Drehera w W., reklamowaniem w pismach codz. nawet wierszydkami zalecają swoje firmy, p. Urlaub wyrabia swoją sławę w Rosyi wydawnictwami specjalnemi. Z liczby 10 jego broszur, jedna (*Rys historii optyki w Rosyi*) była już streszczoną w P. O. na str. 20 z r. z. Świeżo opuściło prasę nowych 2: a) *Podręcznik dla przepisujących sztuczne oczy (prothesis ocularis)* (Petersburg 1900, cena 25 kop.) i b) *Ochronne okulary dla pracujących w żel. fabrykach, hutach, pracowniach, laboratoryach, w szachtach etc.* (Petersburg 1901, cena 40 kop.).

Z pierwszej dowiadujemy się, że fabryki sztucznych oczu w Rosyi wcale niema i że takowe zapisują się z zagranicy. U Urlauba można nabyć *prothesis* w cenie 5 do 15 r., przyczem wysyła takowe pojedynczo. Kto zaś mu płaci 25 r., to wysyła doborową kolekcję z 12 sztuk, z warunkiem zwrotu pozostałych. 10 dni czasu pozostawia na wymianę złe dobranej protezy.

>Protezy Müllera, chociaż posiadam, lecz nie polecam takich — pisze p. U. — ponieważ, jak przekonywa praktyka, owalne protezy wewnętrzną swą powierzchnią często sprawiają dotkliwy ucisk na dno oczodołu. W większej ilości przypadków, dobrane protezy Müllera z czasem przyszło mi zastąpić protezami zwyczajnego typu. Przytem takie protezy nie mogą być otrzymywane zaocznie, listownie, lecz wyrabiają się wobec każdego klienta, na miejscu ich fabrykacyi.

Broszura o ochronnych okularach wydana dość starannie i pouczająco (stronie 32). Autor ozdobił ją licznymi rycinami, przedstawiającemi nowe typy z lat 1898 — 1900.



Najprzód opisuje rosyjskie typy ochron. okularów i dzieli je na 2 grupy: 1) ochron. okulary przy mechanicznych robotach:

- a) ochronne okulary z dużymi jajowato-wypukłymi szklami (typ prof. Donnberga), dużego i małego formatu. Okulary te nie zmniejszają pola widzenia, i opatrzone drucianą siatką ze strony skroniowej, wcale nie polnieją. Kosztują od 80 k. do 3 r. 20 k., stopniowo czy szkła białe czy błękitne, dymne czy ciemno-czerwone (*nigri*), albo też stosownie do wielkości i grubości szkła.
- b) Ochronne okulary z okrągłymi wypukłymi szklami (typ Dra Bogdanowa, opisany w *P. O.* na str. 84 z r. 1899).
- c) Ochronne okulary bez drucianych siatek, dla mniej szkodliwych robót. Oprawa metaliczna masywna z nadejami części skroniowej; okrągłe, wypukłe szkła utrzymują się za pomocą łapek tak, że między oprawą i szklami pozostaje przestrzeń; mogą być białe lub zabarwione.
- e) Ochronne okulary marynarskie. Jest takich 2 typy: 1) owalne szkła mają metal. oprawę z otworami dla wentylacji; brzeg oprawy, przylegający do twarzy i oczodołu, obciągnięty skórą; cena od 1 r. 10 k. do 2 r. i 2) ochronne okulary w postaci siatki bez szkła, lecz tylko znacznej wypukłości, odpowiednio oczom.

II. grupa posiada 3 typy ochron. okularów przy chemicznych robotach.

- a) Typ Dra Rauchfusa z pożytkiem używany przy operacjach na zaraźliwych chorych. Wypukłe, okrągłe szkła, przytwierdzone do gumowej oprawy, dokładnie przylegającej do oczodołu. Mogą być bez maski i z maską zakrywającą całą twarz.
- b) Okrągłe szkła oprawne w róg i mające wokoło gumową opaskę.
- c) Szkła Graefowskie w niklowej oprawie, otoczone płaszczkiem zamkniętym.

W drugiej części zaznajamiamy p. Urtaub czytelnika z zagranicznymi typami ochronnych okularów, które bogato ilustruje. Najprzód występują wyroby przemysłu francuskiego: a) typ dra Detourb: płaskie, owalne szkła w oprawie z aluminium, obciągnięte drucianą siatką.

- b) lunette à grillage: płaskie, owalne szkła, otoczone drucianą siatką, bez, lub obszyte atłasem.
- c) lunettes mistraliennes: taka jak poprzednie, tylko różni się postacią drucianej siatki, obciągniętej atłasem. Ochronne obydwóch ostatnich typów zwykle się używają we Francji podczas wyścigów, stąd nazwa: okulary dżokejskie.

- d) Lunettes pour soufreurs de vignes: gładkie, okrągłe szkła, w oprawie, otoczone ochronną siatką z kauczuku lub ze skóry, utrzymują się na głowie zapomocą tasiemki.
- e) Ochronne holenderskie okulary: płaskie, grube, owalne szkła, otoczone drucianą siatką, obszytą skórą. Specyalne mają przeznaczenie dla kamieniarzy.
- f) Niemieckie: Normale Arbeiter Schutz-Brillen. Oprawa ochronna z aluminium, z wieloma otworami.
- g) Arbeiter-Unfallbrille. Ochronna oprawa z poprzecznymi małymi otworkami, płaskie, grube szkła, utrzymują się zapomocą tasiemek.
- h) Neuste Arbeiter-Schutz-Brille (płaskie). Oprawa w formie 4 boczego metalowego pudełka, z otworami dla wentylacji.
- i) System Simmel-Bauer (met. siatka, obszyta skórą).
- k) Tomala-Glimmer-Brille, bardzo lekkie, zamiast szkiele mika.
- l) Angielskie: goggles z ruchomemi na obie strony siatkami.
- ł) Piller Goggles ze stałemi siatkami, obszytymi ałasem.
- m) Amerykańskie lamb's eye Schiela, metal. oprawa otoczona jelenią skórką z otworami, zamiast szkiele mika<sup>1)</sup>. D. J. T.

#### Niezborność przy otwartem leczeniu po operacyi zaćmy.

Heiman wykazują w *Wschr. f. Therapie u. Hygiene des Auges* N. 38, 01. Na podstawie co prawda bardzo nielicznego materiału z kliniki Froehlich'a w Berlinie, że niezborność pooperacyjna przy otwartem leczeniu jest znacznie mniejszą, aniżeli po zakładaniu pełnej opaski. Chorem jego przymocowywano po operacyi lupinkę celuloïdynamą Schreiber'a. Gdy Dołganow miał 2·6, Laquour 3·6, Schulze 6·175, Treutler 5·5, Weiss 4·00 D. niezborności przecięciowo, przy zakładaniu chorem opaski, Heiman wykazał tylko 1·35 D. na materiale 17 operowanych w klinice Froehlich'a, a pomiędzy tymi była także płatowa sklerotomia dla jaskry ostrej (bez następowego ast).

Zdaniami naszym najprzód materiał tak mały nie wystarcza dla należytego ocenienia stosunku, a dalej wypada chcąc mieć ścisły pogląd na rzecz uwzględnić bardzo wiele okoliczności mogących wpłynąć także ujemnie lub dodatnio na pooperacyjną niezborność.

**Zranienie oka noworodka** przez kleszcze połogowo opisuje Dr Bylsma. Obrażenie musiało być spowodowane łyżką założoną na czoło i lewe oko za czem przemawiało wżłobienie przy dolnym brzegu oczodołowym, i na czole; obie powieki ciemno obrzmiało, tak że tylko z trudnością rogówka widoczna. Przednia komórka krwią wypełniona. Spojówka naokoło rogówki nabrzmiała. Po kilku dniach krew z przed.

<sup>1)</sup> Kreślmy te notatki w tej myśli, że może nasze fabryki i pracownice pomyślą nareszcie o ochronnych okularach dla robotnika. Do dziś dnia sprawa ta leży u nas odłogiem, a oczy giną marnie od odłamków żelaza, kamieni, szkła i chemicznych przetworów!

komórki zaczęła nikać, a później spostrzeżono po stronie skroniowej oderwanie tęczówki. W tylnym odcinku gałki nie ma żadnych zmian.

**Bąblowiec oczodołu.** W tow. lekarskiem w Rostoku wspominał prof. Axenfeld o operowanym przez siebie przypadku bąblowca oczodołu czasową resekcją zewn. ściany oczodołowej sposobem Kroenleina. Przypadek dotyczył 3 letniego chłopca, u którego w przeciągu 3 miesięcy rozwinęło się silne wystąpienie pr. gałki ze znacznem upośledzeniem wzroku bezbolesne przemawiająco za nowotworem w obrębie mięśniowego lejku, a przedewszystkiem za nowotworem nerwu wzrokowego. Operacya Kroenleina wykazała bąblowca wielkości gołębiego jaja od zewnątrz okalającego nerw wzrokowy, ale z nim nie zrosłego. Pasożyt dał się z łatwością wydobyć, ale całej torebki nie wydobyto z powodu, iż mięśnie prosto zewnętrzny i górny z takową były zjednoczone. Ograniczono się więc do wycięcia części torby, do wyskrobania jamy, poczem kość reponowano. Przebieg pooperacyjny był zadawalniający, wysadzenie gałki znikło, wzrok powrócił, tak, że oko to rozpoznawało palec na odległość 3 mtr. Prelegent zwrócił uwagę na rzadkość lokalizacyi bąblowców dość licznych w Meklenburgu, a dalej na niepewne rozpoznanie nowotworów nerwu wzrokowego wobec czego operacya Kroenleina, jako jedynie racjonalna winna zyskać pierwszeństwo przed dawniejszem postępowaniem, przy którym najprzód przecięto nerw przy samem *foramen opticum*, a następnie zwicznawszy gałkę wycięto nadoś i gałkę reponowano.

Chcąc ułatwić sobie operacyę kazal A. sporządzić płyty orbitalne u W. Windlera w Berlinie dla powstrzymania podczas operacyi wysuwającego się tłuszczu oczodołowego. — (Münchener med. Wschrift. N. 30. 1901.

## V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Axenfeld z Rostoku powołany do Fryburga na miejsce ustępującego z katedry prof. Manza.

Prof. Greef z Berlina powołany na prof. okulistyki do Rostoku na miejsce Axenfelda.

Dr Roemer habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie Wyrzburgskim.

Prof. A. Wagenmann w Jenie mianowany stałym sekretarzem oftalmicznego towarzystwa heidelbergkiego.

## VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Zmarł w Budapeszcie primaryusz i docent Dr. J. Siklóssy w 63 roku życia.



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

*ZE WSPÓŁUDZIAŁANIEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLEBANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHIEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALIKI W LUBLINIE.*

Wrzesień

—•— ROCZNIK TRZECI —•—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Badanie widzenia różniczkowego i całkowego.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

z Pohulanki.

Z tablicą.

Pierwszymi badaczami ostrości wzroku byli astronomowie, stąd nawet jedna z gwiazd Wielkiej Niedźwiedzicy nazwaną została próbą wzroku, oko bowiem prawidłowe, nawet nieuzbrojone, rozpoznać może, że Mizar, środkowa gwiazda w ogniu gwiazdozbioru Wielkiej Niedźwiedzicy, ma blisko siebie drobną gwiazdkę, zwaną Alkar.

Hooke, starając się ściślej oznaczyć granicę ostrości wzroku, znalazł, że dwie gwiazdy, pomiędzy którymi odległość mniejsza jest od 20 sekund, nie są już rozpoznawane jako dwie, ale jako jedna gwiazda<sup>1)</sup>.

Przez długi czas badaniem ostrości widzenia zajmowali się astronomowie i filozofowie, znacznie później lekarze. Tak

<sup>1)</sup> Hooke: Helmholtz. Physiolog. opt. 2te Aufl., str. 256.

n. p. przyjęcie kąta 1 minuty, jako miary dla oznaczania prawidłowej ostrości wzroku, zawdzięczamy nie Snellen'owi, jak to mylnie sądzą jeszcze dotąd, ale Kandyllak'owi, który pierwszy w swym Traktacie o wrażeniach zmysłowych w roku 1754 napisał: »przedmiot jest widzialny o tyle tylko, o ile kąt, określający przestrzeń obrazu jego na siatkówce, posiada pewną wielkość. Przypuszczam, że musi on mieć najmniej jedną minutę!«.

W bardzo skrzętnie zebranem piśmiennictwie, pomieszczo-  
nem jako dodatek do drugiego wydania Optyki fizyologicznej  
Helmholtz'a, pomimo, że wykaz autorów poczyna się od r.  
1705, o Kandyllak'u nie ma jednak żadnej wzmianki.

Chociaż Himly utrzymuje, że i dawniejsi lekarze używali  
druków różnej wielkości dla oznaczania siły wzroku, to jednak  
dopiero H. Kuchler wydał w roku 1843 w Darmstacie próby  
drukowane dla badania ostrości widzenia, jak sam powiada,  
w tym celu, żeby:

1. wymierzać siłę wzroku u chorych na oczy;
2. wymierzać u chorego różnice, zachodzące w sile wzroku  
w ciągu choroby.

W r. 1854 Ed. v. Jäger w Wiedniu ułożył próby wzroku  
w różnych językach. W roku 1855 Stellwag von Carion,  
również w Wiedniu, oznaczył w próbach siły wzroku prawid-  
łową odległość, z której każdy rząd liter powinien być roz-  
poznawany.

Lecz dopiero w r. 1862, czyli w sto lat po Kandyllak'u,  
Snellen<sup>2)</sup> zastąpił niejasne wyobrażenie siły wzroku ścisłym  
pojęciem ostrości widzenia, przyjmując, że wzrok prawidłowy  
powinien z łatwością rozpoznawać przedmioty, widziane pod  
kątem 1 minuty. Niewiadomo, czy traktat Kandyllak'a o wra-  
żeniach zmysłowych znanym był Snellen'owi.

---

<sup>1)</sup> Caudillac: *Traité des sensations*. Tłóm. polskie Langiego pod  
redakcją prof. Henryka Struvego. § 22., str. 140.

<sup>2)</sup> Snellen: *Letter proeren tot bepaling der gesichtscherpte*. —  
Utrecht. 1862.

Szokalski wprowadził w myśl Kandyllaka i Snellen'a pojęcie ostrości widzenia do polskiego mianownictwa okulistycznego; tegoż miana używał stale i Stanisław Kośmiński<sup>1)</sup>. Rzeczywiście ostrość widzenia dokładnie tłumaczy rzecz, bo, im kto lepiej widzi, tem pod mniejszym, czyli — inaczej — ostrzejszym kątem spostrzega przedmioty.

Obecnie jednak ostrość widzenia zwykle mianuje się bystrością wzroku; tymczasem bystrość widzenia oznacza chyba zupełnie coś innego, jest to bowiem raczej pojęcie mniejszego lub większego czasu, w jakim oko przebiega drogę od jednego ustalenia na przedmiocie do ustalenia następnego. Bystrość widzenia badaną była przez Lamansky'ego<sup>2)</sup>, Volkmann'a<sup>3)</sup> i Vierordt'a<sup>4)</sup>.

Chociaż już Burchardt<sup>5)</sup> starał się zastąpić litery punktami, to jednak aż do roku 1893 nie wątpiono o równej przedmiotowej wartości badania ostrości widzenia literami i punktami.

W r. 1893 Noiszewski<sup>6)</sup> doniósł o różnicach ostrości widzenia przy badaniu literami i punktami u tych samych osobników, lecz dopiero w r. 1896 wydrukowano o tem obszerniejsze sprawozdanie w *Centralbl. f. pr. Augenheilkunde*.

Ten sam<sup>7)</sup> podniósł powtórnie różnicę, otrzymywaną przy badaniu ostrości widzenia u niektórych osobników literami i punktami, na XII. zjeździe międzynarodowym lekarzy, tłumacząc trudność w liczeniu punktów bezładem wzrokowym. Przy po-

---

<sup>1)</sup> Stanisław Kośmiński: Badanie przyrządu wzrokowego ze względu na refrakcyę, akomodacyę i ostrość widzenia. Warszawa. 1880. *Odbitka z Medycyny*, str. 43.

<sup>2)</sup> Lamansky: *Arch. f. die gesammte Physiologie*. II., str. 418. 1869.

<sup>3)</sup> Volkmann: *Vagner's Handwörterbuch der Physiologie*. III t., str. 276. 1846.

<sup>4)</sup> Vierordt: *Grundriss der Physiologie*. Str. 425. 1877.

<sup>5)</sup> M. Burchardt: *Internationale Schproben*. 3te Aufl. Kassel. 1883.

<sup>6)</sup> K. Noiszewski: *Metoda badania dyferencyalnego i integralnego widzenia, z tablicą*. — *Gaz. Lek.* Nr 19, str. 503. 1894.

<sup>7)</sup> *Centralbl. f. pr. Augenheilkunde*. 1896, str. 463. — *Die Untersuchungsmethode des differentialen und integralen Sehens*.



mocy fiksometru wykazał autor, że bezład wzrokowy zależny jest nie od ostrości widzenia, ale tylko od bystrości ruchów gałki ocznej<sup>1)</sup>.

Przeciwnie ostrość widzenia jest przede wszystkim czynnością siatkówki; miarą ostrości widzenia według zwykłego w podręcznikach określenia jest ten najmniejszy obraz na siatkówce, którego postać może być jeszcze rozpoznana.

Zdolność rozpoznawania postaci obrazów na siatkówce zależy od następujących warunków: wrażliwości elementów siatkówki, nasilenia w oświetleniu przedmiotów i przygotowania (przystosowania) siatkówki (*adaptatio*).

Wrażliwość elementów siatkówki jest wielkością bardzo zmienną, bywa ona różną nie tylko u różnych osobników, ale i u tego samego osobnika w różne czasy.

Wraz z nasileniem oświetlenia powiększa się i ostrość widzenia, jednak tylko do pewnej granicy, poza którą powiększenie oświetlenia nie powiększa, ale pomniejsza ostrość widzenia.

Co zaś do przygotowania siatkówki, to ono wymaga 5—20 minut przy przejściu z jednej oświetlonej przestrzeni do innej mniej lub więcej oświetlonej.

Od czasów Snellen'a przyjęto ostrość widzenia oznaczać wzorem:  $W = \frac{d}{D}$ , w którym  $W$  oznacza ostrość widzenia,  $d$  — odległość, z której oko badane rozróżnia znaki próbne, a  $D$  — odległość, z której rozróżnia te same znaki oko prawidłowe.

Oczywiście, im większe są obrazy znaków na siatkówce, tem łatwiej badany osobnik rozróżnia znaki; wielkość zaś obrazu na siatkówce zależy od miejsca, gdzie się znajduje punkt  $K_2$ , mianowicie, im bliżej od siatkówki, tem mniejszym jest ów obraz. Przeciwnie wielkość kąta widzenia przedmiotu zależy od miejsca, gdzie się znajduje punkt  $K_1$ , mianowicie, im dalej od siatkówki, tem większy jest kąt widzenia.

<sup>1)</sup> Noiszewski: *L'ataxie optique et la polyopie monoculaire*. — Comptes-rendus du XII Congrès international de Médecine 1897. Section XI Ophthalmologie, str. 312—314.

Ponieważ odległość między punktami  $K_1$  i  $K_2$  nie jest stałą, więc nie ma stałego stosunku pomiędzy wielkością obrazu na siatkówce, a wielkością kąta widzenia. Słuszną też czyni uwagę Schmidt-Rimpler, że wielkość kąta widzenia nie może służyć za miarę wielkości obrazu na siatkówce, i oznaczanie ostrości widzenia z wielkości kąta widzenia nie może być uważane za racjonalne.

Przy oznaczaniu bystrości widzenia najważniejsze znaczenie ma: czas zatrzymania oka na przedmiocie i czas przejścia od jednego ustalenia oka na przedmiocie do ustalenia następnego.

Czas przejścia od jednego ustalenia oka na przedmiocie do ustalenia następnego jest znacznie dłuższy u osobników cierpiących na bezład wzrokowy, niż u osób z prawidłową bystrością wzroku. Osoby, zupełnie pozbawione bystrości widzenia, nie są w stanie ani zatrzymać swych oczu na przedmiocie, ani znaleźć jakibądź przedmiot w przestrzeni.

Objawy te najbardziej są uderzające u osób ślepych od urodzenia lub takich, które utraciły wzrok w dzieciennym wieku i później odzyskały go przy pomocy operacji. »Osoba ślepa od urodzenia — opowiada Wardrop<sup>1)</sup> — odzyskała wzrok na lewym oku. Ośmnastego dnia po operacji, widząc dobrze, z wielką trudnością znalazła kierunek, w którym znajdował się przedmiot i ustalić wzrok na nim«.

Mniejsza bystrość polega nie tylko na tem, że osobnik z małą bystrością widzenia zużywa więcej czasu od przejścia od jednego ustalenia na przedmiocie do ustalenia następnego, ale także i na tem, że jego sąd różniczkowy jest znacznie większy, niż u osobnika z prawidłową ostrością widzenia. Czas bystrości mierzy się fiksometrem, kątem bystrości, czyli kątem różniczkowego widzenia, tą najmniejszą odległością, która pozwala jeszcze odróżnić dwa punkty od jednego.

Od dawna już oznaczam zarówno ostrość widzenia jak

---

<sup>1)</sup> Noiszewski: Bezład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie. Kron. Lek. Zeszyt 10. 1898, str. 427—433.

i bystrość w milimetrach, przyjmując jako prawidłową tę odległość, z której oko prawidłowe liczy jednomilimetrowe kwadraty i rozpoznaje litery o zarysach jednomilimetrowej grubości. Jakkolwiek są osoby, które liczą jednomilimetrowe kwadraty przy jednomilimetrowej przestrzeni między kwadratami z odległości 4, a nawet 5 metrów, to jednak jako prawidłową odległość przyjęć należy odległość 3 metrów, gdyż z tej tylko odległości rozróżnia je każde oko prawidłowo-ogniskowe.

Odległość 3metrowa, chociaż znacznie mniejsza od ogólnej przyjętej 5- lub 6metrowej, jest jednak zupełnie wystarczającą. Najśłabszą soczewką jest soczewka 0,25 D z odległością ogniskową równą 4 metrom, oko jednak nie odczuwa obecności soczewki. Najśłabszą soczewką, której obecność oko już odczuwa, jest soczewka 0,5 D z odległością ogniskową równą 2 metrom. Soczewka 0,3 D nie wiele się różni od soczewki 0,25 D i oko równie mało ją odczuwa, jak i soczewkę 0,25 D. Odległość ogniskowa tej soczewki równą jest 3 metrom.

Prawidłową ostrość widzenia oznaczam  $W = 1$  mm; m to miejsce wtedy, gdy badany rozpoznaje litery grubości jednomilimetrowej z odległości 3 metrów; prawidłową bystrość widzenia, czyli — inaczej — widzenia różniczkowego, oznaczam  $W = 1$  mm dif, gdy badany liczy z tej samej odległości 1milimetrowe kwadraty, rozdzielone jednomilimetrowymi przestrzenniami.

Przez  $W = 2$  mm oznaczam, że badany rozpoznaje z odległości 3 metrów litery dwumilimetrowej grubości i liczy kwadraty dwumilimetrowe, odróżniając literę i widzenie integralne, całkowite, czyli ostrość widzenia od widzenia dyferencyjalnego, oznaczanego literami dif.

Jeżeli wynik badania różniczkowego widzenia w kierunku pionowym inny jest od wyniku badania różniczkowego widzenia w kierunku poziomym, to każdy kierunek oznacza się osobno, np.:  $W = 1$  mm integral, 2 mm dif. horyz., 3 mm dif. vert.

Przez  $W = 20$  mm — oznaczam, że badany osobnik z odległości 3 metrów rozpoznaje litery grubości 20milimetro-



wej i z tej samej odległości liczy 20milimetrowe kwadraty, rozdzielone dwudziestomilimetrową przestrzenią.

Jeżeli wzrok został zbadany nie z odległości 3 metrów, lecz z odległości 2, 1 lub  $\frac{1}{2}$  metra, to odległość inna niż 3metrowa oznacza się w nawiasie, np.  $W = 4 \text{ mm}$  (1 M) oznacza, że badany rozróżni litery czteromilimetrowej grubości z odległości jednego metra, lub z tej samej odległości liczy czteromilimetrowe kwadraty.

Chcąc przeprowadzić wzór ostrości widzenia oznaczony w milimetrach, na wzór Snellen'a, należy oznaczyć ostrość widzenia ułankiem, którego licznikiem będzie 1 milimetr, a mianownikiem ta liczba milimetrów, której odpowiada grubość liter rozpoznawanych przez badanego z odległości 3 metrów.

Tak n. p. jeżeli z odległości 3 metrów badany rozróżnia czteromilimetrowej grubości litery, czyli, że jego  $W = 4 \text{ mm}$ , to — pisząc w liczniku 1 m, a w mianowniku 4 — otrzymamy  $W = \frac{1}{4}$  albo  $\frac{6}{24}$  Snellen'a.

Sposobu oznaczania ostrości widzenia w milimetrach można używać jako okomiaru. Jeżeli n. p. na pewnej odległości rozróżniamy jeszcze przestrzeń pomiędzy dwoma oknami, wiedząc, że przestrzeń ta równą jest 1 metrowi, to stąd możemy wnosić, że odległość okien od nas równą jest 3 kilometrom, bo jeżeli 1 mm rozpoznawany jest z odległości 3 metrów, to 1 metr będzie rozpoznany z odległości 3 kilometrów.

Podana przeze mnie<sup>1)</sup> tablica jest tablicą porównawczą miar ostrości wzroku z miarami bystrości wzroku, albo widzenia całkowego z widzeniem różniczkowem.

W każdym szeregu tablicy znajduje się obok kwadratów litera, której grubość równą jest odległości pomiędzy kwadratami.

Chociaż większość osób posiada jednakową jak ostrość widzenia dla liter, tak i bystrość dla liczenia punktów, są jednak dwa rodzaje badanych osób, dla których liczenie znaków jednego pozoru jest o wiele trudniejsze od rozpoznawania liter,

---

<sup>1)</sup> Noiszewski: L'ataxie optique l. c.

czyli znaków różnego pozoru. Są to astygmatycy i ataktycy. Dla astygmatyków punkty zlewają się w podłużne lub poprzeczne kresy, u ataktyków występuje jednooczne wielowidzenie.

Są osoby uskarżające się na jednooczne wielowidzenie tylko w jednym kierunku, n. p. tylko w pionowym lub tylko w poziomym; są też i takie, które wcale znaków jednakowego pozoru liczyć nie mogą, chociażby te znaki były tak wielkie jak jabłka; nie przeszkadza to im jednak mieć zupełnie prawidłową ostrość widzenia dla liter.

Co się tyczy ostrości widzenia, to jest rozpoznawania liter czyli znaków różnego pozoru, to litery o zarysach mających wszędzie jednakową grubość są łatwiej rozpoznawane od tych, które mają w swych zarysach obok grubych i cienkie części.

Jednak i litery o zarysach równej grubości nie będą łatwe do rozpoznania, jeżeli nie zostaną zachowane dwa inne warunki, mianowicie:

1. stosunek grubości do wysokości liter;
2. stosunek grubości liter do odległości pomiędzy literami.

Stosunek grubości do wysokości liter nie powinien być mniejszy jak 1:5 i większy jak 1:10.

Im wyższą jest litera, tem przy jednakowej grubości zarysach łatwiej może być rozpoznana; nie tylko bowiem zajmuje większą ilość wrażliwych elementów siatkówki, ale pozwala na większą rozległość ruchów gałki oka. Jednak i najdłuższa kresa przestaje być odczuwaną, jak tylko grubość jej staje się mniejszą  $\frac{1}{5}$  grubości zarysu liter danego rzędu.

Stosunek grubości zarysu do odległości pomiędzy literami nie powinien być mniejszy jak 1:2.

Dotąd sami tylko Anglicy stale używają w swych drukach czcionek o zarysach jednakowej grubości; pozwala to im bez szkody dla wzroku używać czcionek znacznie drobniejszych od tych, które używane są na lądzie.

Wprawdzie niektóre z naszych czasopism używają czasem czcionek o zarysach prawie jednakowej grubości, ale to im zdarza się tylko w nagłówkach lub ogłoszeniach; wiele bo-

wiem osób jest tego zdania, że litery o równej grubości zarysach mniej estetyczny mają wygląd od takich, które mają w swych zarysach części grubsze i cieńsze.

Osobiście uważam druki angielskie za najpiękniejsze, ale gdyby nawet było inaczej, to względy estetyczne muszą być podporządkowane względom higieny wzroku.

Ponieważ osobnik z prawidłową ostrością i bystrością wzroku z łatwością rozróżnia przestrzeń jednomilimetrową z odległości 3 metrów, więc z odległości 30 centymetrów, to jest z odległości, w jakiej zwykle trzymana jest książka, musi on rozpoznawać litery o zarysach 0,1 mm.

Przyjmując 0,1 mm, jako prawidłową grubość zarysu dla bliży, otrzymany szereg druków o zarysach: 0, 1 mm; 0,2 mm; 0,3 mm; 0,4 mm i t. d.

Wyjątkowo mogą być używane druki o zarysach cieńszych niż 0,1 mm, np. 0,05 m dla odległości 15centymetrowej od oczu.

Dawno już czas, żeby oftalmologia wstąpiła do drukarni i usunęła stamtąd różne nonpareille, pelity, cycero, zastępując je czcionkami więcej racjonalnymi.

## **2. Zapalenie rzeżączkowe spojówki noworodków (blennorrhoea neonatorum), pochodzące z zakażenia przedporodowego.**

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

z Wilna.

Przypadki cierpienia, wymienionego w tytule, są rzadkie, uważam przeto za stosowne podać następujący przypadek, spostrzegany w roku zeszłym, który tem jest radszy, że nie towarzyszyło mu przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego.

Dnia 17 sierpnia r. 1900 zostałem wezwany do dziewczynki B. M. Dziecko urodziło się przed 4 godzinami z obrzękiem powiek; oczu dotąd nie otwierało.



Znalazłem obie górne powieki silnie nabrznięte o naprężonej, połyskującej i czerwonej skórze; pokrywały one gałki oczne i zachodziły na dolne powieki. Po rozsunięciu powiek, co było połączone ze znaczną trudnością, nastąpiło wypryśnięcie surowiczo-ropnego płynu. Spojówka powiekowa czerwona, gałkowa silnie przekrwiona, połyskująca i nieco obrzękła, załamek przejściowy górny obrznięty. Na lewej rogówce, niżej środka, małe zmętnienie.

Następnych dni na spojówce powiekowej wystąpiły przerosłe, krwawiące brodawki o grubo-ziarnistym wyglądzie. Zjawiała się obfita wydzielina ropna, która przedstawiała wszelkie znamiona wydzieliny rzeżączkowej u noworodków.

Dziecię było wogóle prawidłowo rozwinięte i, z wyjątkiem choroby ocznej, zdrowe. Poród odbył się we właściwym czasie, dość prędko (trwał około 13 godzin), bez powikłań, przy prawidłowych bólach i prawidłowej ciepłocie ciała, w pierwszym położeniu czaszkowym dziecka. Wody płodowe odpłynęły przy zupełnem rozszerzeniu ust macicznych, a w kilka minut później nastąpiło urodzenie.

Matka, żona robotnika, lat 27. Stan jej ogólny był dobry, miednica prawidłowa. Urodziła po raz drugi. Pierwsze dziecko (urodzone przed 2 laty) cierpiało również na rzeżączkowe zapalenie oczu, lecz cierpienie to wystąpiło na czwarty dzień po urodzeniu. Choruje na białe upławy. Badanie wydzieliny pochwy matki i spojówki nowonarodzonego dziecka wykazało wielką ilość gonokoków. Nie ulegało przeto wątpliwości, że matka przedstawiała zapalenie rzeżączkowe pochwy, którem zaraziła spojówkę dziecka. Zakażenie to musiało nastąpić przed urodzeniem, gdyby bowiem miało miejsce podczas urodzenia, dziecko urodziłoby się ze zdrowymi oczami i zaczęłoby chorować na 3—4 dzień.

Przy zwyczajnem leczeniu (częste przemywanie oczu, zimne okłady sublimatowe (1 : 10.000),  $\frac{1}{4}\%$  roztwór atropiny do oka lewego, od trzeciego dnia 2% roztwór saletrzanu srebra) objawy chorobowe stopniowo ustępowały. Zmętnienie na lewej

rogówce znikło w ciągu tygodnia. Po trzech tygodniach dziecko było zupełnie zdrowe.

Obecnie można zauważyć na spojówce powiek, szczególnie przy pomocy lupy, jako ślad przebytego cierpienia, drobne niebieskawe-białe blizny, w kształcie kilku bardzo cienkich linii, równoległych do brzegu powiekowego. Podobne blizny, jak wiadomo, występują niekiedy po zapaleniu rzeżączkowym spojówki u noworodków.

Spostrzeżenia zapalenia rzeżączkowego wewnątrzmacicznego spojówki u noworodków, opisane w literaturze, albo wykazują powstanie cierpienia tego w ciągu pierwszych dwóch dni po urodzeniu, albo też przedstawiają dzieci rodzące się z niem. Ostatnie są rzadsze. Do pierwszych należy 16 przypadków Rivier'a<sup>1)</sup>, z których w czterech zapalenie wystąpiło w ciągu pierwszej doby po urodzeniu. W przypadku Hirschberg'a<sup>2)</sup> zjawilo się ono w 12 godzin ze zmętnieniem rogówki; wody płodowe odeszły na 3 dni przed urodzeniem. Hirschberg wymienia spostrzeżenie Rivaud-Landrana, który u noworodka w 2 dni po urodzeniu stwierdził zapalenie rzeżączkowe i zupełne zniszczenie rogówki.

Przypadki, w których dziecię urodziło się z cierpieniem, opisali Gałęzowski<sup>3)</sup>, Magnus<sup>4)</sup>, Krukenberg<sup>5)</sup>, Keller<sup>6)</sup>, Feis<sup>7)</sup>, Paryszew<sup>8)</sup>, Runge<sup>9)</sup>, Fers<sup>10)</sup>, Okieczyc<sup>11)</sup>. Feis wymienia też przypadek, spostrzegany w domu podrzut-

---

1) Annales de gynécologie, 1887.

2) Beitr. z. prakt. Augenheilk. 1876.

3) Wymieniony przez Haussmann'a w »Die Bindenhautinfektion der Neugeborenen«, 1882.

4) Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1887, str. 389.

5) 6) Verhandlung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin. Sitzung vom 26. Juni 1891.

7) Centralblatt für Gynäkologie. 1892, str. 873.

8) Wracz, 1892, str. 1186.

9) Die Krankheiten der ersten Lebensstage. 2-gie wyd. 1893, str. 239.

10) North Americ. Practitioner. 1893. Sprawozdanie w Centralbl. für prakt. Augenheilk. 1893, str. 557.

11) Russkij medicinskij wiestnik, 1900, nr. 17.

ków wiedeńskim, wrodzonego zniszczenia obu rogówek z wypadnięciem tęczówki, jako skutek zapalenia rzeżączkowego wewnątrzmacicznego.

W powyższych 9 przypadkach wody płodowe odeszły na wględnie długi czas przed urodzeniem dziecka: u Okinczyca na tydzień przed początkiem bólów porodowych, u Paryszewa na trzy doby, u Feis'a i Fers'a na 54 godzin, u Krukenberg'a na dwie doby, u Magnusa na jedną, u Keller'a na 17 godzin. Okoliczność ta wyjaśnia zakażenie oczu dziecka przed urodzeniem: jad rzeżączkowy z wydzieliną pochwy i kanału szyi macicy mógł swobodnie wejść w obręb pęcherza płodowego i dotrzeć do oczu płodu. Feis przypuszcza, że w jego przypadku wydzielina, zawierająca pierwiastki zakaźne, została przeniesiona palcem, przy badaniu rodzącej, z dolnej części dróg płciowych do macicy.

Zakażeniu sprzyjała w kilku z wymienionych przypadków długość porodu (u Magnusa trzy dni) i przedwczesny poród (u Feis'a i Paryszewa), przy którym słabe dziecię przedstawia mniejszą odporność od prawidłowego na szkodliwe wpływy zewnętrzne; warunek ten w przypadku Paryszewa wywołał śmierć dziecka na piąty dzień życia. Wpływ przedłużającego się porodu na zakażenie oczu dziecka rzeżączką wskazują tablice Credégo i spostrzeżenie Hausmann'a i Credégo, że chłopcy, jako więksi i wskutek tego wolniej rodzący się od dziewcząt, częściej od tych ostatnich bywają dotknięci zapaleniem rzeżączkowym spojówki.

W kilku przypadkach przy cierpieniu spojówki stwierdzono w chwili urodzenia zmętnienie rogówki, jednostronne (u Krukenberg'a) lub obustronne (u Magnusa i Paryszewa).

Przypadek mój różni się znacznie od poprzednich tem, że nie miało w nim miejsca przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, nie było przeto swobodnego wejścia dla jadu rzeżączkowego. Brakło też warunków, sprzyjających zakażeniu: przedłużający się lub przedwczesny poród.



Podobny przypadek opisał L w o w <sup>1)</sup> (docent prywatny uniwersytetu kazańskiego). Poród odbył się prawidłowo i dość prędko; wody płodowe odeszły przy zupełnem rozszerzeniu ust macicznych i w 6 minut potem urodziło się dziecko, przedstawiające zapalenie rzeżączkowe spojówki, co zostało stwierdzone przez badanie bakteriologiczne; wydzielina pochwy u matki zawierała również w obfitości gonokoki. Autor objaśnia swój przypadek przypuszczeniem, że albo gonokoki przedostały się przez nieuszkodzone błony jajowe, gdy główka płodu stała w szyi macicy, albo też że przeszły one przez małe pęknięcie pęcherza u góry (w szyi macicy), które mogło wytworzyć się na dobę, lub wcześniej, przed porodem. Ponieważ jednak badanie błon płodowych nie potwierdziło tego ostatniego przypuszczenia, pozostaje tylko pierwsze.

Podobnymi do mego są też przypadki Nieden'a <sup>2)</sup> i Haussmann'a <sup>3)</sup>, lubo zapalenie spojówki nie było w nich prawdopodobnie rzeżączkowym. W pierwszym dziecie urodziło się w pęcherzu; poród odbył się łatwo i prędko przy pomocy lekarza, który otworzył pęcherz, gdy dziecie leżało już między nogami matki, oczyścił oczy i starannie pilnował, aby uchronić twarz i oczy od wszelkiego zakażenia, mając na względzie, że poprzednio urodzonych 4 dzieci chorowało na rzeżączkę spojówki. Jednak po 24 godzinach zjawiło się zapalenie spojówki, mające wszelkie znamiona rzeżączkowego. Ustąpiło ono przy odpowiedniem leczeniu, po kilku dniach; gonokoków nie znaleziono ani u dziecka, ani u matki. U poprzednich dzieci zapalenie trwało 2 — 4 tygodnie i wytwarzało wydzielinę, zawierającą stale gonokoki. Autor uważa swój przypadek za złagodzoną postać rzeżączki i przypuszcza, że zarazek dostał się przez nieuszkodzone błony do wód płodowych i następnie do oczu dziecka, wywołując cierpienie, nie różniące się klinicznie od rzeżączkowego.

<sup>1)</sup> Dniownik Obszczestwa wracej pry impieratorskom kazanskom uniwersitetie. 1900, nr. 1.

<sup>2)</sup> Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1891, str. 353.

<sup>3)</sup> Die Bindehautinfection der Neugeborenen. 1882.

W przypadku Haussmann'a dziecię urodziło się z zapaleniem spojówki, mimo że pęcherz płodowy pękł we właściwym czasie. Cierpienie po kilku dniach ustąpiło, gonokoki nie znaleziono. Autor, podobnie jak Nieden, przypuszcza, że zarazek dostał się przez nieuszkodzone błony i przez wody płodowe do oczu dziecka.

Nie inne też przypuszczenie mogę zrobić w swoim przypadku. Możliwość małego pęknięcia pęcherza płodowego u góły jest wyłączoną, gdyż, o ile dowiedziałem się, pęcherz wydawał się prawidłowo i wody odpłynęły we właściwym czasie. Wskutek tego zmuszony jestem przyjąć, że przy pewnych nieokreślonych dotąd i rzadko zdarzających się warunkach gonokoki mogą przedostawać się przez nieuszkodzone błony płodowe.

### 3. Uraz jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięsaków narządu wzrokowego.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dokończenie.

Sowa Tekla przedstawiona została w klinice uniwersyteckiej dnia 10 maja. Jest to półroczne dziecko palacza kolejowego, dobrze rozwinięte.

Dowiadujemy się, że dziecko, przed dwoma miesiącami spadłszy z krzesła, uderzyło się o róg obok stojącego krzesła w kość, poniżej oka. Nastąpiło wskutek tego opuchnięcie i podbiegnięcie krwią powiek. Oko samo nie było skaleczone. Stwardnienie powiek, stąd powstałe, utrzymało się niezmiennione, chociaż dziecko na ból nie narzekało. W miejsce to twarde uderzyło się ono przed trzema tygodniami powtórnie, poczem pojawiło się opuchnięcie silne, bolesne, ale bez ropienia oka.

Badanie wykazało, co następuje:

Poniżej oka bardzo znaczna wyniosłość półkulista, pokryta skórą dolnej powieki, rozciągniętej i nieco podbiegniętej.

Obrzucenie to przechodzi w okolicę kości jarzmowej i kończy się dopiero 2 cm. przed małżowiną lewą. Ku górze sięga do połowy skroni, wypełnia całą przestrzeń pod gałką oczną, wypychając spojówkę powieki dolnej, silnie przekrwioną, ku górze, tak, że gałka oczna jest zupełnie zasłonięta, a można ją zobaczyć tylko, podnosząc powiekę rozwórka Desmarest'a. Zdaje się ona zresztą być prawidłową i niewysadzoną. Objawów zapalnych obrzęk ten nie przedstawia. Ani gruczoł przyuszny, ani też podszczękowe gruczoły nie są nabrzmięte. Po drugiej stronie nosa skóra w okolicy wewnętrznego kącika i prawej dolnej powieki podbiegnięta. Palec, wcisnięty pomiędzy dolną powiekę a gałkę, z trudnością dochodzi do brzegu oczodołowego i wyczuwa tamże wyrostek ostry, mniej więcej w miejscu połączenia zewnętrznej i środkowej części brzegu wolnego oczodołowego. Guz opisany wogóle jest twardy, jednak poprzez niego można wyczuć w głębi chęłbotanie, mianowicie w zewnętrzno-dolnej jego części. Naciskając palcem na sam środek guza, tak, że zewnętrzna część więcej staje się wypukłą, wyczuwamy trzeszczenie. Punkcya, wykonana w kierunku środka i zewnątrz dolnej części, dała krew, ciemną, obfitą, bez przymieszki ropy.

Badanie kliniczne upoważniało nas do rozpoznania następującego: *ruptura marginis orbitalis, haematoma, emphysema, tumor malignus (sarkoma), palpebrae oc. sin.*

Dla stwierdzenia rozpoznania wycięto, po podskórnym zastrzyknięciu kokainy, kawałek z przerosłej tkanki podskórnej.

Badanie drobnowidowe, wykonane w zakładzie profesora Nowaka, wykazało tkankę łączną, wśród której znajdują się ogniska sarkomatyczne, zawierające w małej ilości barwik<sup>1)</sup>.

Wobec tego badaniem drobnowidowem stwierdzonego rozpoznania przystąpiłem dnia 30 maja do wyłuszczenia narośli.

Po uspianiu dziecka chloroformem, zrobiłem cięcie skórne około 6 ctm. długie, lekko łukowate ku dołowi, na wysokości dolnego brzegu oczodołowego. Odłączywszy większymi nożycz-

---

<sup>1)</sup> Dr Barącz dnia 23 maja.



kami Cooper'oskimi skórę ku górze i ku dołowi, jako też mocno naciągnięty mięsień okrężny, wyciąłem następnie guz wielkości kurzego jaja, tamując silny, z głębi pochodzący krwotok w ciągu operacji uciskiem i zimnymi kompresami.

Po usunięciu głównej masy nowotworu, doszedłem do jamy wielkiej, ciemną krwią wypełnionej, położonej w okolicy kości jarzmowej, która była strzaskana, a odłamki jej gubiły się w skrzepach. Także brzeg dolny oczodołowy, jak to przed operacją rozpoznaliśmy, był pęknięty. Po usunięciu skrzepów, odłamków kości i twardszych części wyczuwalnego, rozlanego nowotworu, wytamponowano gazą jodoformową wielką powstałą jamę i założono opaskę uciskową.

Przebieg pooperacyjny: Wieczorem ciepłota 39° C. Dn. 31 czerwca o godz. 5 rano 38°, w południe 37,2°, wieczorem 37°.

Dn. 1 czerwca wyjęto dwa szwy, wystrzyknięto jamę bo-rem, przyczem wydobyło się wiele płynu krwawego, posoczystego. Założono teraz tampon kseroformowy.

Dn. 2 czerwca. Wszystkie szwy puściły, brzegi rany szaro naciezione.

Dn. 4 czerwca. Wyjęto wszystkie szwy, nieczyste granulacje przypalono galwanokauterem, do jamy zaś, z której zawsze bardzo dużo uchodzi ciemnej krwi, wtłoczono duży tampon z gazy kseroformowej.

Dn. 6 czerwca. Gdy stan oka nie się nie zmieniał, a po zdjęciu opaski wydzielina smrodliwa dawała się we znaki, przepisałem zapuszczenie przydłuższe pyoktaniny (1:500), a następnie opaskę.

Dn. 8 czerwca. Nabrzmienie słabsze, cuchnącej wydzieliny mniej, bez przymieszki ropy; gruczoł podszczękowy silnie nabrzmiął.

Dn. 16 czerwca. Stan oka jednostajnie się utrzymuje, tylko od zewnątrz pojawia się nabieg wodny spojówki. Natomiast ubytek i stwardnienie skóry, takowy otaczającej, nie powiększa się.

Dn. 1 lipca. W miejscu ubytku wytworzył się guz granulacyjny cuchnący, o szarej powierzchni.

Wyskrobaniu łyżką, przyczem i kawałki kości jeszcze wychodzą, towarzyszy, jak zawsze, silne krwawienie.

Po tym ostatnim rękoczynie, który dziecko zresztą dobrze zniosło, krwawienie stało się słabsze.

Nabrzmienie jednak dolnej powieki, nie pozwalające oka otworzyć bez pomocy elewatorów, silne, gałka prawidłowa, spójówka gałki dość blada, jama zawsze suchnie, ściany jej pokryte skąpymi szaremi granulacjami. W głębi tej jamy, po stronie wyrostka jarzmowego górnej szczęki wyczuwa się kość obnażoną, ruchomą, nie dającą się jeszcze wydobyć, a poruszenie jej sprawia silny krwotok. Po oczyszczeniu zatamponowano watą, napojoną trójchlorkiem żelaza, i dla wykonania dalszego zabiegu chirurgicznego odesłano dziecko z powodu zamknięcia klinik do szpitala św. Łazarza, gdzie jednak prof. Trzebiicki, w chwili, gdy już do operacji wszystko było przygotowane, od niej odstąpił, z powodu, iż nie dawała rokowania pomyślnego, gdyż nowotwór wnikał, jak się później okazało, do czaszki przez oczodół, a zajął także górną szczękę.

Pragnąc przypadek ten śledzić dalej, poleciłem I asystentowi p. Drowi Majewskiemu, aby listownie raz jeszcze matkę z dzieckiem sprowadził do Krakowa dla stwierdzenia stanu. To nastąpiło 3 września, a raport mi przysłany opiewał między innymi, że ogólnie dziecko we wyglądzie nie zmieniło się, tylko bledsze nieco. Cała lewa połowa twarzy przedstawia obrzęk dość zbity. W okolicy os zygom. ubytek w skórze wielkości florena srebrnego. Gruczoły podszczękowe i karkowe znacznie powiększone, ale niezbyt twarde. Rogówkę z trudnością tylko można odsłonić, a okiem tem ma dziecko widzieć. Poleciłem także zdjęcie roentgenograficzne, które wykazało rozstąpienie się szwów węglowego (*sutura lambdaïdca*) i koronowego. Nie reprodukuje tego roentgenogramu, gdyż pomniejszony i tak nie wypadłby dość wyrazisto. O dalszym losie aż do chwili obecnej (1 października) bliższych szczegółów nie mieliśmy.

Przypadek trzeci nie należy właściwie ściśle do naszego tematu, gdyż nowotwór nie powstał z całą ścisłością pierwotnie w narządzie wzrokowym, nie mógł też ściśle być

analizowanym, pod niejednym jednak względem budzi ciekawość swym przebiegiem, rzadką postacią, a także pochodzeniem, które nas właśnie zajmuje. Z tego to powodu niechaj mi wolno będzie i o nim słów kilka dorzucić.

Dnia 20 maja b. r. przyprowadzono do kliniki ocznej A. Józefa, syna rolnika z Król. Polskiego. Jest to 3-letnie, dobrze odżywione dziecko najmłodsze z 6 zdrowych dzieci, rodziców zdrowych, ze sobą niespokrewnionych. W czasie wielkiego postu



b. r. miało dziecko wypaść z kołyski. Tyle tylko mogłem się dowiedzieć o przyczynie i początku zmian, jakie nam rysunek przedstawia. Po upływie »niezbyt długiego czasu« spostrzegła matka obustronne guzki, wielkości grochu, ponad kością jarzmową. Oczy same nie przedstawiały żadnych zmian. Po W. Nocy wystąpiły także guzy i na głowie, gdy tante znacznie się powiększyły. Głowa dziecka poprzednio raczej małą nazwaną być mogła. W całym czasie dziecko nie gorączkowało i względnie zachowywało się spokojnie.



Badanie wykazało co następuje: Na obu skroniach guzy wielkości pomarańczy, zachodzące od brzegu oczodołowego aż do ucha, nieruchome, gładkie, elastyczne, nie chelbowące. Skóra nad nimi napięta dość silnie, ale przesuwalna. Żyły skroniowe rozdęte. Ucisk na guzy nie wywołuje żadnych objawów mózgowych. Guzy te zachodzą na czoło i zbliżają się do siebie na odległość 9 ctm.

W okolicy ciemieniowej lewej guz wielkości jaja kurzego, mniej naprężony, gładki, także nieprzesuwalny. Inny równie wielki znajduje się na tyłogłowie, a mniejszy na protuberantia occipitalis.

Obie gałki wysadzone dość znacznie, daleko więcej atoli lewa. Kierunek gałek zbieżny. Pomiędzy obu gałkami zresztą znaczna zachodzi różnica. Gdy u pr. o. przy lekkiej wydzielinie śluzowej spojówka jest białą, w zewnętrznej części chemotyczną, inne zaś części oka prawidłowe, u lewego oka widoczne są znaczne zmiany. I tak wskutek silnego wysadzenia gałki powieki się nie domykają. Spojówka obu powiek przekrwiona silnie, nabrzmiała, a rogówka pokryta w dolnej części strupem, po którego zdjęciu widzimy zniszczony nabłonek, głębsze zaś warstwy rogówki zmętnione. Żrenica okrągła, na światło oddziałuje. Badając brzeg oczodołowy, przekonujemy się, że górny tylko we wewnętrznej połowie jest wolny, a dolny zajęty także, lecz tylko w swej zewnętrznej trzeciej części, masą zbitą, podobną do głównych guzów i od nich nie odgranieczoną, a ściśle z kostną podstawą zrosniętą. Badanie innych części ciała nie stwierdziło nic nieprawidłowego.

Już w przebiegu obserwacji, dla której dziecko dość apatyczne i spokojnie zatrzymałem w klinice, można było w następnym tygodniu stwierdzić powiększenie się guzów, w miarę czego i zmiany w rogówce lewej znacznie postąpiły. Zaćmiła się ona cała, później zupełnie rozpadła ropiasto, tak, że tęczęwka była obnażona, a zapobiedz nie było można tej ewentualności mimo środków i opaski ochronnej, którą sobie dziecko stale zrzucało.

Gdy badanie z wykluczeniem innych patologicznych zmian

a zwłaszcza meningo i encephalokle wskazywało na istnienie licznych, szybko postępujących narośli, prawdopodobnie wychodzących z okostny kości czaszkowych, uważaliśmy przypadek ten jako przekraczający wyłączny teren okulistyczny, a stawiając rokowanie oczywiście wogóle jako bardzo niekorzystne, odesłaliśmy dziecko do kliniki chirurgicznej, gdzie atoli zabiegu operacyjnego nie podjęto żadnego, a kobieta, z naszego polecenia skierowana następnie do zdjęcia roentgenogramu, ulotniła się zupełnie.

Sprawa, którą się tutaj zajmowaliśmy ze stanowiska chirurgii okulistycznej, nie tylko ważną jest dla rozwiązania zagadki patogenetyz nowotworów, ale budzi także zajęcie nasze ze stanowiska społecznego ustroju. To też właśnie ostatnia okoliczność dała powód w Niemczech na zjeździe chirurgów w r. 1898 do przedsięwzięcia badań zbiorowych, które w ten sposób zapoczątkowane, nie mały przyczyniają się do rzucenia światła na tę dziś jeszcze ostatecznie nie rozstrzygniętą sprawę. I nasi chirurdowie zabrali się rączo do tej wspólnej pracy, zaczem przemawiają ożywione i zajmujące referaty w tej materji na ostatnim zjeździe polskich chirurgów.

Że często się powtarzające drażnienie, czy to mechaniczne czy termiczne czy chemiczne, wywołać może nowotwory złośliwe, to rzecz zbyt znana, ażeby się nad nią jeszcze rozwodzić.

Natomiast nie udało się doświadczalnie tymi bodźcami wywołać nowotworów, tak, że sposób powstawania pozostaje zawsze jeszcze nierozstrzygnięty. Ani teoria Cohnheima, który przyjmuje wrodzoną nieprawidłową zdolność rozrodczą pewnej gromady komórek, ani Billrotha, który przyjmuje swoistą skazę nowotwórczą, ani teoria pasożytnicza nie da się odnieść do wszystkich przypadków. Poszukiwania zbiorowe zbliżają pojęcia nasze raczej do zapatrywań, wypowiedzianych już w r. 1863 przez Virchowa, który bodźcom zewnętrznym, czy to zapalnym czy urazowym, przypisuje ważną rolę w powstawaniu złośliwych nowotworów. Prawdopodobnie jak w patogenecie wogóle, tak i tutaj różnorodne mogą być przyczyny prowadzące do tego samego wyniku, a pomiędzy nimi powinniśmy

urazowi większą przypisywać rolę, aniżeli by się to pozornie zdawało.

Zachodzi tylko pytanie najważniejsze, a mianowicie: jak wytłómaczyć sobie sposób działania tego urazu na powstanie nowotworu? Najwięcej przemawia do naszego przekonania zapatrywanie Broscha<sup>1)</sup>, który urazowe powstanie mięsaków w ten tłómaczy sposób: Dla wytworzenia mięsaka potrzeba młodej tkanki łącznej jako materiału wytwórczego. Taka młoda tkanka powstaje jako ziarnina wskutek bodźca zewnętrznego, czy to urazowego czy zapalnego. Jeżeli teraz te komórki okrągłe wskutek jakiegoś upośledzenia nie zamieniają się we włókienka tkanki łącznej, ale pozostają na niższym stopniu rozwoju jako komórki okrągłe lub wrzecionowate, to to nadaje im odpowiednie znamię nowotworu. Komórki mogą coraz więcej bujać, to znaczy nowotwór szybko się rozwija, albo też następuje dalsze zwyrodnienie komórek, które ulegają przemianie wstecznej, t. z. nowotwór ulega rozpadaniu. Ażeby zaś zwyrodnienie takie nastąpić mogło, potrzeba według Broscha drugiego urazu. Gdy więc jeden uraz wywołać może nowotwór, drugi sprowadza jego rozpad.

Istotnie przypadek Tekli Sowy należałby do tych, które teorię tę potwierdzają. Z całą pewnością dowiedzieliśmy się bowiem, że po pierwszym urazie nastąpiło nabrzmienie nieznaczne czyli tworzenie się komórek, a dopiero po drugim — wskutek bujania nowotworowego — silniejsze, po którym wystąpiły także objawy rozpadu, jak to stwierdził zabieg operacyjny.

Z nielicznych przypadków przez nas przytoczonych zdawałoby się wypływać, że do zmian patologicznych usposobionym jest właśnie wiek młody. Tłómaczy się to, zdaniem naszym, tem, że tkanka łączna właśnie w wieku młodym, w wieku fizyologicznego rozwoju, skłonna jest więcej do bujania, aniżeli w wieku późniejszym. Zresztą uraz, wobec silnie

---

<sup>1)</sup> Virchow's Arch. 1900.



rozwiniętego pokładu tłuszczowego, a więcej elastycznej skóry, daje się właśnie głębszym częściom we znaki.

## II. STRESZCZENIA.

*Kilka przypadków tak zwanego coloboma nervi optici* (Ueber einige Fälle von sogenanntem Sehnervencolobom). Dr P. Knapp z Marburga. (»Archiv für Augenheilkunde«. T. XLIII. Z. IV. 1901.

Zapalrywania co do anatomicznej podstawy tak zwanego *coloboma nervi optici* nie są jeszcze ustalone. Niektórzy autorowie, jak Goerlitz, Bach, Ginsberg, Hess i inni, wykazali, że we wielu przypadkach, dających obraz kliniczny wrodzonej szpary nerwu wzrokowego, badanie anatomiczne nie wykazuje żadnych zboczeń lub tylko zbożenia wtórzedne, wywołane uszkodzeniem się właściwej zmiany w twardówce, w najbliższem sąsiedztwie tarczy nerwu wzrokowego, zazwyczaj tuż poniżej tejże. Sama zaś zmiana w twardówce bywa w przeważnej liczbie tych przypadków niezem innym, jak tylko torbielowatę wypukleniem ku tyłowi zeienzonej twardówki. Zmiana ta nie stoi w bezpośrednim związku z niezarośnięciem płodowej szpary pierwotnego pęcherzyka ocznego, gdyż siatkówka zazwyczaj żadnego ubytku nie okazuje i wyściela wszędzie ścianę twardówkowego zagłębienia. Jeżeli badanie drobnowidowe wykazuje w niej znamiona mniej lub więcej znacznego zaniku, a badanie kliniczne stwierdza odpowiedni ubytek w polu widzenia, to zmiany te należy uważać za następowe, a nie za pierwotne. Naczyniówki w obrębie zagłębienia braknie zazwyczaj zupełnie i ten brak należy uważać za zmianę równorzędną ze zbozeniem w zakresie twardówki. Zachodzą niewątpliwie przypadki, gdzie płodowa szpara pierwotnego pęcherzyka ocznego nie zarasta w miejscu, gdzie nerw wzrokowy przebiega twardówkę, a wtedy często się zdarza, że tkanka średniego listka zarodkowego (tkanka mezodermalna), wprowadzająca naczynia do wnętrza gałki ocznej i do nerwu wzrokowego, nie wrasta w szparę zarodkową oka. Wtedy, oprócz mniej lub więcej rozległego ubytku w naczyniówce, sąsiadującego z tarczą nerwu wzrokowego, stwierdzamy wziernikiem, że nerw wzrokowy nie obejmuje naczyń środkowych siatkówki (*vena et arteria centralis retinae*), lub obejmuje je niedokładnie tak, że wynurzają się one nie jak zwykle ze środka tarczy, tylko z jej ob-

wodu, albo nawet zdala od tarczy. Te przypadki zasługują bezsprzecznie na miano „*coloboma nervi optici*“, ale są niewątpliwie bardzo rzadkie.

W powyższej pracy podaje Dr Knapp szczegółowy opis wrodzonej zmiany na dnie oka poniżej tarczy nerwu wzrokowego u 16letniej dziewczyny. Ponieważ obraz wziernikowy tej zmiany najzupełniej był podobny do obrazu wziernikowego przypadku, ogłoszonego przez Goerlitz<sup>1)</sup>, gdzie późniejsze badanie anatomiczne wykazało torbielowate zagłębienie twardówki, przeto autor i w swoim przypadku takąż samą anatomiczną zmianę przypuszcza. Przypadek ten jest i z tego względu ciekawy, że oko, które było siedliskiem owej zmiany wrodzonej, było mniejsze, niż oko drugie, a przytem posiadało stosunkowo dobrą bystrość wzroku ( $V = \frac{2}{7}$ ). Taki *microphthalmus congenitus unilateralis* należy do zjawisk rzadszych.

Prócz tego miał autor sposobność badać anatomicznie obydwie gałki oczne królika albinosa, u którego wziernikiem stwierdził zmianę, odpowiadającą przyjętej powszechnie nazwie *coloboma nervi optici*. Badanie wykazało, że były to istotnie zagłębienia twardówki, przedstawiające się na zewnątrz gałki jako garbiaki, dochodzące wielkości ziarna grochu, położone tuż poniżej ujścia nerwu wzrokowego i okazujące znaczne zcieńczenie ściany (około  $\frac{1}{10}$  grubości prawidłowej twardówki). Nerwy wzrokowe okazały się zupełnie prawidłowymi. Tylko ponad tarczą znalazł w obydwu oczach na twardówce, po zewnętrznej stronie ściany gałki, na ograniczonej przestrzeni tkankę zbitą, w której badanie drobnowidowe wykazało morfologiczne składniki chrząstki.

Dr K. H. Majewski.

*Tablice, służące do wykrycia udawania jednostronnej ślepoty lub niedowidzenia.* (Tafel zur Entlarfung der Simulation einseitiger Blindheit und Schwachsichtigkeit). Dr v. Haselberg, lekarz sztabowy z Berlina. (»Archiv f. Augenheilkunde«. T XLIII. Z. IV. 1901).

W celu wykrycia udawania jednostronnej ślepoty lub niedowidzenia podano najrozmaitsze sposoby. Między innymi istnieją optotypy Snellen'a, przedstawiające dwie litery V i A, jedną czerwoną, drugą zieloną, obie na czarnem tle. Sposób polega na tem, że przed jednym okiem badanego ustawia się szkło czerwone, a przed drugim zielone. Wiadomo, że przez szkło czerwone litery zielonej na czarnem tle oko nie zobaczy, gdyż barwa zielona przedstawia się wtedy czarno i zlewa się z tłem. Podobnie dla oka, uzbrojonego

<sup>1)</sup> Goerlitz: »Anat. Untersuchung eines Falles von sog. Coloboma N. optici«. Arch. f. Augenheilk. XXXV. pag. 219.

w szkło zielone, zniknie litera czerwona. Na tej zasadzie łatwo się przekonać, czy badany istotnie widzi tylko jednym okiem, czy też tylko udaje ślepotę. Sposób ten ma jednak pewne wady. Badanemu wystarczy przymrużyć jedno oko, ażeby się połapać i zrozumieć, jak może lekarza utrzymać w błędzie. Prócz tego optotypy te nie pozwalają oznaczyć bystrości wzroku oka, które badany podaje jako ślepe lub niedowidzące. — Dlatego Haselberg ulepszył ten sposób, podając tablice ściennie, ułożone na wzór zwyczajnych tablic Snellen'a, służących do badania bystrości wzroku. Na tablicach tych umieścił na białem tle litery, drukowane częścią kolorem czarnym, częścią czerwonym, w ten sposób, że n. p. duża litera L, drukowana czarno, uzupełniona jest barwą czerwoną tak, że tworzy dużą literę E. Podobnie z litery P zrobiono R, z litery I literę K, z litery C literę O i t. d. Patrząc na taką tablicę przez szkło zielone, widzimy czerwone części liter jako czarne, a tem samem odczytujemy uzupełnione litery, to znaczy E, R, K, O, w powyższych przykładach. Gdy zaś patrzymy przez szkło czerwone, wtedy czerwone części liter zlewają się zupełnie z tłem, które się też staje czerwonym, — i przestają być widoczne. Z tego powodu zobaczy oko w powyższym przykładzie tylko litery: L, P, I, C. Na tej podstawie z wszelką łatwością można stwierdzić, czy badany widzi obydwojma oczyma, czy też tylko jednym, a jeśli widzi obydwojma, można się od razu przekonać, ile widzi jednym, a ile drugim. Jeśli czerwone szkło ustawimy przed okiem, którym badany dobrze widzi, a zielone przed drugim, to, w razie, jeśli to drugie oko jest istotnie ślepe, — badany odczyta z tablicy tylko czarno drukowane litery, w przeciwnym zaś razie odczyta litery uzupełnione częściami czerwonymi, które mu się wydadzą czarnymi. Ażeby złudzenie było zupełne, musi być barwa szkła odpowiednio dobrana. Należy zachować tę ostrożność, żeby badany poprzednio nie zobaczył tablicy gołym okiem, dlatego nie powinna ona wisieć stale na ścianie w pokoju ordynacyjnym, lecz być schowana, a należy ją zawieszac dopiero po założeniu badanemu barwnych okularów. Tutaj, choćby się nawet symulantowi udało ukradkiem przymknąć na chwilkę oko rzekomo ślepe, to zdoła się połapać zaledwie co do kilku liter, ale dalsze będzie już odczytywał w ten sposób, że lekarz nie będzie miał żadnych wątpliwości, co do prawdziwego stanu rzeczy.

Dr K. W. Majewski.

*Endarteritis arteriae centralis retinae z wytworzeniem złogu wapniowego.* (Ueber Endarteriitis der Arteriae centralis retinae mit Concrementbildung). Zinaida Galinowsky z Tuły. Archiv f. Augenheilkunde T. XLIII, Z. 3, 1904.

Od czasu, kiedy Graefe opisał pod względem klinicznym



pierwszy przypadek zatoru tętnicy środkowej siatkówki, podając równocześnie wynik badania anatomicznego dokonanego przez Schwei-ggera, pojawiły się w literaturze liczne opisy przypadków, w których rozpoznano klinicznie, a nieraz także i anatomicznie „*emboliam arteriae centralis retinae*“. Ale wkrótce podniosły się głosy nawołujące do większej ostrożności w stawianiu rozpoznania, gdyż zachodzi prawdopodobieństwo, że w wielu przypadkach, gdzie obraz kliniczny cierpienia przemawia za zatorem, zachodzi w rzeczywistości tylko zakrzep (*thrombosis*) lub nawet samo tylko zapalne zgrubienie śródbłonna tętnicy. W powyższej pracy spotykamy się z cennym przyczynkiem do literatury tego przedmiotu.

Urszula G. lat 74, przyjętą została do kliniki ocznej w Zürichu z powodu nagłej utraty wzroku lewego oka. W narządzie krążenia znaleziono rozszerzenie granic serca, pierwszy ton nieczysty, ale bez wyraźnego szmeru. Tętno chwilami nieregularne; tętnice obwodowe okazywały wyraźną miażdżycę. Mocz bez zmian. Wzernikiem stwierdzono u lewego oka zblednięcie tarczy, tętnice bardzo wąskie, żyły o zmiennem wypełnieniu, a we *fovea centralis* mała ciemno czerwona plamka. Chora rozróżniała lewem okiem ruchy ręki. Po kilku dniach wystąpiły na temże oku objawy ostrej jaskry, nie ustępujące ani po pilokarpinie, ani po sklerotomii. Z powodu gwałtownych bólów nie dających się usunąć inaczej, wykonano enukleację, a gałkę oczną poddano dokładnemu badaniu anatomicznemu. W szczególności kikut nerwu wzrokowego rozłożono na 125 skrawków ciętych w płaszczyźnie czołowej i ponumerowano je od przekroju operacyjnego (skrawek pierwszy) do *lamina cribrosa* (skrawek 125ty). Badanie drobnowidowe tych skrawków dostarczyło następujących szczegółów anatomo-patologicznych: tuż poza *lamina cribrosa* spotykamy się w tętnicy środkowej z silnem bujaniem śródbłonna na przestrzeni około 1 mm., skutkiem czego światło naczynia zmniejsza się do  $\frac{1}{4}$  prawidłowych wymiarów. Tam, gdzie zwężenie jest najznaczniejsze, znajduje się wśród wybijającego śródbłonna, a zatem poza obrębem światła naczyniowego, ciało o budowie jednostajnej, barwiące się orceimą na kolor brunatnoczerwony i składające się prawdopodobnie ze soli wapniowych. W miejscu, gdzie ciało to jest najgrubsze, cała tętnica jest tak rozszerzoną, że średnica jej jest powiększona w dwójnasób.

Na podstawie tego wyniku badania anatomicznego przypuścić należy pierwotną zmianę w śródbłonnku naczyniowym, spowodowaną w tym przypadku ogólną skłonnością układu naczyniowego do miażdżycy. Mógłby wprawdzie ktoś utrzymywać, że przy istniejących zmianach miażdżycowych w grubszych pniach tętnicznych, a może i w sercu przyszło tu pierwotnie do zatkania tętnicy siatkówkowej

kawałkiem zwapniałego złoju porwanego prądem krwi i że ten *embolus* spowodował następnie znaczne bujanie śródbłotka. Przeciwno takiemu przypuszczeniu przemawiają jednak znaczne rozmiary wapniowego złoju, który obecnością swoją przekrój tętnicy w dwójnasób powiększył. *Embolus* tej wielkości nie mógłby dotrzeć aż do samej prawie *lamina cribrosa*, lecz musiałby się zatrzymać znacznie wcześniej, gdzie światło tętnicy jest obszerniejsze. Z drugiej strony brak większych objawów odczynowych, mianowicie brak nacieczenia zapalnego w najbliższym otoczeniu wapiennego złoju przemawia zatem, że nie został on naniesiony prądem krwi, lecz powstał na miejscu, wśród zgrubienia spowodowanego przewłokiem zapaleniem błony wewnętrznej naczynia. Wobec bardzo znacznego zwężenia światła tętnicy wystarczy niejednokrotnie chwilowe osłabienie czynności serca, aby powstała ischemia siatkówki, potrzebną do wywołania zupełnej utraty wzroku. Tak się też zapewne stało i w opisanym przypadku, tak również rzecz się miała zapewne w niejednym z tych licznych opisywanych spostrzeżeń, w których rozpoznano typowy zator tętnicy siatkówkowej.

Dr K. W. Majewski.

*Zaburzenia oczne w przebiegu ostrego zapalenia opon mózgowych.* (Troubles oculaires de la méningite aiguë. Paralyse de l'oeil. Lésions rétiniennes concomitantes). Dr Teilleis z Nantes. (»Annales d'Oculistique«, 1901. Z. VIII., str. 81. (T. CXXVII)

Panna X., lat 24, zgłosiła się do autora w październiku 1900 z powodu opadnięcia prawej powieki górnej i utraty wzroku prawego oka. Przebyła ona przed trzema miesiącami ostre zapalenie opon mózgowych z wysoką gorączką, wymiotami, bólami głowy, zeszytwnieniem karku i utratą przytomności. Choroba trwała dwa tygodnie i pozostawiła po sobie zmiany na oku prawem. Badanie wykazało porażenie w zakresie całego nerwu okoruchowego prawego, a zatem zupełne opadnięcie górnej powieki, zez rozbieżny, zniesienie ruchów we wszystkich kierunkach, z wyjątkiem k. zewnątrz; źrenica rozszerzona i nieruchoma. Ponadto stwierdzono wziernikiem tak znaczne zaćmienie ciała szklistego, że szczegółów dna nie można było dostrzedz. Bystrość wzroku obniżona do ilościowego poczucia światła. W miarę leczenia, polegającego na zastrzykiwaniach strychniny, faradyzacji i podawaniu jodku potasu, porażenia zaczęły ustępować, a zaćmienie ciała szklistego wyjaśniło się do tego stopnia, że można było, wprawdzie nie bez trudu, rozpoznać zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki. Wzrok też się poprawił znacznie, ale pole widzenia okazywało od strony nosa znaczne ścieśnienie. W przypadku tym wszystkie objawy przemawiały za tem, że sprawa zapalna zajęła opony na podstawie mózgu

w przedniej części przed skrzyżowaniem nerwów wzrokowych, gdyby bowiem ognisko zapalne zajęło nerw wzrokowy poza skrzyżowaniem, powinnaby powstać obustronna hemianopsya. Co do porażenia nerwu okoruchowego, to autor przypuszcza, że wysięk zapalny musiał łączyć nerwowe uciskając w okolicy *fissura sphenoidalis*. Przypadek ten zasługuje na wyszczególnienie z powodu niezwykłego umiejscowienia ostrej sprawy zapalnej oponowej, wiadomo bowiem, że *meningitis basalis* bywa zwykle zapaleniem gruźliczem, które tu było wykluczone, choćby dlatego, że nastąpił rychły powrót do zupełnego zdrowia. Natomiast niegruźlicze zapalenie opony nosi nawet nazwę *meningitis simplex aut meningitis convexitatis*, gdyż rzadko zajmuje podstawę mózgu, a tem mniej samą tylko przednią część tejże, jak w wyżej opisanem spostrzeżeniu.

Dr K. W. Majewski.

*Przypadek zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego w przebiegu maltozuryi.* (Ein Fall von Sehnerven- und Netzhauterkrankung bei Maltosurie). Prof. Dimmer z Gracu. (>Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde«. 1901, Nr. VII).

Do prof. Dimmera zgłosił się w maju 1899 pewien 32letni mężczyzna, skarżąc się na lekki ból na zewnętrznym brzegu prawego oczodołu. Zapytany o stan ogólnego zdrowia, podał, że od pewnego czasu nie czuje się dobrze, łatwo się męczy i doznaje bólów w okolicy wątroby. Na brzegu oczodołu prócz wspomnianej bolesności nie zresztą nieprawidłowego nie można było wykazać. Badanie wziernikiem wykazało natomiast obustronnie zblednięcie zewnętrznej połowy tarczy nerwu wzrokowego, a równocześnie zatarcie jej granic od strony nosa. U lewego oka tuż koło wewnętrznego brzegu tarczy widać było w siatkówce gromadkę małych, ostro ograniczonych, białych plamek. Na niektórych plamkach można było dostrzedz bardzo drobne, błyszczące punkciki. Ogniska te przypominały bardzo wejrzeniem swem owe białe plamki, które przy *retinitis albuminurica* układają się w postać gwiazdki dookoła plamki żółtej.

Bystrość wzroku po wyrównaniu krótkowzroczności wynosiła u prawego oka  $\frac{5}{18}$ , u lewego  $\frac{5}{12}$ . W polu widzenia u prawego oka ubytek w pobliżu środka, zlewający się z plamką Mariotte'a, dla barwy czerwonej i zielonej. Lewe oko nie rozpoznaje tych dwu barw w całej prawie górnozewnętrznej czwartej części pola widzenia. — Chory nie nadużywał ani alkoholu, ani tytoniu. Szczegółowy rozbiór moczu, wykonany przez prof. Malfatti'ego, wykazał obecność istoty odleniającej, różnej od cukru gronowego, a dającej reakcyę *maltozy*. Prof. Malfatti spostrzegł dwa przypadki maltozuryi. W jednym z nich przyszło do zejścia śmiertelnego, a badanie pośmiertne wykazało znaczne zmiany w trzustce. Trzustka była bar-



dzo krucha na przekroju żółto zabarwiona i okazywała liczne wybroczyny.

W przypadku Dimmera, po ustanowieniu diety cukrzycowej, mialoza znikła z moczu w ciągu trzech tygodni i nie pojawiła się już więcej. Stan ogólny też zupełnie się poprawił. Ubytki w polu widzenia poznikwały, a wzrok prawego oka z  $\frac{5}{18}$  podniósł się na  $\frac{5}{10}$ , na lewem pozostał jednaki. Białe plamki w siatkówce stwierdził autor jeszcze po upływie 6 miesięcy. Zaburzenie w przemianie materii przypisuje Dimmer w tym przypadku jakiemuś przemijającemu schorzeniu trzustki. —  
Dr K. W. Majewski.

*W sprawie operacji zaćmy bez irydektomii.* M. Kozłowski. (>Więstnik oftalmologii«, z. III, 1901).

Wnioski swoje oparł autor na 422 przypadkach, spostrzeczanych w ocznym szpitalu Popowych w Kijowie od 1896—1900 r. Staje on po stronie tych, którzy wyżej stawiają tak zwane proste wydobyćcie, aniżeli połączone, przy którym częściej mamy do czynienia z wypadnięciem ciała szklanego. Chociaż przy prostym wydobyćciu, przy którym tak samo łatwo oczyścić pozostałości korowe <sup>1)</sup>, jak przy połączone, zdarzają się częściej wypadnięcia tęczówki jednakże pod względem kosmetyki zachowanie tej ostatniej odgrywa niepoślednią rolę. Jeśli jednak bywa wskazanem wykonać wydobyćcie zaćmy z irydektomią, to Dr K. robi operację w 2 okresach: najprzód irydektomię, a potem dopiero wydobyćcie, zmniejszając tym sposobem uraz oka.

Opisawszy łatwo wykonalny sposób prostego wydobyćcia, jaki stosuje autor, powiada on, że w 30% przypadków wypadnięta tęczówka zwykle sama powraca na swoje miejsce po usunięciu szczypców ustalających; jeśli zaś to nie następuje, to używa się ze skutkiem strumienia na wypadniętą część fizyologicznego rozczyynu za pomocą undyny, lub też lekki masaż za pomocą tej ostatniej. — W 10% przypadków i mięśnienie bywa niedostateczne, używa się przeto sztyleciku do odprowadzenia tęczówki; uparcie zaś wypadającą i zmiętoszoną część tęczówki najlepiej odebrać (do tego rozczyynu zmuszony był autor w 5%). Opatrunek zmienia po 48 godzinach, poczem choremu dozwala chodzić, zawiązując tylko operowane oko. Szóstego dnia opaskę zastępuje się dymnami okularami, w 10 zaś lub 11 dniu chory opuszcza szpital.

Jeśli w źrenicy pozostały korowe reszki, to Dr K. nie czeka, aż się wytworzy t. zw. cataracta secundaria, potrzebująca rozcięćcia

---

<sup>1)</sup> Jeśli stosujemy wypłukanie, korowych pozostałości nie będziemy mieli, inaczej często się zdarzają. W.

za jakie kilka miesięcy, ale robi je, nożykiem Graef'e'go, już w 10—12 dnia i już po paru dniach wypisuje chorego »z dostatecznym otworem w źrenicy«. Zdaniem jego — takie wczesne rozcięcie zapobiega w wielu razach potrzebie wykonania później irydektomii. Rozcięcie takie wykonano w 17<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% przypadków, to jest w 74 na 422 przypadki ekstrakcyei.

Autor przytacza wyniki bystrości wzroku, zapisane tylko w 230 przypadkach, i to 10—13 dnia po operacyi, — a więc podane są niższe, niż u innych operatorów.

W porównaniu oba sposoby operacyi zaćmy dały następujące wyniki:

V. =	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,1	0,05	$\frac{1}{\infty}$	—
przy prostym wydobyciu	2,2%	1,7%	4,3%	15,0%	36,5%	37,4%	0,8%	0,4%	1,3%
przy połączone- nem	1,2%	1,9%	4,2%	12,6%	36,0%	40,5%	—	2,0%	1,7%

Mniej więc, choć nie o wiele (0,4%), było strat przy prostym wydobyciu, aniżeli przy połączone, jak tego już dowiedli liczbami Schöler (4% i 4,8%, Schweigger (2,4% i 3,6%) i Serebrennikow (1% i 1,2%). Dla porównania brał on równą ilość przypadków, operowanych przez nich pierwszym lub drugim sposobem, »dlatego więc wyniki prof. Macheka nie zdają mi się być przekonywującymi; otrzymywał on przy połączonych wydobyciach 0,8% strat, przy prostych 1,7%, ponieważ połączonych operacyi wykonano 745, a prostych tylko 173«. — Dr. J. T.

*Wczesne leczenie zezu młodych dzieci.* (Ueber Frühbehandlung des Schielens bei jungen Kindern). Priestley Smith. — (>Wiener Med. Presse«. Nr 33. 1901 <sup>1</sup>).

Opierając się na doświadczeniu, zrobionem na własnym materiale, wynoszącym 576 przypadków zezu zbieżnego (*Strab. converg. concom.*), zaznacza autor następujące okoliczności.

1. W 60% przypadków zez powstał przed 4 rokiem życia, najczęściej zaś w trzecim roku, rzadko tylko po 6 roku.

2. Utrata czasu w leczeniu w 68% obejmowała 12 miesięcy, w 47% całe trzy lata, a to częścią z powodu braku troskliwości,

<sup>1</sup>) Przedstawione już międzynarodowemu kongresowi okulistycznemu w Utrechcie 1899 r.

często zaś z przeświadczenia, że nierzadko zez sam ustępuje. Jednak Smith dodaje, że zwłoka w leczeniu niebezpieczną jest dla wzroku.

3. Szkoda, czekaniem spowodowana, polega na tem, że powstaje niemożność wpatrywania się (*fixiren*) okiem zezującym, gdy drugie jest zakryte. O wadliwym wpatrywaniu przekonujemy się w ciemnicy, rzucając światło zwierciadła, po zakryciu dobrego oka, na oko zezujące. Z obrazu zwrotnego rogówkowego przekonujemy się, że wiele ocz nie może fiksować, a dotyczy to takich, u których zez jest jednostronnym i ciągłym. Błędne fiksowanie najczęściej występuje u ocz, które już w pierwszym roku życia poczęły zezować, rzadziej u tych, u których zez wystąpił w drugim lub trzecim roku, a już bardzo rzadko, gdy później powstał.

Na pytanie, czy wczesny zez utrudnia możliwość fiksowania, czy też wadliwe fiksowanie wywołuje zez, odpowiada autor w pierwszym sensie, twierdząc, że nie znajdzie się dziecka wadliwie fiksującego, któreby przynajmniej 6 miesięcy nie zezowało.

*Maximum* utraty fiksowania napotykamy u dzieci, które najwcześniej poczęły zezować i najdłużej bez leczenia pozostawały (87% przypadków). — Noworodek posiada tylko poczucie światła, powoli uczy się fiksować, zlewać obrazy, i nabiera poczucia przestrzeni. Dopiero w kilka tygodni po urodzeniu dziecko uczy się fiksować, ale w pierwszym roku jeszcze łatwo je zapomina lub znowu przyucza się, a wtenczas w wadliwy sposób (*perverse Form*). Przez długie nieużywanie utrwała się tak wadliwe jako też prawidłowe przyzwyczajenie.

Także zdolność zlewania traci oko dziecka, dotkniętego zezem przemiennym (*str. alternans*), chociażby ono nawet pojedynczo dobrze fiksowało, tak, że po operacji, mimo prawidłowego stanu, nie umie zlewać obrazów.

I zdolność zlewania form cierpi przez ten sam proces.

Niedowidzenie oka zezującego zależnem jest od zastojów w rozwoju czynnościowym przez nieużywanie. Nie wchodząc w krytyczny rozbiór rozmaitych pod tym względem zaznaczonych teoryj, przyznaje autor, że w pewnej liczbie przypadków niedowidzenie jest pierwotne, a zez następstwem, ale stanowczo kwestyi tej rozwiązać nie można, gdyż bystrość wzrokowa w tak młodym wieku nie da się oznaczyć.

Aby dzieci trwałej nie odnosiły szkody, trzeba weześnie wkroczyć.

Uwzględniając co do leczenia tylko dzieci poniżej 4 lat, omawia autor najprzód badanie, które powinno uwzględnić, czy zez jest peryodyczny, czy ciągły, czy jednostronny czy przemienny, czy jest prawidłowa możliwość zlewania. Dalej oznaczamy kął zezu, a następnie po atropinowaniu przez skiaskopję także refrakcyę.



Leczenie polega, jak wiadomo, na atropinowaniu, przepisaniu szkieł, dalej na ćwiczeniu pojedynczo oczu, a wreszcie na operacji.

W 55 przypadkach zezu u dzieci niżej 4 lat przepisał autor szkła, raz nawet u 16miesięcznego dziecka, a w 12 przypadkach wyłącznie noszenie szkieł spowodowało wyleczenie. W innych przypadkach obok szkieł polecono stosowanie opaski na jedno oko. Na 55 przypadków było 8 z wadliwym fiksowaniem, z tych 5 nauczyło się po metodycznym stosowaniu przepaski prawidłowo fiksować. — Opaska jest zbyt cenną przy zezie peryodycznym, a bez wartości w starych przypadkach zezu, gdzie możność fiksowania dawno zaginęła.

Tenotomię wykonał S. w 15 przypadkach i to 8 razy na obu oczach, 7 razy tylko na jednym. Autor radzi wczesnie operować, gdyż tylko wtenczas zapewnić możemy binokularne widzenie, a operacya w niczem nie upośledza dalszego leczenia. Operacya dążyć powinna do tego, by tylko małego przyczep mięśnia przesunąć ku tyłowi, co łatwiej osiągnąć metodą zwykłą (*directe Methode*), aniżeli podspojówkową. W.

### III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo oftalmiczne w Moskwie. Posiedzenie z dnia 19 grudnia 1900 r.

1. L. Siergiejewski przedstawił 53letnią chorą, u której w prawem oku rozpoznał *retinitis circumata* (lewe oko zdrowe). — Plamka żółta okrażona była, niby pasem, 2 matowobiałymi kółkami, rozpoczynającemi się obok zewnętrznego brzegu tarczy. Tuż obok spostrzegało się cały szereg białych, okrągłych punkcików; białawe części wydadały się miejscami nad powierzchnią siatkówki; w środku kółek zabarwienie szagrenowe. Tarcza nieco brudnawego zabarwienia, naczynia siatkówki niezmiennione. Chora liczyła palce na 1,5 m. Nieznaczne powiększenie serca, stawy palców zgrubiałe, w moczu powiększona ilość soli moczowych. — Zdaniem S. — choroba oka jest wynikiem moczowej skazy. Zmiany w oku określa nazwą *retinitis circumata*, którą opisali: Fuchs (1893 roku), a następnie Gałęzowski, Goldzieher i inni; postać ta jest bardzo rzadką; Fuchs spostrzegł ją na 70.000 chorych 12, Wecker na 140.000 15 razy; ten ostatni główny nacisk kładzie tu na *arteriosclerosis*. Jak wiadomo — przebieg *retinitis circumata* jest przewlekły, zejście — wyleczenie lub przewlekłe zgrubienie siatkówki.

W rozprawie prof. Kriukow zaznaczył, że w podobnych razach przyczyną bywają krwotoki, i przytacza swoje własne spostrzeżenie: po 3 $\frac{1}{2}$  miesiącach w rozpoznanych licznych wynaczeniach w okolicy tarczy i plamki żółtej wytworzył się obraz *retinitis circumata* Fuchsa; w 3 miesiące później (do wewnątrz *natr. jodat.*, wkraplanie pilokarpiny) wzrok chorej zaczął się polepszać, a po 2 latach w okolicy plamki żółtej pozostała zaledwie szarawa plameczka.

Łożecznikow najprzód wypowiedział zdanie, że nie uważa *retinitis circumata* Fuchsa za chorobę *sui generis*<sup>1)</sup>, można bowiem prześledzić przejście od *retinitis albuminurica* i *diabetica* do *retinitis circumata*. Przypadek Dra S. uważa za dość rzadki, a to dlatego, że zmiany dochodzą do tarczy, widzi tu 2 postaci: *retinitis circumata* i rdzenne włókna siatkówki. Przeciw ostatniemu przemawiają prof. Kriukow i Siergiejewski, który obstaje przy swoim, mianowicie, że *retinitis circumata* jest *morbis sui generis*, nie ma bowiem przy niej ani cukru w moczu (*retinitis diabetica*), ani też białka (*retinitis albuminurica*). Gołowin zwraca uwagę, że znamienne ciemnoszare zabarwienie okolicy plamki żółtej, przypominające (wziernikowanie w prostym obrazie) szagrenową skórę, powinno ułatwiać w rozpoznaniu *ret. circ.* jako osobnej postaci zapalenia.

2. Gołowin wznosił rozprawę o *exophthalmos pulsans*, przypadku poruszonym na jednym z październikowych posiedzeń. — U chorej tętniło nie tylko prawe oko, lecz cały oczodoł, liczne limfangiomy na całym ciecie. Operacya oczodołowa nie udała się, mało też było korzyści i z podwiązania tętnicy szyjnej. Istniało bowiem znaczne wypuklenie skroni, które przemawiało za istnieniem guza (*aneurysm carot. int.*), w przedniej jamie czaszkowej. Słusznie sprawozdawcy zwrócił uwagę kol. Adelheim, że przypadek jego należy do tych, gdzie lekarz uważać powinien chorobę jako „*noli me tangere*“.

3. Prof. Kriukow odczytał wypracowanie komisji o projekcie szematu dla zapisywania jaglicy, mającym być przedstawionym na pirogowskim zjeździe lekarzy rosyjskich. W szemacie oznaczono 4 odmiany mieszkowatych zachorzeń spojówki, przyczem każda opisana dość szczegółowo, tak, że każdy lekarz — unitarysta lub dualista — z łatwością będzie mógł w niej zapisywać odpowiednie postaci chorób spojówkowych. Łożecznikow oświadczył się przeciw temu, będąc zajadłym dualistą; pozostał przy »oddzielnem zdaniu«, iż trzeba wyróżniać jaglicę, a nie mieszkowate zmiany w spojówce.

---

<sup>1)</sup> Podzielamy to zdanie zupełnie.

Słuszne zarzuty Łożecznikowowi stawili pp. Gołowin, Ławrentjew, Adelheim i A. Natanson; przyjęło wreszcie wniosek tego ostatniego, aby wyznaczyć osobne posiedzenie dla omówienia tej sprawy.

Posiedzenie z dnia 30 stycznia 1901 r.

1. Disler przedstawił chorego z *retinitis proliferans*, u którego w moczu nie wykryło ani cukru, ani białka, krwotoków nosowych nie miał. Prof. Kriukow radzi zbadać krew. Łożecznikow, podobnie jak Leber, znajdował u podobnych chorych oksalurję.

2. Ławrentjew przedstawił 25letniego nowobrańca z wielkimi rogówkami we wszystkich kierunkach — 17 mm. w poprzecznym i 16 w pionowym. M. oculi utr. 6 D. i As. Dno oczu prawidłowe.

3. Suszkin przedstawił 16letnią chorą, u której rozpoznano woskowe i szkliste zwyrodnienie spojówki, przeważnie dolnej powieki, zmarszczki księżycowej i załamka górnej powieki. Zwyrodnienie to miało wygląd nowotworów dość twardych, sadłowato-szarych, dochodzących do wielkości laskowego orzecha. Rozpoznanie stwierdziła reakcyja amyloidu.

Posiedzenie z dnia 13 lutego b. r.

Towarzystwo poświęciło to posiedzenie omówieniu, przedyskutowaniu i wypracowaniu wyżej wspomnianego szematu dla zapisywania jaglicy. Postanowiono ostatecznie zredagowany szemat przesłać do komitetu, urządzającego VIII. zjazd Towarzystwa rosyjskich lekarzy w pamięć Pirogowa. Łożecznikow nie zgodził się i z tym projektem szematu i dołączył do niego oddzielne swe zdanie.

*Dr J. T.*

#### IV. LECZNICTWO.

6. Asterol, połączenie sulfo-phenylo-rtęciowe, zawierające 15% rtęci, posiada tę wyższość przed sublimatem, iż białka nie ścina i instrumentów nie niszczy. 4% roztwór asterolu ma się równać co do siły  $\frac{1}{10}$ % sublimatu. Wśródmięśniowe zastrzykiwania 8% asterolu daleko mniej sprawiają bólu, aniżeli równoważne roztwory sublimatu i widocznie wpływają na luetyczne zmiany.

7. Zastrzykiwania podspojówkowe hydrg. oxycyanatu w stosunku 1:5000 poleca bardzo gorąco A. Senn przeciw *chorioiditis myopica*,



często łącząc je z rozcięciem soczewki. Leczenie to przeprowadza przez dłuższy czas (5—7 tygodni). — »Archiv f. Augenheilkunde« XLIII, p. 259.

**8. Leczenie wilka światłem.** Cierpienie to, tworzące istny *crux medicorum*, zdaje się wchodzić w korzystniejszy okres leczenia, dzięki pomysłowości Duńczyków. I tak znany już czytelnikom »Postępu« sposób Finsen'a, nagrodzonego tego roku premią Nobla 200.000 K. Sposób ten polega, jak wiadomo, na zastosowaniu promieni chemicznych, które, oszczędzając zdrowe otoczenie, niszczą tkankę chorobowo zmienioną. Leczenie to atoli jest żmudne i kosztowne. Rząd pruski zajął się urządzeniem zakładu Finsen'oskiego. Wygodniejszy sposób przedstawia metoda Dra Dethlefsen'a, także Duńczyka, z Holtebro w Jutlandyi, polegająca na tem, że nazajutrz po wyskrobaniu owrzodzeń wilkowych D. zmraża, co drugi dzień (przez 1—2 min.), rozpylonym prądem chlorylu części zajęte. Po każdym zmrożeniu części zajęte nabrzmiwiają, przyjmują barwę czerwoną, pozostając w tym stanie aż do dnia następnego, poczem odbarwiają się i poczynają się zaciągać. Po 6 takich zabiegach sprawa bywa zagojoną. — Chcąc przy wilku nosa uniknąć narkozy, jakoby wdychanie chlorylu sprowadzić mogło, wypada nos zatamponować, a dać oddechać przez cewkę szklaną. — Według sprawozdania Bramson'a w »Arch. de Médecine et de Chirurgie spéciales«. Nr. 5. 1901. H.

## V. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzwyczajny prof. A. Kriukow mianowany zwyczajnym profesorem oftalmologii w Moskwie.

Dr Peters w Bonn mianowany prof. okulistyki w Rostoku.

Dr Sidler-Huguenin w Zurychu habilitował się dla okulistyki tamże.

Dr Schjoetz mianowany profesorem okulistyki w Chrystyanii na miejsce prof. Hjorta, który dla wieku podeszłego wziął emeryturę.

Dr Baudry w Lille mianowany profesorem tamże na miejsce Lapersonn'a.

Poniżej podajemy, na życzenie interesowanych kolegów, korespondencyę, wywołaną artykułem Dra J. Talki, umieszczonym

w num. 6. »Postępu«, czynimy to zaś w przekonaniu i nadziei, że sprawa sporna, sama przez się bardzo małej wagi, a chyba niewielu mogąca obchodzić czytelników naszych, doraźnie niniejszem załatwioną zostaje.

P. Dr Sawczenko-Macenko nadesłał d. 3 października po rusku napisany list, brzmiący w polskim przekładzie, jak następuję:

Szanowny Panie Redaktorze!

Uprzejmie proszę Sz. P. o pomieszczenie w wydawanym przez Sz. P. »Postępie Okulistycznym« niniejszego sprostowania z powodu artykułu, wydrukowanego w zeszycie czerwcowym na str. 225, a podanego przez pana Talkę z Lublina pod tytułem »Arteria hyaloidea persistens«.

Zgadzaając się z opisem danego przypadku, zmuszony jednak jestem wskazać na niektóre niedokładności, przez autora pominięte.

1. Przedewszystkiem w tytule, zamiast »Przypadek spostrzegał«, należało napisać: przypadek był mnie pokazany przez Dra Sawczenkę-Macenkę oraz udzielone pozwolenie do opisanja takowego w jednym z pism naukowych polskich.

2. Ponieważ Dr T. niejednokrotnie prosił mnie o pokazywanie mu ciekawszych przypadków, o ile posiadałbym takowe w zarządzanym przeze mnie ocznym oddziale Lubelskiego Szpitala Wojskowego, zaprosiłem więc d. 18 grudnia 1900 r. Dra T. dla pokazania mi przypadku: »Arteria hyaloidea persistens«. Tymczasem Dr Talko pozwolił sobie napisać, że został zaproszony dla bliższego określenia wady ocznej u jednego z nowobraciców. Ze nie p. T. przyczynił się do rozpoznania choroby, dowodzi po pierwsze to, iż przypadek wcześniej demonstrowałem innym kolegom, a po drugie ta okoliczność, iż p. T. widział rekruta d. 18 grudnia wieczorem, czyli wtedy, gdy rekrut po odbytem tegoż dnia w południe posiedzeniu komisji szpitalnej, na zasadzie postawionej przeze mnie dyagnozy: Arteria hyaloidea persistens, został na zawsze od służby w wojsku zwolniony.

3. Inne niedokładności, jak np.: vis. oc. d. = 0, jak napisał p. T., a nie  $\frac{1}{1000}$ ; chore oko bowiem zachowało pewne poczucie światła, uważam za drugorzędne.

Proszę przyjąć wyrazy prawdziwego poważania:

Lekarz wojskowy

(Podp.) *Sawczenko-Macenko*.

Na to, interpelowany przez nas, p. Dr J. Talko odpowiedział między innymi, co następuję:

Rzeczywiście prosiłem kol. Sawczenkę, aby mi pokazywał ciekawsze przypadki z wojskowego szpitala. Materiał jego tak jest jednostajny, że zaledwie zdobył się na przedstawienie mi tego jedynego przypadku, który wraz z nim dostatecznie obejrzałem, wobec

niego odrysowałem i, uzyskawszy pozwolenie, ogłosiłem w »P. O.«, do czego p. S. ani był przygotowany, ani nie miał ochoty, nie bawiąc się wcale piśmiennictwem. Prawda, p. S. robił przypuszczenie, że mamy u żołnierza przetrwanie tętnicy c. szklistego i dopiero się o tem upewnił, skoro i ja przyłączyłem się do jego zdania. Zresztą jest to rzecz tak małej wartości naukowej, że zasługę pierwszeństwa w rozpoznaniu pozostawiam p. ordynatorowi szpitalnemu. Co do v. = 0, to trwam przy zdaniu: chory nie rozpoznawał nawet światła, »pewnego poczucia« wcale nie było.

Zdaniem mojem p. S. powinien mi być tylko wdzięcznym, że jego przypadek nie został zagrzebanym w archiwum szpitalnem, a powiększył kazuistykę w specjalnem czasopiśmie.

*Dr J. Talko.*

---

### Omyłki drukarskie.<sup>1)</sup>

Na str. 324, 8 w. u góry, zamiast »stopniowo«, czyt.: »stosownie«.

Na str. 324, 12 w. u góry, zamiast »Dra Bogdanowa«, czyt.: »Dra Dołganowa«.

Na str. 319, 13 w. u dołu, zamiast »Dg«, powinna być podana liczba »D«, zapewne 9.

Na str. 320, 7 w. u góry, zamiast »robi cięcie«, czyt.: »robi szerokie cięcie«.

---

<sup>1)</sup> Omyłki drukarskie zachodzą przeważnie z powodu niewyraźnych rękopisów, dlatego redakcyja ponawia prośbę o przysyłanie możliwie wyraźnie pisanych rękopisów.



# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

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

Październik

ROCZNIK TRZECI

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Rzadkie powikłania zapalenia ślinianek przyusznych ze strony oczu.

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

z Wilna.

Powikłania oczne zapalenia ślinianek przyusznych zostały poznane dopiero w ostatnich czasach i są uważane wogóle za rzadkie. Do ogłoszonych w literaturze mogę dodać dwa swoje przypadki, w których powikłania te wystąpiły w postaci, dotąd, o ile wiem, nieopisanej.

Kostuś H., lat 5, od paru dni cierpiał na zaczerwienienie gałki ocznej prawej i obrzęk górnej powieki prawej około kąta wewnętrznego. D. 5 lutego 1901, widząc go po raz pierwszy, znalazłem, po odwróceniu górnej powieki, silne nabrzmienie i zaczerwienienie spojówki powieki w jej połowie nosowej, wzrastające w kierunku do kąta wewnętrznego, w którym podrażnienie było największem i uwydatniała się żółtawa plamka. Jednocześnie dziecię przedstawiało ogólne objawy: niepokój, zmniejszenie apetytu, ból głowy: tętno było nieprawidłowo czę-

ste, język obłożony, sen niespokojny. Ciepłota ciała nie była mierzona, ale zdawało mi się, że chłopak miał gorączkę. Nie wszystkie te objawy mogłem uważać za zależne od ropnia powikłowego.

Żółtawą piankę przeciąłem; wylała się spora ilość ropy; spojówka została przemyta roztworem sublimatu (1:10.000).

Następnego dnia (6-go lutego) obrzęk i zaczerwienienie znacznie były mniejsze, a 7-go zupełnie znikły, lecz tegoż dnia znalazłem nabrzmienie obu ślinianek przyusznych; objawy ogólne, które pozostawały bez zmiany, były przeto skutkiem świnki. Leczenie prowadził Dr Zachorski, który łaskawie udzielił mi następujących szczegółów o przebiegu choroby.

Dnia 7 lutego wieczorem, gdy wcierano przepisaną masę w okolice obrzmiałych gruczołów, zapaliła się od świecy kotara nad łóżkiem dziecka, wskutek czego przelękło się ono bardzo i dostało natychmiast drgawek. Następnego dnia ciepłota ciała rano 39,2°, wieczorem 39,4°; d. 9 lutego 37°, d. 10-go 36,8°, d. 12-go dziecię uznano za rekonwalescenta. Żadnych innych powikłań nie było, choroba przeszła lekko, zaznaczono silne zaparcie stolca, które z trudnością dało się usunąć. Przypadek ten wywołał epidemię domową, gdyż zachorował zaraz brat Kostusia, a następnie służąca i bona. Epidemii świnki w mieście w owym czasie nie było, ani też płonicy, z którą jej związek upatrują często.

Tak więc ropień spojówki, na krótko poprzedzając świnkę, zjawiał się w jej okresie utajonym, który wynosi nie mniej niż 8 dni<sup>1)</sup>, jednocześnie z objawami ogólnymi, poprzedzającymi zwykle zapalenie ślinianek przyusznych. Ponieważ szczegółowe badanie wyłączało wszelkie inne przyczyny, któreby mogły ów ropień wywołać, uważam go przeto za skutek świnki, mianowicie za przerzut, wytworzony przez pierwiastki zakaźne świnki, które w tym czasie, sądząc z ogólnych objawów, krążyły już we krwi chorego. Przypuszczenie to jest zupełnie zgodne ze

---

<sup>1)</sup> Według Dukesa 14—24 dni, według Soltmann'a 18, według Leichtenstern'a 8—14.

spostrzeżeniami ropni przerzutowych przy różnych chorobach zakaźnych.

Czy powikłanie podobne świnki było kiedykolwiek spotykane, nie wiem. Nie zdarzyło mi się o niem czytać ani słyszeć, nie wymienia go też Schmidt-Rimpler w swoim: »Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten«. Przerzutowe zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego przy śwince spostrzegał Schiess-Gemuseus.

Inne powikłanie widziałem przed 2 laty podczas niezbyt znacznej epidemii zapalenia ślinianek przyusznych w Wilnie.

Pani B. M., lat 22, średniej budowy, dobrze odżywiona, żadnych oznak ogólnej choroby, a zwłaszcza kiły, nieprzedstawiająca, przechorowała w lutym roku 1899 na zapalenie obu-stronne ślinianek przyusznych. Cierpienie trwało około 3 tygodni, przeszło przy umiarkowanej gorączce ( $38-38,5^{\circ}$ ) i bez powikłań. Gdy obrzmienie gruczołów znikało, chora zauważyła, że lewem okiem widzi mętno. Dotąd na oczy nie cierpiała. W kilka dni później, d. 6 marca znalazłem w oku lewym, przy badaniu wziernikowem, nieznaczne zmętnienie tarczy nerwu wzrokowego z pewną niejasnością jej granic, zwężenie tętnic i rozszerzenie żył. Naczyniówka i siatkówka i w szczególności okolica plamki żółtej żadnych zmian nie przedstawiały. Perymetr wykazał ubytek ośrodkowy, więcej rozszerzony ku górze ( $12^{\circ}$ ) i dołowi ( $10^{\circ}$ ), aniżeli ku wewnątrz ( $6^{\circ}$ ) i zewnątrz ( $7^{\circ}$ ). Na przestrzeni skotomatu wzrok był w zupełności zniesiony. Obwód pola widzenia dla białego i dla barw prawidłowy. Żrennica nieco szersza i nieco leniwiej oddziaływająca na światło, niż w drugim oku. Prawe oko wolne od wszelkich objawów chorobowych.

Mieliśmy przeto zapalenie naośne jednostronne nerwu wzrokowego (*neuritis optica axialis*). Ponieważ inne przyczyny tego cierpienia mogły być z całą możliwą stanowczością wyłączone, pozostało, jako jedyna przyczyna, zakażenie przez jad świnki.

Przy leczeniu napotnem (podskórnie pilokarpina, potem



wewnątrz salicylan sodu) z następczym zastosowaniem jodku sodu i podskórnym strychniny, stan chorej stopniowo polepszał się. Skotomat, który początkowo rozszerzył się na kilka stopni, stawał się powoli jaśniejszym, głównie w środku. Po 3 tygodniach w środku skotomatu siła wzroku wynosiła 0,8; środek ten był otoczony wąskim pasem o niejasnym widzeniu. Jeszcze po 2 tygodniach pas znikł. Jednocześnie ustępowało zmętnienie tarczy nerwu wzrokowego; źrenica stała się prawidłową.

W październiku r. 1899 zobaczyłem chorą po kilkumiesięcznej przerwie, podczas której uważała siebie za zupełnie zdrową. Stwierdziłem bładość części skroniowej tarczy nerwu wzrokowego bez jakiegobądź innych zmian dna oka. Siła wzroku bez zmiany (0,8, łamliwość miarowa), pole widzenia, poczucie barw prawidłowe. Stan ten utrzymuje się dotąd, t. j. przez 2 lata, mam przeto nadzieję, że i w przyszłości nie pogorszy się.

Cierpienia nerwu wzrokowego, jako powikłanie świnki, są opisane w literaturze, ale w innej postaci, niż ta, którą przedstawia mój przypadek. Pierwszy H a t r y <sup>1)</sup> ogłosił 11 przypadków, spostrzeganych podczas epidemii świnki w Lyonie w r. 1875, w których występowało na tarczy nerwu wzrokowego i na siatkówce albo tylko rozszerzenie tętnic i żył, albo przekrwienie mniej lub więcej silne. W ciągu 15—20 dni, a w jednym przypadku w ciągu 40 dni zaburzenia te znikwały i wzrok stawał się prawidłowym. T a l o n <sup>2)</sup> widział jednostronne zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki, które przeszło w zanik tarczy. S i m i <sup>3)</sup> spostrzegł w jednym przypadku obustronne przekrwienie tarczy, rozszerzenie źrenicy i osłabienie wzroku; wszystkie te objawy po kilku dniach ustąpiły. B l a n c h a r d <sup>4)</sup> widział obustronne zapalenie nerwu z przejściem w zanik. D o r <sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> Archives de médecine militaire, 1876, str. 303.

<sup>2)</sup> Ibid., 1883, str. 103.

<sup>3)</sup> Bollet. d'Oculist., 1896, str. 28.

<sup>4)</sup> Bulletin médical, 6 grudnia 1899.

<sup>5)</sup> XIIIe Congrès international de médecine. Sprawozdanie w Recueil d'ophtalm., 1900, str. 565.

i Sendral<sup>1)</sup> obustronne zapalenie nerwu i siatkówki, które u pierwszego zakończyło się zanikiem tarczy, u drugiego polepszeniem siły wzroku do 0,5.

Powikłanie ze strony tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki występowało czasem bardzo prędko po zjawieniu się świnki (w przypadku Sendral'a w 5 dni), czasem po kilku tygodniach. Jako przyczynę tego powikłania należy przyjąć, zgodnie z Dor'em, zakażenie nerwu wzrokowego i siatkówki przez pierwiastki chorobotwórcze świnki, podobnie jak to ma miejsce przy innych chorobach zakaźnych.

Może ono przyłączyć się do zapalenia ślinianek przyusznych, przedstawiającego się w lekkiej postaci i bez innych powikłań, jak również do ciężkiej postaci i z różnymi powikłaniami; tak w przypadku Talon'a było zapalenie jądra i objawy mózgowe (ból głowy, nudności, drgawki). Zagrażając wzrokowi, pogarsza ono znacznie rokowanie przy śwince.

Przy tej sposobności nadmienię, że gdyby częściej badano wziernikiem chorych, dotkniętych świnką, to możeby zmiany dna oka, szczególnie w postaci przekrwienia, nie okazały się tak bardzo rzadkimi powikłaniami.

Z innych powikłań ocznych świnki znane są nieżyty spojówki, obustronne, bez wydzieliny ropnej, czasem łączące się z obrzękiem powiek i z łzawieniem. Występują one niekiedy jednocześnie z przekrwieniem tarczy nerwu wzrokowego i siatkówki. Ustępują łatwo, bez żadnych następstw. Znacznie rzadziej spostrzegano cierpienia rogówki, czasem w postaci wrzodu.

Zapalenie tęczówki przy śwince spostrzegał Burtrew w jednym przypadku, który przytacza Dor. Obustronne zapalenie tęczówki z udziałem rogówki prawej widział Péchin<sup>2)</sup> w 9 tygodni po wystąpieniu świnki. Zapalenie to odznaczało się słabym oddziaływaniem zapalnym i pomyślnie się zakończyło; lewe oko odzyskało wzrok zupełny, a prawe 0,5.

Niekiedy, jako powikłanie świnki, występuje zapalenie

---

<sup>1)</sup> Recueil d'ophtalm., avril 1901, str. 204.

<sup>2)</sup> Recueil d'ophtalm., juin 1901, str. 336.

obustronne, ostre albo podostre, gruczołu łzowego, który przedstawia budowę histologiczną prawie jednakową ze śliniankami przyuszniemi. Powikłanie to może poprzedzać świnkę, być z nią współczesnem albo następczem; ustępuje ono po krótkim czasie bez śladu. Odnoszące się tu przypadki opisali: Rider<sup>1)</sup>, Schröder<sup>2)</sup>, Fuchs<sup>3)</sup>, Sendral<sup>4)</sup> (z kliniki Gałęzowskiego) i inni.

W końcu należy dodać, że bezwład mięśni ocznych może również stanowić powikłanie świnki. Bezwład akomodacji widział Boas, bezwład mięśnia prostego wewnętrznego spostrzegali w swoich przypadkach Blanchard i Dor.

---

## II. STRESZCZENIA.

### Przegląd czasopism.

#### 1. Archiv für Augenheilkunde. Tom XLIV.

*Nowe doświadczenia nad sposobem powstawania zapalenia współczulnego* (Neue Untersuchungen über die Pathogenese der sympathischen Ophthalmie). Prof. Bellarminoff i Dr Selenkowsky z Petersburga.

Wiemy, że po dziś dzień istnieje 5 różnych teorii, dotyczących się powstawania zapalenia współczulnego. A mianowicie:

1. Teoria Graefe-Müllera, t. zw. »nerwów rzęskowych« (*Ciliarnerventheorie*). Polega ona na twierdzeniu, że schorzałe nerwy rzęskowe pierwszego oka (okaleczonego) powodują odruchowo wpływ na naczynia drugiego oka i wywołują w niem stan zapalny.

2. Teoria Deutschmanna (Lebera), t. zw. »posuwająca« (*ophthalmia migratoria*). Na jej podstawie posuwa się zapalenie współczulne z oka pierwszego wzdłuż nerwu wzrokowego ku mózgowi, a ślad do pochwy nerwu drugiego i ku drugiej gałce ocznej, gdzie powstaje zapalenie nerwu wzrokowego, a w niektórych

---

<sup>1)</sup> Nagel's Jahresbericht, 1873, str. 471.

<sup>2)</sup> Klin. Monatsbl. f. Augenh., 1891, str. 427.

<sup>3)</sup> Deutschmann's Beiträge zur Augenheilk., 1891, Bd. III, str. 8.

<sup>4)</sup> Recueil d'ophtalm., avril 1901, str. 198.



przypadkach zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. W celu udowodnienia tej teorii wprowadzał Deutschmann zakaźne drobnoustroje w samą gałkę oczną lub też pod pochwę nerwu wzrokowego, przyczem zwierzęta ginęły stałe na ogólne zakażenie.

3. Teoria Schmidt-Rimplera, t. zw. »nerwowo-drobnoustrojowa« (*neuro-bacterielle*).

Przypuszcza on przytem, że podrażnienie nerwów rzęskowych w pierwotnie schorzałej gałce wywołuje odruchowo zaburzenia w krążeniu i odżywieniu oka drugiego i usposabia je przez to do zapalenia współczulnego, które tam powstaje przez następne wtargnięcie drobnoustrojów w to oko. Temu przypuszczeniu dali zresztą wyraz, już przed Schmidt-Rimplerem, Rothmund i Eversbusch w r. 1882, a Meyer w r. 1890. Także Panas i Moll przemawiali za nią.

4. Teoria Berlina i Beckera, t. zw. »przenośna« (*Transporttheorie*), przyczem mają naczynia pośredniczyć w przenoszeniu drobnoustrojów z jednej gałki do drugiej.

5. Teoria Arnolda »wstecznej transportacji« (*Rückläufige Transporttheorie*), która jednak nie znalazła zwolenników.

Ponieważ przedsiębrane przez licznych badaczy, a także i przez samych autorów dokładne doświadczenia kontrolne wszystkich tych teorii dawały stałe wyniki ujemne, dlatego sądzą oni, że żadna z tych teorii nie rozwiązuje dostatecznie zagadki współczulnego zapalenia i dlatego należy je raczej nazwać domysłami — hipotezami, a nie teoryami.

Przeprowadzone przez autorów badania wszystkich tych teorii spowodowały ich do dokładniejszego zastanowienia się nad możliwym sposobem powstawania zapalenia współczulnego, a w następstwie tych badań podają oni swą nową teorię, polegającą na działaniu trutek (toksyn), powstałych z rozpadu wprowadzonych do gałki ocznej drobnoustrojów (*Toxintheorie*).

Do przedsiębrania swych badań wybrali oni trutkę drobnoustroju t. zw. *staphylococcus pyogenes aureus*, i postawili sobie zadanie zbadać działanie tych trutek w oku pierwszym i drugim, wstrzykując takowe:

1. w obwodowy koniec przeciętego nerwu wzrokowego,
2. w przestwór podpochwy nerwu wzrokowego tuż przy samej gałce ocznej,
3. w tylną część ciała szklanego.

Przekonali się oni, że zmiany, powstałe w oczach przy różnorodnym tem umiejscowieniu wprowadzonych trutek, były do siebie bardzo podobne i różniły się li tylko nasileniem stanu zapalnego

gałek. Przytem zmiany zapalne najsilniej były uwidocznione w przypadkach, w których trutki wprowadzono w obwodowy koniec nerwu wzrokowego, co się dało też łatwo wytlómaczyć mniejszym odstępem pomiędzy miejscem wprowadzenia trutek w oko pierwsze a okiem drugim, powtóre zaś i większą łatwością wprowadzenia trutek w główne drogi naczyń chłonnych, łączących obie gałki oczne.

Nie uwzględniając przypadków, w których zabiegi autorów dały wynik ujemny, występowały po większej części zmiany zapalne na dnie oka pierwszego i to w postaci rozszerzenia i pokręcenia naczyń, obrzęku i zabarwienia tarczy wzrokowej. Następnie występowało plastyczne zapalenie łączówki i zarosnięcie źrenicy, a czasem i zanik gałki. Podobne zmiany występowały częstokroć i w oku drugim.

Ważną jest przy tych badaniach ta okoliczność, że, w przeciwieństwie do doświadczeń *Deutschmanna*, zwierzęta pozostawały zawsze przy zdrowiu i nie znajdowano u nich nigdy zmian w mózgu i jego oponach, chyba nieznaczne ich przekrwienie i to głównie w przedniej części u podstawy mózgu.

Tak więc główną zasadą tej nowej teorii zapalenia współczulnego jest działanie trutek, które wytwarzają się w pierwotnie schorzałym oku z drobnoustrojów, które się w nie dostały, poczem te trutki przechodzą na oko drugie drogą naczyń chłonnych i krwionośnych (*Lymph- und Diffusionsstrom*).

Różnica w działaniu drobnoustrojów i trutek na oko jest właściwie tylko ilościową i w tem właśnie polega jej doniosłość. Drobnoustroje bowiem, wprowadzone do gałki ocznej, pomnażają się w pewnych częściach oka bardzo łatwo, co przy wprowadzeniu trutek do gałki ocznej jest wykluczonem. Natomiast powodują trutki daleko idące zmiany patologiczne oka.

Bardzo ważną przytem jest i ta okoliczność, że wprowadzone do gałki ocznej drobnoustroje wywołują zmiany patologiczne nie tylko w miejscu ich wprowadzenia, lecz, dzięki znacznej dyfuzji powstających z nich trutek, rozszerzają one swe zgubne działanie i na dalsze obszary oka.

By dowieść swej teorii, przytaczają autorowie między innymi te przypadki, w których zapalenie współczulne występuje na oku drugim dopiero po upływie długiego czasu. A mianowicie, jak w innych częściach ustroju, może i w oku być pewna część drobnoustrojów przez długie lata dobrze znoszona i nie wywołując żadnych zaburzeń zapalnych. Skoro jednak te drobnoustroje znajdą dla swego rozwoju korzystniejsze warunki, pomnażają się one rychło i wydzielają ze siebie trutki, które teraz dopiero przechodzą na oko drugie.

Trutki, powstałe z rozpadu drobnoustrojów, posuwają się z jednej gałki ocznej ku drugiej przestrzeniami chłonniemi nerwów wzrokowych, w szczególności zaś przestworem podpochwowym Schwalbe'go, przyczem możliwość ich posuwania się jest także zależną od sposobu krążenia limfy w nerwach wzrokowych.

*Dr T. Ballaban.*

*Dwa przypadki nowotworu nadrogówkowego w następstwie powierzchownego zapalenia twardówki (Zwei Fälle von Tumor praecornealis nach Episcleritis).* Dr Wilhelm Alltand.

U chorego, który przebywał na oku lewem częste nawroty zapalenia twardówki, zachorowało i oko prawe bez właściwego powodu. Badanie przyjętego do kliniki wykazało na oku prawem wrzód rogówki, powikłany zapaleniem tęczówki, na oku zaś lewem powierzchowne zapalenie twardówki i łuszczkę na rogówce. Po niedługim czasie powstały, pomimo leczenia, na oku prawem liczne płaskie wybijalności na spojówkach powiekowych i załamku, a na rogówce ostro ograniczone żółtawo-białawe nacieki. Przytem był brzeg rogówki mocno wypukłony i unaczyniony przez naczynia spojówki, a wypuklenie to pokrywało rogówkę aż do jej środka. Cała przednia połowa gałki ocznej była zwiększoną i rozmiękną. Pomimo, że gałkę tę (prawą) wyjęto, pojawił się w głębi oczodołu znowu mały nowotwór, który musiano usunąć. Ponawiające się jednak i nadal nawroty w powstawaniu nowotworów u brzegów jamy oczodołowej zniewolily autora do wypaproszenia oczodołu.

Badanie drobnowidowe wykazało górne warstwy rogówki prawidłowe, a dopiero środkowe jej warstwy były lekko rozmiękłe i przepelnione komórkami krągłemi.

Szczególnie licznie były niemi naciekle naczynia włosowate, które się w tych częściach mięszu rogówki licznie znajdowały.

Ponad rogówką, która pozbawiona była nabłonka, znajdowała się bardzo obfita w komórki tkanka łączna z licznemi szerokimi naczyniami. Tkanka ta (łączna) przechodziła na sąsiednią twardówkę, a wypustki brodawkowate wychodziły z niej w głąb gałki ocznej aż do ciała rzęskowego.

W drugim przypadku, który autor zawdzięcza prof. Manzowi, znajdowały się podobne zmiany kliniczne zapalenia gałki ocznej, w następstwie których powstał nowotwór, umiejscowiony pod dolnym brzegiem rogówki i nad spojówką gałkową, dający się z łatwością przesuwać.

Nowotwór ten, który był pierwotnie zwykłym ziarniniakiem (*granuloma*), okazał się przy badaniu drobnowidowem jako rak przybłonkowy. A mianowicie widać było na skrawkach, obok znacznych wybijai przybłonka, liczne czopy przybłonka, które weiskały



się w głąb popod tkankę przybłonkową. Im dalej w głąb, tem bardziej uwidoczniały się komórki rakowe, a wybijanie przybłonka schodziło na drugi plan. Podobne zmiany anatomiczne były uwidocznione i w później wyjętym nowotworze z głębi oczodołu.

Zestawiwszy bardzo dokładnie znaną dotychczas literaturę w tym kierunku, przychodzi autor, na podstawie opisanych dwóch przypadków i przypadków innych autorów, do przekonania, że przewlekłe zapalenia gałek ocznych, w szczególności zaś zapalenie twardówki, mogą się stać powodem powstania nowotworów, podobnie, jak to się stało w przypadku własnym autora, gdzie zapalenia spowodowały powstanie brodawczaka, w przypadku zaś Manza raka.

Dr T. Ballaban.

*Czwarty przyczynek do anatomii oka krótkowidzącego* (IV. Mittheilung betreffend die Anatomie des myopischen Auges). Dr Heine.

Pierwsze pytanie, jakie sobie autor w swych badaniach postawił, tyczy się zachowania naczyńówki w okolicy stożka przytarczowego<sup>1)</sup>, gdyż sprawa ta nie została dostatecznie dotychczas anatomicznie rozstrzygniętą.

W tym celu sporządzał autor preparaty w ten sposób, że kładł on tęczówkę do gliceryny, która wyjaśniona przedstawiała podmiotowy obraz wziernikowy.

Tak sporządzane preparaty obu gałek ocznych oglądał autor w stereoskopie i porównywał je potem z preparatami drobnowidowymi tychże ocz.

W pierwszym przypadku spostrzegał on obie gałki oczne o krótkowzroczności — 9 i — 10 D, u których stożek znajdował się na zewnątrz od tarczy wzrokowej i wynosił  $\frac{1}{2}$  i  $\frac{2}{3}$  średnicy tarczy wzrokowej.

Na skrawku drobnowidowym, zrobionym przez zewnętrzną część tarczy wzrokowej oka lewego, było widocznem, że w  $\frac{3}{4}$  częściach stożka była naczyńówka jeszcze zachowaną, a tylko w  $\frac{1}{4}$  jego części był jej brak zupełny, i to w pobliżu otworu nerwu wzro-

<sup>1)</sup> Nie wiadomem jest, dlaczego autor, opisując stożek przytarczowy, wielkości  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  i  $\frac{1}{4}$  przekroju tarczy wzrokowej, nazywa go stożkiem (*conus*). Przywykliśmy bowiem stożki tej wielkości nazywać zazwyczaj tylnym garbiakiem (*staphyloma posticum*). — Przez stożek zaś rozumiemy sierpowate ograniczenie zewnętrznych granic tarczy wzrokowej, nie większe, jak  $\frac{1}{4}$  jej przekroju. Różnica ta w nazwie jest dla nas o tyle ważną, że podczas gdy przez nazwę stożka rozumiemy zawsze fizyologiczne ograniczenie nerwu wzrokowego, to przez nazwę garbiaka rozumiemy zmianę patologiczną. A przecież w przypadkach autora były udowodnione zawsze te ostatnie.

Przyp. sprawozd.

kowego (*foram. opt.*). W utrzymanej swej części była naczyniówka jednak zanikła, i to najwięcej w miejscu, w którym włókna nerwowe były najgrubsze, a tem samem i najwięcej ją uciskały.

W drugim przypadku było krótkowidzenie na obu oczach — 12 i — 14 D. Na oku o mniejszej krótkowzroczności był stożek wysunięty również na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego. W okolicy stożka była twardówka wyżłobiona i pokryta resztkami naczyniówki.

Na podstawie swych porównawczych badań przemawia autor przeciwko teorii Stillinga, jakoby stożek przytarczowy mógł powstać przez zewnętrzny ucisk ścięgni mięśnia boczowego na gałkę oczną (i idące z tym w parze rzekome spłaszczenie twardówki na tylnym biegunie gałki ocznej), przez co zewnętrzna ściana twardówki się uwidacznia (*perspectivisches Sichtbarwerden der lateralen Scleralwand*), a jest on natomiast zdania, że stożek przytarczowy powstaje przez zmiany zanikowe naczyniówki, powstałe przez brak możliwości dostatecznego napięcia się jej włókien elastycznych, w szczególności zaś jej warstwy elastycznej i spowodowanego tem przesunięcia się włókien nerwowych w postaci zmarszczki. Dowodem, że w przypadkach tych rozchodzi się stanowczo o uciskowy zanik naczyniówki, są resztki naczyniówki, znachodzone w stożku.

Drugim ważnem zagadnieniem anatomicznem w oku krótkowidzącym jest zachowanie się przybliżonka nerwowego w jamie nerwowej (*fovea*).

Sądzono bowiem po dziśdzień, że przy wyłączeniu się gałki ocznej rozluźnia się szczególnie łatwo przybliżonek nerwowy w jamie nerwowej, i tem starano się tłómaczyć sobie znaczne upośledzenie bystrości wzroku u krótkowidzów wysokiego stopnia. Zapominano przytem jednak, że często u krótkowidzów wysokiego stopnia jest bystrość wzroku prawidłową, co sprzeciwiałoby się temu tłómaczeniu.

Sam autor przekonał się w jednym przypadku (— 12 D), że pomimo znacznego wyłączenia się powłok ocznych, czopki nerwowe w jamce były zupełnie nierozluźnione, natomiast była jamka mocno spłaszczoną. Spłaszczenie to powstało wskutek nierównomiernego napięcia siatkówki, przyczem były jej warstwy wewnętrzne bardzo znacznie napięte, warstwy zaś zewnętrzne tylko bardzo niewiele.

Tem małym napięciem się warstw zewnętrznych siatkówki, a zatem warstw, które przy odbieraniu wrażeń wzrokowych są dla oka najważniejszymi, daje się łatwo wytłómaczyć częstokroć zachowana dobra bystrość wzroku u wysokich krótkowidzów. Powodu zmniejszenia się bystrości wzroku należy natomiast zawsze szukać w mniejszych lub większych zmianach zapalnych naczyniówki.

Polemizując w końcu swej pracy z wywodami tych autorów,

którzy, jak Schnabel, Elschmig i i., są zdania, że stożek jest wrodzoną zmianą, nie dającą się nieczem w swym dalszym rozwoju powstrzymać, jest on zdania, że stożek sam jako taki jest jedynie okolicznością, usposabiającą do zwiększania się krótkowzroczności, i że racjonalnie i zawczasu zastosowane środki zapobiegawcze są w stanie położyć tamę jego zgubnemu zwiększaniu się. A popiera autor te swoje wywody tym faktem, że u ludzi dorosłych, u których gałka oczna już więcej nie rośnie, gdzie zatem o samodzielnem zwiększaniu się stożka mowy być nie może, zwiększa się pomimo tego częstokroć krótkowidzenie, i to li tylko z powodu działających na gałkę oczną szkodliwości. Ze stanowiska praktycznego jest to bardzo ważnem, gdyż można zapobiedz rozrostowi stożka (który przecież u dzieci małych jest tylko małym) przez przepisywanie odpowiednich szkieł, poprawiających całkowite krótkowidzenie. Zachęca też autor w tym kierunku lekarzy praktyków, którzy ze swego stanowiska praktycznego mogą jedynie mieć pod tym względem ostatnie słowo.

*Dr T. Ballaban.*

*O zapadaniu się gałki ocznej przy wrodzonych brawkach zewnętrznych mięśni ocznych (Ueber Retractionsbewegungen des Augapfels bei angeborenen Defecten der äusseren Augenmuskeln). Dr Julius Wolff.*

Autor opisał przypadki, w których przy kurczeniu się jednego lub więcej mięśni zewnętrznych oka, gałka oczna wgłębia się w jamę oczodołową i powraca do pierwotnego położenia dopiero po ustąpieniu skurczu tych mięśni.

Z wyjątkiem jednego przypadku, włączała się gałka oczna w głąb oczodołu zawsze przy zamierzonych ruchach gałki ku środkowi, t. zn. przy silniejszym unerwieniu mięśnia, będącego po drugiej stronie mięśnia skurzonego (nie działającego), przyczem gałka oczna nie zwracała się zupełnie ku środkowi, lub tylko bardzo nieznacznie. Drugim objawem, spowodowanym wgłębieniem się gałki, było zwężanie się szpary powiekowej przy zamierzonych zwrotach gałki ku środkowi.

Powodu powstania tych objawów należy szukać w wadliwym umiejscowieniu ścięgnię mięśnia prostego wewnętrznego oka i to więcej ku tyłowi gałki, lub — co też jest prawdopodobniejszem — w zrostach mięśnia prostego zewnętrznego oka, którego włókna zmienione postronkowato w tkankę łączną, utwierdzają gałkę oczną tak silnie na zewnątrz, że może ona, tylko przy równoczesnem wgłębieniu się oka, być powolną kurczeniu się mięśnia wewnętrznego.

*Dr T. Ballaban.*



## 2. Centralblatt f. praktische Augenheilkunde.

O t. zw. „*keratitis neuroparalytica*“ (Ueber die Natur der Keratitis neuroparalytica). Dr J. Bistis z Konstantynopola. (Nr VI. 1901).

Autor przytacza różne dotychczasowe teorye o t. zw. »keratitis neuroparalytica«, poczem obszerniej omawia doświadczenie Meissnera, który w kilku przypadkach przez przecięcie nerwu trójdzielnego otrzymał wprawdzie znieczulenie rogówki, jednakowoż bez zapalenia tejże. Sekeya przekonała, iż nerw trójdzielny nie był całkowicie przecięty i że mała wewnątrz leżąca część tegoż była niełknięta. W innym przypadku przecięcia tegoż nerwu oko zachowało wprawdzie swoją wrażliwość, jednakowoż posiadało wszelkie objawy t. zw. *keratitis neuroparalytica*, jak gdyby po całkowitem przecięciu nerwu trójdzielnego. Sekeya tego przypadku wyjaśniła, iż tylko wewnętrzna część nerwu została przeciętą, podczas gdy reszta była niełknięta. Meissner nie uważa znieczulenia rogówki za niezbędne przy tem zapaleniu, którego przyczynę widzi raczej w uszkodzeniu tych włókien nerwowych, które w bezpośrednim związku stoją z odżywianiem rogówki. Do tych samych wyników doprowadziły także doświadczenia Schiffa.

Z powyższych doświadczeń autor wysnuwa wniosek, iż t. zw. *keratitis neuroparalytica* wywołaną zostaje przez uszkodzenie odżywiających (*trophische*) włókien, leżących po wewnętrznej stronie nerwu trójdzielnego, a pochodzących, jak dotychczas przyjęto, z nerwu współczulnego.

Przy końcu autor opisuje przypadek *keratitidis neuroparalyticae*, połączony z zupełnem znieczuleniem w obrębie pierwszego ramienia nerwu trójdzielnego i widzi przyczynę tego jedynie w uszkodzeniu odżywiających (*trophische*) włókien tegoż nerwu, gdyż dostateczne odwilżanie oka, regularny ruch powiek i *ptosis* chroniły oko od zapalenia rogówki, wywołwanego przez wyschnięcie lub zewnętrzne wpływy.

Dr Gruder.

*Uszkodzenie olejkim gorczycznym* (Eine Verletzung des Auges durch Senf-Oel). Dr Otto Neustätter z Monachium. — (Nr VII. 1901).

Przez nieostrożne zdejmowanie flaszki z olejem gorczycznym z wysokiej szafki wylał się ten płyn na twarz aptekarza. W tej samej chwili obtarł sobie aptekarz dobrze twarz, a że boleści były dotkliwe (był to olej z 1 części olejku gorczycznego na 49 części spirytusu), posłano natychmiast po lekarza. Powieki prawego oka silnie obrzmiały; spojówka powiek lekko zaczerwieniona i obrzmiała,

galka oczna i bystrość wzroku prawidłowe. Po przepłukaniu oka rozczyłem 1% z *kalium carbonic.*, następnie *oleum olivarum*, dano do woreczka spojówkowego 5% maść kokainową, a na zewnątrz okłady z lodu. — Po upływie 6 godzin obrzmienie powiek silniejsze, galka oczna prawidłowa, bez nastrzykania rzęskowego, rogówka prawidłowa. — Po następnych ośmiu godzinach chory widzi jakby przez mgłę. Rogówka wygląda, jak gdyby oliwą powleczone, a przybłonek jej bardzo lekko zamglony; nastrzykania na gałce nie ma. — Okłady ciepłe, wysychające usuwają po części obrzmienie powiek, lecz przymglenie przybłonka rogówki pozostaje i nadal. S =  $\frac{6}{50}$ . — Po dwóch dniach bystrość wzroku polepszyła się na  $\frac{6}{20}$ , a po dalszych trzech dniach na  $\frac{6}{6}$ ; rogówka była znowu prawidłowa, tak samo i powieki.

Autor uważa opisane zamglenie przybłonka rogówkowego za uszkodzenie odżywienia tkanki, wywołane swoistem działaniem olejku gorczycy na nerwy na drodze odruchowej. *Dr Gruder.*

*Przyczynek do techniki irydektomii* (Zur Iridectomie-Technik) prof. *Więcherkiewicz* z Krakowa (Nr VII. 1901).

Porównaj »Postępowanie Okulistyczne«. Z. V. 1901.

*Dr Gruder.*

*Widoczne krążenie krwi w żyłach siatkówki przy białaczce* (Sichtbare Blut-Strömung in den Netzhautvenen bei Leukämie). Dr *K. v. Grunert*, docent prywatny (Nr VIII. 1901).

Autor opisuje przypadek widocznego krążenia krwi w żyłach siatkówki przy białaczce u 38letniej chorej, u której liczba białych ciałek krwi miała się do czerwonych, jak 1:28 (prawidłowo 1:500—800 według *v. Jakscha*). Absolutna liczba czerwonych ciałek krwi wynosiła dwa miliony, podczas gdy prawidłowo u kobiet napotykalmy pięć milionów na 1 mm. Rozpoznanie ogólne opiewało: Białaczka silnego stopnia (*myeloide Leukämie*).

Boleści w oczach nie było; bystrość wzroku =  $\frac{6}{6}$ , Jg. Nr 1. Wziernikiem rozpoznano tarczę zastoinową z 6 dyoptryjami różnicy refrakcyjnej w stosunku do plamki żółtej. Żyły były znacznie rozszerzone, wężykowato powyginane i o silnej jasnej barwie; tętnice prawidłowe. W obrazie prostym można było w grubszych rozgałęzieniach żył dokładnie obserwować krążenie krwi, jak gdyby piasek się poruszał szybko w przezroczystych, czerwonych rurkach szklanych. Ruch cały odbywał się w kierunku dośrodkowym ku miejscu wejścia naczyń w tarczy nerwu wzrokowego. Objawów tętnienia nie było. Na dnie oka były nadto liczne wybroczyny, bliżej środka świeże, a na obwodzie dawniejsze. Niektóre przypominały obraz *retinitis septica*, a inne *retinitis albuminurica*. Plamka żółta była

obustronnie zupełnie prawidłowa. Ku obwodowi zwężało się łożysko naczyń żylnych, a we wielu miejscach zamiast tych były białe linie bez widocznego krążenia krwi.

Obraz widocznego krążenia krwi w żyłach siatkówki przypomina dno oka u żaby, gdzie w naczyniach ciążka szklistego dokładnie można spostrzegać krążenie krwi. Lecz zjawisko to wywołane jest u żaby przez korzystniejsze ku temu warunki, t. j. przez większą absolutną wielkość ciałek krwistych i przez silniejsze powiększenie w oku żaby.

W opisanym przypadku widzi autor przyczynę możności spostrzegania krążenia krwi już przy prawidłowej łamliwości oka najpierw w zwolnionem krążeniu krwi, spowodowanem przez tarczę zastoinową i silne rozszerzenie łożyska żył siatkówki, powtórę w zmienionej wielkości ciałek krwi w tychże naczyniach. Przy tak silnym bowiem stopniu białaczki, gdzie stosunek czerwonych ciałek krwi do białych był, jak 2·8 do 1, musiała i średnica białych ciałek wynosić około 13 mikr., a więc o wiele więcej, niż średnica czerwonych ciałek. Przy badaniu w obrazie prostym była więc średnica tychże o  $\frac{1}{5}$  mm. większą. W naczyniach krwionośnych ciążka białe, jako większe, musiały trzy razy więcej miejsca zająć, aniżeli czerwone, i dlatego w połączeniu ze zwolnionym ruchem w naczyniach musiały być spostrzeżone przy wziernikowaniu. Im bowiem ciałko białe jest większem, tem większe jest tarcie, tem bardziej ciałko to zostaje przyparte do ściany naczyń i tem powolniejsze jest krążenie krwi. Najkorzystniejsze ku temu warunki są w żyłach rozszerzonych i o zwolnionem krążeniu krwi, jak to się rzecz miała z opisanym przypadkiem białaczki. *Dr Gruder.*

*Zajmujący przypadek nowotworu w naczyniówce* (Ein Fall von Aderhaut-Geschwulst mit bemerkenswerthen Besonderheiten). Prof. J. Hirschberg z Berlina (Nr VIII. 1901).

Pięćdziesięcioczeroletni księgarz, którego wzrok na lewem oku był od ósmego roku życia silnie upośledzony (*leucoma centrale adhaerens*. *Vis.* = palec na 4 m.), spostrzega od 2 tygodni stopniowe, silne upośledzenie wzroku na zupełnie doład zdrowem prawem oku i to tego rodzaju, iż wszystkie przedmioty wydawały mu się nieregularne, mianowicie górna część tychże była ku lewej górnej stronie wydłużona.

Przy badaniu było oko na zewnątrz prawidłowe, bystrość wzroku prawidłowa, natomiast było pole widzenia od góry aż do 20 stopnia zwężone. Wziernikiem można było 5 szerokości tarczy poniżej tarczy wzrokowej, nieco ku stronie skroniowej, dokładnie widzieć nowotwór, o brzegu dokładnie odgraniczonym i rąbkiem bar-



wikowym otoczonym, a nad nią poznać było dokładnie siatkówkę z jej naczyniami.

Z początku autor stosował *kalium jodatam*, a na drugim (lewem) starał się zabarwieniem błizny na rogówce i zapomocą optycznej irydektomii podnieść bystrość wzroku. Przez dłuższe (kilkomiesięczne) ćwiczenie tego oka (prawe pod opaską), bystrość wzroku na nieużywanem dotąd oku lewym podniosła się z  $\frac{1}{8}$  na  $\frac{1}{2}$ . — Gdy zaś tymczasem pole widzenia na chorem oku znacznie (od góry do 10°) się zwiężyło, a nowotwór sięgał aż do 2·5 szerokości tarczy poniżej tarczy i coraz bardziej żółtawo przeświecał, wyjęto to oko.

Badanie drobnowidem pokazało: Sarkoma melanocytna, wychodzące z naczyniówki i położone w dolno-zewnętrzny kwadrancie tylnej części oka.

Dr Gruder.

*O operacji zaćmy w Indjach* (Ueber Star-Operation in Indien). Dr Pope z Madras (Nr IX. 1901).

Jako dyrektor szpitala w Madras miał autor w ostatnich 10 latach przeszło 10 tysięcy operacji zaćmy w szpitalu a około dwu tysięcy operacji zaćmy w prywatnej praktyce. Przy mięszanych zaćmach (*cortico-nuclearis*) był dobry wynik w 91—92%, a przy *cataracta senilis* w 92%. Przeważna część operowanych opuszczała zakład już szóstego (!) dnia, poczem przez 5 dni była w leceniu ambulatoryjnym. — Przed operacją przepłukuje autor woreczek spojówkowy roztworem kwasu karbolowego (1:100). Najpierw rozdziera autor zapomocą igły Bowmana torebkę soczewki, poczem robi zwykłym sposobem cięcie w rogówce, starając się utrzymać płat spojówkowy. Wyjęcie soczewki uskutecznia w ten sposób, iż z jednej strony wywiera nacisk na twardówkę tuż powyżej cięcia rogówkowego, a z drugiej strony na rogówkę z dołu do góry. Tęczówki nie wycina; następnie zakrapla roztwór gliceryny i zasypuje powierzchnię gałki jodoformem. Na powieki opatrunek Hornera; wala i opaska obustronnie. Codziennie świeży opatrunek a piątego dnia tylko daszek ochronny (*Augenschirm*). W 25 przypadkach nie dawał autor żadnego opatrunku z pomyślnym wynikiem.

Dr Gruder.

*Zdolność odróżniania wrażeń prawostronnych od lewostronnych i znaczenie tejże dla widzenia stereoskopowego* (Die Unterscheidbarkeit rechts- und links-äugiger Wahrnehmungen und deren Bedeutung für das körperliche Sehen). Dr Heine z Wrocławia (>Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. < 1901. Nr VIII.).

Przy obocznem patrzeniu obrazki siatkówkowe w obydwu oczach nie są, jak wiadomo, identyczne, lecz różnią się między sobą

i to tem bardziej, im bliżej się znajduje przedmiot, na który patrzymy. Autor postanowił doświadczalnie stwierdzić, czy, patrząc obydwojną oczyma, zdajemy sobie sprawę z tego, który obraz danego przedmiotu widzimy okiem prawym, a który lewym, a przynajmniej, czy wiemy, którym okiem w danej chwili patrzymy, jeśli nam jedno oko zasłonięto w taki sposób, żebyśmy nie wiedzieli, które. W zupełnie ciemnej przestrzeni polecał on patrzeć badanemu na słabo świecący punkt i zasłaniał mu jedno oko tak, żeby nie mógł tego zauważyć. Mimo tego nie sprawiało badanej osobie żadnej trudności powiedzieć, którym okiem w danej chwili widzi. W podobny, prosty sposób robił doświadczenia Bourdon. Doc. Heine, chcąc badanie wykonać z większą ścisłością i wyłączyć lub przynajmniej zmniejszyć prawie do zera możliwy wpływ konwergencji, umieszczał przedmiot świecący w znacznej odległości (30 mtr.), lub ustawiał przed oczyma pryzmaty w rozmaity sposób tak, żeby czucie mięśniowe nie mogło stanowić dla badanego żadnej wskazówki, ale mimo tego tenże bez pomyłki podawał zawsze, które oko było zasłonięte. Mając jeszcze wątpliwości, czy obwodowe części pola widzenia nie odgrywają tu pewnej roli, urządził Heine doświadczenie w ten sposób, że patrzył przez rodzaj lornetki teatralnej bez soczewki (długość lornetki 10 cm, średnica każdego z przednich otworów 15 mm), tak, że przez to usuwał zupełnie z działania obwodowe części siatkówek, ale i to nie przeszkadzało wydaniu słusznego sądu. Następnie ubierał okulary, których jedno szkło było czerwone, a drugie zielone, i patrzył na punkt świecący, który zasłaniano raz zielonem, raz czerwonym szkłem. W ten sposób widział ów punkt raz jednym, to znowu drugim okiem, ale zawsze wiedział dokładnie, którym. Jeśli wreszcie w haploskopie Heringa ustawimy przed jednym okiem znaczek żółtoczerwony, a przed drugim żółtozielony, wtedy albo widzimy jeden tylko z nich wyraźnie i zdajemy sobie dokładnie sprawę, które oko odbiera wrażenie, albo też widzimy barwę mieszaną, to znaczy, że patrzymy wtedy obuocznie.

Wszystkie te badania mają tylko wtedy znaczenie, jeśli bystrość wzroku i refrakcyja obu stronnie są jednakie, w przeciwnym bowiem razie różny stopień wyrazistości obrazków siatkówkowych pozwoli badanemu natychmiast ocenić, czy patrzy lepszym okiem, czy gorszem.

Z doświadczeń swych, robionych przeważnie na własnej osobie, wysnuwa autor wniosek, że rozróżnienie wrażenia odebranego jedną plamką żółta od wrażenia, jakiego równocześnie doznaje druga plamka żółta, jest tem łatwiejsze, im bardziej te wrażenia różnią się od siebie, najłatwiej zaś zdać sobie sprawę co do oka, które w danej chwili odbiera wrażenie, wtedy, gdy drugie oko nie odbiera

zadnego. W celu widzenia stereoskopowego zależy jednak właśnie nie na odróżnieniu, lecz na zlaniu wrażeń odebranych każdym okiem z osobna, a to właśnie udaje się łatwo dzięki temu, że obydwa wrażenia niewiele się różnią od siebie. *Dr K. W. Majewski.*

*O współczesnych skurczach mięśni powiek i nosa* (Notiz über Mithbewegungen zwischen Lid- und Nasenmuskulatur). Prof. Dr Bernhard t. (»Berliner Klin. Wochenschrift«, 1901, Nr 32).

W r. 1895 opisał Topolański<sup>1)</sup> pewne poruszenia skrzydełek nosowych, występujące równocześnie ze skurczem mięśnia obrączkowego powiek. Prof. Bernhard t. zbadał w tym kierunku 69 osób zupełnie zdrowych, w tej liczbie 38 mężczyzn a 31 kobiet, i znalazł objaw powyższy w 10 przypadkach (około 15%), mianowicie 7 razy u mężczyzn (18,42%), a 3 razy u kobiet (9,67%). Zjawisko polega na tem, że przy szybkim dowolnem zamknięciu powiek, nieraz przy zwyczajnem nawet mimowiednem mrugnieniu, skrzydełka nosowe nieco się podnoszą, a otwory nozdrzy eokolwiek się rozszerzają. Najwybitniej poruszenie to występuje właśnie przy spokojnem, byle niezbyt powolnem zamykaniu powiek, gdyż przy kurczowem ich ścisłaniu kurczą się zazwyczaj liczne mięśnie twarzy i nieraz cała twarz się wykrzywia, co w tym przypadku może zatrzeć ten objaw. Autor spostrzegał taką współczesność ruchów u matki 56letniej i 33letniego jej syna, i przypuszcza, że w tym przypadku objaw został odziedziczony. Celem wyjaśnienia tego bądź co bądź niezwykłego zjawiska powołuje się autor na stosunki anatomiczne mięśni twarzowych wogóle, na które Henle zwrócił uwagę. Henle dzieli mięsień obrączkowy na trzy części: *M. palpebralis (sup. et inf.)*, *M. orbitalis* i *M. malaris*. Ten ostatni stanowi najzewnętrzniejszą i najniżej położoną część mięśnia obrączkowego i tworzy przejście do muskulatury policzka. Ten to właśnie *musc. malaris* wysyła czasem poszczególne włókienka, które się gubią w skórze nosa i dochodzą nieraz aż do skrzydełek nosowych. Tutaj splatają się one wtedy z włóknami *m. dilatatoris narium* i w ten sposób mogą pośredniczyć w wywołaniu wyżej opisanego objawu.

*Dr K. W. Majewski.*

*Przypadek wahadłowych ruchów gałki, wywołanych zachorzeniem przewodów półkolistych* (Ein Fall von horizontalem Nystagmus hervorgerufen durch Bogengangerkrankung). Dr Herzfeld z Berlina (»Deutsche Med. Wochenschrift« Nr 35).

Autor przytacza ciekawy przypadek, w którym z powodu cierpienia środkowego prawego ucha u 25letniego chorego, obok

<sup>1)</sup> Wiener Med. Blätter. 1895. Nr 15.



innych objawów, przy zatykaniu tego ucha występował szybko *nystagmus osc. horiz.* i to od lewej do prawej strony. Żrenica rozszerzała się, by na wpadające światło znowu szybko się zwaćzać. Te same objawy występują przy wystrzykiwaniu tegoż ucha lub wdmuchiwaniu powietrza przez otoskop. Skoro zaś powietrze w uchu rozrzedzono, pojawiał się *nystagmus*, ale odwrotny co do kierunku, t. j. od prawej do lewej strony. W tym razie jednak mniej częste bywały wahadłowe ruchy, a żrenica nie rozszerzała się. Po wykonaniu operacji Stacke'go, przeczem spostrzeżono u poziomego (zewnątrznego? — Ref.) przewodu półkulistego bardzo spłaszczonego ubytek mały, w którym błoniany przewód (*der häutige Bogengang*) był obnażony, objawy te ustąpiły.

Autor zaznacza, że *nystagmus* ten zupełnie odpowiada sztucznie drażnieniem przewodów półkulistych przez Breuer'a wywołanym ruchom główek u gołębi. Ruchy główek w doświadczeniach Breuer'a odpowiadają *nystagmus*'owi, a powstanie *nystagmus*'a tłumaczy sobie autor zapatrzywaniem Högges'a<sup>1)</sup>, według którego z każdego błonianego labiryntu wychodzą drogi zwrotne nerwowe dla obu ocz i to z obu labiryntów dla każdego oka. Prowadzą one przez *rami vestibulares* do jąder mięśni ocznych, skąd odśrodkowe włókna do mięśni dochodzą.

Zjawiska, że ujemne ciśnienie wywołuje *nystagmus* pod względem kierunku odmienny od ruchów wahadłowych wywołanych ciśnieniem dodatniem, nie umie sobie autor wytłómaczyć. W.

*Obrzek rogówki przy jaskrze* (Ueber das Oedem der Hornhaut beim Glaucom). Dr Stölting z Hannoveru. (»Klinische Monatsblatt f. Augenheilkunde«. 1901. Nr VIII.).

Zacmnienie i utrata połysku rogówki przy jaskrze jest wynikiem wodnisteo nabiegu, czyli inaczej jej obrzku. Tak przynajmniej zapatruje się na tę sprawę przeważna część autorów. W ostatnich tylko czasach Silex<sup>2)</sup> wypowiedział twierdzenie, że ucisk, na jaki wystawiona jest rogówka przy jaskrze, sprawia przesunięcie jej warstwek, które załamują podwójnie światło, dlatego rogówka odbija wielką ilość promieni i rozprasza je zarazem. Leber wykazał też, że ciecz przedniej komory nie może dostać się w głąb miąższu rogówkowego, jak długo śródbłonek wyścielający błonę Descemet'a jest nienaruszony nawet w razie, jeśli podwiążemy wszystkie cztery żyły wirowe. Mimo tego Fuchs przypuszcza, że w warunkach patologicznych, np. przy podniesionym ucisku śródozycznym, śródbłonek, a może istota międzykomórkowa lub pochwki

<sup>1)</sup> Pfluegers Arch. 1881, t. XXVI.

<sup>2)</sup> Por. Postęo Okulistyczny, R. 1900, str. 473.

drobnych gałązek nerwowych, wnikających w rogówkę, stają się przepuszczalnymi dla cieczy wodnej. Inni jednak, jak Birnbacher i Czernak, utrzymują, że ów obrzęk rogówki jest objawem zastój w wieńcu naczyniowym, otaczającym rogówkę (*Randschlingen-netz*) i stanu zapalnego rogówki.

Dr Stölling, autor powyższej pracy, przyjmuje dwie możliwości: albo istnieje utrudnienie w odpływie limfy zawartej w rogówce w ilości prawidłowej, albo limfa, dla której drogi odpływowe z głębi oka w kąciку przedniej komory zostały zatkane, wleiska się dlatego do mięszu rogówki. Za pierwszym przypuszczeniem nie przemawia, Schwalbe wykazał bowiem, że drogę odpływową dla rogówki stanowią naczynia limfatyczne spojówki, a te przy napadzie jaskry nie ulegają zaciśnięciu. Raczej skłonić się należy, zdaniem autora, do drugiego przypuszczenia, że drogi limfatyczne, któremi ciecz wodna z przedniej komory odpływa, ulegają zatkanii i to niekoniecznie przez przyeśnięcie nasady tęczówki do obwodu rogówki, ale np. przez sam obrzęk śródbłónka naczyniowego, spowodowany drażnieniem przez limfę o patologicznie zmienionym składzie. W ogólności przyjmuje Stölling względną przynajmniej niewydolność dróg odpływowych dla nad miarę wydzielanej cieczy wodnej, która przez przestwory *ligamenti pectinati* wchodzi do mięszu rogówkowego i powoduje jego obrzęk. Do takiego zapatrywania skłaniają autora doświadczenia, jakie wykonał na królikach, podwiązując im żyły wirowe i badając drobnowidowo gałki oczne, w kilka godzin później wyjęte. Prócz znanych następstw tego podwiązania, t. j. podwyższenia ucisku śródocznego i wypełnienia się krwią przedniej komory, wykazał on na takich oczach drobnowidowo krwawe nacieczenie całej okolicy rąbka rogówkowego, nasady tęczówki i okolicy przewodu Schlemm'a. Rogówka była silnie limfatycznie, a nawet krwawo nacieczona i zaćmiona. Z preparatów mógł autor wywnioskować, że ciałka krwi nie przedostały się przez błonę Descemet'a, tylko od obwodu rogówki. W końcu jednak przyznaje autor, że doświadczenie na króliku nie zupełnie może naśladować jaskrę, jaka nawiedza oko ludzkie, że zatem wyniki tak uzyskane należy przyjmować z pewnem zastrzeżeniem.

Dr K. W. Majewski.

*Doświadczenia nad przebiegiem gojenia się ran rogówkowych ze szczególnem uwzględnieniem działania kokainy* (Experimentelle Untersuchungen über den Heilungsvorgang bei perforirenden und nicht perforirenden Hornhautwunden mit besonderer Berücksichtigung der Cocain-Einwirkung). Dr A ts u h i k o - M a s u g i z Japonii. (>Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde«. 1901, Z. VIII, IX i X).

Jeśli się rogówce królika zada ostrym nożykiem wąską ranę, przechodzącą przez całą jej grubość, wtedy można zauważyć, że rana ta wnet się zasklepia i przednia komora odtwarza się w ciągu kilkunastu minut. Dzieje się to w ten sposób, że ciecz wodna wnika do mięszu rogówkowego, który pęcznieje tak, że przez to brzegi rany zbliżają się do siebie aż do zupełnego zetknięcia. Zwyczajnie jednak nie przychodzi do tego zetknięcia w całej grubości rogówki, a tylko we warstwach środkowych, podczas gdy wewnętrzne i zewnętrzne krawędzie nie przylegają do siebie. W ten sposób powstaje wewnętrzne i zewnętrzne bruzdkowate (na przekroju poprzecznym lejkowate) zagłębienie. Nawet jeśli z powodu znacniejszego rozstępu brzegów rany z początku nie ma zupełnego zetknięcia, to przecież środkowe warstwy rogówki są najbardziej do siebie zbliżone tak, że i wtedy można mówić o dwóch połączonych ze sobą lejkowatych zagłębieniach. Zewnętrzne zagłębienie wypełnia się komórkami przybłonkowymi, wewnętrzne skrzepłym włóknikiem. Co do wyścielenia przybłonkiem przedniego lejka zdania są bardzo podzielone. Güterboeck utrzymuje, że nóż pociąga za sobą przybłonek podobnie, jak kula wciąga skórę w głąb rany. Becker przyjmuje to tłumaczenie tylko dla miejsca wklucia, ale Atsuhiko-Masugi, autor wymienionej pracy, wykazał, że przybłonek i w takim razie wypełnia przednie zagłębienie rany, gdy nóż wprowadzono od tyłu ku przodowi. Według Neese'go czop przybłonkowy jest tak potężny, że nie podobna przypuścić, iżby mógł powstać na drodze czysto mechanicznego przesunięcia komórek; zresztą wykazał on w przybłonku pokrywającym i otaczającym ranę dość liczne komórki w okresie podziału karyokinetycznego. Peters przypuszcza nawet czynne, ameboidalne ruchy, za pomocą których komórki przybłonkowe przenoszą się z otoczenia na miejsce ubytku. Wobec tych różnic w zapatrywaniach przedsięwziął Atsuhiko-Masugi szereg badań mikroskopowych, odnoszących się do zmian w ciągu pierwszych 48 godzin. W godzinę po wykonaniu cięcia widać było na przekrojach poprzecznych warstwę przybłonkową, przeciętą ostro przy brzegach rany. Jakiegoś wciągnięcia przybłonka końcem noża w głąb rany nigdzie nie stwierdził. Po upływie 3 do 4 godzin zaczął się przybłonek ku ranie posuwać i wyścielać przednie lejkowate zagłębienie, które po 48 godzinach było już nim całkowicie wypełnione. W razie, gdy brzegi cięcia zbytnio odstają od siebie, wtedy ranę wypełnia i zatyka skrzep włóknikowy, który pokrywa się następnie warstwą przybłonka. W warstwie tej można wykazać zawsze we wielu miejscach karyokinetyczny podział komórek. Tak więc wypełnienie zagłębienia przedniego polega na bujaniu przybłonka w otoczeniu rany. Autor podnosi jako rzecz godną uwagi, że podział komórek rozpo-



czynna się nie przy samych brzegach rany, tylko w pewnym od nich oddaleniu.

W drugiej części swej pracy zdaje autor sprawę ze swych doświadczeń nad wpływem kokainy na przebieg gojenia się ran rogówki. Wkrótce po wprowadzeniu kokainy do chirurgii okulistycznej przez Kollera (1884), pojawiły się głosy o różnych ujemnych stronach tego nieocznionego zresztą środka. Liczni autorowie (jak Bunge, Mellinger, Pflüger, Wicherkiewicz, Würdinger, Bellarminow, Dalén i inni) ogłosili bądźto spostrzeżenia kliniczne, bądźże wyniki badań doświadczalnych, dowodzące szkodliwego wpływu kokainy na przybłonek rogówkowy i na rychłozrost ran ciętych rogówki. A tsuhiko-Masugi na podstawie swych preparatów drobnowidowych przyszedł do przekonania, że kokaina istotnie sprowadza wybitne zmiany w komórkach przybłonkowych i to prawdopodobnie przez odciążenie wody, a także działając jako swoista trucizna. Dlatego to na oczach kokainizowanych znajdujemy w otoczeniu rany rogówkowej bez porównania mniej karyokinetycznych figur niż na oczach, w które nie zapuszczono kokainy. Natomiast na twierdzenie Mellingera, jakoby kokaina utrudniała wytworzenie włóknikowego skrzepu, zlepiającego brzegi rany, autor się nie zgadza, lecz sądzi, że szybkość, z jaką się rana skleja i przednia komora odtwarza, zależy przedewszystkiem od wielkości cięcia.

*Dr K. W. Majewski.*

*Wrzód twardy na spojówce gałkowej* (Harter Schanker der Augapfelbindehaut). Dr Bourgeois. (*Die Ophth. Klinik.*, 1901. Nr 19).

Dotychczasowa statystyka wykazuje, że pierwotna zmiana kiłowa, o ile występuje na oku, usadawia się najczęściej na powiekach, przechodząc zwykle ze skóry powiek na spojówkę powiekową. Tak umiejscowiony wrzód pierwotny stanowi 2<sup>o</sup>/<sub>10</sub> wszystkich przypadków pierwotnej kiły, a 4—5<sup>o</sup>/<sub>10</sub> przypadków pozapłciowego umiejscowienia tej zmiany. Natomiast wrzód kiłowy twardy na spojówce gałkowej należy do największych rzadkości. Sourdille zebrał z literatury 14 takich przypadków. Morax przedstawił w paryskim towarzystwie oftalmologicznem 15sty, a Dr Bourgeois ogłasza obecnie 16sty. U 32letniej wieśniaczki zamężnej i matki trojga zdrowych dzieci wystąpiło zapalenie prawego oka. Autor znalazł na mięsku i załamku półksiężycowym owrzodzenie o nierównych naciekłych i stwardniałych brzegach. Reszta spojówki gałkowej była nastrzyknięta i obrzmiała. Gruczoł przyuszny prawy powiększony, ale niebolesny. Z opowiadania chorej dowiedział się autor, że przyjęła ona przed kilku tygodniami na wychowanie i odkarmienie 5cio-

miesięczne dziecko, owoc stosunku miłosnego pewnej pokojówki z miasta z jakimś młodym człowiekiem. O stanie ich zdrowia nie mógł autor zasięgnąć wiadomości, ale dziecko od urodzenia miało na całym ciele łuszczącą się wysypkę i nieustanny wypływ z nosa. Wydzielinę tę ucierała pacjentka autora własną chustką lub nawet palcami i w ten zapewne sposób musiała jad przenieść do oka.— Wrzód sam zagoił się pod wpływem swoistego leczenia tak miejscowego jak i ogólnego w krótkim czasie z pozostawieniem wyczuwalnego stwardnienia w kącieku wewnętrznym, a gruczoł przyuszny znacznie się zmniejszył. Dalszy jednak przebieg kiły był bardzo ciężki na potwierdzenie zdania wielu syfilodologów, że kiła zaszczerpiona gdziekolwiek na głowie odznacza się zwykle szczególną złośliwością. Przewodzącym na tenże samem oku wystąpiła po kilku tygodniach silna *iridochoroiditis* z mlecznym zaćmieniem rogówki. Zapalenie to ustąpiło dzięki energicznemu zastosowaniu rtęci. Zasluguje na podniesienie okoliczność, że sprawa ta niewątpliwie rozwinęła się pod wpływem miejscowego wessania jadu kilowego z pierwotnego owrzodzenia przed wystąpieniem objawów ogólnych. Istotnie znacznie później dopiero dostała chora na całym ciele wysypki kilowej plamistej. Tylko twarz była od niej wolna, nie było też nigdzie kłykcin. Po ustąpieniu wysypki zgłosiła się chora ponownie do autora z powodu zapalenia lewego oka. Badanie wykazało tak zwane *gumma iridis*, które, jak wiadomo, jest w rzeczywistości wytworem kiły drugorzędnej (*iritis papulosa vel condylomatosa*). Zmiana ta ustąpiła także pod wpływem jodu i rtęci i autor wypuścił chorą z opieki, polecając jej jeszcze dla zapobieżenia dalszym nawrotom cierpienia przeprowadzać w pewnych odstępach czasu swoiste leczenie rtęciowe. Pod koniec leczenia bystrość wzroku na obydwu oczach wynosiła połowę bystrości prawidłowej. —

Dr K. W. Majewski.

*Przyczynek do rozpoznania białowca oczodołu i do usunięcia jego zapomocą operacji Kroenleina* (Beitrag zur Diagnose des Echinococcus orbitae sowie zu seiner Operation nach der Kroenlein'schen Methode). Dr P. Stephan. Rozprawa doktorska. Rostock. 1901.

W marcu b. r. przyprowadzono do kliniki prof. Axenfelda w Rostocku 4letniego chłopca, okazującego bardzo znaczny (2 cm) trzeszcz prawego oka. Powieki tylko z wysiłkiem są w stanie pokryć gałkę. Ruchomość gałki upośledzona, najbardziej ku wewnątrz. Wysoka nadwzroczność skutkiem spłaszczenia gałki od tyłu ku przodowi. Wziernikiem bardzo wybitna tarcz zastoinowa. *Visus* = palec na  $\frac{1}{2}$  m. Lewe oko prawidłowe. Rozpoznano nowotwór pozagałkowy, wychodzący prawdopodobnie z prawego nerwu wzrokowego.

Dnia 1 kwietnia wykonano operację sposobem Kroenleina. Po wypłowaniu i odchyleniu zewnętrznej kostnomięsnej ściany oczodołu, znaleziono tuż poza gałką w lejku mięśniowym pęcherz wielkości orzecha włoskiego bladoróżowy i silnie napięty. Nerw wzrokowy był ku wewnątrz odepchnięty i silnie zgnieciony. Tuszcz oczodołowy, zasłaniający pole operacyjne, odchyłano podczas zabiegu umyślnie na ten cel sporządzonemi płytkami, których opis i rysunek autor podaje. Na zewnętrznej stronie ściana torbiela okazywała podłużne prążkowanie, odpowiadające przebiegiem wydłużonemu i spłaszczonemu mięśniowi prostemu zewnętrznemu. Nie udało się torbiela wyłuszczyć w całości, gdyż wśród oddzielania ścian pękł, przyczem wypłynęło kilka cm. sześciennych jasnej, bezbarwnej cieczy. Ograniczono się zatem do wycięcia kawałka ściany, wyłuszczenia jamy pęcherza i wypłukania jej roztworem sinku rąciowego, poczem płat kostnomięsny i skórny ułożono na prawidłowym miejscu i przszyto, pozostawiając tylko w dole mały otwór dla setonu z gazy jodoformowej. Trzeszcz ustąpił bezpośrednio po operacji. Rana wydzielala mierną ilość ropy, która po kilku dniach przybrała barwę niebieskozieloną (*pyocyaneus*). Dziecko zaczęło gorączkować, ale w ciągu dalszych trzech dni gorączka ustąpiła, a ropa przybrała zwykłe wejrzeenie. Dnia 10go lipca, gdy chorego wypuszczono z kliniki, ruchomość gałki jeszcze tylko ku wewnątrz była wyraźnie upośledzoną.  $V =$  palec na 3 m. Dno oka prawidłowe z wyjątkiem lekkiego zatarcia granic tarczy. Rana operacyjna dobrze zablizniona. Stan ogólny zupełnie dobry.

W przypadku powyższym zamiast spodziewanego nowotworu znaleziono pasożyta, który obecności swej nie zdradzał żadnym znamienym objawem. Wejrzeenie pęcherza, jakoteż badanie drobnowidowe wyciętego kawałka ściany nie pozostawiało żadnych wątpliwości, że był to bąblowiec (*echinococcus*), który zresztą w Meklemburskiem nie należy bynajmniej do wielkich rzadkości. Autor podnosi trudności rozpoznawcze, jakie opisany przypadek nastręczał i jakie sprawia wogóle bąblowiec, usadowiony w jamie oczodołu. Ani brak chęłbotania, ani brak drżenia wodunkowego (*Hydatiden-Schwirren*) nie przemawia jeszcze stanowczo przeciw obecności bąblowca poza-gałkowego. Nie daje też bezwzględnej pewności chemiczne i drobnowidowe badanie płynu, wydobytego zapomocą nakłucia próbnego, które nie jest zresztą zabiegiem obojętnym, n. p. w razie, jeśli zachodzi zapoznanie *encephalokele*.

Na końcu rozprawy poleca autor gorąco w przypadkach *echinococcus orbitae* operację Kroenleina, która w chirurgii poza-gałkowej prawdziwie święci tryumfy. Wykazuje on wyższość tej operacji nad sposobem Knappa, który toruje sobie drogę do jamy



oczodołowej od przodu, obok gałki, przez przecięcie jednego lub kilku mięśni prostych.

Dr K. W. Majewski.

*Przypadek przemijającej „ślepoty ołowiowej“* (Ein Fall von transitorischer Blei-Amaurose). Dr Fr. Pincus z Kolonii (Münchener Med. Wochenschrift. 1901, Nr 33).

U pewnego robotnika fabrycznego, którego praca polegała na pociąganiu beczek czerwoną farbą, zawierającą ołów (minia), wystąpiła nagle wśród objawów kolki ołowiowej, na którą już poprzednio wielokrotnie zapadał, zupełna obustronna ślepotą. Badanie oczu dało wynik w zupełności ujemny. Żrenice oddziaływały na światło żywo i wyraźnie, dno oczu było zupełnie prawidłowe. Kilkakrotnie ponawiany rozbiór moczu nie wykazał ani razu obecności białka ani składników upostaciowanych. Po upływie trzech dni wrócił najpierw poczucie światła, poczem wzrok coraz bardziej się poprawiał, chory ulegał jeszcze pewnym złudzeniom i popełniał omyłki, jakie zdarzają się przy tak zwanej »jasnej ślepotcie« (*Seelenblindheit*). Tak n. p. widząc już względnie bardzo dobrze, nie był w stanie policzyć palców, pokazywanych z niewielkiej odległości, nie poznawał niektórych przedmiotów, dopóki się ich palcami nie dotknął. Po upływie dwóch tygodni od chwili zaskądnięcia wzrok obydwu oczu wrócił do stanu prawidłowego. Badanie pola widzenia, jakoteż badanie wziernikiem nie wykazywało zgoła żadnych zbroceń.

W przypadku tym rozpoznał autor: »*amaurosis saturnina*«. Prawidłowe oddziaływanie źrenic z jednej strony, a z drugiej objawy »ślepoty jasnej« skłaniają autora do przypuszczenia, że siedliskiem zmiany chorobowej, wywołanej zatruciem ołowiem, była kora mózgowia. Rokowanie w przypadkach takich, jak wogóle w przypadkach ślepoty przy zachowaniem oddziaływaniu źrenic, uważa autor za pomyślne.

Dr K. W. Majewski.

*O przyczynach kurzej ślepoty i leczeniu jej wątrobą.*  
M. Citrin (Trudy obszczestwa wraczej goroda Simbirskaja za 1900 r.).

Zdaniem autora ślepotą ta nie zależy ani od braku pożywienia tłuszczowego, ani od złego odżywiania, nie ma też styczności ani ze skorbutem, ani z zimnicą. Cierpią na nią ludzie zdrowi i przeważnie nadwzroczni. Jest ona wynikiem zmęczenia nastawczego mięśnia i siatkówki, a szerzeniu się kurzej ślepoty na wiosnę sprzyja oślepiający blask słońca. Autor stwierdza pozytywne i szybkie działanie u takich chorych wołowej wątroby: najprzód naparzano oczy odwarem wątroby w ciągu 10 minut, a potem zjadano od  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  funta takowej. W świeżych przypadkach już był widoczny skutek takiego leczenia po upływie jednej doby. Równie też dobre wyniki

otrzymywano przez używanie tranu, po 15 gm. dziennie, wyzdrowienie następowało zwykle po 2—3 dniach.

Pan C. Mómaczy dobre działanie w tej chorobie wątroby i tranu nie zawartością w nich tłuszczu, nie aminowemi połączeniami (w parach odwaru wątroby), nie jodem (w tranie), lecz żółcią. Mając własność przyciągania do siebie tłuszczowych wyltworów, żółć wątroby i tranu powraca te kropelki tłuszczu, które przy kurzej ślepcie, jak utrzymują, znikają z pręcików i czopków siatkówki. Jest to więc do pewnego stopnia organoterapia.

*Dr J. T.*

*Operacya zaćmy u ludzi podeszłych wiekiem* (Ueber Star-Operationen bei Hochbetagten). Dr Fr. Mendel, asystent kliniki Hirschberga (>Berliner Med. Wochenschrift«, 1901., Nr 32).

Najdawniejszy sposób operowania zaćmy, polegający na zepchnięciu jej zapomocą odpowiedniego przyrządu z pola źrenicy w głąb gałki ocznej (reklinacya), został z biegiem czasu zupełnie zarzucony i zapomniany w miarę, jak wydobywanie zaćmy zapomocą szerokiego cięcia zyskiwało coraz większe rozpowszechnienie. W najnowszych jednak czasach niekórzy bardzo poważni okuliści (Panás, Truc, Valude) poczynają w pewnych, wyjątkowych okolicznościach dla ekstrakcyi płatowej. Reklinacya jest, zdaniem tych autorów, wprost wskazaną w przypadkach zboczeń umysłowych z podnieceniem, przy napadach padaczki, w razie, jeśli chory już utracił jedno oko po operacyi wskutek krwotoku naczyńwkwowego, a także u ludzi w bardzo podeszłym wieku.

W klinice prof. Hirschberga operowano w ostatniem trzydziestoleciu 1645 razy zaćmę zapomocą szerokiego cięcia płatowego, w tej liczbie 36 razy u osób, które przekroczyły 80ty rok życia. W jednym tylko przypadku przyszło do utraty oka z powodu ropienia, zresztą przebieg był u wszystkich zupełnie pomyślny. Ze statystyki tej wysnuwa autor wniosek, że w najpóźniejszym nawet wieku można chorego, przy zachowaniu pewnych ostrożności, poddać operacyi płatowej i nie ma potrzeby uciekać się do reklinacyi, tak niepewnej w skutkach.

*Dr K. W. Majewski.*

*O dvoinkach podobnych do gonokokków i odbarwiających się sposobem Grama, znajdujących się na spojówce ludzkiej* (Weitere Beobachtungen nach Gram sich entfärbender, gonococcenähnlicher Diplococcen auf der menschlichen Conjunctiva). F. Krukenberg z Halli (>Klinische Monatsblatt f. Augenheilk.« 1901., Nr VIII.).

Z liczby 40 badanych przypadków, w których spojówka prócz słabego przekrwienia żadnych innych znamion niezylu nie okazywała, w 4 przypadkach wykazał autor obecność bakteryi, których wejrzanie drobnovidowe najzupełniej było podobne do wejrzania dwoinek Neissera i które, tak jak i te, odbarwiały się sposobem Grama, własnościami jednak biologicznymi różniły się od nich tak bardzo, że musiały być uznane za odrębny rodzaj bakteryi. I tak, szczepione na zwyczajnych pożywkach, jak Loeffler'owska surowica zwierzęca, agar glicerynowy, agar peptonowy, bulion, ziemniak, żelatyna, rosły bardzo bujnie i przechowane w termostacie dawały się jeszcze po upływie 4—6 tygodni ze skutkiem przeszczepiać. Wiadomo zaś, jak trudno hodować gonokokki, które na wyżej wymienionych pożywkach albo wcale nie wyrastają, albo przynajmniej w bardzo krótkim czasie giną. Doświadczenia na zwierzętach wykazały zupełny brak jadowitości u tych pseudogonokokków. Szczepienia czystej hodowli u królików i morskich świnek tak wśród-otrzewnowe, jak podskórne i rogówkowe nie dały ani razu wyniku dodatniego. W jednym tylko przypadku znalazł autor drobnoustroje te zawarte w ciele komórki białego ciała krwi, w innych z powodu braku wydzielin spojówkowej nie mógł stwierdzić tego ważnego szczegółu. Z opisanych w literaturze bakteryi, znajdujących się w worku spojówkowym i odbarwiających się sposobem Grama, uważa autor dwoinki, znalezione przez Marthena w roku 1893 w wydzielinie worka spojówkowego, za identyczne ze swemi. Na podstawie swych badań sądzi Krukenberg, że na spojówce ludzkiej, niedotkniętej zapaleniem rzeżączkowym, znachodzą się czasami dwoinki zupełnie do dwoinek Neisser'owskich zbliżone. W praktyce rozpoznanie zapalenia spojówki rzeżączkowego za pomocą szkiełkowego preparatu — nie straci z tego powodu na wartości. Tylko w razie, jeśli obraz kliniczny choroby jest dwuznaczny i nietypowy, należy założyć hodowlę, a wtedy zachowanie się znalezionych dwoinek względem najczęściej używanych pożywek rozstrzygnie, czy mamy do czynienia z gonokokami, czy też z pseudogonokokami.—

*Dr K. W. Majewski.*

*Wyniki badań oczu u uczniów klasycznego gimnazjum w Woroneżu.* J. Ginsburg. («Wiestnik Oftalmologii». Zesz. III. 1901).

Autor zbadał u 437 gimnazjalistów 874 oczu. Oznaczył on u nich: 1. stan łamliwości zapomocą wziernika, 2. stan łamliwości sposobem podmiotowym wymierzony, 3. bystrość wzroku względną, 4. bystrość wzroku po wyrównaniu wady, 5. najbliższy punkt widzenia, 6. choroby oczu. Oznaczono oddzielnie stan prawego i lewego oka.



Miarowych oczu było:	
przy badaniu wziernikiem	308 (35,24 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
»      »      szkłami	287 (32,83 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ).
Nadwzrocznych oczu było:	
przy badaniu wziernikiem	367 (41,99 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
»      »      szkłami	302 (34,55 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ).
Krótkowzrocznych zapisano:	
przy badaniu wziernikiem	184 (21,05 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
»      »      szkłami	224 (25,62 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ).
Niezborych było:	
przy badaniu wziernikiem	15 (1,70 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ),
»      »      szkłami	61 (8,96 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> ).

Odsetek krótkowzrocznych u uczniów woroneskiego gimnazjum okazał się mniejszym, aniżeli w stołecznych gimnazyjach, a także w Tyflisie i Rydze, i większy niż w Kazaniu i Kutaisie; w petersburskich było 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (E r i s m a n), moskiewskich 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (M a k ł a k o w), w tyfliskim 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (R e i c h), w ryskim 37<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (C w i n g m a n), w kazańskim 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (A d a m i u k) i kutaiskiem 14<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (W a r s z a w s k i).

Stan łanliwości oczu podany w tablicach w każdej klasie osobno. Kiedy u dzieci przygotowawczej klasy znaleziono 67,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> nadwzrocznych i 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> miarowych, krótkowzrocznych okazało się tylko 1,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Stopniowo w wyższych klasach <sup>0</sup>/<sub>0</sub> nadwzrocznych zmniejszał się, <sup>0</sup>/<sub>0</sub> krótkowzrocznych odpowiednio się powiększał. W VIII jednak klasie zauważono, iż <sup>0</sup>/<sub>0</sub> nadwzrocznych powiększył się, a <sup>0</sup>/<sub>0</sub> krótkowzrocznych zmniejszył się — niezwykle ten objaw Dr G. Łómaczył tem, że pewna szczęśliwa grupa dzieci ze znaczną nadwzroczną budową oczu, pomimo 9letniego pobytu w szkole, nie doszła jeszcze do zmiany ich na krótkowzroczną.

Z zapisów barwy tęczówki autor wyprowadza wniosek, że szarym oczom właściwa zwykle nadwzroczna budowa, a brunatnym krótkowzroczna.

Szerokość akomodacji była taka:

Od	9	do	11	lat	=	14,0	D.		
	>	12	>	14	>	=	12,9	D.	
		>	15	>	17	>	=	12,3	D.
		>	18	>	20	>	=	12,0	D.
		>	21	>	22	>	=	11,5	D.

Prawidłowa bystrość wzroku bez korekcy okazała się tylko u 60<sup>0</sup>/<sub>0</sub> uczniów; po wyrównaniu zaś zapisano prawidłową bystrość wzroku tylko u 77,34<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dla prawego oka i 75,97<sup>0</sup>/<sub>0</sub> dla lewego; u 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub> wzrok nie mógł być podniesiony do stanu prawidłowego. Wreszcie z liczby 437 gimnazjalistów zapisano 166 (38<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) z roz-

maitemi chorobami oczu, przeważnie spojówki (57%) i ze zapaleniem brzegu powiek (13%).

W końcu ciekawej swej pracy Dr G. poświęca kilka słów niedostatecznej higienie szkół rosyjskich, słusznie twierdząc, »że nie zgadza się z twierdzeniem Hippel'a i Kirchner'a, iż szkolna myopia jest jedną z tych ofiar, którą społeczna ludzkość zmuszoną jest położyć u stóp kultury i cywilizacyi«. Faktami starał się on przekonać, że ofiarę tę składa się nie przyszłej kulturze, ale jest ona wynikiem przeszłej ciemnoty, ponieważ dotąd o nieczem tak mało nie pamiętano, jak o higienie oczu.

Dr J. T.

### III. Z TOWARZYSTW.

#### Akademia medyczna w Paryżu.

Posiedzenie z 5 lutego 1901.

Lagrange (z Bordeaux) podaje opis czterech przypadków glejaka siatkówki (*glioma retinae*) ze zejściem pomyślnem, rozumie się, po wyjęciu oka zajętego nowotworem. We wszystkich przypadkach badanie drobnowidowe potwierdziło poprzednio postawione rozpoznanie.

Posiedzenie z 14 maja.

Chauvel miał sposobność, jako kierownik lazaretu w Orléansville, badać wziernikiem dno oczu u bardzo wielkiej liczby chorych dotkniętych ciężkimi postaciami zimnicy. Najczęstszą zmianą, z jaką się, w tych przypadkach spotykał, były krwotoki siatkówkowe. Są one najczęściej obwodowe, rzadziej w plamce żółtej lub w jej okolicy położone, bywają bądźto tętniczego pochodzenia, bądźleż żylnego. Powstawanie tych krwotoków tłumaczy rozmaicie: Wedle Poncet'a przyczyną ich są zatory wywołane masami leukocytów zawierających barwik. Inni przypisują powstanie ich zatkanium światła drobnych naczyń czerwonemi ciałkami krwi zawierającemi plazmody. Niektórzy autorowie przypuszczają wreszcie zmiany ścian naczyńniowych wywołane działaniem toksyn wytwarzanych przez plazmody. Zdaniem Chauvel'a krwotoki siatkówkowe, jakkolwiek częste w przypadkach ciężkiej zimnicy, nie stanowią jednak nieznamiennego dla tej właśnie choroby, lecz wspólne są wszystkim cierpieniom, sprowadzającym ogólne wycieńczenie ustroju.

Posiedzenie z 4 czerwca.

Chavasse opisuje przypadek torbiela skórzakowatego (*cystis*

*dermoidalis*), wyrastającego na ścięgnistej szypule z okolicy szwu, łączącego kość czołową, łzową i nosową. Ściana torbieli zawierała dobrze rozwinięte gruczoły łojowe, takie same, jakie znajdują się w skórze. Jama torbieli wypełniona była chemicznie czystym prawie olejem, zawierającym 56% palmityny, a 44% oleiny.

#### Posiedzenie z 16 lipca.

Senat francuski na wniosek p. Pédebidou zwrócił się do rządu z wezwaniem, aby rozesłał do wszystkich położnych dyplomowanych we Francyi okólnik, przypominający im *kalium hypermanganicum* jako niezawodny środek zapobiegawczy przeciw śluzoropokowi noworodków. Akademia medyczna, mając w tej sprawie swój sąd wydać, wybrała sprawozdawcą Pinard'a. Ten w sprawozdaniu swem zwraca uwagę, że śluzoropok noworodków stanowi zawsze jeszcze jedną z najczęstszych przyczyn nieuleczalnej ślepoty. W etyologii tego cierpienia główną rolę odgrywają wprawdzie drobnki rzeżączkowe, ale niejednokrotnie wykazano wyłącznie obecność innych drobnoustrojów, jak np. gronkowce, paciorkowce, pneumokoki, prątki Loeffler'a, Weeks'a, a nawet *bacterium coli*. Postępowanie Crédé'go zmniejszyło bardzo znacznie odsetek zakażeń. Od tego czasu zaczęto używać najrozmaitszych środków przeciwniepalnych dla zastąpienia pierwotnie podanego 2% azotanu srebra. Tarnier zasypywał drobno sproszkowany jodoform. Pinard sam używał jodku rtęciowego, soku z cytryny, kwasu cytrynowego czyścącego, *kalium hypermanganicum*, a w ostatnich czasach zapuszczał rozczyzn anidolu, i to wszystkie te środki z jednakim mniej więcej skutkiem: odsetek przypadków śluzoropotoku spadł z 10—14% na 1,75—1%. Zdaniem Pinard'a nie ma sposobu, któryby pozwolił w każdym przypadku zapobiedz zakażeniu (o szczęśliwych próbach z protargolem nie ma wzmianki w sprawozdaniu; przyp. ref.). Wyniki metody zależą raczej od staranności i sposobu jej wykonania, oraz od tego, czy się dość wcześnie krople zapuści, a nie tyle od rodzaju użytego przetworu. Z tych powodów Pinard nie zgadza się z wnioskiem senatora Pédebidou, natomiast uważa za potrzebne, aby we wszystkich gminach Francyi rozpowszechniano za pomocą urzędowych okólników wiadomości o przyczynach, objawach i niebezpieczeństwach ropnego zapalenia spojówki u noworodków. O każdym przypadku takiego zapalenia powinna być władza natychmiast zawiadomiona. Przy każdej porodnicy powinien być ustanowiony okulista, któryby noworodki zakażone śluzoropotokiem leczył i pouczał w tym względzie akuszerki. Wnioski Pinard'a uchwaliła Akademia jednogłośnie. —

Dr K. W. Majewski.



## IV. LECZNICTWO.

9. Narkozę Dra Schneiderlina, polegającą na wstrzykiwaniu podskórnem mięszanki ze scopolamin, hydrochl. i morfiny w dawkach, mających się poprzednio wypróbować, stara się Dr Korff przez ścisłą dawkę i stosunek stały tych środków udoskonalić. Gdy narkoza środkami tymi wywołana nie wystarcza, na maskę zakrapla przed operacją chloroform, którego w takich razach już tylko  $\frac{1}{10}$  a najwyżej połowa zwykłej do chloroformowania używanej dawki wystarcza.

Doświadczenia, robione na klinice prof. Schinzingera, były w następujący sposób przeprowadzane. Zastrzykuje się 3 dmgr. Scop. + 1 mgr. morf. co dwie godziny. Jeżeli po drugim zastrzyknięciu, dokonaniem oczywiście na innem miejscu, znieczulenie nie wystarcza, by operację podjąć, stosuje się chloroform, który w takich razach działa szybciej bez wywoływania wymiotów, a chorzy na zawołanie przebudziwszy się po operacji, zasypiają niebawem i śpią spokojnie dalej przez 12 nieraz godzin.

Dzieciom w wieku 7—10 lat daje się  $\frac{1}{3}$  do  $\frac{2}{3}$  powyższej dawki w mieszance tej samej.

Osoby wiekowe również były wrażliwe na działanie tych środków.

Praktycznie przeprowadza się następujące postępowanie. Chory dostaje w klinice prof. Schinzingera rano o godz. 7 śniadanie, pół do 9tej robi się pierwsze zastrzyknięcie, w dwie godziny drugie, względnie o 12tej jeszcze trzecie. W godzinę po drugim, względnie po trzecim zastrzyknięciu następuje operacja, a w niektórych razach poprzedza się ją zastosowaniem chloroformu. — (\*Munch. Med. Wochenschrift«. Nr 29. 1901. Dr Korff die Narkose des Dr Herrn Dr Schneiderlin).

10. Błękit metylowy zapuszczany w rozczyinach 1:500 do worka spojówkowego ma być, wedle Courmonta i Rolleta, doskonałym środkiem zapobiegawczym i leczniczym przeciw ocznym zapaleniom w ospie. Błękit, wnikając w tkankę przy najmniejszych złuszczeniach rogówki, do których pęcherzyki powstające na brzegu rogówkowym dają powód, zapobiega ropieniu przez działanie przeciwprątkowe. 45 chorych na ospę leczonych z chwilą pojawienia się zmian na spojówce lub rogówce, w ten sposób było wyleczonych ze zupełnem zachowaniem bystrości wzrokowej. — (\*Annales d'oculistique«. 1901. Maj.).

11. Eucainum B. aceticum wypróbował na poliklinicznym materyale Silixa w Berlinie Dr Cohn. Okazało się, że środek ten,

łatwiej rozpuszczający się we wodzie aniżeli Eucainum B. hydrochloricum, wywołuje w 2% roztworze pół minuty trwające palenie, lekkie zaczerwienienie i łzawienie. Po 3 minutach następuje znieczulenie, trwające 10 do 15 minut. Wobec kokainy środek ten też posiada wyższość, że nie wywołuje rozszerzenia źrenicy, zmiany napięcia gałki i nie upośledza nabłonka. Roztwory eukainowe można przygotowywać bez wywołania upośledzenia ich skuteczności. Przeciwwskazaną jest eukaina lam, gdzie istnieje przekrwienie gałki i podrażnienie. — (*Med. Woche.* 1901. Nr 36).

12. Miejscowe znieczulenie metodą Schleicha daje się łatwo osiągnąć zapomocą następującego roztworu: Rp. Eucaini B. hydrochlorici 0.1, Natrii chlorati 0.8, Aq. dest. 100.0. — Eukaina daleko mniej jest trującą od kokainy. — (*Therap. Monatshefte.*, 1901., Nr 11, p. 603).

13. Jodypina, chemiczne połączenie jodu z olejem łogowym (Sesamoel), przez Merc'ka w Darmstacie wprowadzona w handel jako preparat 10% i 25%, a przez Winternitza w lecznictwo. Pierwszy, 10% przetwór, mający barwę i ścisłość olejku, nie rozkłada się; drugi jest ściślejczy i ciemniejszy, a przed użyciem powinien być rozgrzany.

Jodypinę można podawać w dwojaki sposób, a mianowicie per os. 10% przetwór dziennie najmniej po dwie łyżeczki, ale i wiele więcej. Jodypina nie drażni żołądka ani jelit, w których ulega jako taka wessaniu, a dopiero po wessaniu rozkłada się dość późno. Drugą metodą jest stosowanie podskórne, do czego używanym bywa przetwór 25%. Osobną sikawką 5 cm.<sup>3</sup> zawierającą, podaną przez Holzhäusera z kliniki strasburskiej, wstrzykuje się 20 cm.<sup>3</sup> od razu, lepiej w plecy aniżeli w pośladki. Takich zastrzykiwań powtarzanych co drugi lub trzeci dzień, robi się 10—12. Po włożeniu igły wyczekuje się, czy nie odpływa krew, a dopiero upewniwszy się, iż wkłucie nie nastąpiło w żyłę, wstrzykuje się powoli ową dawkę.

Trzecim sposobem jest stosowanie przez skórę, które przedewszystkiem Radenstok zaleca.

Jod zostaje wydzielanym przez mocz, ślinę i kał. W moczu jeszcze po 2 miesiącach można jod wykazać.

Jodypina ma być środkiem znakomicie działającym w drugiej, a przedewszystkiem w trzeciej formie kiły. Zaletę ma ten środek, iż nie wywołuje ani kataru, ani też acne. — (*Demedriade, Klin. Therap. Wochenschrift.* 1901, Nr 27). H.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

*Z WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.*

Listopad

—+— ROCZNIK TRZECI —+—

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### 1. Przyrząd kontrolujący celność strzelającego.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI

z Pobulanki.

Z rysunkiem.

Jak astronomowie wyprzedzili lekarzy w badaniu ostrości widzenia, tak artylerzyści wyprzedzili ich w badaniu i oznaczaniu stopnia zdolności fiksacyi przedmiotu. Wiadomo, że wojskowi zwracają uwagę tylko na jedno oko i widzenie obuoczne wcale ich nie obchodzi.

Przyrząd używany w artyleryi do oznaczania stopnia dokładności w doprzedmiotowaniu nazywa się przyrządem kontrolującym celność strzelającego.

Składa się on z otworu spojrzeńowego, przesuwanego w kierunku poziomym i pionowym przy pomocy dwóch mikrometrycznych zakrętek. Badany nastawia dwa razy otwór spojrzeńowy przyrządu, a różnica pomiędzy pierwszym a drugim nastawieniem oznacza miarę celności linii spojrzeńowej oka u badanego osobnika.



Uchyłanie się linii spojrzeniowej od przedmiotu będziemy nazywali niedoprzedmiotowaniem. Niedoprzedmiotowanie bywa poziome i pionowe.

Jeżeli różnica pomiędzy pierwszym a drugim ustawieniem wynosi 0,1 mm<sup>1)</sup>, odległość pomiędzy otworem spojrzeniowym i spojrzeniowym znacznikiem równa jest 30 cm, odległość pomiędzy znacznikiem spojrzeniowym i przedmiotem równa jest 3 metrom, to:

$$x : 0,1 = 3,000 : 300;$$

$$x = 1 \text{ mm.}$$

Znaczy to, że jeżeli różnica podmiotowa równa jest 0,1 mm, to różnica przedmiotowa równa jest 1 mm. Linia spojrzeniowa, ustalając się w odległości 1 mm od punktu przedmiotowego, da złudzenie dwóch punktów: jednego w miejscu swego ustalenia (w którym punktu nie ma) i drugiego rzeczywistego zewnątrz punktu ustalenia. Tak powstaje jednooczne wielowidzenie przy bezładzie wzrokowym<sup>2)</sup>, wszelki bowiem bezład jest niedoprzedmiotowaniem. —

Jeżeli różnica podmiotowa większa jest od 1 mm, to różnica przedmiotowa będzie większa od 10 mm, a badany nie będzie w stanie policzyć nawet punktów Nru 10 milimetrowego<sup>3)</sup>, co jednak wcale nie przeszkadza mu w czytaniu nawet drobnego druku.

Jako przyrząd do wymierzania niedoprzedmiotowania może służyć zwykły perymetr Förstera, którego łuk ustawia się poziomo przy wymierzaniu niedoprzedmiotowania w kierunku pionowym.

W samym środku łuku przykręca się do łuku znaczek spojrzeniowy, a w tem miejscu, gdzie zwykle w perymetrze ustawia się oko, wstawia się cewkę z otworem spojrzeniowym,

<sup>1)</sup> Różnica ta u niektórych strzelców może być sto razy mniejsza.

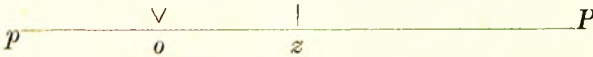
<sup>2)</sup> Noiszewski: *L'ataxie optique et la polyopie monoculaire*. — *Comptes rendus du XII Congrès international de Moscou 1897. Section XI. ophthalmologie*, str. 312—314. — *Kronika Lekarska*. 1898, str. 427—433.

<sup>3)</sup> Noiszewski: *Badanie widzenia różniczkowego i całkowego*. Z tablicą. *Postęp Okulistyczny*, str. 327—335. 1901.

przesuwany przy pomocy zakrętek mikrometrycznych w kierunku poziomym i pionowym.

Na linii spojrzeniowej, ustalonej na przedmiocie znajdują się 4 punkty nieruchome:

1. punkt wzrokowy naośny na siatkówce ( $p$ ),
2. punkt przedmiotowy ( $P$ ),
3. punkt otworu spojrzeniowego ( $o$ ) i
4. punkt znacznika spojrzeniowego ( $z$ ).



## 2. Jeszcze słów kilka o pozornej postaci sklepienia nieba i pozornem powiększeniu średnicy księżyca i gwiazd na widnokręgu.

Podał

A. KUROPATWIŃSKI,  
lekarz ziemski.

Z rysunkiem.

Streszczenie wykładu Dra Schoute'a, wygłoszonego na 18 zjeździe Towarzystwa okulistów niderlandzkich w Utrechcie<sup>1)</sup>, jest punktem wyjścia dla niniejszego artykułiku. Przyznam się, że po przeczytaniu powyższego streszczenia doznałem pewnego zawodu: otrzymałem wrażenie, że autor streszczonego wykładu wysilił się bezskutecznie na wyjaśnienie kwestyi, która już dawno i, przypuszczam, dostatecznie została wyjaśnioną przez fizykę. Niech mi więc wybaczą ci z szanownych czytelników, którzy w niniejszym artykule nic nowego dla siebie nie znajdą.

Przedewszystkiem tłumaczenie Helmholtza, dlaczego pusta przestrzeń, pospolicie nazywana niebem, przybiera dla naszego oka postać sklepienia, — tłumaczenie, zawarte w przy-

<sup>1)</sup> Patrz zeszyt sierpniowy Postępu Okulistycznego z 1901 r.

toczonych przez sprawozdawcę Dra Majewskiego słowach: »skoro błękit nieba zamyka się nad naszymi głowami, tedy widocznie tworzy sklepienie, więc się nam wydaje, że sklepienie to widzimy« — uważam za nietrafiające mi do przekonania. Bo nie rozumiem, dlaczego ma się nam tylko wydawać, że »sklepienie to« widzimy. My widzimy je w samej rzeczy, t. j. oko nasze odbiera wrażenie promieni świetlnych, odbitych przez współśrodkową z kulą ziemską warstwę powietrza. Warstwa ta ma postać kulistą, wrażenie też widocznej dla nas połowy kuli otrzymujemy. Gdybyśmy wyobrazili sobie naszą planetę w postaci sześciścianu, otoczonego warstwą powietrza, również w postaci sześciścianu, wtedy przyznać musielibyśmy, że i to, co pospolicie nazywamy niebem, przybrałoby dla nas postać ciała geometrycznego, zakończonego płaszczyznami<sup>1)</sup>, z tych tworząca dach nad naszymi głowami wydałaby się nam wygiętą u zenitu ku ziemi dla tej samej przyczyny, dla której sklepienie niebieskie wydaje się nam spłaszczoną kopułą.

Dwie przyczyny składają się na to, że punkt sklepienia u zenitu wydaje się oku naszemu bliższym, aniżeli punkt u widnokręgu: różnica w oświetleniu i brak przedmiotów pośrednich pomiędzy naszym okiem a punktem sklepienia w pobliżu zenitu położonym. Różnica zaś w oświetleniu powstaje stąd, że promienie odbite od punktu sklepienia bliskiego widnokręgu, nim dojdą do naszego oka, muszą przejść przez większą warstwę najbliżej ziemi położonego, a więc gęstszego i więcej nasyconego parą wodną<sup>2)</sup> i pyłem powietrza, niż promienie, pochodzące od punktu sklepienia bliskiego zenitu<sup>3)</sup>. Stąd pochodzi pozorne spłaszczenie sklepienia nieba.

Taż różnica w oświetleniu i taż obecność przedmiotów

---

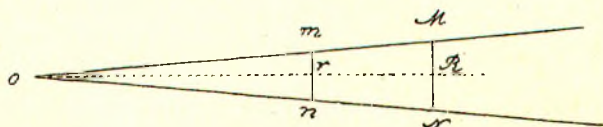
<sup>1)</sup> Jasną bowiem jest rzeczą, że warstwy powietrza, tworzące boki owego przypuszczalnego sześciścianu, w miejscach zetknięcia się tworzyłyby linie, które nie omieszkałyby wywołać w oku odpowiedniego wrażenia.

<sup>2)</sup> Opary ranne i wieczorne.

<sup>3)</sup> Że promienie świetlne przy przejściu przez atmosferę w kierunku stycznej do powierzchni ziemi w znacznie większym stopniu zostają pochłaniane, niż wtedy, gdy przechodzą przez atmosferę w kierunku mniej



pośrednich pomiędzy okiem obserwującym i obserwowanymi księżycem, słońcem lub gwiazdą u widnokręgu jest przyczyną, że wtedy wydają się one większymi, niż, gdy są u zenitu: kąt, pod którym je widzimy, pozostaje ten sam, a odległość wydaje się nam większą<sup>1)</sup>, stąd i wymiary muszą się nam wydawać większe. Załączona konstrukcja geometryczna unaocznia zachodzące zjawisko.



$or$  oznacza odległość spostrzeganego ciała niebieskiego od spostrzegającego podług osi oka, obserwującego owe ciało w położeniu jego u zenitu,  $oR$  — też odległość podług osi tegoż oka w położeniu ciała niebieskiego w pobliżu widnokręgu;  $mn$  oznacza pozorną średnicę spostrzeganego ciała w pierwszym przypadku,  $MN$  — też średnicę w drugim.

Rzecz prosta, że różnica w ocenianiu jednakowych kątów widzenia, z których jeden otwarty jest ku górze, a drugi poziomo (ten ostatni wydaje się oku spostrzegającego mniejszym — doświadczenie Volkman'n'a), może tu też odgrywać pewną rolę, ale chyba tylko nieznaczną, jak przekonywa o tem przytoczone przez sprawozdawcę Dra M. doświadczenie z przerzuceniem obrazu księżyca z zenitu na widnokrąg zapomocą odpowiednio ustawionego zwierciadła płaskiego: przerzucony na widnokrąg obraz księżyca nie wydaje nam się większym.

S. Kargapolskie, dnia 9 października 1901 r.

lub więcej pionowym, przekonać się możemy w pogodną noc gwiazdzistą: w pobliżu zenitu widzimy mnóstwo gwiazd rozmaitej wielkości, gdy w pobliżu widnokręgu widzimy tylko niewielką liczbę jaśniej świecących.

<sup>1)</sup> Ogólne prawo perspektywy: przedmioty więcej oświetlone wydają się nam bliższymi, mniej zaś oświetlone — dalszymi.

### 3. Uwagi nad etyologią odcepienia siatkówki<sup>1)</sup>.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dawno umysł świata lekarskiego zajmuje sprawa patologiczna, która dla wielu jednostek nie tyle »cierpieniem«, ile nieszczęściem się staje, pociągając za sobą zarazem, mimo naszych wysiłków leczniczych, życia noc; a i dziś ani patogeneza, ani terapia odcepienia siatkówki nie stanęły u kresu zadania.

Odkąd w r. 1772 francuski lekarz Charles de Saint Yves<sup>2)</sup> zaznaczył, że siatkówka w jednym lub kilku załamkach od naczyniówki bywa odcepioną, a przez odcepienie to mogą powstać zaburzenia wzrokowe, poczęto więcej uwagi poświęcać tej chorobie ocznej. Mimo to w całym XVIII wieku nie znajdujemy żadnego śladu dodatnich badania odpowiedniego wyników. I pierwsza połowa następnego stulecia niewiele posunęła wiadomości nasze pod tym względem naprzód. Przypadkowo na stole sekcyjnym stwierdzono odcepienie siatkówki, którego zresztą nie umiano nawet należycie ocenić. Słuszność nakazuje zaznaczyć, że w roku 1805 pierwszy James Ware stwierdził zupełne odcepienie siatkówki u osoby, która za życia z powodu zupełnego zaniewidzenia badaniu podlegała. — Odtąd znajdujemy w rozmaitych ilustracyach<sup>3)</sup> rysunki, przedstawiające odcepienie siatkówki. Jednak ponad nieco ściślejsze spostrzeżenia kliniczne nie było można postępu w tym właśnie kierunku okulistyki zaznaczyć, zwłaszcza pod względem etyologii i patogenezy odcepienia.

Dopiero wziernik, który jak wogóle w okulistyce, tak też i w rozpoznaniu klinicznym odcepienia siatkówki stanowczy zrobił przełom, daje możność dokładnego rozpoznania choroby.

---

<sup>1)</sup> W części wedle odczytu, wygłoszonego dnia 24 lipca 1900 roku w sekcji okulistycznej IX zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

<sup>2)</sup> *Traité des maladies des yeux.*

<sup>3)</sup> Panizza (1826), Ammon (1838) i Dalymple (1852).

Prawie równocześnie Coccius<sup>1)</sup> i van Trigt<sup>2)</sup> wziernikiem odczepienie siatkówki rozpoznali, a Graefe już w rok później w swoim »Archiwie« przedstawia odczepienie siatkówki w rozmaitych okresach rozwoju, opierając się wyłącznie tylko na klinicznych zjawiskach. Nie mając sposobności badania skalpelem i mikroskopem tego, co stwierdził genialną swą intuicyją, stawia śmiało teorię, która przynajmniej dla pewnej kategorii odczepień niewątpliwie miała i ma podstawę. Graefe sądził, że wybroczyny krwawe albo też przesączyny surowicze z naczyńówki siatkówkę odłączają od naczyńówki, oblitującej bardzo w naczynia. Z pewnemi odmianami przyłączyli się do tego pojmowania rzeczy Arlt, a także Sichel<sup>3)</sup>.

Przeciw temu zapatrywaniu zwraca się Stellwag<sup>4)</sup>. On to właściwie dał początek teorii ciągnięcia, która później miała tak ważną odgrywać rolę.

Tylko, że Stellwag ze złego wychodził założenia. Znalazłszy rozpad włóknisty ciała szklanego, spowodowany plastyicznymi pierwiastkami, jakie się do niego dostały z ciała rzęskowego i siatkówki, a dalej znalazłszy także i siatkówkę zmętniałą, plamistą i zgrubiałą, przypuszczał, że pierwotne cierpienie siatkówki spowodowało wysięk. To, co Stellwag niewyraźnie zaznaczył, wypowiedział w właściwej formie pierwszy Myller Henryk w r. 1858<sup>5)</sup>.

Zdaniem Myllera smugi, powstałe w ciałku szklanym przez wysięki lub wybroczyny (*Exsudate u. Extravasate*), kurejąc się, odczepiają ciało szklane wraz z siatkówką od naczyńówki, albo też, w korzystniejszych warunkach, mogą samą tylko błonę szklaną odsunąć od siatkówki.

Myller nie przyjmuje pierwotnego wysięku poza siatkówką,

---

<sup>1)</sup> Ueber die Anwendung des Augenspiegels. Leipzig. 1853, p. 128.

<sup>2)</sup> Der Augenspiegel. Tłóm. Schauenburg'a. 33. spostrzeżenie. Fig. XII. Jahr 1854.

<sup>3)</sup> Hydropsie sous-rétinienne.

<sup>4)</sup> Die Ophthalmologie vom naturwissenschaftlichen Standpunkte 1853—1858).

<sup>5)</sup> Graefe'go Arch. 4 Bd. Anatomische Beiträge zur Ophthalmologie.



a to z powodu braku podwyższonego ucisku, braku powiększenia zawartości gałki, a także ponieważ soczewka nie bywa przesuniętą ku przodowi. —

Do tego zdania przyłączył się Graefe<sup>1)</sup>, który już poprzednio przypuszczał takie właśnie powstawanie odzepienia siatkówki w razie zranienia gałki, połączonego z krwotokiem do ciała szklanego. —

Pojęcia zaczęły się więcej wyjaśniać, odkąd przez znakomite swe badania Iwanoff<sup>2)</sup> wykazał, że ciało szkliste, kurcząc się, odzepia się od siatkówki, i że przestrzeń pomiędzy ciałkiem a siatkówką wypełnia się płynem. Od tego płynu ciało szkliste odgraniczone jest ścisłą łukowatą linią. *Membrana limitans hyaloidea* przylega do siatkówki, a jedynie ciało szkliste samo odzepia się.

Odczepienie to później stwierdziło wielu badaczy, jak Becker, Pagenstecher i Genth, ks. Karol Teodor itd., a Milles, który badał 345 ócz w Moorfieldshospital, znalazł 45 razy odzepienie ciała szklanego. Te zmiany tłumaczy Iwanoff przedłużeniem gałki. W jednym przypadku stwierdził płyn i przed i za siatkówką, tak, że ostatnia pomiędzy oboma płynami poniekąd była rozpostartą.

Wecker<sup>3)</sup>, opierając się na teorii Iwanoffa powstawania odzepienia ciała szklanego przy *sclerectasia posterior* i wysokich stopniach myopii, sądzi, że przez odsunięcie się ciała szklanego siatkówka naciąga się, pęka, a płyn przed nią się znajdujący dostaje się poza nią i siatkówkę odzepia.

To pęknięcie siatkówki, które często stwierdzonem bywa, ale też i niejednokrotnie zawodzi, było powodem wielu między autorami sprzeczek. Jedni sądzili, że wytworzenie się odzepienia jest rzeczą pierwotną, a pęknięcie następową, jak Graefe, który przypuszcza<sup>4)</sup>, że płyn pozasiatkówkowy, spuszcza się

<sup>1)</sup> Arch. IV. 2., p. 238.

<sup>2)</sup> Decollement de la hyaloide avec la rétine. Compte rendu du congrès periodique international d'ophtalmologie. Paris. 1867, p. 121.

<sup>3)</sup> Traité des maladies du fond de l'oeil. Paris. 1871.

<sup>4)</sup> Arch. III., 2., p. 395. IX. 2. 1863, p. 85.

na dół, sprowadza jej odczepienie, a dopiero następowo pęknięcie. Tenże płyn, dostawszy się do ciała szklanego, miałby następnie siatkówkę znowu przyciskać. Inni znowu, jak Wecker, sądzili, że pęknięcie stanowi powód dostania się płynu za siatkówkę, a zatem jej odczepienia.

Jednak Poncet, który właśnie badał oczy przez Weckera klinicznie śledzone, a później wyjęte, nie znalazł pęknięcia<sup>1)</sup>.

Nie mając zamiaru historycznie przedstawić całej ewolucji naszych pojęć o powstawaniu odczepienia siatkówki, pominięciem milczeniem rozmaite teorie, z których żadna jednak nie mogła zadowolić, a przejdę do tej, która niewątpliwie uwzględnia większą część przypadków, a objawy towarzyszące odczepieniu związłe z tómaczy. Jest to teoria, z którą wystąpił Leber w r. 1882 na zjeździe oftalmologów w Heidelbergu.

Oczywiście Leber oparł się także na tem, co dodatniego w tym kierunku wykazali jego poprzednicy, a przedewszystkiem na poszukiwaniach Iwanoffa. Główny powód odczepienia upatruje on w ciałku szklanym. Z rozmaitych powodów może ono się kurczyć, a pozostając przezroczystem, wyciska płynne części ze siebie. One to gromadzą się pomiędzy ciałkiem szklanym a siatkówką. Przy dalszem kurczeniu ciało szklane przylega ściśle do przedniej części siatkówki, wywiera na nią ciągnięcie, które doprowadza do przedarcia (perforacyi), a przez otwór perforacyjny wnika płyn poza siatkówkę i odczepia ją. Brzegi odczepionej siatkówki zwrócone są na wewnątrz, co, zdaniem Lebera, za owem odciąganiem przemawia.

Leber zwraca uwagę na nagłe powstawanie odczepienia. Nie ulega wątpliwości, że ono często jest nagłem, ale nie zawsze. W takich to razach napięcie może być prawidłowe. Później zawsze się obniża, a przednia komora pogłębia.

Przeciwnie temu zwraca się też Schweiger tak w dyskusyi w Heidelbergu, jakoteż później w pracy: Beobachtungen ueber Netzhautablosung<sup>2)</sup>, zaznaczając, że wprawdzie może

<sup>1)</sup> Mém. de la Société de biologie 1873 Decollements spontanés et complets de la rétine.

<sup>2)</sup> Arch. f. A. 1883.

przyjść do odczepienia przez kurczenie ciała szklanego, ale, gdzie była perforacya, tam właśnie strzępy zwrócone były na zewnątrz, co znowu przemawia przeciw zapatrywaniu nie tylko Lebera, ale wielu innych, jak Liebreicha, Fuchsa, Schoelera, Uhthoffa, Masselona i Weckera, Hornera itd.

I tu, zdaniem mojem, obie strony mogą mieć słuszność. Nie wszystkie bowiem odczepienia przychodzą w ten sposób do skutku. Nieraz wcale perforacyi nie ma. Sam Leber na 27 odczepień tylko 14, a zatem 50% miał perforacyi, a Gałęzowski podaje nawet, że na 649 ócz z odczepieniem siatkówki, 131 widział perforacyi, a zatem, jeśli statystyka nie myli i przypadki były dobrze obserwowane, 20.1%<sup>1)</sup>.

Ale Leber'owi nie o perforację chodziło, ale zamierzał raczej wykazać, że sam istne odczepienie siatkówki nie powstaje przez pierwotny wysięk naczyniówkowy, jak to Graefe przypuszczał, ale raczej w następstwie ciągnięcia, wywieranego przez kurczące się ciało szkliste. Zapatrywanie to rozproszdził obszernie w znakomitem dziele<sup>2)</sup> Nordenson po zużycowaniu obfitego materiału Lebera tak z kliniki w Getyndze jakoteż świeżego w Heidelbergu.

Otóż po dokładnem zbadaniu anatomicznem materiału poprzednio klinicznie spostrzeganego dochodzi Nordenson<sup>3)</sup> do następujących mniej więcej wniosków:

1. Odczepienie występuje częściej ze zaburzeniem wzroku nagłym, aniżeli powolnem.

2. Przerwanie siatkówki przytem w obu razach się spotyka. Przerwanie w kilku przypadkach mogło być wykazanem w tem miejscu siatkówki, które odpowiadało zaburzeniu wzroku najwcześniej perymetrycznie stwierdzonemu.

3. Oczy rozmaitego stanu refrakcyi zmianą tą mogą być dotknięte, najczęściej jednak krótkowzroczne.

<sup>1)</sup> Des différentes variétés des décollements de la rétine et de leur traitement. Recueil d'Ophthalm. 1883.

<sup>2)</sup> Die Netzhautablosung, Unters. über deren pathologische Anatomie u. Pathogenese. Wiesbaden. 1887.

<sup>3)</sup> L. c. p. 236.



4. Częściej mężczyźni, aniżeli kobiety, ulegają odczepieniu.

5. Z wiekiem, aż do 60 roku życia, częstotliwość odczepienia rośnie.

6. Odczepienie występuje w oczach z wybrczynami krwawymi do ciała szklanego i następnymi zmianami włóknistymi.

Nordenson<sup>1)</sup> daje w końcu wyraz następującym myślom: Lubo przy niezmiennem ciśnieniu wśródocznem perforacya uważaną być powinna jako okoliczność pośrednicząca, to jednak z tego nie wynika, jakoby każde odczepienie przez perforacyę dopiero do skutku przyszło. Do powoli zanikającego ciała może siatkówka przylegać, a w powstającej próżni wytwarza się za siatkówką wysięk, jeżeli później następowo przyjdzie do przerwania siatkówki, to ona nie powróci już na miejsce i żaden rękoczyn nie może też żadnego pod tym względem osiągnąć skutku.

Ponieważ kurczące się ciało szkliste, złączone ściśle ze soczewką więzadłem Zinn'ego i ciałkiem rzęskowem, pociąga owe części za sobą, przeto łatwo w takich razach przednia komórka pogłębia się, co stanowi ważne znamię pod względem rozpoznawczym

Wysięk zwolna tworzący się, jak przy *retinitis albuminurica*, może z czasem bez podwyższonego napięcia odczepienie siatkówki spowodować, a wytworzony wysięk poza siatkówką takową do ciała szklanego przypiera, wskutek czego ona nie ulega ruchom pływającym.

Siatkówka pływająca świadczy o obecności płynu, także przed nią, co jest zawsze następstwem kurczenia się ciała szklanego. Samoistne przyłgnięcie w takich razach siatkówki do naczyniówki może nastąpić, ale tylko po wessaniu wysięku pierwotnego. —

Ta teorya, przez Lebera, względnie jego ucznia Nordensona, bardzo racjonalnie wyłożona, słusznie ma wielu zwolenników i niewątpliwie da się zastosować do większej części odczepień, mianowicie tych, które właśnie najczęściej zachodzą, t. j. w następstwie wyższych stopni myopii. Tu nie tylko

---

<sup>1)</sup> L. c. p. 242.

zapalenie tylne naczyńiówko-twardówkowe, jakie przyjął Graefe, a z nim także i Donders, ale wogóle zapalenie naczyńiówki, które, zdaniem Lebera, towarzyszy, względnie poprzedza wytworzenie odczepienia, ważną odgrywa rolę. Może ono przy każdym stanie refrakcyi ocznej rozwinąć się, najczęściej atoli towarzyszy myopii i dlatego też w tym właśnie stanie wad refrakcyjnych odczepienie głównie się spotyka.

Statystyczne dane, jakich nam dostarczyli rozmaici autorowie, nie odznaczają się jednostajnością, przemawiają jednak w każdym razie za częstotliwością krótkowzroczności przy samistnych odczepieniach. I tak:

A. Pagenstecher na	99	odcz. znalazł mp.	43	razy, tj.	44,44%
Steffan . . . . .	» 19	» » »	» 12	» »	63,15%
Horstmann . . . . .	» 141	» » »	» 124	» »	87,8 %
Gałęzowski . . . . .	» 649	» » »	» 598	» »	92 %
Walter . . . . .	» 251	» » »	» 144	» »	57,3 %
Magnus . . . . .	» 49	» » »	» 21	» »	47,9 %

Biorąc wszystkie sumy statystyczne razem, dostajemy na 1208 odczepień siatkówki 922 mp., czyli 76,3%.

Pozostaje więc prawie 25% przypadków odczepień siatkówki, których nie można wyłącznie na podstawie tej właśnie teoryi wyłknaczyć, lubo ona nieraz i tu dałaby się zastosować za pośrednictwem stosownego łącznika.

I tak spostrzegalem następujący przypadek odczepienia urazowego ze zupełnem wyleczeniem jeszcze za mej w Poznaniu działalności:

Pani H., 57letnia właścicielka majątku ziemskiego, przybyła do mnie d. 2 marca 1893 r. z powodu zaniewidzenia na lewe oko. Wzrok miała zawsze dobry, tylko od kilku lat używa okularów do czytania, czasami występowały jęczmionka. W r. 1885, dostawszy zawrotu, spadła ze schodów na lewą stronę głowy. Dopiero jednak od tygodnia zauważyła, że lewym okiem źle widzi. Od kilku lat straciła regularność, a równocześnie wystąpiły dolegliwości maciczne na które była długo w Berlinie leczoną.

Badanie wykazało, co następuje:

T pr. n. T lo. — 1. Wzrok pro.:  $\frac{6}{5}$ . Em. Sn. 0,5. + 1.75, ppr. 30 cm.

Wzrok lo.: palce na niespełna 2 mtr. tylko od dołu.

Żrenica lewego oka nieco rozszerzona. Ośrodki łamiące czyste, dołem odczepienie siatkówki gładkie, dosyć wypukłone, najwięcej od wewnątrz i zewnątrz, i tam też najwyżej sięgające, bo do południka poziomego, pozostawiając atoli tarcz wolną. W tem miejscu refrakcja miarowa, w miejscu odczepienia, oczywiście w rozmaitym stopniu, nadmiarowa. Badając ośrodki przez *plus* 4 drobnopyłkowe stwierdziłem zaćmienia siatkowe ciała szklatego.

Nigdzie przekonać się nie można o perforacyi siatkówki, a poprzez siatkówkę widać płyn przezroczysty jasny. Siatkówka nie zdaje się falować. Stwierdziwszy odczepienie siatkówki, względnie jeszcze świeże, poleciałem chorej, by pozostała dla leczenia w mej prywatnej lecznicy, na co się też zaraz zgodziła, zapytując tylko, czy jej oko wyjdę.

Zdziwiony niepomiernie tem pytaniem, starając się wysłuchiwać powód tegoż, dowiedziałem się, że chora, nie zastawszy rzekomo mnie, udała się do innego okulisty, który po dłuższem badaniu oświadczył, że oko musi być wyjęte (prawdopodobnie przypuszczając narośl). Mogłem naturalnie pod tym względem uspokoić chorą, nie wiedząc na razie, jak pięknym wynikiem uwiecznione będzie leczenie, które niemało wspierała chora sama usposobieniem flegmatycznym. Przez 4 tygodnie ustawicznie leżała w znak. Leczenie polegało na opasce uciskowej, kąpielach gorących nożnych i wstrzykiwaniu pilokarpiny podskórnie, które z początku źle było znoszone. Już po 3 dniach przekonałem się, że odczepienie znacznie się przyplaszczyło. Dnia 18 marca znalazłem odczepienie już tylko bardzo płaskie. W 4 dni później chora zaczęła wstawać, a badanie wzroku dnia 25 marca wykazało  $\frac{6}{24}$ . Hp. 0.75. Sn. 0.8, c. 4. Wziernikiem odczepienia już wcale nie mogłem stwierdzić, tylko siatkówka u samego dołu była niecc szara. Perymetr słabe tylko wykazuje ograniczenie pola dołem wewnątrz, a także górą wewnątrz. Chora uszczęśliwiona wynikiem, skarży się tylko na czasami występujące jeszcze błyski. Dnia 28 marca i te znikły zupełnie, a wzrok podniósł się do  $\frac{6}{24-18}$ . Hp. 0.5. Sn. 0.8, c. 4. Oft.: siatkówka wszędzie dobrze przylega, dołem niewyraźna plama pigmentowana. W dwa dni później chora już lecznicę opuściła. Żadnych nie miała dolegliwości, ale skarżyła się na ból, od czasu uderzenia ją trapiący w lewym oku.

Później miałem jeszcze ponownie sposobność badać oczy



chorej. Nie będę zaznaczał okoliczności mniej ważnych, nadmienię tylko, że po raz ostatni w lipcu r. 1896, a zatem po trzech latach wzrok lewego oka badany wynosił  $\frac{6}{12}$  Em. Sn. 0.8, c. 2,75, p. pr. 30 cm. Pole widzenia niezmienione, a wziernikiem stwierdziłem czystość ciała szklanego, dołem zaś wewnątrz w siatkówce dwie nieregularnie owalne, nad sobą leżące, niewyraźne plamy białoszare. Nie można atoli miejsce tych uważać za ślady perforacji. Nie widać zwłaszcza żadnych strzępków, ani też obnażonej naczyniówki. Są one raczej wyrazem zmacerowania pigmentu nabłonka siatkówkowego przez płyn wydzielony przez naczyniówkę w miejscu największego siatkówki wydcia.

Cóż więc, pytamy, mogło w tym przypadku spowodować odcepienie siatkówki, stanowczo nie nagle, ale wolno wytwarzające się? Chora upadła kiedyś ze schodów na lewy bok, ale potem jeszcze długo widziała dobrze.

Stawiając sobie to pytanie, w czasie leczenia chorej, dowiedziałem się, iż w kilka dni przed spostrzeżeniem obniżeniem się wzroku miała chora uderzyć głową w odrzwie. Byłby to jedyny wiadomy moment etyologiczny, jeżeli można do niego przywiązywać jaką wagę, dający się zastosować do tego przypadku. Jednakże niewątpliwie w zwykłych warunkach życia nieraz przychodzi do lekkiego urazu, na który w danej chwili nie zwracamy uwagi, a który nam się później dopiero skutkami swymi przypomni. Z urazowem odcepieniem siatkówki łączymy atoli zwykle przypuszczenie wybrczyn krwawych, które Graefe głównie za odcepienia przyczynę uważał. W naszym przypadku stanowczo żadnej krwi poza siatkówką nie było, byłaby ona się oftalmoskopijnie uwydatniła i nie byłaby tak szybko znikła bez śladu. Jeżeli rzeczywiście uraz przyjmiemy jako bezpośrednią przyczynę, to chyba nadać musimy temu urazowi znaczenie zaburzenia troficznego. Już Schnabel<sup>1)</sup> obwinia co do jaskry rodzaj nerwicy, wywołującej zaburzenie sprawności nerwowej, która reguluje stosunek wydzieliny i odpływu cieczy, jako powód przyczynowy. W zastosowaniu do odcepienia siatkówki takie zaburzenie troficzne wsku-

<sup>1)</sup> Ueber Glaukom u. Iridectomie. 1876, p. 67—74.

tek urazu mogłoby spowodować wzmożony odpływ cieczy wśród-  
ocznej, albo, co prawdopodobniejsze, przy braku zaburzeń sprawy  
odpływowej, mogłaby wydzielina cieczy być obniżoną, a zwłaszcza  
pojemność ciała szklistego mogłaby być zmniejszoną, wskutek  
czego przychodzi następowo do wysięku pozasiatkówkowego.  
Mielibyśmy więc w takim razie do czynienia z negatywnem  
ciśnieniem w ciałku szklistem.

Dokończenie nastąpi.

## II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

### I. Archiv für Augenheilkunde. Tom XLIV.

*Ogłoszenia okulistyczne z Egiptu* (Augenärztliche Mitthei-  
lungen aus Aegypten). Dr A. Osborne z Aleksandrii.

Obok kilku zajmujących spostrzeżeń okulistycznych, opisanych  
przez autora na końcu swej pracy i dających nam wyobrażenie, że  
autor znajduje się zupełnie na wysokości dzisiejszej nauki, przed-  
stawia on trudności, z jakimi się spotyka okulista, praktykujący  
w Egipcie. Główną tego przyczyną jest brud, w jakim się niejako  
lubują mieszkańcy Egiptu, a także i fanatyzm ich religijny. Oba te  
czynniki utrudniają szczególnie wszelkie zabiegi operacyjne. Pomimo  
tego może się autor poszczycić weale dobrymi wynikami leczniczymi,  
a dokładnie zestawiona tablica uwidocznia nam ciągły przyrost za-  
biegów operacyjnych w ostatniem pięcioleciu. Prócz licznych chorób  
zakaźnych spojówki, które tam nagminnie występują, szczególnie  
silnie jest rozpowszechnioną jaglica. Pomiedzy ludem jest nawet  
bardzo trudno widzieć człowieka od niej wolnego. Nasilenie tej cho-  
roby, jak również i wzrost innych różnorakich tam panujących cier-  
pień spojówki daje się stale spostrzegać w miesiącach letnich. —  
W prostym bowiem stosunku do wzmagania się ciepłoty wzmagają  
się i szkodliwości, działające zgubnie na spojówkę oczu. Do takich  
należy przedewszystkiem zaliczyć bardzo znaczny kurz i całe roje  
much. Oba te czynniki etyologiczne mają tam całkiem inną donio-  
słość, aniżeli w Europie. Kurz bowiem tamtejszy działa nie tylko  
drażniąco, ale i zakaźnie i powoduje on liczne zapalenia ropne spo-  
jówek. Powodu tego szukać należy w gęstem zaludnieniu i nie-  
chłujności mieszkańców. Muchy zaś, i to szczególnie moskity, które  
są prawdziwą plagą Egiptu, przenoszą to zakażenie z łatwością

z jednego osobnika na drugiego, i to tem bardziej, że wskutek niedołności mieszkańców wypełniają one częstokroć cały worek spojówkowy.

Główną uwagę poświęca autor leczeniu jaglicy. Przy jej roznym okresie posługuje się on 1—3% roztworem azotanu srebra i 10—20% protargolem.

W przypadkach, w których spojówka jest wybujała a rogówka nietknięta, używa autor w ostrym okresie jaglicy sinego kamienia, a jagły wygniata szczypcykami Knappa.

W okresie przewlekłym wyciera spojówkę  $\frac{1}{250}$ — $\frac{1}{100}$  roztworem sublimatu. Przy powikłaniach ze strony rogówki używa autor, obok powyższych wycierań, mięsienia maścią ichtyolową.

Przy łuszcze daje dobre wyniki mięsienie maścią ichtyolową z następowem odrapywaniem rogówki. Przy wadliwym ustawieniu rzęs wycina autor chrząstkę według metody Snellena.

Dr T. Ballaban.

*Stereoskop dla użytku zezujących, mający na celu usunięcie nieczynności jednego oka.* (Stereoskop für Schielende zur Bekämpfung der Neutralisation). Dr A. Senn.

Do osiągnięcia widzenia obuocznego u zezujących, u których jedno oko jest nieczynne, posługujemy się stereoskopem i służącymi do tego obrazkami, które ćwiczący ma zlać w jedną całość. Wiemy to z doświadczenia, że sposób ten daje nam zbyt często niezadowalające wyniki, gdyż nieczynne oko nakłania się tylko leniwie do działania.

Cheąc trudność tę usunąć i zmusić niejako oko nieczynne do czynności, sporządził autor przyrząd, który jest tylko uzupełnieniem znanych stereoskopów amerykańskich. W tym celu umieścił powyżej przedziatki, umieszczonej tuż przed szklami trójgrannymi stereoskopu, po obu jej stronach, po 5 płytek dymnych, ułożonych w odpowiednich ramkach równoległe do siebie. Płytki te dają się każda z osobna z łatwością podnosić i zesuwać przed szklą trójgranną.

Użycie tego przyrządu jest bardzo pojedyncze. Jeżeli n. p. jedno oko jest nieczynne, to zesuujemy przed oko zdrowe kolejno jedną płytkę po drugiej. Obraz, znajdujący się teraz przed okiem zdrowym, zaciemnia się coraz więcej, w miarę zaś tego uwidocznia się obraz przed okiem nieczynnym coraz dokładniej, i to tem więcej, im większą ilością płytek zasłonimy oko zdrowe. Skoro już oko nieczynne rozezna znaczki, znajdujące się przed niem, podnosimy z przed oka zdrowego jedną płytkę po drugiej i przy kolejnym ich wysuwaniu ćwiczymy oko nieczynne tak długo, aż po zupełnym ich usunięciu rozezna ćwiczący obu stronny obraz stereoskopu.



Użycie tego przyrządu dawało autorowi zawsze wyniki dodatnie. —  
*Dr T. Baltaban.*

*Zabieg operacyjny w przypadku pozagalkowego mięsaka śluzakowego.* (Operativ behandelter Fall eines Myxosarcoma retrobulbare). Dr J. Fejér.

U 9letniego dziecka zauważył autor bardzo silny trzeszcz prawej gałki ocznej, która, zupełnie unieruchomiona, była przesuniętą ku górze. Powieka dolna była całkowicie odwróconą. Pod powieką górną dawał się wymacać w głębi kości oczodołowej twardy guz. Rogówka tego oka była w górnej połowie zmętniała, zaś w dolnej zropiała. Oko nie rozznawalo światła. Wśród bardzo znacznego krwotoku wyjął autor to oko. Po wyjęciu gałki pojawił się w głębi oczodołu nowotwór, przylegający szczelnie do jego górnej i dolnej ściany, przyczem nerw wzrokowy był zupełnie przesunięty ku górze. Nowotwór ten, otoczony lśniącą torbą, był ku przodowi kulistym, ku tyłowi zaś zwężał się i był silnie przyrośłym do otworu nerwu wzrokowego (*foramen opt.*).

Po jego wyjęciu został oczodół wyłęczekowany i przypalony. Po tym zabiegu dziecko wyzdrowiało. Po 3 miesiącach potem ponowił się nowotwór dwukrotnie.

Badanie drobnovidowe wykazało, że rozchodziło się w tym przypadku o mięsaka śluzakowy.

Autor zwraca uwagę na szczególniejszą złośliwość nowotworów, pojawiających się w wieku dziecięcym. *Dr T. Baltaban.*

*Operacje oczu krótkowidzących w klinice ocznej w Bydgoszczy* (Die Myopie-Operationen der Bromberger Augenklinik). Dr M. Meyerhof.

Autor zestawil tabelarycznie 30 przypadków silnego krótkowidzenia (od 10—28 D), które operowano na klinice w Bydgoszczy. Przebieg operacyjny był bez wyjątku dobry. Do zupełnego usunięcia soczewki robiono w poszczególnych przypadkach 1 do 5 dyscysyi torebki i 1 do 3 liniowych wyjęć soczewki. Z powikłań wystąpiła w 3 przypadkach ostra jaskra (T. + 3), w 2 zaś podrażnienie tęczęwki.

W 3 przypadkach wystąpiło oderwanie siatkówki. Zakażenia rany nie było nigdy. Bystrość wzroku polepszała się znacznie po operacji w 90% przypadków i to na  $\frac{1}{7}$ — $\frac{2}{3}$ . Dlatego też wynik leczniczy tego zabiegu należy nazwać zawsze korzystnym. Z tego też powodu niebezpieczeństwo oderwania siatkówki nie powinno dla nas być przeciwwskazaniem do podjęcia tej operacji w tych przypadkach, w których wzrastające z roku na rok krótkowidzenie robi człowieka niezdolnym do pracy.

Ważną jest rzeczą uwzględnić przytem stopień krótkowidzenia, gdyż poniżej — 15 D nie powinno się operować.

Zabiegów operacyjnych powinno być w każdym przypadku jak najmniej, a okresy pomiędzy pojedynczymi zabiegami operacyjnymi powinny być jak najdłuższe.

Wiek operowanych może się wahać pomiędzy 8 a 40 rokiem życia. —

*Dr T. Ballaban.*

*Kilka spostrzeżeń w przypadku zupełnej ślepoty na barwy* (Einige Beobachtungen an einem Falle von totaler Farbenblindheit). Prof. Dr W. A. Nagel.

Podobnie, jak w przypadkach Königa, Uthoffa i Abneya, mógł również i autor udowodnić w widzianym przez siebie przypadku braki w polu widzenia. Braki te były przyśrodkowe (*para-centrale Scotome*), w przeciwieństwie do środkowych braków w przypadkach powyższych autorów. Oprócz tego zajmował się autor badaniem następowego obrazu (*nachlaufendes Bild*) Purkiniego, który mógł być zawsze u badanego wywołanym. Chętnego do zapoznania się z teoretycznymi wywodami co do sposobu powstawania tego objawu, jak i co do sposobu badania, stosowanego przez autora, muszę odesłać do oryginału.

Bardzo ważną dla nas jest okoliczność, że tak w tym przypadku, jak i we wszystkich dotychczas badanych przypadkach zupełnej ślepoty na barwy znajdowało się drżenie gałek i zez.

*Dr T. Ballaban.*

### Centralblatt für praktische Augenheilkunde.

*Rzadki przypadek urazu ocznego.* (Eine seltene Augenverletzung). Dr Quint z Solingen. (Nr. 10. 1901).

Autor opisuje rzadki przypadek urazu ocznego, powstałego u 29letniego ślusarza przy otwieraniu skrzyni z jajami. Otóż przy zajęciu tem odskoczyła deska z dwoma wygiętymi gwoźdźmi, uderzyła go w zewnątrzny górny brzeg lewego oczodołu, przyczem jeden gwoździec, przebiwszy łuk brwiowy, przebił gałkę oczną z tyłu, dołu i wewnątrz, tworząc w ten sposób pęknięcie twardówki, naczyniówki i siatkówki.

Zewnątrz na łuku brwiowym widać było punkcikowate i linijne krwią podszkłe blizny, pochodzące od gwoździa i deszczułki, która natychmiast wraz z gwoźdźmi odskoczyła. Kanał, przez gwoździec utworzony, można było tylko do pewnej granicy (z powodu silnych boleści) sondować. Gałka sama była zewnątrz prawidłowa, tylko spojówka silnie była nastrzykniętą.

Wziernikiem widać było, prócz delikatnych krwotoków do ciała szklistego, 3 szerokości tarczy na zewnątrz od plamki żółtej, otwór, idący przez siatkówkę i naczyniówkę, długi  $1\frac{1}{2}$  szerokości tarczy i  $1\frac{1}{4}$  szerokości tarczy szeroki; przez ten otwór, idący także przez twardówkę, można było patrzeć poza gałkę oczną, a widać tylko było ciemne, bliżej niedające się rozpoznać, miejsce. W otworze tym sterczały dwa białawo-świecące włosy (z brwi), z których jeden, łukowato zgięty, w całości prawie leżał na siatkówce, a drugi w połowie tylko sterczał przez otwór, i również leżał łukowato zgięty na siatkówce i przytykał do pierwszego włosa. Włosy te niezawodnie więc pochodziły z brwi i dostały się do wnętrza razem z gwoździem przez kanał przy tej sposobności utworzony i pozostały tutaj, podczas, gdy deszczułka z gwoździem odskoczyły.

Po 14 dniach otwór ten we wnętrzu oka zaczynał się wypełniać tkanką, pochodzącą prawdopodobnie z tkanki pozagałkowej. Na zbliżnowiącej tkance widać było obydwa niezmienione włosy. Zabliznianie odbywało się bez żadnych oznak reakcyjnych, z czego można było wnosić, iż zarodki infekcyjne zatraciły się w kanale, przez gwóźdź utworzonym.

Bystrość wzroku po sześciu tygodniach wynosiła  $\frac{5}{10}$ , lecz pole widzenia wskazywało odpowiednią ciemną plamę. *Dr Gruder.*

*Odlamek żelaza we wnętrzu oka i dwa przypadki t. zw. „Krypto-Sarcoma“ naczyniówki.* (Eisensplitter im Augennern und zwei Fälle von Krypto-Sarcom der Chorioidea). Prof. Goldzieher w Peszcie. (Nr 11. 1901).

a). *Odlamek żelaza we wnętrzu oka i pomysłne wyjęcie tegoż przy pomocy elektromagnesu Hirschberga.*

Odlamek żelaza dostał się do wnętrza oka przez górny brzeg rogówki i przez tęczęwkę, utworzywszy w ostatniej szparę postaci gruszkowatej i sięgającą do zwieracza (*sphincter*) tęczęwki. Wziernikiem nie można było nie odnaleźć, a ciało szkliste było zupełnie czyste. Badanie przy pomocy promieni Roentgena dało mały cień; dopiero zapomocą sideroskopu Asmusa stwierdzono umiejscowienie odlamka żelaza w dolno zewnętrznym kwadrancie twardówki. Odlamek wyjęto elektromagnesem Hirschberga podług tegoż metody. Wielkość wynosiła 4 mm długości,  $2\frac{1}{2}$  mm szerokości, ciężar 0.03 gr. Bystrość wzroku tegoż oka po operacji wynosiła V = 0.5.

b). *Dwa przypadki t. zw. „Kryptosarcoma“ naczyniówki.*

Idąc za Schoeblem, który wprowadził do patologii wyraz »Krypto-Glioma«, autor zatrzymuje nazwę »kryptosarcoma« dla mięsaków takich, których objawy tak są powikłane i niedokładne, iż



dopiero anatomiczne badanie gałki ocznej zapewnia obecność tego nowotworu.

W pierwszym przypadku autor przypuszczał nowotwór na podstawie czaszki u 71letniego chorego, skarżącego się na bóle głowy z lewej strony i upośledzenie wzroku oka lewego. Prawe oko było zupełnie prawidłowe; na lewym pole widzenia dawało rozpoznanie ślepoty połowicznej jednostronnej po stronie nosa (*hemianopsia monocularis nasalis*) i amblyopię strony skroniowej tegoż samego oka. Wziernik nie wskazywał na lewym oku nic patologicznego. W porozumieniu z kliniką neuropatologiczną zgodzono się na dyagnozę, iż ognisko choroby musi leżeć w zewnętrzny kąciku lewego skrzyżowania się nerwu ocznego (*chiasma*) i że to jest albo nowotwór lub wysięk. Takie ognisko choroby mogłoby spowodować przez porażenie włókien niekrzyżujących się połowiczną ślepotę od strony nosa, jakoteż przez ucisk na skrzyżowane włókna wywołać amblyopię od strony skroniowej tego samego oka. Po pięciu miesiącach chory powraca z silną jaskrą tego oka, ale zupełnie już ślepego. Po wyjęciu gałki rozpoznano mięsaka barwikowego naczyniówki i całkowite odczepienie siatkówki.

W drugim przypadku u 63letniej chorej prawe oko było prawidłowe, lewe silnie zadrażnione, spojówka silnie obrzmiała, rogówka czysta, *iritis*, T — 2. V = 0; źrenica na atropinę słabo się rozszerza, soczewka przezroczysta, ciało szkliste mętne, czerwonego światła z dna oka wydobyć nie można. Mimo hypotonii (— 2) myślano o nowotworze, a ponieważ chora nie zgadzała się na wyjęcie gałki, zarządono silne wciarki przez 10 dni. Podczas tego leczenia powstaje na drugim, dotąd zupełnie zdrowym, oku silna i typowa *iridocyclitis serosa*; gałka na dotyk bardzo wrażliwa.

Wśród takich warunków wyjęto lewą gałkę, poczem stan oka prawego szybko się polepszył. Badanie anatomiczne lewego oka wykazało ciemno zabarwiony mięsak naczyniówki, wielkości fasoli; siatkówka nie była odczepiona, lecz szczelnie przylegała do nowotworu. Między soczewką a odczepionem ciałkiem szklistem płyn surowiczy. Przednia część gałki prawidłowa.

Przypadek *iridocyclitis serosa* prawego oka autor zalicza do kategorii rzadkich przypadków zapalenia współczulnego, wywołanego nowotworem pierwszego oka.

Dr Gruder.

---

*Wpływ nastawczego aparatu oka na stopień wypukłości rogówki.* W. Dobrosławin (>Wracze, Nr 44).

Jest to krótka rozprawka, zapowiadająca obszerniejszą pracę. Autor robił na królikach w pracowni warsz. ujazd. szpitala szereg

doświadczeń, aby się przekonać, czy też się zmienia wypukłość oka pod wpływem nastawienia go na bliskie i odległe przedmioty. Autor wypróbował 2 stany akomodacji — porażenie (atropina) i skurecz (ezeryna). Unieruchomiwszy królika, któremu poprzednio zakraplano za pomocą osobnego przyrządu ezerynę lub atropinę, odfotografowano wytwarzane w tych warunkach obrazki na rogówce, które porównywano z takowemi w prawidłowym stanie oczu. Przekonano się, że rogówka podczas skureczu i porażenia akomodacji zmienia promień swej krzywizny.

Czekamy obszerniej rozprawy, która ma nam przynieść bliższe szczegóły w tym przedmiocie. *Dr J. T.*

*Przyczynki do znajomości zaburzeń ocznych w przebiegu rumienia lombardzkiego.* Dr I. Garofolo z Fiume. (\*Wiener Medicinische Presse\*, 1901, Nr 10).

Już od dawna oftalmologom znanem było, że rumień lombardzki wywołuje zmiany oczne, lecz doświadczenia te polegały tylko na przypadkowych spostrzeżeniach, a dopiero ze strony psychiatrów (Lombroso) pojawiły się pierwsze szczegółowe badania w tym kierunku. W najnowszym czasie trudnił się tym przedmiotem Bietti, który w 98 przypadkach pellagry, tylko 30 razy stwierdził zmiany oczne<sup>1)</sup>. Ciężkie zaburzenia oczne, zwłaszcza takie, jakie Lombroso opisał, są prawdopodobnie bardzo rzadkie. Niezwykły przypadek takiego ciężkiego zaburzenia ocznego na tle rumienia lombardzkiego opisuje G.

Dnia 29 września 1900 roku przyjęto do szpitala w Fiume 28letnią panią M. B. z Kraljevica. Chora podaje, że zawsze była zdrową, ze zdrowej pochodzi rodziny, od ośmiu lat jest zamężną, miała dwoje dzieci, z których jedno po 1½ roku życia na krzywicę umarło; drugie, także rachityczne, żyje i jest zdrowe. Choroba zaczęła się przed 1½ miesiącem silnym bólem głowy, zaczerwienieniem całej twarzy i wysadzeniem, ciągle się wzmagającym, gałek ocznych. W 8 dni później powstało odwinięcie dolnych powiek. Chora czuła się bardzo osłabioną i musiała się położyć. Bóle głowy były teraz większe, ciągle wymioty, wstręt do jedła, przylem bystrość wzroku wciąż się zmniejszała. Gdy inne objawy powoli ustępowały, a trzeszcz, *ectropium* i upośledzenie bystrości wzroku dalej trwały, oddano chorą do szpitala.

Stat. praes.: Osoba dobrze zbudowana, miernie odżywiona, bardzo blada; nigdzie śladu przebytej kiły, w narządach wewnętrznych, z wyjątkiem lekkiego, skurczowego szmeru, nie nieprawidłowo-

<sup>1)</sup> Por. Postępowanie Okulistyczne, 1901, str. 315.

wego. Chora zażyła na silny ból głowy, mrowienie w kończynach górnych i ogólne osłabienie. Obie gałki oczne w wysokim stopniu wysadzone (lewa więcej od prawej) i całkiem nieruchome. Lekka rozbieżność osi. Górne powieki silnie obrzmiały, dolne — wskutek ogromnego obrzęku spojówki i dolnego załamka — odwinięte tak, że zewnętrznego kącika ani też brzegu powiek nie widać. Odwinięta spojówka częściowo strupem pokryta. Rogówki i przednie komory prawidłowe, źrenice 6 mm. szerokie, na światło prawidłowo oddziałują, napięcie prawidłowe. Dokładne badanie wziernikiem, jakoteż zbadanie bystrości wzroku wskutek mocnego osłabienia chorej nie-  
możliwione. Podwójnego widzenia nie ma.

Dr Catti wykrył na obydwóch rękach chorej zeskrótnienie i zgrubienia, które zaraz wzbudziły podejrzenie pellagry, zwłaszcza, gdy się dowiedziano, że głównym pokarmem chorej była mąka kukurudziana, i że w jej miejscu rodzinnem zaszło już kilka niewątpliwych przypadków pellagry.

Leczenie: Solutio Fowleri do 30 kropel dziennie.

Ogólny stan chorej w następnych dniach tak się poprawił, że można ją było wziernikować, przyczem stwierdzono: Pr. o. tarcz zmętniona, szaroczerwona, jakby welonem pokryta, brzeg jej niewyraźny. Otaczająca siatkówka na szerokość kilku średnic tarczy obrzmiała, szarobiaławo nacieczona, nieprzezroczysta, naczynia mocno pokręcone i porozszerzane. Różnica w niveau między obrzękiem siatkówki i tarczą wynosi 3 D. Obraz przypomina częściowe odezpienie siatkówki. Zresztą dno oka prawidłowe. V. =  $\frac{5}{50}$ , pole widzenia, poczucie barw — prawidłowe. — L. o. Stan taki sam, jak u prawego.

Ruchomość gałek, wysadzenie i inne objawy po kilku dniach znacznie się poprawiają. 31 października: Wysadzenie gałek i odwinięcie powiek dolnych ustąpiło, lecz spojówka gałek, *caruncula lacrymalis* i *plica semilunaris* jeszcze obrzmiały. — 15 listopada. Vd.  $\frac{6}{6}$ . Vs.  $\frac{6}{7}$ . — L. o. Tarcz lekko wystaje, nieco więcej czerwona, otaczająca siatkówka nieco mniej przezroczysta, zresztą dno prawidłowe. Żyły jeszcze trochę pokręcone. — P. o. Tarcz w skroniowej części bledsza, w górnym wewnętrznym kwadrancie zamglona tak, że naczyń w tem miejscu nie widać, otaczająca siatkówka miernie zmętniona, okolica plamki prawidłowa. — Chora opuszcza szpital 30 listopada. W 3 tygodnie później V. na obydwóch oczach =  $\frac{6}{6}$ .

Autor przypuszcza w tym przypadku obrzęk zapalny tkanki oczodołowej i tłumaczy objawy opisane uciskiem, wywartym na nerw wzrokowy i na naczynia.

Obraz wziernikowy wyjaśnić niełatwo, gdyż podobnego, zda-



niem autora, nie opisano dotąd w literaturze. Rozważywszy wszystkie dane, dochodzi Garofolo do wniosku, że łarce nerwów wzrokowych z powodu bardzo znacznego wysadzenia gałek zostały wciągnięte ku tyłowi, w głąb oczodołu, i stąd ta różnica w niveau, mianowicie to wystawanie siatkówki w ich otoczeniu. Inne objawy wzernikowe dadzą się odnieść do zastoju żylnego zupełnie naturalnego w tych warunkach.

Dr Neschling.

*Przyczynek do rozpoznawania złośliwych nowotworów wśródgałkowych u dziecka* (Zur Diagnose bösartiger intraoculärer Geschwülste beim Kinde). Dr G. Sourdille z Nantes (»Die Ophthalmologische Klinik«, 1901, Nr 21).

Autor podnosi wielkie trudności rozpoznawcze, jakie następują przypadki złośliwych nowotworów wśródgałkowych u dzieci, w szczególności glejak siatkówki jako rodzaj nowotworu ocznego u dzieci najczęściej spotykany. Z przekąsem wyraża się Sourdille o częstych pomyłkach rozpoznawczych, które okuliści usiłują niejednokrotnie osłonić takimi nazwami, jak *pseudoglioma*, gdy po wyjęciu gałki okazało się, że nowotworu nie ma, — lub *kryptoglioma*, gdy z powodu mylnego rozpoznania zaniedbano wyłuszczyć w porę nowotworem zajęte oko. — Autor przyznaje jednak, że i jemu zdarzyło się dwukrotnie postawić błędne rozpoznanie i obydwie te spostrzeżenia szczegółowo opisuje. W pierwszym z nich zarówno wywiady jak i wszelkie objawy przedmiotowe (między innymi guzki białawe na tęczówce podobne do złudzenia do gruzelków) uprawniały do rozpoznania: *iridocyclitis tuberculosa*. Tymczasem badanie drobnovidowe wykazało *glioma retinae*. Guzki w tęczówce okazały również utkanie glejaka, a nawet *hypopyon* na dnie przedniej komory zawierało same tylko komórki nowotworowe. W drugim przypadku znamieny obraz kliniczny kociego oka (*amaurotisches Katzenauge*) i objawy jaskry następowej (F + 2) skłoniły autora do przyjęcia rozpoznania: *glioma*. Sekcja gałki ocznej nie wykazała jednak ani śladu nowotworu, tylko ściłą błonę włóknistą, oddzielającą ciało szkliste od tylnej i przedniej komory, co wywołało podniesienie napięcia śródocznego.

Celem uniknięcia podobnych błędów rozpoznawczych radzi autor w każdym przypadku używać prześwietlania, poleconego przez Rochon Duvigneaud'a, a w razie stwierdzenia obecności guza starać się przekonać o jego naturze przez badanie drobnovidowe cząstek wydobytych za pomocą nakłucia próbnego.

Dr K. W. Majewski.

*Dwa przypadki tak zwanego zbioru objawów Hornera*. Bronisław Ziemiński (»Kronika Lekarska«, Nr 9, 1891).

Przytoczywszy literaturę przedmiotu — pewnego zbioru objawów chorobowych (ptosis, myosis, enophthalmus unilateralis), autor słusznie twierdzi, iż zależne są one od chorobliwego stanu odpowiedzialnych włókien n. współczulnego szyjowego. Dr Z. podaje 2 przypadki przez siebie spostrzegane: 1) Objawy te zachodziły u 32letniej kobiety z lewej strony, przyczem stwierdzono, że lewe oko miało Hp., kiedy prawe miało Mp., że lewa połowa twarzy była bledszą, a w kilka miesięcy potem hemiatrophia facialis. 2) Powyższe objawy stwierdzono w lewem oku 8letniego chłopczyzny, któremu ułamany kij metalowy od parasola uwiązał przed dwiema godzinami w szyi poniżej lewego kąta żuchwy. Chorego spostrzegano dość długo i stwierdzono przytem, iż, prócz zmian w oku, lewa połowa twarzy jest więcej zaczerwienioną, cieplejszą i poci się. Zapadnięta gałka oczna o zmniejszonym napięciu (hypotonia) zapadła o 1,5 mm. głębiej w oczodoł, aniżeli prawa, gdy u 32letniej chorej gałka zapadnięta była o 2 mm. głębiej od oka zdrowego, równie o zmniejszonym napięciu.

Tacy chorzy z cierpieniem troficznej sfery więcej nadają się do leczenia przez neurologów, aniżeli okulistów. Udają się oni do tych ostatnich, a to z tego powodu, iż pierwszym objawem choroby, na który zwracają uwagę, jest zmniejszenie się oka, czemu niekiedy towarzyszy pewne przyciemnienie przedmiotów przy spoglądaniu okiem chorem, choć przedmiotowo — jak twierdzi Dr Z. — niepodobna nieraz stwierdzić różnicy w bystrości wzroku obu oczu, ani też w akomodacyi.

Streściwszy te 2 spostrzeżenia, nie mogę nie zauważyć, że szanowny autor pominął w literaturze przedmiotu dwie moje prace, a mianowicie: a) Wciążanie gałki ocznej do oczodołu, enophthalmus, odczyt. na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie<sup>1)</sup>, i b) Phthisis bulbi essentialis et enophthalmus oc. dext. z ryciną<sup>2)</sup>. W obu przypadkach stwierdziłem jednocześnie amaurosis.

Dr J. T.

*Przypadek zapalenia nerwów (neuritis multiplex) w następstwie zatrucia tlenkiem węgla z zajęciem nerwu wzrokowego* (Ein Fall von multipler Neuritis nach Kohlenoxydvergiftung mit Beteiligung der Sehnerven). Dr H. Sch w a b e z Plauen (»Münchener Medicinische Wochenschrift«, 1901, Nr 39).

Pewien robotnik, pracujący we fabryce cukru, uległ tak silnemu zatruciu tlenkiem węgla, że utracił zupełnie przytomność,

<sup>1)</sup> Kronika Lekarska, Nr 20, 1881.

<sup>2)</sup> Wojenno-medic. Zurnał, Maj, 1898.

którą odzyskał dopiero po upływie kilku dni. W czasie, kiedy autor zaczął śledzić przebieg choroby, — badanie wykazywało objawy zapalenia nerwu kulszowego prawego, oraz zaburzenia w zakresie lewego nerwu kulszowego, obydwóch nerwów udowych, a szczególnie w zakresie prawego nerwu ramieniowego, po części zaś także dolnej gałęzi lewego nerwu twarzowego. Zaburzenia te mogły mieć również za podstawę sprawę zapalną w tych nerwach. Ze strony oczu stwierdził autor lekkie zapalenie lewego nerwu wzrokowego z upośledzeniem naosiowego poczucia barw, oraz porażenie akomodacyi u oka prawego. To porażenie akomodacyi uważa Dr Schwabe za następstwo obwodowego zapalenia gałązek nerwu okoruchowego, a nie za sprawę ośrodkową. — Spostrzeżenie to jest — zdaniem autora — z tego względu ciekawem i wyjątkowem, że zmiany zapalne dotyczyły tylu nerwów równocześnie. — Przypadek skończył się powrotem do zupełnego zdrowia. *Dr K. H. Majewski.*

*Zapalenie powieki i spojówki, wywołane sokiem jagody z *ecballium elaterium* (Ophthalmie hervorgerufen durch die Eselsgurke).* Dr Moissonnier z Tours. (>Die Ophthalmologische Klinik<. 1901, Nr 19).

Autor opisuje przypadek, odnoszący się do 60letniego, silnego i krwistego mężczyzny, który zgłosił się do niego z powodu bardzo znacznego obrzęku i zapalenia powiek lewego oka. Obrzęk przechodził na czoło i policzki, gdzie się gubił bez ostrej granicy. Skóra powiek była zaczerwieniona, napięta i gorąca. Spojówka silnie przekrwiona. Wydzieliny brak. Na rogówce mały ubytek przybłonkowy, zresztą sama gałka oczna bez zmian. Zrazu nie można było wykryć żadnej przyczyny tego zapalenia, które rozwinęło się nagle, w ciągu jednego dnia. W moczu wykazało badanie obecność cukru. Przez szczegółowe wypytywanie doszedł wreszcie autor, że choremu dnia poprzedniego bryzgnął w lewe oko sok z jagody pospolitego w okolicach Tours ziela, należącego do rodziny *Cucurbitaceae*, a zwanego w botanice *ecballium elaterium*<sup>1)</sup>. Sok z jagód tej rośliny posiada własności trujące i zażyty w ilości 1—2 centigr. wywołuje silną *gastroenteritis* z wymiotami i wypróżnieniami surowiczemi. Sok ten używany był dawniej jako *drasticum*<sup>2)</sup>. Nie dziw, że środek tak silnie drażniący wywołał w oku burzliwe objawy zapalne. W przypadku

<sup>1)</sup> Po polsku roślina nazywa się ośli ogórek albo tryskacz. Ta ostatnia nazwa pochodzi stąd, że owoce ziela za lada podmuchem wiatru lub za dotknięciem odrywają się od swej szypułki, a wtedy z otworu, w którym tkwiła szypułka, wytryska sok mleczny, zawierający nasienie. (*ref.*)

<sup>2)</sup> Zawiera goryczkę, takąż samą jak *colocynthis*. *W.*



tym oko przy leczeniu przeciwwzapalnym powróciło w ciągu ośmiu dni do stanu prawidłowego. Cukier w moczu znikł już następnego dnia tak, że obecność jego przemawiała tylko za przemijającą glikozurją, której autor bliżej nie wyjaśnia. — *Dr K. W. Majewski.*

*O kile narządu wzrokowego pod względem statystycznym i klinicznym* (De la syphilis oculaire, note statistique et clinique). Dr J. Lavagna, kierownik Zakładu oftalmicznego księżnej Alicji w Monaco. 1901.

Autor podaje statystykę chorób ocznych wywołanych zakażeniem kiłowym, opartą na materiale zakładu oftalmicznego księżnej Alicji w Monaco. W czasie od 1 grudnia 1895 do 30 października 1896 stwierdził autor w liczbie ogólnej 2355 chorych w 212 przypadkach 60 kiłowe, mianowicie 44 razy kiłę nabytą, a 168 razy kiłę dziedziczną. Autor podnosi okoliczność, że nie ma części narządu wzrokowego, która nie mogłaby być siedliskiem zmian syfilitycznych. W liczbie 192 przypadków przyszczykowego zapalenia spojówki wykazał Dr Lavagna w 34 przypadkach zmianiona kiłę wrodzonej i jej przypisuje główne znaczenie etyologiczne. Z ciekawszych spostrzeżeń podaje opis przypadku pierwotnego wrzodu kiłowego na spojówce powieki górnej z następową *iritis condylomatosa (gummosa)*. — Drugi przypadek, którego historię przytacza autor szczegółowo, odnosi się do kobiety 45letniej, u której na lewem oku w trzyczorzędnym okresie przymiotu powstał kilak. Zmianę tę uważa autor za nader wyjątkową i przyznaje, że opisu jej nie znalazł ani w podręczniku Weckera, ani w rozprawie Bergera, ani wogóle w dostępnej mu literaturze. Kilak ten uległ pod wpływem leczenia swoistego (jodu) i miejscowego (maść rtęciowa, mięsienie i ciepłe parowe natryski) zupełnemu wessaniu bez pozostawienia blizny.

*Dr K. W. Majewski.*

*Powikłania, występujące w przebiegu zapalenia współczulnego poza narządem wzroku* (Complications extraoculaires de l'ophthalmie sympathique). L. de Wecker (Annales d'Oculistique, 1901, Nr X).

W przebiegu zapalenia współczulnego powikłania ze strony odległych części ustroju uchodzą za rzadkie i nie zawsze dające się wprowadzić w związek przyczynowy z cierpieniem oka; tak przynajmniej twierdzi Schirmer w obszernej monografii o zapaleniu współczulnem, zawartej w dziele Graefe'go-Saemisch'a, gdzie powikłania takie są przedstawione jako wynik przypadkowego zbiegu okoliczności. Innego zdania jest Wecker. Przytacza on najpierw spostrzeżenie Rogmana, gdzie po operacji zaćmy przyszło do *iridochorioiditis* na oku operowanym, a w cztery tygodnie

później do zapalenia współczulnego na drugim oku. W ciągu trzech miesięcy oczy przeszły w zupełny zanik, a równocześnie chory, utracił wzrok, utracił i słuch obustronnie tak, że mógł się porozumiewać z otoczeniem tylko, gdy mu poruszano rękę, nakreślając ją w powietrzu litery, które on zmusznie składał we wyrazy.

Wecker sam miał też sposobność spostrzegać równie smutny przypadek u pewnego 47letniego misjonarza, tylko, że tu nie operacja była powodem zapalenia współczulnego, lecz odprysk kamienia, który zranił rogówkę i tęczówkę lewego oka. Wzrok oka skałeczonego wśród objawów zapalnych obniżył się w kilkunastu dniach do słabego tylko poczucia światła, a już w trzy tygodnie po doznanym urazie wystąpiło zapalenie współczulne na prawem oku. I tu wzrok szybko podupadał, a równocześnie zaczął się chory skarżyć na dolegliwości ze strony uszu. Najpierw mianowicie wystąpiło nadzwyczajne wzmoczenie wrażliwości słuchowej, takie, że chory najśłabszy szelest słyszał z wielkiej odległości, a każdy dźwięk donioślejszy raził go do najwyższego stopnia. Wkrótce jednak zaczął słuch słabnąć i w ciągu dwóch tygodni chory ogłuchł zupełnie, doznawał jednak ustawicznie silnego szumu w głowie, który porównywał z łoskotem wielu maszyn parowych lub ze szumem, jaki się słyszy w chwili usypiania pod chloroformem.

Dr Garrigou, otyatra, po zbadaniu misjonarza orzekł, że nie ma żadnych organicznych zmian w częściach dostępnych badaniu, i że należy przypuścić zmiany odżywcze w częściach wewnętrznych ucha. Miał on także raz w praktyce swej sposobność spostrzegać przypadek nagłej utraty słuchu w następstwie skałeczenia oka ziarnem śrótu.

Do tych spostrzeżeń dodaje Wecker jeszcze przypadek Sneliena, przedstawiony na zjeździe londyńskim w roku 1881. Pewien 27letni mężczyzna doznał silnego urazu w oko przy otwieraniu butelki szampana. Przyszło do utraty oka skałeczonego, wnet potem do zapalenia współczulnego, a nakoniec wśród silnych bólów głowy do zupełnej utraty słuchu.

Autor przypuszcza, że przypadki takie muszą być częstsze, lecz nie zostają ogłaszane, zwłaszcza, jeżeli punktem wyjścia nieszczęśliwych powikłań była operacja, jak to się stało w przypadku Rogmana. Spostrzeżenia te rzucają pewne światło na nierozjaśnioną dotychczas patogenę zapalenia współczulnego, popierają mianowicie teorię migracyjną, gdyż wiele jest prawdopodobne, że drobnoustroje, przechodząc po nerwach wzrokowych z jednego oka na drugie, dostają się także niekiedy drogą nerwów słuchowych do ucha wewnętrznego i wywołują tam zmiany, których następstwem jest zupełna i nieuleczalna głuchota. W jednej tylko jeszcze cho-

robie ocznej zachodzi częstokroć, jeśli nie głuchota, to przynajmniej przytępienie słuchu. Zdarza się to mianowicie przy mięsżowem zapaleniu rogówki. Autor zestawia na końcu swej pracy porównanie objawów, jakie cierpienie uszne sprowadza w przypadkach zapalenia współczulnego z objawami słuchowymi, występującymi w przebiegu mięsżowego zapalenia rogówki.

Dr K. W. Majewski.

*Wszczepianie oka króliczego do torebki Tenona. Wy-  
nik po upływie 15 miesięcy* (Hétéroplastie orbitaire par la greffe  
d'un oeil de lapin dans la capsule de Tenon. Résultat éloigné).—  
Dr F. Lagrange z Bordeaux (\*Annales d'Oculistique\*, 1901, Nr XI).

W tegorocznym marcowym zeszycie *Annales d'Oculistique* opisał Lagrange swój sposób wszczepiania oka króliczego do torebki Tenona po wyjęciu gałki, i dowiódł na szeregu spostrzeżeń, że tak wszczepione oko przyjmuje się dobrze i tworzy potem wyborny, ruchomy podkład dla protezy<sup>1)</sup>. Autor wyraża przekonanie, że przy zachowaniu koniecznych ostrożności sposób ten nigdy nie zawiedzie i dlatego zasługuje na rozpowszechnienie. Do tej pory wykonał on 11 razy tę heteroplastykę i raz tylko oko przeszczepione uległo obumarciu z powodów, które w pierwszej swej pracy wymienia. Obecnie nie zdarza mu się to nigdy.

Sprawa przeszczepialności oka króliczego jest już, zdaniem autora, stanowczo rozstrzygnięta, — a obecnie chodzi tylko o to, czy wyniki tej heteroplastyki są trwałe. Doświadczenie ponczyło go, że wszczepione do torebki Tenona oko w ciągu pierwszych trzech miesięcy mięknie i maleje, tracąc zwyczajnie  $\frac{1}{3}$  pierwotnej objętości, poczem już się dalej nie zmienia. Na dowód tego dołącza autor reprodukcya fotografii, przedstawiającej pierwszego chorego operowanego w ten sposób w sierpniu 1900 roku, a zataera przed 15 miesiącami. Podobizna ta przekonywa istotnie o trwałości wyniku i o korzyściach, jakie daje ten sposób operacyjny.

Dr K. W. Majewski.

*Blefaroplastyka przy szparze górnej powieki.* M. Morax (\*La clin. ophthalmologique\*, Nr 20, 1901).

Wobec rzadkości przypadku, tem bardziej, że w podręcznikach, na przykład w Tersona »Chirurgie Oculaire«, nie znajdujemy wzianki o operacyi wrodzonego rozdwojenia powiek, godnem uwagi wydaje nam się spostrzeżenie Moraxa, przedstawione w paryském oftalmicznem Towarzystwie dnia 8 października r. b.

Szpara górnej powieki znajdowała się u dziecka, dzieląc takową na 2 nierówne części:  $\frac{2}{3}$  zewnętrzną i  $\frac{1}{3}$  wewnętrzną; roz-

<sup>1)</sup> Por. Postęp Okulistyczny, R. 1901, str. 272, Z. VII.



dzielenie było całkowite, od brzegu rzęsowego do załamka oczodołowo-powiekowego; część nosowa bardzo mała z brzegami zaokrąglonymi, skroniowa odciągnięta na zewnątrz i przytem tak do góry, że widać było śluzową powierzchnię powieki. Rzęsy rosły prawidłowo. Przy zmnrużeniu powiek rogówka nie mogła być zakrytą i to na znacznej przestrzeni. Jednocześnie wyrastał błękitnawy dermoid na dolno-zewnętrzny brzegu rogówki. Prócz tego istniały u dziecka pewne zmiany postaci (dépressions) nozdrzy, a także szypułkowate rozrosty skórne (condylôme) przed obydwoma antitragus.

W celu zużytkowania brzegu rzęsowego zewnętrznego odcinka powieki, Dr M. użył poziomego przeszczepienia skóry skroniowej. Zrobił on 2 równoległe poziome cięcia, jedno od spoidła zewnętrznego powiek, drugie od załamka oczodołowo-powiekowego; te dwa cięcia ograniczały płat, łączący się z zewnętrznym wycinkiem górnej powieki. Rozcięto przejściowy załamek spojówki w stronie skroniowej i oddzielono płat skórny w środku okolicy skroniowej. Okrwawiono następnie brzegi obu płatów, zeszyto je kałutem i, dla zmniejszenia napięcia zewnętrznego płatu, zrobiono prostopadłe w tyle jego nacięcie. Przeciwny opatrunek. Na piąty dzień stwierdzono, że brzegi nie zrosły się, powtórnie więc okrwawiono takowe i znowu zeszyto, ale i tym razem bezskutecznie. Wtedy Dr M. zrobił nowe poziome cięcie przed uchem, w tyle od pierwszego, i użył do przesadzenia skórnej przedusznej narośli, — poczem osiągnął pożądaną wynik, chociaż powieka okazała się za krótką. — W dyskusyi zabrał głos Abadie: W szparach wrodzonych i urazowych bardzo rzadko zeszyte okrwawione brzegi dolnej powieki dają wyniki pożyteczne. Należy okrwawiać brzegi dość szeroko, na znacznej przestrzeni, aby obie powierzchnie dostatecznie stykały się ze sobą. —

Dr J. T.

### III. Z TOWARZYSTW.

#### Towarzystwo oftalmiczne w Petersburgu.

Posiedzenie z dn. 3 października.

1. Zelenkowski odczytał » przyczynek do bakterjologii wrodzonego ropnia woreczka łzowego. U nowonarodzonej dziewczynki w pierwszym dniu znaleziono obrzęk i zaczerwienienie okolicy lewego worka łzowego; na 13 dzień otworzono ropień, przyczem wyszło do 1 kub. ctm. ropy; po miesiącu nastąpiło wyzdrowienie. Przypadek ten ciekawy pod tym względem, że zapalenie okazywało znamiona phlegmone i że w ropie wykryto staphylococcus aureus,

który — zdaniem autora — dostał się do dróg łzowych zapewne podczas porodu.

W ejert: Kilka razy widziałem wrodzoną dacryocystitis, lecz na tle rzeżączkowym, nigdy phlegmone.

Czemołoso w: Może to była tylko phlegmone w okolicy worka łzowego, a nie zapalenie tego ostatniego?

Bellarminow: Przypadek kol. Z. dość ciekawy, w każdym razie wrodzone cierpienia worka łzowego dzieci nie są tak rzadkie i zwykle przechodzą bez leczenia nawet.

2. Klimowicz, w celu zmniejszenia wagi okularów, proponuje zmniejszyć ich wielkość, a to przez nadanie innej postaci oprawie i przez ulepszony sposób szlifowania szkielek.

3. Scheinfajn odczytał sprawozdanie z działalności ruchomego oftalmicznego oddziału w gubernii połtawskiej: 1471 chorych, którym udzielono porady 4120 razy (25% jaglicowych), operacji wykonano 149, w tej liczbie 36 ekstrakcyi zaćmy.

Roczne posiedzenie z dn. 10 października.

1. Prof. Bellarminow wypowiedział kilka słów z powodu rozpoczęcia 5 roku istnienia Towarzystwa.

2. Andogski odczytał roczne sprawozdanie. Towarzystwo liczy dziś 62 członków (3 honorowych, 53 czynnych i 6 korespondentów).

3. Wybrano na rok bieżący przewodniczącym Bellarminowa, zastępcą przewodniczącego Tichomirowa, sekretarzami Andogskiego i Gagarina, skarbnikiem Blessiga.

4. Postanowiono wysłać prof. Virchowowi telegram z życzeniami z powodu jego jubileuszu.

*Dr J. T.*

#### IV. ROZMAITOSCI.

##### *Przyczynek do okulistyki w Japonii.*

Od pewnego czasu japońscy lekarze odbywają studia w klinikach okulistycznych Europy, a w swej ojczyźnie uprawiają okulistykę w sposób naukowy. Dr Hilezenko, obszernie opisując zwiedzone w r. z. lecznicze zakłady w Japonii<sup>1)</sup>, mówi, że w Kobe w miejskim szpitalu urządzona jest sala operacyjna dla ocznych chorych przy »oftalmicznym gabinecie«. Oczne instrumenty wyko-

<sup>1)</sup> Wojenno-med. Żurnał. zeszyty: sierpniowy, wrześniowy i październikowy.

nywane są także przez mistrzów japońskich, lecz, wedle uznania naczelnego lekarza szpitala, Dra Suzuki, znacznie ustępują wyrobom europejskim. Dlatego też okuliści operują przeważnie instrumentami francuskimi. Sale dla chorych oznaczono przy wejściu rozmaitemi barwami: dla skórnych czarną, dla chirurgicznych żółtą, sale dla chorób wewnętrznych czerwoną, dla nerwowych błękitną, a dla ocznych zieloną.

Prywatny Kondo-Hospital w Jokohamie, urządony na 60 łóżek, ma oczny oddział. Dla wziernikowania jest osobny pokój z pięknymi lampami; obok urządzona sala operacyjna. Obszerny ten pokój — mówi Dr H. — przypomina swem oświetleniem atelier zakładów fotograficznych; urządzono tu też rozmaite ekrany i rolety dla każdego oddzielnego przypadku.

*Dr. J. T.*

**Możność dowolnego wstrzymania czynności mięśnia unoszącego górną powiekę** po jednej stronie, bez najmniejszych zmian w powiece, posiada lekarz 30letni, u którego oko dowolnie przymknięte przy zwróceniu gałki, wykonanych na żądanie do góry lub na dół, pozostawało przymknięte, gdy u drugiego przy zwróceniu wzroku ku górze, powieka się podnosiła. — (*»Aerztl. Sachverst. Ztg.* < 1900. Nr 21).

**Prof. Hirschberg** sporządził i ogłosił, w okazałym tomie, drukiem katalog zbieranych przez siebie przez lat 30 dzieł i broszur, odnoszących się do okulistyki, optyki i historii medycyny. Dzieło to, ofiarowane kolegom i współpracownikom, odda niewątpliwie usługi przy pracach literackich wobec znakomitego układu przedmiotów, a także i autorów. Zgłaszający się u autora mogą odebrać egzemplarz katalogu, przeznaczonego dla berlińskiego Towarzystwa lekarskiego.

**Leczenie raka.** Prof. Loeffler w Gryfii rzuca myśl, by wobec tego, że w okolicach podzwrotnikowych, głównej ojczyźnie malaryi, carcinoma prawie jest nieznanne, doświadczać zaszczerpieć malaryę dla zwalczania u chorych raka. — (*»Deutsche Med. Wochenschrift*, Nr 42).

**Krwotoki ciała szklonego** a także siatkówkowe wybroczyny leczy Wecker w Paryżu zastrzykiwaniami podspojówkowemi 2 do 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>% rozczyну kleju rybiego (ichthyocolla). Zastrzykuje pełną sikawkę dwa razy w tygodniu. — (*»La Clinique Ophth.* < Nr 21).

**Zbiór wzierników ocznych** urządził prof. Greef w Berlinie w klinice okulistycznej Charité z okazji przypadającej obecnie 50tej rocznicy wynalazku genialnego Helmholtza. Zbiór, obejmujący 120 wzierników, przedstawia historyczny rozwój w rozmaitych krajach tego niezbędnego dziś okulistycznego przyrządu.



**Sekcyja ocznych chorób VIII zjazdu rosyjskich lekarzy, poświęconego pamięci prof. Pirogowa, mającego się odbyć w Moskwie w d. 3—10 stycznia r. 1902 (star. st.), ogłasza następujący program prac:**

1. Organizacyja stałej okulistycznej pomocy dla ludności (w połączonych sekcjach oftalm. i społecznej higieny).

2. Zapobieganie, leczenie i prowadzenie statystycznych wykazów jaglicy.

3. O zmniejszonej zdolności do pracy przy uszkodzeniu oczu.

4. Chirurgia oczodołu i sąsiednich jam (operacyjne leczenie nowotworów, tętniącego trzeszczu, sinuzitów i t. p.).

Ktoby chciał zabrać głos w tych przedmiotach, zechce się zgłosić do prof. Dra Kriukowa (Mała Nikitska, 22), albo do Dra Łożecznikowa (szpital oftalmiczny). J. T.

## V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Adam Szulistański habilitował się dla okulistyki przy uniwersytecie lwowskim.

Dr Rymowicz, były docent prywatny przy uniwersytecie w Kazaniu, osiadł w Warszawie jako wolno praktykujący okulista.

Prof. Knies w Fryburgu ustąpił z docentury.

Prof. Willibad Nagel z Fryburga powołany został do zakładu dla fizjologicznej optyki w Berlinie na miejsce zmarłego optyka Artura Koeniga, długoletniego asystenta Helmholtza.

## VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Sam. J. Jones, prof. oftalmologii i otyatryki przy Chicago Medical College.

## OD REDAKCYI.

Dołączając do zeszytu niniejszego »P. O.« prospekt wychodzącego w Poznaniu pod redakcją Dra H. Święcieckiego czasopisma »Nowiny Lekarskie«, zachęcamy szanownych czytelników do popierania, w myśl odezwy, tego w tak trudnych warunkach, a tak znakomicie redagowanego, jedyne pod zaborem pruskim wydawanego pisma lekarskiego, które obok zadania naukowego ma do spełnienia także zadanie społeczno narodowe wśród rzeszy naszych kolegów, pracujących nie dla samego chleba, lecz dla wzniosłych idei, których urzeczywistnienie napotyka tam właśnie zbyt często małoduszne utrudnienia lub wprost zapory sfer rządzących.

# POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIwersYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: Dra BABIŃSKIEGO W PARYŻU, Dra BALLABANA WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, Dra KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACIEKA WE LWOWIE, Dra K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIAŻKA W KRAKOWIE, Dra RUMSZEWICZA W KIJOWIE, Dra SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, Dra STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, Dra J. TALKI W LUBLINIE.

Grudzień

ROZNIK TRZECI

1901.

## I. PRACE ORYGINALNE.

### Uwagi nad etyologią odcepienia siatkówki.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Dokończenie.

Dotychczasowe badania nie wskazały nam, czy zaburzenia czysto nerwowe, które przyjmujemy bądź to dla wytłómaczenia powstania jaskry, bądź też odcepienia siatkówki, odnieść do nerwów trójdzielnego czy też sympatycznego.

Niewątpliwie jednak przemawiają rozmaite okoliczności, które Schnabel w pomienionej pracy bardzo stosownie wyłożył, za tem, że, jak nagle podwyższenie napięcia przy jaskrze zależnem jest od wzmożonego wytworzenia się cieczy ocznej, tak obniżenie napięcia przy odcepieniu ma swój powód w osłabionem tworzeniu się tejże cieczy. Takie obniżenie widzimy przy phthisis bulbi essentialis, częściej może występującej, aniżeli się to zwykle zdaje, a dalej i w przebiegu rozmaitych chorób ocznych, które jednak same przez się takiego obniżenia nie powodują.

Skoro nerwica troficzna ma być powodem obniżenia napięcia i odczepienia siatkówki, dlaczego — zapyta słusznie niejeden czytelnik — wytwarza się ono właśnie u myopów, a przynajmniej przeważnie u tych? Na to możnaby znówu odpowiedzieć zapatrywaniem Sch n a b l a<sup>1)</sup>, który sądzi, że oczy w wyższym stopniu krótkowzroczne, z wielkim tylnym garbcem, zawierają właściwie w stanie prawidłowego napięcia wiele cieczy, ciało szkliste bywa nieraz rozrzedzone (*synchysis corporis vitrei*), a elastyczność twardówki przytem obniżoną. Skoro więc występuje owa pobudka nerwowa do zmniejszenia się cieczy, wielka ilość takowej ubywa, a z drugiej strony twardówka nie może już tak łatwo przy zmniejszonej zawartości gałkowej należycie jej objąć. Naczyniówka pozbawioną zostaje naturalnego przez twardówkę wywieranego ucisku, co tem łatwiej do przesączenia prowadzi.

Godząc się na to tłumaczenie powstawania odczepienia siatkówki wogóle, co, zdaniem mojem, niewątpliwie w wielu przypadkach może być uzasadnionem, dopuścić powinniśmy również możliwość powstawania w ten sposób odczepienia w obu oczach równocześnie albo też w krótszym po sobie czasie. Skoro atoli na drugim oku objawy te daleko później wystąpią, skoro zwłaszcza to drugie oko daleko mniej miało warunków do wytworzenia tego stanu i chory unikał wszelkich okoliczności uważanych za szkodliwe, za uspasabiające do odczepienia siatkówki, trudno oprzeć się wrażeniu, iż może oko pierwotnie przez odczepienie osłepłe wywołuje wpływ sympatyczny na oko dotychczas zdrowe, zwłaszcza, gdy w pierwotnie osłepłym oku wystąpiły zmiany następowe, jak zaćma, iridocyklitis i t. d.

Nie bez znaczenia na poparcie tej hipotezy zdaje mi się być przypadek, który przez dłuższy czas spostrzegać miałem sposobność, a który tutaj w głównych, rzecz objaśniających ustępach choroby przytoczyć sobie pozwolę.

36letnia osoba, zawsze krótkowzroczna, dostaje na prawem oku odczepienia siatkówki, leczonego przez długie lata

<sup>1)</sup> L. c. 73.



bezsukutecznie najprzód w Frankfurcie nad Menem, a później przez berlińskich okulistów. Kiedy miałem sposobność po raz pierwszy w 1884 roku widzieć chorą, prawe oko dotknięte przedstawiało odczepienie siatkówki dochodzące dołem do tarczy. Wzrok tegoż oka ograniczał się na liczeniu palców bezpośrednio dołem. L. oko Mp. 10 W. =  $\frac{6}{9}$ . Sn. 05. Staphyloma posticum externo-inf.  $\frac{1}{3}$  wielkości tarczy. Zaćmienia ciała szklistego nie stwierdzono. Chora, która do najwyższego stopnia była zaniepokojoną swem cierpieniem, tem bardziej, gdy jeden z okulistów poważanych wręcz chorej oświadczył iż pomocy dla jej cierpienia nie ma, postanowiła za jakąbądź cenę od katastrofy uchronić się. Będąc w bardzo korzystnym materialnym położeniu, mieszkając w pięknej posiadłości wiejskiej, mając wygodny i wytworny dom, urządziła się tak, iż wcale ócz nie używając, trzy blisko lata z polecenia jednego z okulistów przepędziła prawie w ciemnicy. Kiedy później chora powierzyła się mej opiece, wyprowadziłem ją powoli z ciemności i do zwykłego życia przyzwyczajałem, wstrzymując ją jednak od wszelkich zajęć, wymagających natężenia wzroku. Mimo to objawy podrażnienia lewego oka tak jak były w ciemnicy, tak i później trwały: zwłaszcza niepokojoną była chora najrozmaiciej przez siebie opisywanemi halucynacyami wzrokowemi.

Zastrzykiwanie pilokarpiny, sztuczne pijawki i cały znany aparat terapeutyczny, zastosowany oględnie, nie uchronił prawego oka od dalszego postępowania odczepienia z jego następstwami, to jest wytworzenia się zapalenia chronicznego tęczówko-rzęskowego.

Żrenica mimo atropiny zwężała się, a tylne zrosty i zaćma odjęły możliwość dalszego badania wnętrza oka prawego. Atoli mimo zupełnie higienicznego zachowania się (chora np. od lat kilku wcale nie wyjeżdżała, chodziła zaś zawsze bardzo ostrożnie, tylko w parku przechadzki po starannie przygotowanych chodnikach używając, i t. d.), zaczęło i lewe oko coraz więcej dawać się we znaki, odkąd prawe doszło do zmian powyższych. Mianowicie fotopsye, niebieskie widma itd. niepokoiły chorą coraz więcej. Wrażliwość na światło wzmagala się. Przypuszczając wpływ prawego oka na lewe, radziłem rodzinie chorą na enukleację przygotować, z myślą tą ośwoić, ale daremnie. Chora pozostawała ciągle w kuracji, przeprowadzanej przy pośrednictwie bardzo zdolnego i sumiennego lekarza domowego. Leczenie łagodziło nieco, mniej lub więcej, objawy, ale nie mogło powstrzymać dalszego rozwoju choroby.

Długo jeszcze obiektywnie nie udało mi się stwierdzić

zaćmień większych ciała szklonego ani też zmian siatkówkowych, atoli powoli wystąpiły najprzód drobno-pyłkowe, później silne zaćmienia ciała szklonego. W obwodowych częściach dna oka powstał obraz ogniskowego zapalenia naczyńki, aż wreszcie po latach kilku bardzo płytkie odczepienie siatkówki, a z niem i obniżenie znaczne wzroku. Nadmieniam, że ogólny stan chorej nie pozostawiał przytem nic do życzenia, lubo, gdy nadszedł czas katamenialny, serce było nieco podrażnione i czasami silniejsze występowały krwotoki maciczne, w czasie których podmiotowe objawy zdawały się wzmacniać.—

Cóż więc w drugim oku u osoby zupełnie ogólnie zdrowej, pozostawiającej oczy swe we wzorowym spokoju, mogło wywołać zaburzenia tak przykre w następstwach?

Przy ogólnie dobrym stanie chorej, przy zupełnym spokoju ócz, nawet mimo usposobienia do odczepienia, nie powinno było przyjść do tych, acz powolnie, ale stale rozwijających się zmian patologicznych, które znowu odczepieniem, jak i u prawego oka, się zakończyły. Zdaje się, iż logiczne powiązanie myśli musi nas skłonić po przypuszczenia, iż to właśnie odczepienie prawego oka, a raczej jego następstwa powodują sympatyczny wpływ. Uwzględniając zaś nawet zapatrywanie tych, którzy odczepieniu siatkówki każą powstać po chorioiditis, nie będziemy także w trudności wytłómaczenia wpływu sympatycznego, wiedząc, iż ta chorioiditis, przeszedłszy na ciało rzęskowe i na tęczówkę, może jako irydocyklitis tem łatwiej wpłynąć na oko drugie.

Ale w przypadku przytoczonym oko drugie, będąc również silnie krótkowzrocznem, mając dość znaczny tylny garbiec, miało — powie niejeden — usposobienie anatomiczne, by w tenże sposób zachorować, co i prawe oko. Tem gorzej, bo patologiczny bodziec łatwiej wpływa na organizm słaby.

Nie wątpię zaś, że analizując dokładnie poszczególne przypadki, dojdziemy do przekonania, że oko niekrótkowzroczne, poprzednio zdrowe, może przez wpływ sympatyczny drugiego oka doznać zmian, odpowiadających odczepieniu siatkówki albo do niego prowadzących.

Według doświadczenia mojego — sympatyczny wpływ,

wywołujący zmiany oczne, które z czasem doprowadzają do odczepienia siatkówki, może wyjść z oka: a. Także odczepieniem siatkówki dotkniętego, b. z oka innym cierpieniem zajętego.

Z dotychczasowych moich spostrzeżeń skłonny jestem do przypuszczenia, że właśnie odczepienia przez sympatyę powstałe powodują fotopsye i bardzo chorego niepokojące halucynacje wzrokowe.

Łącznik sympatycznego wpływu był już dla tłumaczenia powstania w niektórych razach odczepienia dawniej zaznaczany, jednak niedość ściśle, niedość z naciskiem i dlatego okoliczność ta patogenetyczna, wymagająca jednak pewnego uwzględnienia, jeżeli lekarz energiczniejsze ma zająć stanowisko, poszła w zapomnienie.

I tak, jeżeli się nie mylę, pierwszy Mooren<sup>1)</sup> podnosi, omówiwszy powód zapalenia tęczówko-rzęskowego i wpływ tegoż na sympatyczne zaburzenia oka, co następuje: »*Fassen wir die Thatsachen zusammen, so ergibt sich, dass eine jede Entzündung im Bereiche des Uvealtractus ganz unabhängig von der ersten Ursache ihres Entstehens die Fähigkeit erlangt sympathische Störungen zu erzeugen, wenn sie von vornherein als Cyclitis auftritt oder sobald sie im Laufe der Zeit diesen Character annimmt*«.

Podając zaś w następnym rozdziale postacię sympatycznego zachorzenia, wylicza na 52 przypadków zachorzeń przez cyklitis wywołujących sympatyę, 4 przypadki odczepienia siatkówki z odczynową iridocyclitis.

W roku 1877 podaje ze szpitala lyońskiego Vignaux<sup>2)</sup>, że na 90 przypadków, wywołujących sympatyę, stwierdzono raz odczepienie siatkówki.

Jak mało ten etyologiczny moment powstawania odczepienia siatkówki zyskał wśród rzeszy okulistów uwzględnienia,

<sup>1)</sup> Ueber die sympath. Gesichtsstörungen. Berlin. 1869. Hirschwald.

<sup>2)</sup> De Penucléation dans le traitement de l'ophtalmie sympathique. Thèse de Paris.



przemawia ta okoliczność, iż, o ile literaturę odnośną przejrzeć mogłem, nigdzie później o nim nie wspomniano, a jedynie Schirmer w swoich »Klinische u. pathologisch-anatomische Studien zur Pathogenese der sympathischen Augenentzündung<sup>1)</sup> doszedłszy po omówieniu rozmaitych sympatycznych zachorzeń do odczepienia siatkówki usposabiających, powiada: »Einfach übergehen kann ich wohl die früher (Mooren, Vignaux) vielfach<sup>2)</sup> aufgeführte Ablatio retinae sympathica. Durch die Untersuchungen Lebers, Nordensons u. anderer wissen wir, dass derselben stets eine Chorioiditis vorhergehen muss, die dann durch das Bindeglied einer Glaskörper Schrumpfung zur Ablatio führt. Es wären als solche in das Gebiet der Chorioiditis sympathica zu verweisen«.

Zgoda. Ale, najprzód, ta chorioiditis, prowadząca do odczepienia, nieraz więcej teoretycznie dopuszczona, aniżeli anatomicznie stwierdzona, zawsze będzie wytworem sympatyi. By jej i jej następstw zatem nie dopuścić, trzeba nam odpowiednio zachować się także i wobec oka sympatyzującego, dotkniętego odczepieniem siatkówki. Nie mówię zaś o innych odczepieniach siatkówki, wskutek spraw sympatycznych powstałych, boć wiemy, że one po sympatyzowanej iridocyklitis aż nazbyt często się zdarzają.

Powtóre, a na to chciałbym tutaj nacisk położyć, zanim widoczne objawy chorioiditis w oku sympatyzowanym wystąpią, powstają objawy podrażnienia siatkówki, halucynacje wzrokowe, mroczki, a dopiero później drobnopłytkowe zaćmienia ciała szklonego i bez łącznika chorioiditis, a przynajmniej oftalmoskopijnie dającej się stwierdzić, także odczepienie siatkówki, gdy właśnie obniżenie napięcia dłużej naprzód poprzedzało.

I tu owa chorioiditis tę samą odgrywa chyba rolę patogenetyczną, co chorioiditis serosa przyjmowana dla wytłómaczenia jaskry, a dotychczas przez nikogo nie stwierdzona anatomicznie.

---

<sup>1)</sup> Graefego Archiv, 38, 4, p. 199.

<sup>2)</sup> ?

Mojem zdaniem więc właśnie zaburzenie nerwowe, wywołujące zmianę wydzielniczą pod względem ilościowym, a może i jakościowym, najwięcej mogłoby nam sprawę wytłómaczyć, jeżeli nie we wszystkich przypadkach, to w każdym razie w pewnej ich ilości.

Nie potrzeba nam łamać kopii dla wytłómaczenia powstawania zazwyczaj końcowego odczepienia siatkówki w oku sympatyzowanym przez oko — czy to wskutek urazu, czy to wskutek blizny szerokiej w okolicy rzęskowej, czy to wskutek ciała obcego, czy to wreszcie wskutek narośli — uległe zapaleniu rzęskowo tęczówkowemu. Są to bowiem rzeczy aż nazbyt znane i w każdym podręczniku okulistycznym wyszczególnione, ale nie uwzględnioną bywa okoliczność powyżej podana, t. j. że odczepienie siatkówki jednego oka z czasem do takiegoż odczepienia prowadzi drugie czy to także krótkowzroczne jak pierwsze, czy też poprzednio zupełnie zdrowe.

Świadomość tego związku przyczynowego spowodować powinna lekarza do postępowania, które w niejednym przypadku zapobiegawczo działać będzie, chroniąc drugie oko, przed niechybną zgubą.

Następujące przypadki, których historję w możliwym streszczeniu\* poniżej podaję, stwierdzają poniekąd moje założenie, mówię poniekąd, gdyż ani ilość ich ani też znana sentencya »post hoc ergo propter hoc« nie dają wystarczającej pewności do ostatecznego rozstrzygnięcia sprawy zawilej.

P. X., nauczyciel, wiejski, około 40 lat. Na obu oczach zawsze silnie krótkowzroczny, w r. 1883 zgłosił się z powodu silnych błysków i halucynacji, widywał osoby dawniej mu znane, dywany, zagony kwiatów i t. d., obudziwszy się w nocy, co go niezmiernie niepokoiło. Na prawe oko zaniewidział przed dwoma laty z powodu odczepienia siatkówki. W chwili przedstawienia mi się, oko prawe miało zaćmienie soczewki zrosniętej z tęczówką, p. k. była głęboką.  $W = 0$ .  $T = 2$  i dotyk bolesny Lo.: słabe zaćmienia ciała szklanego, staphyloma posticum, przekrwienie naczyńówki, a w obwodzie chorioidalne zmiany nieznaczne.

Gdy symptomatyczne leczenie w mej lecznicy absolutnie żadnego nie przynosiło skutku, nie obniżając owych halucy-

nacy wzrokowych, wykonałem enukleację prawego oka. Niebawem objawy zaczęły w lewym oku zmniejszać się, powoli znikać, a chory dostawszy szkło odpowiadające jego Mp. 10 D. do ciągłego noszenia a — 4 do czytania, powrócił do zajęć. Jeszcze po latach wielu widywałem od czasu do czasu chorego. Mp. jego nie wzmagala się, zaćmienia nieznaczne ciała szkliste znikły a w naczyniówce nie mogłem nowych odkryć ognisk zapalnych.

Co do wyjątego oka, to ono przedstawiało się znacznie wydłużone, siatkówka lekko wato odcepiona przez bardzo znaczny wysięk surowicy. Perforacyi siatkówki nie było można stwierdzić, natomiast ciało szkliste objęte przez odcepioną siatkówkę, a bardzo zmniejszone, makroskopijnie włóknistego zwyrodnienia ślady zawierało.

W naczyniówce w obwodowych częściach ogniska zapalne.

Drugi przypadek dotyczył obywatela wiejskiego z Król. Polskiego p. W. 43-letniego, który przybył do mnie dnia 15 lutego b. r. Krótki wzrok, jak tylko zapamięta. Przed 6 laty zapadł na odcepienie siatkówki, leczony bez skutku.

Od 3 miesięcy zapadł także na pro, leczony jodkiem potasu. Od czasu zaniewiedzenia na oko lewe zupełnie czytania zaniechał. Badanie wskazuje: Pro. Spojówka gałki lekko przekrwiona. Po homotropinie wziernikiem stwierdzono zaćmienie ciała szklistego dość znaczne dołem i w samym środku przed tarczą, która cała we mgle; największe odcepienie siatkówki widać dołem szerokie, wypukłości + 6 przy mp. 5. Lo: P. k. głęboka, soczewka czysta, po przez znaczne zaćmienie ciała szklistego widać odbłask wszędzie szary, a tylko górą więcej szaro-czerwony.

Chory skarży się nie tylko na obniżenie wzroku, ale także na niepokojące go błyski, mroczki, gwiazdy także w ciemności występujące. Wzrok pro = palce na 1 mtr. a na 2 przez — 8; nie czyta nic. Pole widzenia stosownie do odcepienia ograniczone znacznie od skroni i dołu: Lo, nie ma żadnego poczucia światła. Tpro —  $1\frac{1}{2}$ ; Lo — 1.

Leczenie rozpoczęto zastrzykiwaniem soli pod spojówkę i zastrzykiwaniem pilokarpiny podskórnie. Gdy atoli skutku nie było pod żadnym względem, przystąpiłem do wyjęcia gałki lewej bez uśpienia chorego, tylko po kilkakrotnem zastrzyknięciu kokainy do worka i pod spojówkę.



Nie będę opisywał szczegółów zaznaczając tylko, że pod wpływem dalszego leczenia (skopolamina, a wieczorem dionina do oka), nadto pilokarpina czasami na poty, nie tylko subiektywnie ale i obiektywnie stan oka tak dalece się poprawiał, że już 14 marca mogłem w protokole zapisać: Halucynacje prawie zupełnie ustały. Oft.: Zaćmienia ciała szklistego bardzo nieznaczne. Siatkówka cała czerwona, tylko naczynia dołem, a zwłaszcza a. nasalis inferior, szersze. 30 marca: Wzrok pro 6/60, Mp. 5 J. 9 na 13 cm. Chory zaznacza, iż błyski, bardzo słabe, czasem tylko występują, i to krótkotrwałe, — że lepiej widzi okiem tem, aniżeli kiedykolwiek w dawnych czasach. T n., Oft.: Zaćmienie ciała szklistego bardzo nieznaczne. tarcz prawidłową widać wyraźnie, z małym staphyloma post. extr. Dołem wewnątrz widać siatkówkę przerwana, a w otoczeniu bezpośredniej perforacyi lekkie strzępki siatkówki ku wewnątrz zwrócone.

Gdy stan oka po następnych kilkunastu dniach się nie zmienił i chory mimo ruchów przy chodzeniu ani błysków już nie zauważył, ani też na obniżenie wzroku się nie skarżył, powrócił do domu.

Wiadomości późniejszych nie miałem.

Oczywiście i tu nie jesteśmy uprawnieni z całą pewnością powiedzieć, że odczepienie siatkówki było pośrednim następstwem odczepienia takiejże błony drugiego oka, że polepszenie prawego oka przypisać potrzeba wyjęciu gałki lewej. Jednakże okoliczność, iż chory zupełnie od czytania, a zatem od konwergencyi i akomodacyi się wstrzymywał, a jednak nie uchronił się od odczepienia i to na oku nie bardzo krótkowzrocznem, mogłaby poniekąd przyjęcie takiego wpływu sympatycznego usprawiedliwić zwłaszcza, gdy wyjęcie gałki pierwotnie chorej dozwoliło w krótkim względnie czasie przy zastosowaniu środków często bezskutecznie używanych, doprowadzić do dobrego wzroku oko, które już od kilku miesięcy odczepieniem było dotknięte.

Ale chociażbyśmy i takiego związku na podstawie dotychczasowego materiału dowieść nie zdołali, to już świadomość wielorakiego wpływu sympatycznego jednego oka na drugie powinna nas skłonić, byśmy poświęcili i przy odczepieniu siatkówki oko, które, zupełnie stracone, chociażby stanu chorobowego

drugiego nie wywołało, to jednak istniejące zapalenie zaostreć może. Tu profilaktyka ważną zdaniem mojem odgrywać powinna rolę, skoro pragniemy, wiedząc zwłaszcza, iż zazwyczaj odczepienie siatkówki nie ogranicza się do jednego oka, możliwie korzystne dla chorego stworzyć warunki, byle jakikolwiek zachować mu wzrok. —

Jest jeszcze inny rodzaj odczepienia siatkówki wymagający odrębnego tłumaczenia patogenezy:

Czasami guzy naczyńówki zdolne do przemiany wstecznej jak gummata lub tuberculoma naczyńówki, zwłaszcza pierwsze, sprowadzić mogą większe odczepienie siatkówki. Zwykle odczepienie to ogranicza się do objętości guza samego albo mało co go przewyższa, wyjątkowo atoli może dać powód do silniejszego odczepienia, tak że guz sam małą tylko zajmuje przestrzeń, gdy odczepienie szeroko się rozpościera. Byłem w tem szczęśliwym położeniu, że mogłem przez dłuższy czas spostrzegać takie odczepienie, które po dłuższym czasie przy odpowiedniej kuracyi znikło mimo, że tym guzem był prawdopodobnie guz gruczliczy. Oto w krótkości historia choroby.

Panna Sz. ze Zakopanego przybyła do mnie w r. 1895 do Poznania z powodu, iż od miesiąca widzi punkt czarny ruchliwy przed prawem okiem, od tygodnia zaś męczy ją mgła, a litery widziane temże okiem przedstawiają się krzywo.

Wywiady: Rodzice i liczne rodzeństwo na suchoty powymierali. Chora sama od dłuższego czasu ma cierpienie płuc, które lekarze uznali za poważne. Wygląd pozornie zdrowy, na policzkach lekkie podejrzone wypieki. Badanie oka wykazuje: Wpro:  $\frac{6}{60}$  bez szkła;  $\frac{6}{6}$  Mp. 3 Sn. O. 5. Lo:  $\frac{6}{60}$  bez szkła;  $\frac{6}{36}$  przez — 0,75. Sn. 0,8 krzywo. Perymetrycznie stwierdzono względne ograniczenie pola górą, obejmujące mniej więcej cały kwadrant. Tło — 1. Wziernik po homotropinie wykazuje media czyste, tarcz prawidłową. Na zewnątrz dołem od tarczy rozpoczyna się odczepienie siatkówki, linią niewyraźną ku górze odgraniczone, nie zbyt wypukłe (4 najwyżej Diop). Żyłka skroniowa siatkówki od miejsca podziału swego jest rozdęta i od tego też miejsca odczepienie wznaga się ku obwodowi; wyniosłość

siatkówki szara, lekko pagórkowata, ale pagórki te zmieniają przy ruchach gałki nieco swą postać: W miejscu, gdzie vena temporalis się dzieli, widać przeświecające przez siatkówkę trzy guziki lekko wyniosłe, białe szare, wielkości łąpka od szpilki. W okolicy dalszej od zewnątrz, równoległe do brzegu odczepionej siatkówki, widać przebiegającą smugę pigmentową.

Co do płuc to można było po prawej stronie w tyle nad łopatką wypukać stłumienie ograniczone, a przy wydechu słychać rżenie lekkie. Chora miewa poty i czasami tętno przyspieszone.

Wobec anamnezy, głównie zaś wobec obrazu wziernikowego stawiłem rozpoznanie na odczepienie siatkówki, spowodowane guzem tuberkulicznym gromadnym, tj. z wielu drobnych guzków utworzonym, z których kilka uwidoczniało się pojedynczo.

Rokowanie nie mogło naturalnie wypaść pomyślnie, ale postanowiłem leczyć przyczynowo i symptomatycznie, a los sprzyjał mi.

Chorej poleciłem leżeć spokojnie z płatkami wilgotnymi na oczach.

Wewnątrz podawałem pigułki karbonato-kreozotowe, mleko z koniakiem. Kurację tę znakomicie chora znosiła, kreozot nie psuł łąknienia.

Już po tygodniu zauważyłem, że odczepienie prawie znikło, jedynie siatkówka w miejscu odczepienia była oedematyczna, szara. Z owych trzech widocznych guzków dwa znikły, a jeden mały pozostawił ślad.

Poty ustąpiły. Wzrok badany po 12 dniach wynosił na lewem oku  $\frac{6}{24}$  bez szkła, a  $\frac{6}{18}$  Mp. 1 przez stenop.

Zaprzestałem dawać nadal kreozot. Po kilku dniach znowu poty silniejsze, osłabienie większe, a szara siatkówki wyniosłość zdawała się powiększać. Dla tego powróciłem do dawniejszego przepisu.

Poleciłem dziennie brać 7 kropeł karbonatu kreozotu, co dzień o jedną kroplę zwiększając dawkę, nadto czasami i chin. bromat.

16 maja zapisałem w książce protokołowej: odczepienie znikło zupełnie wraz z ostatnim guzikiem, tylko w miejscu



odczepienia niewyraźna plama, rozlana, wielkości tarczy, otoczona nieregularnym pasem pigmentowym. Napięcie gałki stało się prawidłowe, a wzrok wynosił  $\frac{6}{15}$  —  $\frac{12}{12}$  Mp. 3,5 Sn. 0,8. Badanie pola widzenia stwierdziło jeszcze nieznaczne ograniczenie względne górą wewnątrz. W dniu wypuszczenia chorej z opieki, t. j. 18 maja, poleciłem wdychanie ol. eucalypti et tereb. z ol. menthae i dalsze używanie kreozotu.

Przed dwoma laty chora, która przez dłuższy czas dla objawów groźnych płuc bawiła w południowych Włoszech, odwiedziła mnie w Krakowie. Wzrok od czasu ostatniego badania niezmienniony. Wziernik po zupełnem rozszerzeniu źrenicy atropiną wykazał: media zupełnie czyste, siatkówka wszędzie dobrze przylega, tylko wzdłuż art. temp. inf. siatkówka błedsza z pigmentowymi złożami poza naczyniem leżącymi.

Poniżej prawego obojczyka lekkie stłumienie i oddech trzeszczący. Płwociny badane w instytucie prof. Bujwida nie zawierały prątków gruzliczych, które miano ponownie we Włoszech, a także już w Zakopanem stwierdzić.

Nie tu miejsce zastanawiać się nad rzadkością przypadku pod względem etyologicznym. Tuberkuły naczyniówki zgrupione, czyli przewlekła gruźlica naczyniówki, w przeciwstawieniu do ostrej prosowatej, nie często klinicznie bywa rozpoznawana. Zazwyczaj więcej rozwinięty guz tuberkuliczny uchodzi za glioma retinae, ale znany jednak w literaturze i za życia dobrze rozpoznany przypadek *Hornera*, opisany przez *Haaba* <sup>1)</sup>.

W tym przypadku przyszło atoli do zejścia śmiertelnego, a sekcyja potwierdziła rozpoznanie.

Nasz przypadek budzi zajęcie najprzód ze stanowiska ogólnolekarskiego wobec tego, iż z wielkiem prawdopodobieństwem stwierdzona gruźlica oka znikła pod wpływem odpowiedniego ogólnego i miejscowego leczenia. Więcej jeszcze zaciękawia nas przypadek ten ze stanowiska patogenezy odczepienia siatkówki, jak bowiem powstanie to pogodzić z panującym zapatrywaniem

<sup>1)</sup> Graefego Arch. f. O. T. 25, 2, p. 224.

teoretycznem i praktycznem na jej genezę, a dalej jak mogło ono zniknąć prawie bez śladu?

Stanowczo nie było tu zaćmień ciała szklistego, nie było też owego ciśnienia ujemnego, wskutek owego kurczenia się ogólnego ciała szklistego.

Że w przypadkach takich odczepienie siatkówki przychodzi do skutku. wykazuje przypadek sekcyonowany przez Hababa, który na stronie 231 powiada<sup>1)</sup>: »Dort, wo die Netzhaut nicht an das innerhalb der Glaslamelle sich flach ausbreitende Gewebe geheftet ist, trennt ein ungeformtes durchsichtiges Exsudat in nicht sehr dicker Lage die beiden Membranen. Es enthaelt viele Koerner und Pigmenttrümmer und farblose Blutkoerperchen, namentlich etwas entfernter von dem Centrum der Geschwulst. Diese leichte Abloesung der Retina von ihrer Unterlage war ophthalmoskopisch diagnosticirt worden«.

Dla zrozumienia etyologii odczepienia siatkówki w przypadkach guzów czy to takich, które uledz mogą wessaniu, czy też dalej rozwijających się, musimy uciec się do innego od poprzednio omówionych tłumaczeń.

Dopuszczalną byłaby hipoteza, że rozwój narośli przyczynia się do zmiany nabłonka pigmentowego siatkówki, wskutek czego następuje utrudniona dyfuzja pomiędzy naczyniówką a ciałkiem szklistem. Płyn wydzielany przez naczyniówkę gromadzi się w następstwie tego po za siatkówką, takową w miarę trwania sprawy coraz więcej odklejając. Jeżeli teraz guz tego jest rodzaju, że ulega wessaniu, warunki prawidłowe wracają, nagromadzony płyn zostaje wessany i siatkówka może znowu przyłgnąć.

Zdarzają się także przypadki, że odczepienie występuje u osób nie krótkowzrocznych, starszych cierpiących na diabetes, to znowu na gościec. Badając ściśle, znajdziemy czasami występujące zapalenie tęczówki, drobnopłukowe zaćmienia ciała szklistego i to zapewne wskutek współdziałania ciała rzęskowego, ale w innych znowu wykażemy zapalenie przedniej czę-

<sup>1)</sup> L. c.

ści naczyńówki, a zatem obwodowe albo też rozlane. Później zaćmienia ciała wzmagają się i powoli występuje kliniczny obraz odcepienia siatkówki. W tych przypadkach nie przedłużenie gałki, ale inne jakieś okoliczności wywołują kurczenie się ciała szklatego.

Nie pomyliły się niezawodnie, przyjmując jako czynnik pierwotnie działający, t. j. przygotowujący odcepienie, zaburzenie chemiczne w składzie ciała szklatego.

Już Raehlman uciekł się w roku 1876 do przyjęcia zmian chemicznych ciała szklatego<sup>1)</sup>, dla tłómaczenia powstawania odcepienia. Zmiany takie sprowadzały zaburzenie dyfuzji pomiędzy wodnym roztworem soli ciała szklatego, a cieczą przepływającą naczynia chorioidalne. Ze zmienionego ciała szklatego przechodzą pewne związki chemiczne (sole) do krwi, gdy jednak białko ma większe powinowactwo endosmotyczne do soli, przeto prąd dyfuzyjny zwraca się do ciała szklatego, wskutek czego białko krwi przechodzi przez naczynia, ale wstrzymane przez siatkówkę, poza nią się gromadzi.

Dla wytłómaczenia i uzasadnienia swej teorii zastrzykiwał roztwory soli 6—10% do ciała szklatego i otrzymywał oczywiście odcepienie. Ale i Leber je otrzymywał doświadczalnie, wstrzykując bardzo słabe, bo tylko 3—4% roztwory, tłómacząc je następowem kurczeniem się ciała szklatego, nie zaś chemicznym procesem.

Przeciw Raehlmana zapatrywaniom przemawia okoliczność, że płyn przed i pozasiatkówkowy równy nieważki skład chemiczny. Co prawda, to ten skład chemiczny nie zawsze bywa równy, jak to wynika z przypadku Schmidt-Rimplera, który się sprzeciwia uogólnieniu teorii Leber'owskiej. W przypadku tym bowiem oftalmoskopijnie można było w płynie podsiatkówkowym wykazać kryształiki cholestearynowe, których w ciałku szklistem nie było. Tak samo znowu po za siatkówką bywa często ropa, gdy jej w ciałku szklistem nie ma.

<sup>1)</sup> Ueber die Netzhautablosung und die Ursache ihrer Entstehung. Arch. f. O. XXII, 4.



Schoeler<sup>1)</sup> uzupełnia chemiczną teorię Raehlmana przypuszczając, że nagromadzenie się allotropnej modyfikacji białka nie zdolnego do dyfuzji po za siatkówką, względnie naczyńcówką, albo chorobowa zmiana błon dzielących, utrudniająca dyfuzję, daje powód do odczepienia.

Boucheron zwolennik teorii wysiękowej przypuszcza, że komórki *partis ciliaris retinae*, wydzielają mucynę do ciała szklanego, a pigmentowy nabłonek naczyńcówki wydaje wzrokową purpurę. Tak jak surowicze błony, tak i te komórki nabłonkowe mogą przy pewnych podrażnieniach wydzielać płyny surowicze, surowiczo-włókniste lub mucynowe. Wzmóżone wymiany, jak kwas moczowy może się przytem dostać także do błon ocznych, a drażniąc komórki nabłonkowe jagodówki, spowodować wysięk<sup>2)</sup>.

Podobnie do kwasu moczowego może się i cukier dostać do tkanek gałki i wywołać zaburzenia wymiany materji, doprowadzające ostatecznie do kurczenia się ciała szklanego z odczepieniem siatkówki, albo też może powstać wysięk pierwotny pozasiatkówkowy, a pod wpływem ucisku (napięcie musiałoby być znowu wzmożone), dopiero później ciało szkliste uległoby przemianie.

Nie poruszam tu krytycznie bynajmniej innych teorii, jak Schnabla, Ponceta, Weissa, jako nie mających ścisłego związku z przedmiotem. Na zakończenie pozwoliłbym sobie tylko przytoczyć niezwykle przypadek pierwotnego odczepienia siatkówki, żałując jednak niewymownie, iż przypadek ten li-tylko mogę narazie przytoczyć z pamięci, gdyż protokółów klinicznych odnośnych nie mam pod ręką. Otóż przed 8 czy 9 laty przybył do mnie, do kliniki mej poznańskiej, robotnik około 40-letni, skarżąc się, iż od kilku dni lewem okiem nie widzi. Z powodu spóźnionej pory, gdy inne ważne

<sup>1)</sup> Zur Entstehung der Netzhautabl. Jahresbericht. Berlin 1880.

<sup>2)</sup> Sur l'épithelium aquipare et vitreipare des procès ciliaires. Sur le décollement de la rétine par exsudat choroidien. Bulletins et Mémoires de la Société fr. d'ophthalm. 1883.

## II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Z oddziału Dra Kramsztyka w Warszawie.

### Ciekawy pod względem leczenia przypadek urazu rogówki.

Podał

DR LEON FEINSTEIN.

Urazy rogówki zdarzają się u dzieci względnie dosyć często. Skutki takich urazów bywają nieraz bardzo groźne i dlatego należy zachować nadzwyczajną ostrożność tak przy leczeniu, jak i rokowaniu. Jedna i ta sama postać chorobowa kończy się dla oka w najrozmaitszy sposób. Szczególnie ma to miejsce przy ukłuciach zanieczyszczonym piórem stalowem. — Pamiętam parę przypadków, w których ukłucia takie pozostawiły czarne plamy w rogówce bez wszelkiej reakcyi ze strony oka. Rzadko kiedy tatuowanie, wykonane przy zachowaniu możliwej czystości, tak małe podrażnienie ze strony oka wywołuje, jak to właśnie zdarzyło się w powyższych przypadkach, gdzie miejsce tuszu zajął atrament.

Obeorny przypadek, który zamierzam opisać, był w pierwszych dniach podobny do poprzednich; podrażnienie i tym razem było z początku bardzo małe. Chory jednak, 9letni chłopiec, narzekał na łzawienie i nieznaczny ból, i wskutek tego został przyjęty na oddział chorób ocznych. Ukłucie piórem stalowem w oko prawe miało miejsce 13 października 1901 roku, do szpitala przyjęto chorego 16.

Stan oka prawego następujący: Przekrwienie okołorogówkowe nieznaczne. Na rogówce plama czarna, zakrywająca całą prawie źrenicę. Powierzchnia plamy gładka. Rany nie widać. Ciecz wodna w komórce przedniej przezroczysta. Chory skarży się na nieznaczne pieczenie w oku prawem. Oko lewe zdrowe.

Następnego dnia przekrwienie i ból nieco się wzmogły. Ponieważ zwykłe leczenie nie pomagało, postanowiliśmy atrament usunąć. Zdawało się, że igłą do ciał obcych da się po-

wierzehowne warstwy zdrapać i razem z nabłonkiem usunąć się atrament. Próba ta jednak się nie powiodła. Następnego dnia po tym rękoczynie stan oka się pogorszył. Atropinizacja częsta nie sprowadzała rozszerzenia źrenicy. Pokazała się ropa w przedniej komórce. Ból po paru dniach wzmógł się do tego stopnia, że chłopak spędził parę nocy bezsennych. Stan oka zaczynał być groźnym. Zachodziła obawa panophthalmitis. Namyślaliśmy się, czy nie przystąpić już do wyłuszczenia oka, ale postanowiliśmy jeszcze raz spróbować, czy nie da się gałki zachować. Należało koniecznie usunąć atrament, który, jako ciało obce w rogówce, wywoływał objawy powyższe. Operacji tej dokonałem przy uśpieniu chloroformowem. Użyłem do operacji noża grotowego. Oddzieliłem na całej przestrzeni, jaką płama zajmowała, powierzchowne warstwy rogówki, i w ten sposób obnażyłem całą zabarwioną część oka. Po obnażeniu próbowałem zmyć atrament strumieniem ciepłej wody, ale bezskutecznie. Wacikiem również nie udało się choćby w części oczyścić obnażonego miejsca. Poprzestałem więc jedynie na oddzieleniu i usunięciu warstwy, która płamę przykrywała, i prze-mywszy worek spojówkowy, nałożyłem okład ciepły.

Nazajutrz przy opatrunku znalazłem stan oka doskonały. Chory w nocy spał dobrze. Bóle zupełnie ustały. Podrażnienie oka bardzo małe. W komórce ślad ropy. Czarne zabarwienie pozostało jedynie na obwodzie płamy. Cała środkowa część prawie zupełnie wolna od atramentu. Następnego dnia rogówka jeszcze czystsza. Po paru tygodniach zwykłego leczenia pozostało na rogówce nieznaczne zmętnienie.

Roczników okulistycznych nie przeglądałem, nie mogę więc z pewnością twierdzić, że tego rodzaju przypadek nie był jeszcze opisany. Zdawało mi się, że sposób leczenia w moim przypadku jest dość ciekawy, i dlatego podaję go do wiadomości kolegów. W podręczniku Graefe'go i Saemisch'a wzmianki o tego rodzaju urazach nie znalazłem. W »Traité complet d'ophtalmologie« Wecker'a i Landolt'a powiedziano jedynie, że ukłucia piórem stalowem zdarzają się u dzieci bardzo często i zwykle pociągają za sobą częściowe lub całko-



wite zniszczenie rogówki. Sądząc z kilku przypadków, które ja spostrzegałem, nie mogę z tem zdaniem się zgodzić. Jak wyżej wspomniałem, parę razy atrament pozostawał w rogówce bez reakcyi i szkody dla oka. W obecnym przypadku groźne dla oka objawy zależały albo od chemicznych własności danego atramentu, albo od tego, że pióro stalowe prócz atramentu było jeszcze czemś zanieczyszczone. W każdym razie lepiej, zdaje się, trzymać się zasady usuwania ciał obcych, tembardziej, że w rogówce rzadko przychodzi do otoczenia obcego ciała tkanką łączną. W opisanym przypadku o właściwem usunięciu ciała obcego mówić nie można. Moja interwencya polegała jedynie na obnażeniu zaplamionej części rogówki. Atrament sam powoli znikał z tkanki rogówkowej.

### III. NOWE KSIĄŻKI.

*O zezie i jego leczeniu.* (Le strabisme et son traitement).  
Dr H. Parinaud. Paryż. Wyd. Oct. Doin. 1899. Stronie 197.

Książka ta stanowi niejako dalszy ciąg pracy tegoż autora p. t. »La vision«, streszczonej w »Post. Okulist.« 1899, str. 213. Poglądy swe na istotę i własności fizyologicznego aktu widzenia obuocznego, wypowiedziane w drugiej połowie owej pracy, rozwija autor dalej i wyświela je ze stanowiska patogenety zezą towarzyszącego. Treścią i myślą przewodnią dziełka tego jest teoria zezą nerwowa, na której poparcie przytacza Parinaud mnóstwo dowodów, zwalczając równocześnie od dawna zakorzenione przekonanie, że przyczyna zezą tkwi w mięśniach ocznych. Rzecz szczególna, że myotomia, wprowadzona około 1840 roku przez Dieffenbacha, stanowiąc epokę w leczeniu zezą, stała się równocześnie powodem zupełnego zmylenia pojęć o istocie i przyczynach tej wady, gdyż zrodziła teorię mięśniową, której ślepo hołdowali nawet badacze tej miary, jak Albr. Graefe, Donders, Giraud-Toulon, a która i dzisiaj jeszcze ma gorących zwolenników, jak Stevens, Schweigger i wielu innych.

Parinaud jeszcze w r. 1883 w swej pracy p. t. »*Paralysie des mouvemens associés*« przeciwstawił porażeniom poszczególnych mięśni ocznych porażenia pewnych skojarzonych ruchów, przy których sprawność mięśnia jest zniesioną lub upośledzoną dla pewnej

tylko czynności, n. p. dla konwergencyi, lecz zachowaną w całej pełni dla czynności innych, n. p. gdy chodzi o równoczesne zwrócenie obu gałek ocznych w lewo lub w prawo. Spostrzeżenie to rzuca już pewne światło na możliwość zaburzeń czysto nerwowych, odnoszących się tylko do pewnych połączeń między poszczególnymi ośrodkami. Zez towarzyszący należy wedle Parinaud'a właśnie do tej gromady zбочeń nerwowych i daje się najlepiej określić jako *wada rozwojowa nerwowego przyrządu widzenia obuocznego (de l'appareil de vision binoculaire)*, wada, która nie pozwala osiom widzenia ustawić się w zbieżności, wymaganej przez odległość danego przedmiotu. Nie należy zapominać, że zбочenie oka zezującego nie stanowi bynajmniej istoty choroby, lecz jest tylko jednym z jej objawów. Objaw ten, jako najbardziej uderzający, nie dziw, że najdawniej zwrócił na siebie uwagę zarówno ogółu jak i lekarzy, ale to, co przedewszystkiem wyróżnia narząd wzrokowy osobnika zezującego, jest zupełna utrata właściwego widzenia obuocznego (*vision binoculaire*) i zastąpienie tegoż tak zwanem widzeniem równoczesnem (*vision simultanée*). Między jednym, a drugim rodzajem widzenia obuocznego zachodzą głębokie i zasadnicze różnice.

Prawidłowe widzenie obuoczne polega na zdolności jednoczenia obrazków, wytwarzanych na obydwu siatkówkach, w jedno jedyne wrażenie. W razie, jeśli obrazki te nie padają na miejsca identyczne obu siatkówek, występuje natychmiast dwuwidzenie. Niezbędnym warunkiem istnienia prawidłowego widzenia obuocznego jest zdolność do konwergencyi, gdyż ona tylko umożliwia umiejscowienie obrazków przedmiotu w obydwu płamkach żółtych, które są punktami *par excellence* identycznymi. Głównym bodźcem, wywołującym zbieżny ruch gałek ocznych, jest siatkówkowy odruch, który najsilniej występuje w najbliższem otoczeniu plamek żółtych i ma za zadanie sprowadzić obydwie obrazki na miejsca identyczne. Akomodacya stanowi również potężny bodziec dla konwergencyi na mocy skojarzenia, jakie wiąże wzajemnie te dwie odrębne czynności. Poza tem jednak istnieje konwergencya, którą Parinaud nazywa »świadomą« (*convergence consciente*), dzięki której, mając oczy zamknięte i wyobrażając sobie w myśli odległość przedmiotu, który się rzeczywiście przed nami znajduje, spostrzegamy przedmiot ten poedynczo — bezpośrednio po otwarciu oczu. Wreszcie wiadomo, że przy pewnej wprawie można nadać dowolnie ruch zbieżny gałkom ocznym, nie wpatrując się zgoła w żaden przedmiot bliski. Te dwa ostatnie sposoby wywoływania zbieżnego ustawienia oczu nie mają tu znaczenia, natomiast odruch siatkówkowy i związek konwergencyi z akomodacyą stanowią główne podstawy, na których Parinaud buduje swoją teorię patogenezy zezu.

Widzenie równoczesne (*vision simultanée*), jakie pozostaje zezującym w udziale, znamionuje się zdolnością rozróżniania przedmiotów, znajdujących się w polu widzenia każdego oka z osobna, natomiast brakiem zdolności jednoczenia (zlewania) obrazków, należących do tego samego przedmiotu, a tem samem niemożnością wywołania dwuwidzenia. Trzeba zauważyć, że widzenie równoczesne jest zasadniczą i pierwotną własnością narządu wzroku u człowieka i zwierząt wyższych i stanowi niejako filogenetyczny podkład, na którym u każdego prawidłowego osobnika rozwija się i wydoskonala w pierwszych latach życia właściwe widzenie oboczne, a jeśli z powodu niekorzystnych warunków rozwój połączeń nerwowych, potrzebnych dla widzenia oboczno, zostanie wstrzymany, wtedy pozostaje jedynie zdolność widzenia równoczesnego, co w wysokim stopniu usposabia do zezu towarzyszącego.

Jakież to czynniki mogą powstrzymać lub upośledzić prawidłowy rozwój widzenia oboczno? Na to pytanie odpowiada Parinaud: Wszystko, co osłabia prawidłowy odruch siatkówkowy, wywołujący ruch zbliżny gałek ocznych, konieczny dla oboczno widzenia, — a zatem brak wyrazistości jednego z obrazków siatkówkowych, spowodowany czyto wyższym stopniem wady refrakcyi, czy nieczornością, plankami na rogówce lub wśródgałkowemi zmianami oka słabszego, — dalej długotrwałe zasłonięcie jednego oka przez opaskę lub opatrunek, z jakiegokolwiek powodów zakładany. W równej mierze mogą odruch ten, którego drogi nerwowe nie są bliżej znane, osłabić różne zaburzenia i choroby mózgowe dziecięcego wieku. Jakiego rodzaju zez powstanie, zbliżny czy rozbieżny, to już zależy od przyczyn drugorzędnych i tu autor w zasadzie nie odmawia słuszności teorii Dondersa, który tak wielką rolę przypisuje nadmiernemu wysiłkowi akomodacyi przy hipermetropii i brakowi takiego wysiłku przy myopii. Wadę refrakcyi i grę akomodacyi uważa Parinaud za ważny, ale nie za najważniejszy i nie za wyłączny czynnik przyczynowy zezu, boć zachodzą przypadki, stojące w jawnej sprzeczności z teorią Dondersa, n. p. zez rozbieżny u hyperopów lub zbliżny u myopów. Kładąc nacisk na to, że kierunek zbieżności oka zezującego zależy zwyczajnie od drugorzędnych, czasem przypadkowych okoliczności, wyjaśnia autor przypadki zezu rozbieżnego u hipermetropów tem, że niejednokrotnie wysiłek akomodacyi, wspartej nawet nadmierną jednostronną zbieżnością, nie wystarcza do wytworzenia wyraźnych obrazków na siatkówce tak, że chory przestaje akomodować i radzi sobie przez znaczne zbliżenie przedmiotów, aby brak wyrazistości obrazków nagrodzić sobie ich powiększeniem. Ponieważ wśród takich okoliczności słabnie równocześnie dążność do konwergencyi, a widzenie oboczne



staje się niemożliwe, powstają zatem te same warunki, które wytwarzają zez rozbieżny u myopów.

Rozbierając przypadki bądź co bądź wyjątkowe zez zbieżnego u krótkowidzących<sup>1)</sup>, podnosi Parinaud przedewszystkiem okoliczność, że może tu zachodzić czysty przypadek, że mianowicie zez zbieżny istniał od dzieciństwa, a krótkowzroczność powstała n. p. w latach szkolnych, a w takim razie między dwoma stanami nie ma żadnego związku przyczynowego. Tam, gdzie związek taki przyjąć trzeba koniecznie, ucieka się autor do przypuszczenia, że w miarę jak z postęпами myopii punkt dali wzrokowej zbliża się do oka, zbliża się też równocześnie i pole konwergencyi i wyjątkowo przy sprzyjających warunkach może się ustalić zbieżenie oka słabszego w kierunku zbieżnym, zwłaszcza, jeśli myopia jest wrodzona. Zwykle zaś dzieje się przeciwnie i kiedy punkt dali wzrokowej znajduje się bliżej oka niż najbliższy punkt, do którego zdolne są oczy zbieżnie się ustawić, wtedy widzenie obuoczne staje się fizycznie niemożliwem i powstają warunki, sprzyjające wytworzeniu się zez rozbieżnego.

Z wielkim naciskiem podnosi autor w dalszym ciągu swej pracy nerwowe, a w szczególności mózgowe pochodzenie zezu towarzyszącego, którego przyczyn nie należy szukać ani w osłabieniu mięśni, ani w ich skróceniu lub wyciągnięciu. Jednym z silnych dowodów, przemawiających przeciw istnieniu jakiegokolwiek zmian fizycznych lub anatomicznych w mięśniach ocznych jest znikanie zezu zbieżnego (niezadawnionego) podczas snu naturalnego jakoteż w uśpieniu chloroformowem (Stellwag, Hansen-Grut). Wiadomo, że we śnie zwalniają się również przykurczenia nerwowe, a zwłaszcza historyczne, będące pochodzenia niewątpliwie mózgowego. We wszystkich jednak zadawnionych przypadkach zezu wytwarzają się wskutek wieloletniego skręcenia gałki ocznej *następowe* zmiany w mięśniach, a także, i to szczególnie, w torebce Tenona i włóknistych więzadłach, otaczających gałkę oczną. Te to zmiany wtórne, będące skutkiem, a nie przyczyną zbieżności, utrwalają ostatecznie kąt zezu i powodują mniejsze lub większe ograniczenie pola ruchów (pola patrzenia) oka zezującego.

Upośledzenie bystrości wzroku po jednej stronie bywa często jedną z przyczyn zezu, ale nie da się też zaprzeczyć, że może być również następstwem długotrwałego nieużywania oka. To ostatnie

<sup>1)</sup> Nie wspomina tu autor wcale o skurczu akomodacyi, który przecie tak często nawiedza myopów, a który mógłby tu zez zbieżny wyjaśnić analogicznie, jak przy Hp. wyżej opisane zwolnienie akomodacyi wyjaśniło zez rozbieżny. (ref.)

przypuszczenie jest usprawiedliwione zwłaszcza wtedy, gdy ani zaćmień w środkach łamiących, ani żadnych zmian na dnie oka nie możemy wykazać. Znamieniem niedowidzenia oka zezującego jest ubytek w środku pola widzenia, względny lub nawet zupełny (*scotoma centrale relativum* albo *absolutum*) przy zachowanej wrażliwości obwodowych części siatkówki. — Ponieważ zezujący pozbawiony jest zdolności widzenia obuocznego, co wynika już ze samego pojęcia zez, przeto braknie mu jednego ze środków, służących do oceniania wymiaru głębi. Że jednak mimo tego »widzenie równoczesne« obydwoma oczyma przecież to zadanie, to wynika ze spostrzeżenia Greefa, wedle którego pewna 14letnia zezująca dziewczynka, patrząc przy próbie Heringa obydwoma oczyma, pomyliła się tylko 2 razy na sto, podczas, gdy, patrząc jednym okiem, dała na sto prób 50 mylnych odpowiedzi. Podobne spostrzeżenie ogłosił Simon: 11letnia zezująca chora, u której żadnym sposobem nie można było wywołać dwuwidzenia, obydwoma oczyma pokonała zwycięsko próbę Heringa 33 razy, a pomyliła się tylko raz jeden, po zamknięciu zaś jednego oka przy 27 próbach 11 razy uległa złudzeniu. —

W drugiej części swej książki omawia autor leczenie zez a i wyjaśnia w myśl swej teorii działanie różnych sposobów tak optycznych, jak chirurgicznych, których skuteczność empirycznie już dawno została stwierdzoną. Wykazuje on, o ile lepiej będziemy leczyć przypadki zez, jeżeli będziemy sobie zawsze zdawać jasno sprawę z tego, na czem polega istota poszczególnych objawów, przeciwko którym mamy skierować nasze zabiegi. Rzecz jasna, że wobec nerwowego ła, na klórem rozwija się każdy zez towarzyszący, jesteśmy zupełnie bezsilni. Ale, pamiętając, że zaburzenie nerwowe, polegające na upośledzeniu lub braku widzenia obuocznego, może mieć przyczynę także w oku (*anisometropia, astigmatismus, maculae corneae*), użyjemy środków optycznych, aby wedle możliwości siłę wzroku obustronnie wyrównać. Pamiętając dalej, że zaburzenie nerwowe w zakresie widzenia obuocznego nie wytwarza zazwyczaj zez bezpośrednio, lecz za pośrednictwem wzmózonej lub niedostatecznej akomodacji i przez osłabienie siatkówkowego odruchu dla konwergencji, — użyjemy, stosownie do bliższych wskazań, takich środków, jak: atropinowanie, ćwiczenia stereoskopowe lub pseudoskopowe, wyrównamy hyperopię, względnie myopię zapomocą szkieł odpowiednich, zastosujemy wreszcie szkła pryzmatyczne i t. d. We wielu przypadkach, gdzie zez nie jest zbyt zadawniony i polega wyłącznie na zaburzeniu nerwowem, te środki optyczne wystarczą do zupełnego wyleczenia. Skoro jednak raz przyszło do anatomicznych zmian następowych w mięśniach i w torebce Tenona,

wtedy bez zabiegów operacyjnych obejść się już nie zdołamy. I tu omawia autor szczegółowo wartość poszczególnych operacyi, podnosząc wyższość antepozyceyi (dość zresztą powszechnie uznaną, *ref.*) nad tenotomią, oraz wielkie znaczenie operacyi czysto torebkowych (*débridement capsulaire* i *avancement capsulaire*). Zmiany w torebce Tenona i wogóle w tkance łącznej dookoła ścięgna bywają częstokroć daleko wybitniejsze, aniżeli zmiany w samym mięśniu. Wynika to z doświadczenia, że niejednokrotnie samo szerokie nacięcie torebki Tenona i porozdzielanie zrostów daje wynik zupełnie wystarczający, który się dalej zupełnie już nie powiększa, gdy następnie przeliniemy jeszcze ścięgno mięśnia. Przy zezie zbieżnym wykonywa Parinaud od dłuższego czasu samo tylko rozcięcie zrostów torebkowych (*débridement capsulaire*) i jest zadowolony z wyników. W przypadkach zeza rozbieżnego operacye na samej torebce są zazwyczaj niewystarczające. Tu zaleca autor przeszycie ku przodowi mięśnia prostego wewnętrznego z równoczesną tenotomią prostego zewnętrznego, w wyższych zaś stopniach wykonanie operacyi na obydwu oczach.

Wkońcu powtarza Parinaud zdanie, które podzielają już dziś chyba wszyscy okuliści, że, usunąwszy wadliwe ustawienie gałki zezującej i wynikające stąd oszpeccenie, usunęliśmy tylko jeden z objawów cierpienia i spełniliśmy tylko część zadania, — i że ostatecznym celem pozostanie tu zawsze przywrócenie prawidłowego widzenia obuocznego, zapomocą środków optycznych i ćwiczeń stereoskopowych, gdyż tylko w ten sposób usuniemy zboczenie do-szczętnie, a zarazem utrwalimy pomyślny wynik leczenia.

*Dr K. W. Majewski.*

#### *Dwa lata działalności ludowego szpitala (1897—1899).*

(Po rosyjsku). Dr Józef Idzikowski, kierownik szpitala Woskresieńskiego W. A. Paszkowa. 1901.

Sprawozdanie swe rozpoczyna autor od ogólnych uwag, odnoszących się do sprawy zakładania małych szpitali wiejskich, i wykazuje, że szpitale takie posiadają pod wielu względami wyższość nad wielkimi zakładami leczniczymi, skupionymi przeważnie w miastach stołecznych. Szpitale wiejskie, jeśli są dobrze urządzone, zapewniają chorym daleko lepsze warunki zdrowotne, co w niemałym stopniu przyczynia się do korzystniejszego przebiegu chorób, a zwłaszcza do lepszych wyników po zabiegach operacyjnych. Powtórę ludność, mając pomoc lekarską w miejscu, przyzwyczajają się zgłaszać się wcześniej po poradę i mniej przychodzi chorych z cierpieniami zastarzałemi i zaniedbanemi, których wyleczenie, jeśli jest wogóle możliwe, następuje większe trudności. Ta ostatnia okoliczność



ma szczególnie wielkie znaczenie w takich krajach jak Rosya, gdzie większe miasta rzadko są rozsiiane, a komunikacye utrudnione i dla ludu, najczęściej głodem przymierającego, za kosztowne. Dr Idzikowski jest kierownikiem szpitala w Woskresieńskim zawodzie (gub. Ufimska), położonym w pięknej i zdrowej okolicy południowego Uralu. Podaje on bardzo szczegółowy opis tego skromnie, ale w granicach szczupłych środków postępowo urządzonego zakładu. Równie szczegółowo opisuje administracyę, gospodarstwo szpitalne, a także sposoby, jakimi przeprowadza aseptykę przy operacyach, rodzaje narkozy, jakich używa, i t. d. Na zakończenie podaje autor dokładny spis operacyi wykonanych w ciągu wymienionego dwulecia. W liczbie tych operacyi jest duża ilość ocznych, a między niemi przeszło 60 operacyi zaćmy, — z czego 46 z dobrym wynikiem, a 11 z miernem polepszeniem wzroku. (Według przekładu polskiego, dokonanego przez Dra Wójtowicza).

Dr K. W. Majewski.

#### IV. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

##### Centralblatt für praktische Augenheilkunde.

*Nieco o metalowych ciałach obcych w oku* (Zur Kenntniss der metallischen Fremdkörper im Auge). Dr E. Franke z Hamburga. (1901, Nr XII).

Z doświadczeń Lebera wiadomo, iż ciała obce, dostawszy się do oka, stosownie do miejsca, w które się dostały, i do materyi, z jakiej się składają, różne wywołują skutki. Wogóle ciała aseptyczne i chemicznie obojętne (indifferent), jak szkło, porcelana itp., nigdy nie wywołują zapaleń, gdy tymczasem odłamki miedzi powodują ciężkie zapalenie.

Następnie autor przytacza przypadek urazu ocznego, przez odłamek miedzi powstałego, który przy strzeleniu ze starej strzelby (kapzłówka) dostał się do oka. Po 2 tygodniach stan oka przedstawiał się w ten sposób: silne nastrzyknięcie gałki i bolesna wrażliwość na dotyk. Na górnym brzegu rogówki blizna 1 mm długa, hypopyon wypełniało  $\frac{1}{3}$  część komory, dolny brzeg rogówki ropy nacieczony. Z powodu wrodzonej częściowej zaćmy soczewki dno oka niewyraźne. V. = palec na 3 m. Drugie oko (lewe) prawidłowe.

Rozpoznano odłamek miedzi w dolnej zatoce komory, zaczem także przemawiał ropy naciek odpowiedniej części rogówki, co

Leber uważa za charakterystyczne dla odłamków miedzi w zatoce komory. Sideroskop dał wynik ujemny, aparat Roentgena wskazywał na obecność małego ciała obcego w oku.

Atropina i opaska usunęły hypopyon po tygodniu, gdy tymczasem ze spojówki przechodziły nowo utworzone naczynia do nacieku rogówki. Ciąła obcego jeszcze nie można było zobaczyć. Po dalszym tygodniu spostrzeżono na dnie oka objawy zapalne na tarczy wzrokowej, które przez dłuższy czas (7 tygodni) pozostały niezmiennione. W miarę wolnego ustępywania unaczynienia na rogówce znać było na tęczęwce brunatne miejsce, w którym, po wyjaśnieniu się zmętniałej rogówki, widziano odłamek miedzi. Po otwarciu przedniej komory, wyjęto ten odłamek (1 mm wysoki i 2 mm szeroki). Po ośmiu miesiącach bystrość wzroku wynosiła: V. =  $\frac{7}{25}$ , odpowiednio do zaćmionej soczewki.

W drugim przypadku chodziło o odłamek żelaza, który przez środek rogówki i źrenicę dostał się do soczewki. Odłamek w ten sposób zajmował środek soczewki, iż oba końce jego dotykały obu biegunów soczewki. Elektromagnes Haaba okazał się niewystarczającym; otworzono przednią komorę, rozdarło przednią torbę soczewki i wyjęto odłamek szczypcami, poprzednio namagnetyzowanymi. Zaćmę urazową, przez to powstałą, później wyjęto. Wielkość odłamka była 2 mm dług., 3 mm szeroki, i 1 mm grubości.

Ponieważ żelazo z czasem osadza rdzę w powstałej zaćmie urazowej, musiano przeto się pospieszyć z wyjęciem tego ciała. Autor radzi nawet jak najdrobniejsze odłamki żelazne z oka usuwać (choć wiadomo, iż w kilku przypadkach oko znosiło obecność żelaza bez złych skutków), gdy tymczasem aseptyczne kawałki miedzi, reakcyi nie wywołujące, można zostawić w soczewce.

Przy końcu autor przytacza własny przypadek wessania drobnych odłamków miedzi, co już Leber doświadczeniem stwierdził. (Leber udowodnił, iż drobne odłamki miedzi, na przedniej powierzchni tęczęwki, zostały zupełnie wessane). — Odłamki znajdowały się w przypadku tym na przedniej torbie soczewkowej i na zewnętrznej powierzchni tęczęwki.

Co się zaś tyczy wessania drobnych odłamków żelaza, to przeważna część zaprzecza możliwości tychże wessania. Przeciwnko temu zaś, zdaniem autora, przemawia własne spostrzeżenie. Przed 10 laty autor stwierdził na siatkówce drobny odłamek żelaza ( $\frac{1}{2}$  mm średnicy), który pozostał tam, gdyż wielki elektromagnes był jeszcze nieznanym. Po 10 latach towarzystwo asekuracyjne żądało dokładnego zbadania stanu tego oka. Ale ani wziernik, ani sideroskop, ani Roentgen nie mogły w żaden sposób wykazać śladów tego od-

łamek żelaznego. Również nie było ani złogów rdzy, ani ścieśnień w polu widzenia, ani hemeralopii. Jedynie biało-żółtawe zabarwienie na siatkówce wskazywało na miejsce dawne; zresztą żadnych oznak. Nawet bardzo drobne rozmiary odłamka nie mogły wpłynąć na obraz aparatu Roentgena, gdyż ciało w tym wypadku ( $1\frac{1}{2}$  mm średnicy) musiałoby być widoczne na obrazie.

Po tym przypadku autor przypuszcza możliwość wessania bardzo drobnych odłamków żelaza. *Dr Gruder.*

*Przypadek urazowego zakrzepu żył siatkówki* (Ein Fall von traumatischer Thrombose der Netzhaut-Venen). Dr v. Wisser z Moguncyi (1901, Nr XII).

Wskutek uderzenia odpadkiem kamienia w oko, powstało na rogówce małe, powierzchowne nadżarcie, wyleczone następnie atropiną i opaską. Wziernikiem (11 dni po urazie) stwierdzono zakrzep venae central. retinae na tem oku. Na siatkówce wokoło tarczy wzrokowej liczne świeżo wybroczyny, zwłaszcza w dolnej części siatkówki. V. = palec na 3 m.

Ponieważ stanowczo wykluczono wadę sercową, jakoteż silniejsze uderzenie, mogące spowodować znaczniejsze wystąpienie krwi poza gałkę (Extravasat) i następnie uciskiem na naczynia siatkówki wywołać zakrzep żylny, przeto autor szuka przyczyny tego zakrzepu żylnego w podrażnieniu nerwu współczulnego, przyczem nieco dłużej trwający skurcz nerwów regulujących żyły siatkówki (Vasomotoren der Venae centralis) i przy szczególnej skłonności krwi do skrzepnięcia może w tak silnie zwężonem naczyniu żylnem spowodować zakrzep. *Dr Gruder.*

*Przypadek zawodowego uszkodzenia oczu gorczycą* (Ein Fall von gewerblicher Senf-Schädigung der Augen). Dr L. Pick z Królewca (1901, Nr XII).

Przypadek ten zawodowego uszkodzenia oczu gorczycą uważać należy za uzupełnienie streszczenia p. t. »Uszkodzenie olejkami gorczycznymi« w Postępie Okulistycznym, zeszyt X, z b. r. — Robotnik zajęty w lokalu, w którym wytwarzają się wypary gorczyczne, dostaje na dotąd zupełnie zdrowych oczach silnego podrażnienia gałki, połączonego z lekkim zmętnieniem rogówki, odpowiednio do szpary powiekowej. Przy badaniu lupą Hartnack'a widać, iż zmętnienie rogówki składa się z niezliczonego mnóstwa powierzchownych pęcherzyków, mniejszych od ułknięcia szpilki. Głębsze warstwy rogówki i gałki są prawidłowe. Dno oka nieco zamglone, lecz prawidłowe. V. =  $\frac{6}{18}$ — $\frac{6}{12}$ . — Kokaina, okłady, spokój — usunęły po trzech tygodniach zupełnie ten stan na rogówce. Za poradą lekarską chory



zmienił swój zawód, gdyż powrót do tego samego zajęcia wywoływał ten sam stan zapalny na rogówce obu oczu.

Autor widzi przyczynę tych pęcherzyków, połączonych z wielkim uczuciem bóleści i silnem podrażnieniem galki, w odżywczem (trophisch) uszkodzeniu przybłonka. Od podobnego przebiegu przypadków z „keratitis vesiculosa“ ten przypadek różni się tem, iż pęcherzyki opisane nigdy nie pękały, ani się razem nie zlewały (confluiren), mimo codziennego i dokładnego badania. Przeciwnie pęcherzyki w ten sposób znikały, iż płyn tychże bywał wessany, a przybłonek (pęcherzyki) znów przylegał do membrana Bowmani.

Opisany przypadek zawodowego uszkodzenia olejkim gorzycznym ma wielkie podobieństwo z zapaleniem rogówki, wywołanem przez wypary nitronaftaliny, tylko, że ostatnie zapalenie jest połączone z uszkodzeniem głębszych warstw rogówki, »zapalenie miąższowe (interstitielle Keratitis)«, ze silniejszym upośledzeniem wzroku i dłuższym czasem leczenia.

Dr Gruder.

*Rana rogówkowa po operacji zaćmy u człowieka.* (La plaie de la cornée après l'opération de la cataracte chez l'homme). Dr E. Hocquard. (»Annales d'Oculistique«, 1901, Nr XI).

Autor miał sposobność badać drobnowidowo ranę, względnie bliźną rogówkową po operacji zaćmy w ośmiu przypadkach, gdzie przyszło po upływie krótszego lub dłuższego czasu po operacji i, rozumie się, niezależnie od niej do zejścia śmiertelnego tak, że oko operowane mogło być wytuszczone i poddane badaniu.

W pierwszym rzędzie przekonał się autor, że wszystkie cięcia, nawet takie, które w opisie operacji oznaczone były jako twarłowkowe lub graniczne — leżały w rzeczywistości w samej rogówce. Zdudzenie, jakiemu pod tym względem ulega czasem operujący, tłumaczy się tem, że spojówka i tkanka przytwardówkowa pokrywa przezroczystą rogówkę ze wszęch stron na obwodzie — pierścieniem około 2 mm szerokim, tak, że nóż, wkłuty w tej okolicy, napotyka w głębszych warstwach przejrzystą tkankę rogówkową. Zbliżnienie rany pooperacyjnej odbywa się w sposób znany, a opisany znakomicie przez Ranvier'a. Pomiedzy powierzchowne warstwy rozciętej rogówki weiska się wał przybłonkowy, a z nim także nowo wytworzone naczynia włosowate, dążące od tkanki przytwardówkowej. Zbliżnienie tych warstw przychodzi do skutku weześniej niż warstw głębokich, które w pierwszym dniu po operacji są tylko słabo sklejone włóknikowym wysiękiem. Powoli dopiero wysięk ten jednostajny i bezpostaciowy przemienia się na włóknistą tkankę łączną (*fibres synaptiques* Ranvier'a), zachowującą się wobec barwików

tak samo, jak prawidłowa tkanka rogówkowa. Przemiana ta wysięku włóknikowego na jedną bliźnię odbywa się tu bez współdziałania naczyń i leukocytów. — Ze względu na bardzo wątte spojenie brzegów rany w pierwszych dniach po operacji, autor uważa wszelkie usiłowania leczenia pooperacyjnego bez opaski za próby niebezpieczne i nieuzasadnione.

*Dr. K. W. Majewski.*

*Przypadek wągra w soczewce.* G. Surow. (>Medic. Sbornik warsz.-ujazd. woj. szpitala«. — >Revue médicale de l'hôpital militaire d'Orszadzow à Varsovie«, 1901, zeszyt 1 i 2).

Do szpitala wstąpił z Moskiewskiej gubernii szeregowiec z jąglicą, skarżąc się na osłabienie wzroku w oku prawem. Urazowi oko to nie uległo. Gdy bystrość wzroku oka lewego =  $\frac{20}{30}$ , prawego =  $\frac{20}{50}$ . Źrenice jednakowej wielkości, napięcie gałek prawidłowe. W zewnętrznej połowie prawej źrenicy spostrzegało się białoszarawą plamę, idącą od jej środka poza skroniową połowę tęczęwki



i kończącą się kulistym wytworem barwy żółtawej. Przy szerokiej źrenicy wytwór ten miał postać okrągłego, małego grochu (3 mil.), powstałego w zewnętrzno-górnym odcinku tkanki soczewkowej. Na przedniej powierzchni grochu widać 2 białe punkciki, otoczone żółtawym kółkiem; od tylnej zaś powierzchni stożkowato idzie biaława błonka do tylnej torebki soczewkowej. Zresztą tkanka soczewkowa i ciałko szkliste przezroczyste. Na operację chory nie zgodził się i został uwolniony z wojska.

Wobec rzadkości podobnego umiejscowienia wągra (v. Greefe opisał w r. 1866 coś podobnego ze znakiem zapylania), wątpliwem zdaje się nam powyższe rozpoznanie, pomimo to, iż Dr S. twierdzi, że takowe potwierdzili też pp. profesorowie Kostienicz i Przeorski.

Wytwór ten nie miał żadnej łączności ani z tęczęwką, ani z ciałkiem rzęskowem. W ciągu 3 miesięcy wcale się nie powię-

kszyf, aczkolwiek wzrok spadł do  $\frac{90}{70}$ . Ruchów w nim żadnych nie dawało się dostrzegać.

Checiałem osobiście zbadać oko chorego, lecz po łaskawem nadesłaniu mi tego spostrzeżenia, już go nie było w szpitalu.

Wobec zagadkowego wytworu w miąższu soczewki, pozwałam sobie przerysować rycinę, dołączoną do opisu Dra Surowa.

Dr J. T.

*Samoistne wyleczenie bąblowca oczodołu po róży twarz.* J. Nikolukin. («Wiestnik Oftalmologii». Zeszyt VI z r. b.).

U pewnej kobiety istniał od roku znaczny trzeszcz lewego oka i gałka wyparta była extra cavum orbitae ku wewnątrz i na dół, chora liczyła tem okiem palec na 5 metrów. Poza gałką wyczuwało się guz, a raczej chlebocący, niebolesny torbiel. Próbnę nakłucie utwierdziło lekarza w rozpoznaniu, iż miał do czynienia z bąblowcem (echinococcus). W dniu, naznaczonym dla operacji, pokazała się u chorej róża, z początku na nosie i górnej wardze, skąd przeszła na twarz, powieki i całą głowę. Jako rekonwalescentka chora wyjechała na wieś, było to 1 maja. Kiedy po 3 tygodniach przybyła znowu, znaleziono, że lewa gałka była już na swoim miejscu, chociaż wzrok zupełnie zginął (amotio retinae). Chora opowiedziała, iż, w tydzień po powrocie do domu, naraz, z pod lewej górnej powieki, zaczął wyciekać płyn, a następnego dnia pokazała się biała, gruba błona, którą wyciągnęło palcami; jak się okazało, była to gruba, wielkości kurzego jajka błona bąblowca. Pod górną powieką znaleziono w tem miejscu wklęsłą bliznę. Jaką rolę odegrała w tym przypadku róża — zapytuje autor — trudno orzec, najprawdopodobniej jad róży spowodował śmierć bąblowca, którego błona utraciła sprężystość i pękła. Rzadki przypadek! Dr J. T.

*Ezeryna przy chorobach rogówki.* R. Katz. («Wiestnik Oftalmologii», zeszyt 6, 1901).

Przytoczywszy zdanie Gołowin'a i Grönholm'a, że ezeryna obniża wewnętrzne ciśnienie, spostrzeżenia Rozowa dobrego działania ezeryny przy pierwszych objawach ropnego nacieku rogówki, twierdzenie Kriukowa, że ezeryna wskazana jest przy przewlekłej postaci keratitis parenchymatosa, jeśli nie ma skłonności do iritis, wreszcie spostrzeżenie Emmert'a, iż ezeryna (i ciepłe okłady sublimatowe) zapobiega nowym wypryskom przy herpes corneae, autor przytacza 3 własne spostrzeżenia.

Przepisywana maść z kseroformem i atropiną przy owrzodzeniu rogówki pogarszała stan rzeczy i dopiero przy użyciu maści ezerynowej (0,03 eser. sulf., 0,12 jodof. i 6,0 vas. amer. fl. Ds. 2 razy dziennie) bóle się zmniejszyły, nacieczenie ustępowało. Dodaje jednak,

KLINIKA OKULISTYCZNA  
Uniwersytetu  
Marii Curie-Skłodowskiej



że przy keratitis parench., często powikłanej zapaleniem tęczówki, bezpieczniejsze jest rozszerzenie źrenicy i w tych razach — idąc za radą Magnusa — dobrze jest przepisać wkraplanie kilkakrotnie na dzień kokainy (0,1) w roztworze sublimatu (1:300) 15,0.

Dr. J. T.

*Spostrzeżenia nad działaniem dyoniny w oftalm. praktyce.* G. Surow. (>Medie. Sbornik warsz.-ujazdowskiego szpitala<, 1901. Zeszyt 1 i 2).

Autor stosował 5—11 $\frac{0}{100}$  roztwór dyoniny, a także 1 $\frac{0}{100}$  roztwór wraz z zakraplaniem  $\frac{1}{4}$  $\frac{0}{100}$  roztworu atropiny, używał też maści rtęciowej żółtej wraz z 3—5 $\frac{0}{100}$  dyoniny. Próbował dyoniny w 17 przypadkach zapaleń rogówki, 6 jej owrzodzeń, 3 ropnia rogówki, 4 hypopyon, 9 zmętnień, 3 iritis, 2 irydocyklitis, 1 jaskry, 1 zmętnienia ciała szklonego, 1 paresis m. ciliaris, 3 przewlekłego zapalenia brzegu powiek i spojówki itd., wogóle u 58 chorych. Wyniki: dyonina, doskonały środek w chorobach rogówki, zmniejsza jej zmętnienia i sprzyja zagojeniu się owrzodzeń, szczególnie z charakterem mikotycznym i przy hypopyon-keratitis. Przy zapaleniu tęczówki dyonina doskonale działa wraz z atropiną. Przy głębokich zmianach w gałce ocznej bezużyteczna. Dyonina niedostatecznie znieczula przy wydobywaniu ciała obcych z rogówki (4 spostrzeżenia). Z powodu, iż wywołuje chemosis, jest przeciwwskazaną przy operacjach. Cena preparatu dość wysoka.

Dr. J. T.

*Przypadek zajęcia zatok czołowej i sitowej z ropniem oczodołu.* T. R. Pooley. (>Jour. of Laryng. rhin. and otology<, 1901. Nr XI).

Dziewiętnastoletni chory przybył do autora, skarżąc się na ból wokół prawego oka i głowy. Ciężkość podniesiona. Rozpoznawszy ropień, autor przystąpił do otwarcia oczodołu, przyczem okazało się, że zatoka czołowa była rozszerzona i że sprawa chorobowa przeszła na przednie komórki sitowe. Po usunięciu ropy, oraz wyskrobaniu ścianek zatoki czołowej autor utworzył komunikację tej ostatniej z komórkami sitowemi, oraz nosem, przeprowadziwszy miękki cewnik. Wynik operacji bezpośrednio doskonały (ból ustąpił); po 2 miesiącach wyleczenie zupełne.

Dr. Jan Szadziak.

*Dwa przypadki ślepoty w następstwie cierpienia zatok klinowej i sitowej, z zejściem śmiertelnem.* G. Victor Miller. (>Brit. med. Journ.< Nr 2086 z 22 grudnia 1900).

Przypadki, analogiczne do spostrzeganych przez autora, znane są w literaturze.

Tak n. p. przed sześciu laty Sandford przedstawiał w lon-

dyńskim Towarzystwie oftalmologicznem przypadek obustronnego zaniku nerwu wzrokowego w następstwie cierpienia zatoki klinowej.

Również w przypadku Rouge'a za życia istniały: exophtalmus, strabismus, głuchota i ślepotą. Sekcyą, jako przyczynę powyższych objawów, wykazała zajęcie zatoki klinowej.

W 2 przypadkach autora główną przyczyną ślepoty było rozległe zajęcie (necrosis) zatok sitowych. *Dr Jan Sędziak.*

*Ropień w prawej jamie Highmor'a jakoteż w zatokach sitowej i klinowej z następczą ślepotą po stronie lewej; operacya, powrót wzroku do stanu prawidłowego.* T. H. Halstead. (*Jour. of Laryng. rhin. and otology.* 1901. Nr XI).

Chora lat 45 po przebudzeniu nagle z przerażeniem spostrzegła, że zaniewidziała na lewe oko. — Przy badaniu autor znalazł obrzmienie otoczki nerwu wzrokowego, rozszerzone i pokręcone żyły i ilościowe tylko oddziaływanie na światło. Chora opowiada, że od 2 lat cierpi na niezyt nosa, który się znacznie wzmógł od kilku miesięcy i odtąd wydziela się stale z prawej strony cuchnąca ropa. Prześwietlanie wykazało zajęcie ropne prawej zatoki szczękowej górnej (Highmor'a). Lewa źrenica znacznie rozszerzona; exophtalmus. — Wobec tego autor postawił rozpoznanie zajęcia jeszcze i zatok sitowej i klinowej z pęknięciem ropnia i prawdopodobnym ciskiem na nerw wzrokowy. Otwarcie zatok Highmor'a, sitowej i klinowej z usunięciem nagromadzonej wydzieliny spowodowało najzupełniejsze wyzdrowienie (ból głowy, bezsenność i ślepotą ustąpiły).

*Dr Jan Sędziak.*

## V. Z TOWARZYSTW.

### Towarzystwo oftalmiczne w Petersburgu.

Posiedzenie z dnia 7 listopada.

1. Schummer przedstawił chorego z cząstkową szparą n. wzrokowego jednego oka i ze szparą n. wzrokowego, tęczęwki i naczyńwki drugiego.

2. Lecenius pokazywał chorego z naftalinową zaćmą obu oczu, która się rozwinęła w 12 godzin po zażyciu mikstury z naftaliny i ol. rycynowego. Drobnie zmętnienia widać wokoło jądra soczewkowego, obwodowe części soczewek pozostały przezroczyste. Podobny przypadek — jak twierdzi L. — nieznanym mu w literaturze zaćm. Zdaniem jego i Czemołoso wa takie zaćmy, wywo-

lane sztucznie u królików, mają zawsze budowę warstwową (calzonulares). Bellarmino w: Szybkość wytwarzania się od naftaliny zaém przemawia za tem, że łakowe nie są wynikiem chorobliwych zmian w naczyniówce, t. j., że powstają pierwotnie.

3. Bachmin pokazywał malca z gruźliczemi zmianami spojówki powiekowej. Schröder: Jodoform zawiódł oczekiwania w gruźlicy spojówki. Czemołoso w: Dobry on jest w przewlekłych, a nie ostrych przypadkach. Bellarmino w: Warto by wypróbować tu leczenie światłem.

4. Kaniewski odczytał sprawozdanie ruchomego okulistycznego oddziału, wysłanego do gubernii Wiatskiej. Udzielono pomocy 4.202 chorym, z nich 3.695 (!) z jaglicą, która ogromnie szerzy się między woliakami gżazowskiego powiatu. Operacyi wykonano 476: ekstrakcyi zaém 36, z pozostałych głównie operowano podwinięcia powiek. Woliacy nie lubią szycia powiek (nitek Gaillard'a), a proszą o «cięcie oczu». Dr K. nie lubi też sposobu Gaillard'a, potępiają go także Bellarmino, Zielenkowski i Schröder, chociaż go zwykle stosują lekarze wschodnich gubernii Rosyi, a nawet w klinice kazańskiego uniwersytetu. Felsler: Szeroko stosują go dlatego w Kazaniu ambulatoryjnie, boby miejsce nie było dla tak licznych chorych, szczególnie w dni targowe.

5. Reich przedstawił wypracowanie komisyi szematu dla zapisywania jaglicowych chorych; komisya radzi rozdzielać wszystkie jaglicowe (follikularne) zapalenia spojówki na cztery grupy kliniczne, poczynając od pojedynczych ziarn w spojówce, a kończąc na bliznowatym jej i chrząstek zwyrodnieniu. Wniosek ten został przyjęty z małemi zmianami.

*Dr J. T.*

## VI. ROZMAITOSCI.

**Rdzeniowe włókna siatkówki.** Nettleship przedstawił 2 preparaty króliczej siatkówki, w których rdzeniowe włókna nerwowe istniały nie przy tarczy, ale daleko od niej; w jednym z nich po papillitis oculi utr., gdy się wytworzył zanik tarczy, powyższe włókna znikły. — A. Frost widział zniknięcie tych włókien w oku, wskutek wytworzenia się prostej jaskry. — Fakty te stanowią ciekawy przyczynek do wiadomości o rdzeniowych nerwowych włóknach, które — jak dowiodły świeże spostrzeżenia (Westphal) — rozwijają się dopiero w siatkówkach królików po urodzeniu. — («The ophthalm. Society of the united kingdom». 1900. Maj). —

*Dr J. T.*



Wpływ odkażający łez. Helleberg A., w 16 badaniach na 22 znalazł, że łzy wyraźnie powstrzymują rozwój hodowli staphylococci aurei. Nawet przy ogrzaniu aż do opalizacji łzy zachowują tę własność. Ogrzanie do ciepłoty 100° znosi tę własność. — (*Centralblatt f. Bact. Ref.*).

### Omyłki drukarskie.

Na 415 str., 5 wiersz od góry zamiast »zakraplano zapomocą osobnego przyrządu czerynę lub atropinę«, powinno być: »zakraplano czerynę lub atropinę i zapomocą osobnego przyrządu odftografowano« i t. d.

### Wykaz polskich oryginalnych prac okulistycznych, ogłoszonych w r. 1901.

1. Dr Ettinger J.: *Krótkowzroczność i jej leczenie*. Pamiętnik Tow. lek. warsz. Z. III.
2. Dr Noiszewski K.: *Przyczynek do nauki o odczuwaniu barw*. Nowiny Lekarskie. Nr. 1.
3. Dr Bednarski A.: *Siderosis bulbi*. Przegląd Lekarski. Nr 7, 8, 9 i 10.
4. Dr Bałaban T.: *Bardzo rzadka postać przyblonkowego torbiela spojówki gałki ocznej*. Postęp Okulistyczny. Nr 1.
5. Dr Łuniewski St.: *Znaczenie djoniny w okulistycznej praktyce*. Postęp Okulistyczny. Nr 1 i 2.
6. Dr Feinstein: *Przyczynek ślepoty w kraju naszym*. Krytyka Lekarska. Nr 2.
7. Dr Miklaszewski: *O zmiennej nierówności źrenic*. Kronika Lekarska. Nr 4 i 5.
8. Dr Bednarski A.: *Przyczynek do kazuistyki żaźm żelaznych*. Postęp Okulistyczny. Nr 2.
9. Prof. Dr Wieherkiewicz: *Słów kilka w sprawie lekowego zwalczania jaskry*. Postęp Okulistyczny. Nr 2.
10. Dr Stasiński: *O leczeniu t. z. „ulcus corneae serpens“*. Nowiny Lekarskie. Nr 3.
11. Dr Idzikowski: *Przypadek pierwotnego mięsaka nerwu wzrokowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 3.
12. Dr Sędziak: *O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych*. Postęp Okulistyczny. Nr 3 i 4.
13. Dr Bałaban T.: *Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki na podstawie 12.000 przypadków własnej obserwacji*. Kraków. 1901.
14. Dr Koliński: *Przypadek wrzodu toczącego rogówki z opisem wyników badań bakteriologicznych*. Czasopismo Lekarskie. Nr 5.
15. Dr Noiszewski K.: *Przypadek tętniaka tętnicy szyjowej wewnętrznej w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych*. Postęp Okulistyczny. Nr 4.

16. Dr Strzemiński I.: *Przypadek cierpienia ocznego wskutek bezwładu opuszkowego astenicznego*. Postęp Okulistyczny. Nr 4.
17. Dr Stasiński: *O leczeniu t. zw. chorioiditis ad maculam zastrzykowaniami podłącznicowymi i wielkimi dawkami jodu*. Nowiny Lekarskie. Nr 6.
18. Dr Kuropatwiński: *Przyczynk do nauki o leczeniu przewlekłego niezytu worka łzowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 5.
19. Dr Bednarski A.: *Miażdżycy naczyńiówki*. Postęp Okulistyczny. Nr 5 i 6.
20. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Słów kilka w sprawie ułatwienia techniki przy irydektomiach*. Postęp Okulistyczny. Nr 5.
21. Dr Piotrowski T.: *Dalsze badania nad protargolem, jako środkiem zapobiegawczym przeciw rozpnemu zapaleniu spojówki u noworodków*. Przegląd Lekarski. Nr 26.
22. Dr Rymowicz: *Symbioza drobnoustrojów w zakażeniu worka spojówkowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 6.
23. Dr Talko J.: *Arteria hyaloidea persistens*. Postęp Okulistyczny. Nr 6.
24. Dr Brudzewski K.: *Guzy leukoemiczne pozagatkowe*. Postęp Okulistyczny. Nr 7.
25. Dr Endelman: *W sprawie szklistego wyrodnienia w rogówce*. Gazeta Lekarska. Nr 34.
26. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Wypaproszenie gałki ocznej, jego wskazanie i sposób wykonania*. Przegląd Lekarski. Nr 40.
27. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Uraz jako bezpośrednia przyczyna mięsaków narządu wzrokowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 8 i 9.
28. Dr Majewski K. W.: *Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacji zaćmy*. Postęp Okulistyczny. Nr 8.
29. Dr Grudziński i Konwerski: *Siriatio jako środek leczniczy*. Gazeta Lekarska. Nr 41, 42, 43, 44.
30. Dr Noiszewski K.: *Poczucie przestrzeni i wyobrażenia wzrokowe*. Nowiny Lekarskie. Nr 10.
31. Dr Noiszewski: *Badanie widzenia różniczkowego i całkowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 9.
32. Dr Strzemiński: *Zapalenia rzeżączkowe spojówki noworodków, pochodzące z zakażenia przedporodowego*. Postęp Okulistyczny. Nr 9.
33. Dr Strzemiński: *Rzadkie powikłanie zapalenia ślinianek przyusznych ze strony oczu*. Postęp Okulistyczny. Nr 10.
34. Dr Noiszewski: *Przyrząd kontrolujący celność strzelającego*. Postęp Okulistyczny. Nr 11.
35. Dr Kuropatwiński: *Jeszcze kilka słów o pozornej postaci nieba i pozornym powiększeniu średnicy księżycy i gwiazd na widnokręgu*. Postęp Okulistyczny. Nr 11.
36. Prof. Dr Wicherkiewicz: *Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki*. Postęp Okulistyczny. Nr 11 i 12.
37. Dr Feinstein: *Ciekawy pod względem leczenia przypadek urazu rogówki*. Postęp Okulistyczny. Nr 12.

### Spis rzeczy w roczniku III.

- Abscessus palpebrae** 98.  
**Accomodatio** 101, 414.  
**Acidum picricum** 284.  
**Acoinum** 60.  
**Alkohol metylowy** 112.  
**Amaurosis saturnina** 387.  
**Amblyopia** 112, 67, 247.  
**Amblyopia ex anopsia** 67.  
**Amblyopia hysterica** 247.  
**Amotio chorioideae** 158.  
**Amotio retinae** 281, 400.  
**Anaesthesia m. Schleich** 394.  
**Anatomia oka noworodka** 189.  
**Aneurysma carotidis** 37, 117.  
**Aniridia congenita** 316.  
**Anomaliae congenitae** 27, 28.  
**Arecolinum hydrobromatum** 38.  
**Arteria hyaloidea persistens** 225, 322.  
**Arteriosclerosis** 207.  
**Arthritis** 281.  
**Asterol** 359.  
**Astigmatismus** 163, 325.  
**Atherosis chorioideae** 171.  
**Atrophia bulbi** 24.  
**Atrophia n. opt.** 104.  
**Atrophia retinae** 37.
- Bacillus Loeffleri** 98.  
**Blennorrhoea neonat.** 271, 335, 392.  
**Blennorrhoea sacci lacrymalis** 165 (ther.).  
**Blepharadenitis** 284.  
**Blefaroplastyka** 422.  
**Blepharosphincterectomia** 28, 71.  
**Błękit metylowy** 393.  
**Błonica** 114, 194.  
**Bromokol** 285.
- Bulbus** 24, 35, 36.  
**Bystrość wzroku** 192 (pod względem sądowo-lekarskim), 206 (granice), 206.
- Canalis lacrymalis** 317.  
**Canalis Schlemmii** 206.  
**Canaliculus lacrymalis** 234.  
**Carcinoma** 425.  
**Cataracti** 41 (pat.), 61 (pat.), 63 (pat.), 74 (oper.), 94 (pat.), 160 (etiol.), 240 (oper.), 321 (luxata).  
**Cataracta zonularis** 63.  
**Chemiczne promienie słońca** 147.  
**Chlorek etylu** 284.  
**Chorioidea** 158 (pat.), 159 (pat.), 171 (pat.), 377 (neoplasma).  
**Chorioiditis exsudativa plastica** 159.  
**Coloboma nervi optici** 348.  
**Conjunctiva** 1 (pat.), 28 (pat.), 33 (bakt.), 90 (pat.), 93 (pat.), 99 (pat.), 194 (pat.), 238 (pat.), 284 (pat.), 384 (pat.), 388 (bakt.), 460 (pat.).  
**Conjunctivitis diplobacillaris** 33.  
**Conjunctivitis hypertrophica** 284.  
**Conjunctivitis scrophulosa** 238.  
**Conjunctivitis vernalis** 28.  
**Cornea** 28 (pat.), 74 (pat.), 75 (pat.), 99 (anat. pat.), 149 (pat.), 150 (ther.), 195 (bakt.), 239 (ther.), 253 (oper.), 270 (pat.), 279 (pat.), 281 (ther.), 314 (pat.), 414 (fizjol.), 444 (ther.).  
**Corpora aliena** 452.  
**Corpus vitreum** 193 (pat.), 425 (pat.).  
**Cryptophthalmus** 35.  
**Cysticercus** 456.  
**Cystis** 1, 100, (ther.) 110, (pat.) 392.



- Cystis dermoidalis 392.  
 Cystis iridis 100, 110.
- Dacryocystoblennorrhoea** 280 (ther.).  
**Daltonismus** 412.  
**Dioninum** 16, 248, 458.  
**Diplococcus** odbarwiający się Gramem, podobny do gonokoka 388.  
**Divergentia** 204 (paralysis), 210 (paresis).
- Drogi okoruchowe w mózgu** 62.  
**Dwujodek rtęci** 105.  
**Dyfterya** 114, 194, 284.
- Ecballium elaterium** 419.  
**Echinoccus orbitae** 326, 385, 457.  
**Emphysema ophthalmicum** 196.  
**Endarteriitis art. cent. ret.** 350.  
**Enukleacya** 73, 274.  
**Erosiones corneae** 314.  
**Erysipelas** 26, 457.  
**Eucainum B. acelicum** 393.  
**Eufialmina** 56.  
**Evisceratio bulbi** 214.  
**Exitus laetalis po oper. zaćmy** 199.  
**Exophthalmus pulsans** 36, 358.  
**Exstirpatio sacci lacrymalis** 161.  
**Ezeryna** 457.
- Fibrae medullares** 460.  
**Fibromata palpebrarum** 28.  
**Fistula corneae** 74.
- Ganglion cervicale supremum** 36 (fizjol.), 281 (oper.), 320 (oper.).  
**Glandula lacrymalis** 62 (anat.), 209 (anat.), 280 (pat.), 319 (pat.).  
**Glandula Meibomii** 266 (pat. i bakt.).  
**Glaucoma** 30 (pat.), 36 (ther.), 44 (ther.), 56 (pat.), 70 (oper.), 72 (oper.), 91 (an. pat.), 111 (ther.), 201 (ther.), 248 (oper.), 380 (pat.).  
**Glaucoma consecutivum** 91.  
**Glioma retinae** 391.  
**Gonococcus** 388.
- Haemorrhagia retinae** 391.  
**Hemeralopia** 387 (ther.).  
**Hemianopsia** 211 (inferior).
- Heteroplastyka** 272, 422.  
**Hippus** 162.  
**Histerya** 106, 247.  
**Histologia oka** 107.  
**Historya okulistyki** 60.  
**Humor aqueus** 60 (fizjol.).  
**Hydrargyrum oxycyanatum** 360.  
**Hydrodiaskop** 216.  
**Hyperplasia epithelii corneae** 74.
- Ichthargan** 253.  
**Ichthyocolla** 425.  
**Ichthyol** 253.  
**Influenza** 195.  
**Injectiones subconjunctivales** 60, 150, 359.  
**Jodipinum** 394.  
**Iridectomia** 72, 184, 248, 376.  
**Iris** 26 (pat.), 100 (ther.), 110 (pat.), 150 (ther.), 270 (pat.).
- Keratitis neuroparalytica** 375.  
**Keratitis pochodzenia nosowego** 149.  
**Keratitis scrophulosa** 28 (ther.), 70 (ther.).  
**Keratoplastyka** 253.  
**Korektopia** 156.  
**Kryptosarcoma** 413.
- Leczenie pooperacyjne bez opaski** 159, 202.  
**Lens** 41 (pat.), 66 (pat.), 91 (pat.), 94 (pat.), 155 (pat.), 156 (pat.), 160 (pat.), 280 (pat.), 319 (corp. al.), 456 (cysticercus).  
**Leukaemia** 192, 255, 376.  
**Lupus** 360 (leczenie światłem).  
**Luxatio glandulae lacrymalis** 319.  
**Luxatio lentis** 155, 156, 280.  
**Łzy** 460 (działanie odkażające).
- Magnes oczny** 91, 311.  
**Malaria** 61, 270, 391.  
**Maltozurya** 353.  
**Meningitis acuta** 352.  
**Meningocele orbitae** 97.  
**Mięsienie** 318.  
**Migraena ophthalmoplegica** 74.  
**Migrena** 65, 74.  
**Morbus Basedovii** 281.

Musculus levator palp. sup. 425.  
Musculus ciliaris: 96 (anat.).  
Mydło formalinowe: 253.  
Myopia: 67 (ther.), 154, 282 (ther.),  
372 (anat.), 411 (oper.).

**Naevus pigmentosus:** 93.

Nafta: 284.

Naftalina: 459 (catar.).

Narkoza: 284, 393 (met. Schneider-  
lina).

Neoplasma intrabulbare: 417.

Nephrolithiasis: 236.

N. oculomotorius: 32, 101 (pat.).

N. opticus: 77 (pat.), 102 (pat.), 103  
(pat.), 104 (pat.), 111 (pat.), 160  
(pat.), 213 (pat.), 267 (fizjol.), 348  
(pat.), 353 (pat.), 418, 459.

N. trigeminus: 283 (neuralgia).

Neurectomia optico-ciliaris: 70.

Neuritis: 111 (infectiosa), 213 (toxica),  
236 (przy kamicy nerkowej).

Neuritis opt. mallosurica: 353.

Neuritis retrobulbaris: 109, 160.

Neuritis multiplex: 418, 459.

Nitronaphthalinum: 75.

Nystagmus: 380.

Objaw Bella: 310.

Odkazanie śródgałkowe: 208.

Oedema corneae: 381.

Oedema palpebrarum: 75 (idiopathi-  
cum), 97 (arthriticum).

Okulary celluloidowe: 203.

Okulary wodne: 216.

Olejek gorczyczny: 375.

Operatio calaractae: 74, 152, 158,  
159, 198, 199 (exitus lactalis), 212,  
240, 273, 316, 321, 354, 378, 388,  
455.

Operatio m. Kroenlein: 35, 385.

Ophthalmia sympathica: 38, 322,  
368, 420.

Ophthalmoplegia congenita: 279.

Orbita: 97 (pat.), 457.

Oświetlenie sztuczne: 162.

Otitis media: 283.

Palpebrae: 28 (pat.), 34 (pat.), 62  
(anat.), 75 (pat.), 97 (bakt.).

Paranophthalmitis: 278, 279.

Paralysis agitans: 285.

Paralysis bulbaris asthenica: 124.

Paralysis divergentiae: 204.

Paralysis externorum: 57.

Paralysis n. oculomotorii recidivans:  
32, 65.

Paralysis progressiva: 69.

Paresis divergentiae: 210.

Parotitis: 282, 363.

Pellagra: 315, 415.

Pemphigus: 31.

Peroninum: 37.

Pilocarpinum: 317.

Piorun (uszkodzenie oka): 29.

Pismo stojące i pismo pochyle: 309.

Pityriasis rubra: 74.

Pneumonia: 283 (metastazy oczne).

Poczucie barw: 268.

Pole widzenia: 30, 206.

Promienie Roentgena: 191.

Protargol: 271.

Proteza: 73.

Protokokaina: 212.

Przewody półkuliste: 380.

Przyrząd kontrolujący celność strze-  
lającego: 395.

Ptoxis: 284 (oper.).

Ptoxis adiposa: 319.

Punctio corneae: 280.

Pupilla: 64 (pat.), 69 (pat.), 156  
(anom.), 162 (pat.).

**Reclinatio:** 198.

Refractio: 25.

Refractio duplex: 25.

Retina: 36 (pat.), 58 (anat.), 148 (pat.),  
192 (pat.), 193 (pat.), 207 (anat.-  
pat.), 210 (pat.), 212 (pat.), 242  
(fizjol.), 267 (pat.), 279 (anat.-pat.),  
281 (ther.), 350 (anat.-pat.), 353  
(pat.), 357 (pat.), 359 (pat.), 391  
(pat.), 400 (pat.), 460 (pat.).

Retinitis albuminurica: 281.

Retinitis circinala: 357.

Retinitis maltosurica: 353.

Retinitis pigmentosa: 212.

Retinitis p. oliferans: 36, 359.

Rheumatismus: 235.

Rodanek potasu: 104.

Roentgenografia: 191.

**Saccus lacrymalis:** 161 (oper.), 165  
(ther.), 280 (ther.).

- Sarcoma**: 77, 150, 287 (etymol.), 411.  
**Saturnismus**: 387.  
**Sclera**: 66 (pat.), 371 (pat.).  
**Scleritis traumatica**: 66.  
**Sclerotomia posterior**: 265.  
**Serophulosis**: 99.  
**Sepsis retinae**: 148.  
**Siderosis**: 41.  
**Sideroskop**: 313.  
**Sinapis**: 454.  
**Sinus ethmoidalis**: 458.  
**Sinus frontalis**: 458.  
**Sinus Highmori**: 458.  
**Sinus sphenoidalis**: 458.  
**Skioskopia**: 31.  
**Sklepienie nieba (pozorna postać)**:  
 307, 397.  
**Spasmus acomodationis**: 101.  
**Sphincter iridis**: 204.  
**Staphyloma corneae**: 279.  
**Statystyka**: 114, 151, 152, 161, 186,  
 218, 242, 389, 358, 409, 451.  
**Stereoskop**: 410.  
**Stosunek chorób nosa do zaburzeń  
 ocznych**: 83, 137.  
**Strabismus**: 235, (sympt.) 241, (oper.)  
 354, (ther.) 410, 446 (ther.).  
**Subluxatio lentis**: 91.  
**Suprarenina**: 157.  
**Światło voltaiczne**: 234.  
**Symbioza drobnoustrojów**: 221.  
**Symblepharon**: 34 (pat.), 37 (oper.).  
**Sympathectomia**: 111, 201.  
**Symulacja**: 349.  
**Syndrom Hornera**: 417.
- Tablice do badania bystrości wzroku**: 163.  
**Tablice do wykrycia symulacji**: 349.  
**Tetania**: 160.
- Thrombosis arteriae centr. retinae**:  
 210.  
**Thromb. venae centralis retinae**: 454.  
**Trachoma**: 28 (ther.), 71 (ther.), 150  
 (epidemiologia), 358 (statyst.), 460.  
**Trauma**: 63, 66, 104, 287, 412, 444.  
**Tuberculosis**: 99, 283.  
**Tumor corneae**: 371.  
**Tumores retrobulbares**: 255 (leukae-  
 mia), 282.  
**Tyroidyna**: 102.
- Ulcus durum syphiliticum**: 384 (na  
 spoj. gałki).  
**Ulcus rodens**: 195.  
**Ulcus serpens**: 99 (anat.), 239 (ther.).
- Varix orbitae**: 197.  
**Vertigo (wywołany noszeniem oku-  
 larów)**: 65.  
**Vulnera corneae**: 382 (histol.).  
**Vulnus bulbi penetrans**: 209.
- Widzenie obuoczne**: 205, 378.  
**Widzenie różniczkowe i całkowite**:  
 327.  
**Widzenie stercoskopowe**: 378.  
**Wyrosłe adenoidalne**: 106.  
**Wziernik**: 36, 425.
- Zapadanie gałki**: 374.  
**Zatrucie jodowe**: 104.  
**Zjawiska siatkówkowe**: 242.  
**Złudzenia optyczne**: 307.  
**Zmieczulenie met. Schleicha**: 394.



### Spis autorów w roczniku III.

- Abadie : 72, 201, 276, 281.  
Abelsdorff : 58.  
Ahlström : 28.  
Albrand : 317.  
Altland : 371.  
Anderson-Critchett : 211.  
Andogsky : 198.  
Antonelli : 284.  
Arisan : 106.  
Armagnac : 280.  
Asmus : 313.  
Atsuhiko-Masugi : 382.  
Aurand : 279.  
Axenfeld : 67, 101, 209, 326.
- Babiński : 64.  
Bachmin : 460.  
Baňaban : 2, 186.  
Batten : 210.  
Batulin : 248.  
Baudoin : 280.  
Bednarski : 41, 171.  
Bellarminow : 212, 368.  
Bellencontre : 281.  
Bénaky : 268.  
Bernhardt : 380.  
Bernheimer : 204.  
Berry : 210.  
Best : 206.  
Bielschowsky : 204.  
Bietti : 315.  
Birch-Hirschfeld : 112.  
Bistis : 375.  
Blessig : 27, 212.  
Boé : 252.  
Borzynowski : 218.  
Bourgeois : 384.  
Brat : 285.  
Brixa : 29.  
Brudzewski : 214, 255.  
Bylsma : 325.
- Chaillous : 282, 283.  
Charpentier : 64, 242.  
Chauvel : 391.  
Chavasse : 391.
- Chevallerau : 282.  
Ciechanowski : 215.  
Citrin : 387.  
Cohn : 393.  
Coppez : 102.  
Courmont : 393.  
Csapodi : 309.
- Darier : 253, 280, 281.  
Demaria : 73.  
Denig : 197.  
Deyl : 103.  
Dimmer : 353.  
Disler : 320, 359.  
Dobrosławin : 414.
- Elschnig : 74, 100, 318.  
Ettinger : 67.
- Fage : 284.  
Feinstein : 444.  
Fejer : 411.  
Filatow : 319, 322.  
Fortunati : 149.  
Franke : 452.  
Friedländer : 285.  
Fromaget : 280, 285.  
Fuchs : 158, 196, 206, 253.  
Fukała : 60.  
Fürst : 253.
- Galinowsky : 350.  
Galliard : 75.  
Gałęzowski : 252.  
Garofolo : 415.  
Gayet : 279.  
Ginsberg : 24.  
Ginsburg : 389.  
Goldschmidt : 150.  
Goldzieher : 413.  
Gołowin : 35, 70, 319, 358.  
Groef : 425.  
Grunert : 111, 376.  
Guende : 284.  
Gurwicz : 36.  
Guttmann : 25.

Håla: 98.  
 Halstead: 459.  
 Hamburger: 60.  
 Haselberg: 349.  
 Heimann: 202, 325.  
 Heine: 205, 372, 378.  
 Helleberg: 460.  
 Heller: 217.  
 Hertel: 207.  
 Herzfeld: 380.  
 Heuse: 163.  
 Hilbert: 285.  
 Hilezenko: 424.  
 Hippel: 156.  
 Hirsch: 60.  
 Hirschberg: 24, 377.  
 Hočevar: 62.  
 Hocquard: 455.  
 Hoyer: 107.  
 Hummelstein: 206.  
  
 Javal: 276.  
 Idzikowski: 77, 242, 451.  
 Jocus: 279.  
 Jonas: 154.  
 Ischreyt: 91, 148.  
  
 Kalt: 74, 280, 283.  
 Kamocki: 107.  
 Kaniewski: 460.  
 Kastalska: 114.  
 Katz: 457.  
 Klimowicz: 424.  
 Knapp: 56, 348.  
 Koenig: 162.  
 Königstein: 65.  
 Koliński: 195.  
 Korzeniowski: 152.  
 Kozłowski: 354.  
 Krajski: 61.  
 Kriukow: 321, 358.  
 Krukenberg: 388.  
 Kryński: 215.  
 Kuropatwiński: 165, 397.  
  
 Lagleyze: 97.  
 Lagrange: 272, 279, 391, 422.  
 Lamy: 74.  
 Landolt: 285.  
 Lange: 96, 189.  
 Lapersonne: 283.

Laurent: 284.  
 Laurenty: 31.  
 Lavagna: 420.  
 Lawrentiew: 359.  
 Lecenius: 459.  
 Lechner: 28.  
 Leprince: 270.  
 Leroux: 105.

Levinsohn: 26.  
 Levy: 66.  
 Lilienfeld: 317.  
 Lisicyn: 160.  
 Łobasow: 151.  
 Lotin: 161.  
 Łuniewski: 16.

Machek: 191.  
 Majewski: 216, 296.  
 Makłakow: 234, 266.  
 Maksimow: 38.  
 Matusowski: 150.  
 Mayweg: 208.  
 Meisling: 30.  
 Meller: 265.  
 Mendel: 316, 388.  
 Mertz-Weigandt: 63.  
 Meyerhof: 411.  
 Miller: 458.  
 Moissonnier: 419.  
 Morax: 283, 422.  
 Muck: 104.  
 Mulder: 28, 71.  
 Müller: 238.  
 Murakami: 192.

Nagel: 310, 412.  
 Natanson: 160, 319, 322.  
 Neustätter: 375.  
 Nettleship: 460.  
 Nieznamow: 147.  
 Nikolukin: 457.  
 Noiszewski: 36, 117, 327, 395.  
 Nowkuński: 37.

Onken: 94.  
 Osborne: 409.

Panas: 241.  
 Pansier: 273.

Parent: 280.  
Parinaud: 274, 446.  
Parisotti: 251.  
Péchin: 104, 192, 252, 282.  
Petit: 99, 283.  
Pflüger: 277.  
Pichler: 235.  
Pick: 454.  
Piltz: 62, 69.  
Pinard: 392.  
Pineus: 387.  
Pindikowski: 93.  
Piotrowski: 271.  
Pooley: 458.  
Pope: 378.  
Praun: 163.  
Priestley-Smith: 355.  
Pusey: 219.

Quint: 412.

Reich: 460.  
Reuss: 206, 207.  
Rhoden: 253.  
Richter: 267.  
Rochon-Duvigneaud: 276, 279, 281.  
Rollet: 393.  
Rosenberg: 36, 213.  
Roth: 195.  
Rymowicz: 221.

Safár: 150.  
Sattler: 159.  
Sawicz: 321.  
Schaefer: 253.  
Scheinfeln: 424.  
Schieck: 159.  
Schilling: 267.  
Schlesinger: 194.  
Schmidt-Rimpler: 155.  
Schoeler: 314.  
Schoute: 234, 307.  
Schneiderlin: 393.  
Schreiber: 90.  
Schroeder: 37.  
Schummer: 459.  
Schwalbe: 418.  
Schwarz: 237.  
Schürenberg: 101.  
Serini: 235.  
Sędziak: 83.

Seiffer: 65.  
Selenkowski: 368.  
Senn: 359, 410.  
Siergiejewski: 357.  
Silex: 75, 393.  
Simek: 106.  
Smedley: 114.  
Smirnow: 34, 37.  
Sniegiriew: 321.  
Sourdille: 417.  
Stasiński: 239.  
Stephan: 385.  
Stöltzing: 381.  
Strachow: 160.  
Strzemiński: 32, 124, 335, 363.  
Suarez de Mendoza: 282, 285.  
Sulzer: 252, 285.  
Surow: 456, 457.  
Suszkin: 359.  
Szczepaniak: 162.

Talko J.: 225.  
Teillais: 352.  
Terrien: 240, 284.  
Terson: 251.  
Thier: 26.  
Tichomorow: 211.  
Trousseau: 97, 199, 250.  
Truc: 252.  
Türck: 91.

Uhthoff: 99, 111, 114.  
Urlaub: 323.

Vacher: 276, 285.  
Vian: 284.  
Vignes: 385.  
Volkmann: 311.  
Vossius: 114.

Wachholz: 215, 216.  
Wagenmann: 209.  
Wassiljew: 198.  
Wecker: 248, 274, 277, 420, 425.  
Wernicke: 57.  
Wessely: 157.  
Weyert: 247.  
Wicherkiewicz: 44, 184, 213, 216,  
287, 376, 400.  
Wintersteiner: 110.



Wiser: 454.  
 Wolf: 374.  
 Wood: 219.  
 Wygodzki: 161, 247.

Zamurawkin: 36.  
 Zanotti: 236.

Ziegner: 193.  
 Zielenkowski: 36, 38, 423.  
 Ziemiński: 417.  
 Zikmund: 33.  
 Zimmermann: 203.  
 Zion: 218.

### Spis rycin, w roczniku III pomieszczonych.

1.	} 3 mikrofotogramy, przedstawiające torbiele spojówki gałkowej (Nr 1).	}	9
2.			10
3.			11
4.	Mięsak n. wzrokowego (Nr 3)		81
5.	Figury szematyczne, przedstawiające przebieg włókien w n. wzrokowym (szemat Violeta) (Nr 4)		119
6.	Pole widzenia z przypadku aneurysma carotidis internaе (Nr 4)		122
7.	} 3 pola widzenia z przypadków miażdżycy naczyńiówki (Nr 5) 177 i 178	}	
8.			
9.			
10.	Arteria hyaloidea persistens (Nr 6)		226
11.	Przekrój gałki ze zmianami leukaemicznemi w naczyńiówce (Nr 7)		259
12.	Rycina, przedstawiająca dziecko z guzami mięsakowymi głowy (Nr 9)		344
13.	Konstrukcyja, objaśniająca pozorne powiększenie gwiazd na widnokregu (Nr 11)		399
14.	Rycina przedstawiająca rzekomego wagra umiejscowionego w soczewce (Nr 12)		456

KLINIKA OKULISTYCZNA

Uniwersytetu

Marii Curie-Skłodowskiej

Nr. 1. 1 mm.



Nr. 2. 2 mm.



Nr. 3. 3 mm.



Nr. 4. 4 mm.



Nr. 5 mm.



Nr. 6 mm.



Nr. 8 mm.



Nr. 10. 10 mm.



Nr. 20. 20 mm.

