

Uniwersyte
Marii Curie-Skłodowskiej

~~S. 44/9 Wz. III - 50~~

4006

2. 11. 1902 - 20

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWCZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Styczeń.

—* ROCZNIK DZIEWIĄTY. —*

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Nowokaina jako środek znieczulający w okulistyce.

Kilka uwag z własnego doświadczenia.

Napisał

BOŁ. WICHERKIEWICZ.

Lubo kokaina, jako środek znieczulający wogóle nas zadowalnia, to jednak posiada ona pewne ujemne strony, których chcielibyśmy chętnie uniknąć, zastępując kokainę innymi środkami. Do tych ujemnych stron zaliczać wypada działanie trujące, wpływ na zrenicę, a nie mniej silne nieraz obniżenie napięcia, które zwłaszcza przy operacjach zaćmy u osób starszych dawać się może operatorowi we znaki. To też starano się pozyskać środek jaki lepszy, któryby posiadając dodatnie własności kokainy, wolnym był od jej działania ujemnego. I prawie wszystkie nowsze środki, które w ostatnich czasach pod tym względem polecane były, nie omieszkaliśmy poddać badaniom klinicznym. Jednakże żaden z nich nie zdołał pozyskać naszego zaufania, ani kokainy wyrugować.



~~KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej~~

Przed rokiem mniej więcej, firma Meister, Lucius i Brünnig w Hoechst przysłała nam najnowszy środek znieczulający nowokainę z prośbą o wypróbowanie go.

Nowokaina, wodnik chlorowy aminobenzoyldiäthyl-ami-noäthanolu =



worzy biały proszek z drobnych igiełek krystalicznych składający się, który w równych częściach rozpuszcza się we wodzie. Już $\frac{1}{4}\%$ rozczyzny znieczulają, jak Biberfeld wykazał (Med. Wehschr. Nr 48. R. 1905), grube pnie nerwowe na prądy przerywane. A z drugiej strony nawet 20% rozczyzny na świeże zapuszczane rany, nie wywoływały żadnego podrażnienia. Środek ten jest daleko mniej trującym od kokainy, gdyż trująca dawka podskórna wynosi 0,35—0,4 gr dla królika a 0,25 dla psa, gdy kokaina już w dawkach 0,05—0,1 dla królika, a 0,05—0,07 dla psa śmiertelną bywa. Także zastrzykiwania nowokainowe wśródżylnie i podpajęczynówkowe (subarachnoidalne) są mniej trujące aniżeli kokainowe. To też nie dziwnego, że z wielu stron zastosowano nowokainę do potrzeb klinicznych. Doświadczenia nasze własne wykazały, że znieczulenie spojówki i rogówki po nowokainie w rozczyznach 1—2% zastosowanej, występuje równie szybko jak po kokainie i trwa również długo. Lecz nowokaina nie wpływa na źrenicę ani akomodację, a pod tym względem bezsprzecznie w wielu razach pierwszeństwo jej się przed kokainą należy. Z drugiej jednakże strony nie działa jak ta zwężająco na naczynia i znieczulenie w działaniu powierzchownem nie jest tak silne, jak po zastosowaniu kokainy. Nie zauważyliśmy jednakże, stosując ją w całym szeregu przypadków do operacyi zaćmy, by takowa napięcie gałki podobnie jak kokaina obniżała. A ta własność różniąca ją od kokainy jest nie mniej dodatnią, wiemy bowiem, jak bardzo obniżenie to przeszkadza należytemu usunięciu i soczewki.

Głównie rozpocząłem doświadczenia moje w tym właśnie kierunku, używając do operacyi zaćm rozczyńców 2%. Znieczulenie występowało wystarczająco silnie, atoli nie uważałem żadnego wobec kokainy pod tym względem zysku, natomiast ponownie podpadało mi, że w przypadkach operowanych pod nowokainą zlepianie się brzegów rany następowało później, często dopiero czwartego i piątego dnia, a nie przypuszczając w tem wyłącznie tylko dziwnego zbiegu okoliczności, skłonny byłem nowokainie ten wpływ przypisać, lubo wytłumaczyć go byłoby trudnem. To też wnet dla zaćm znieczulający ten środek usunęliśmy, powracając do kokainy. Jako środek znieczulający przy operacyach spojówkowych, zeza, skrzydlika, usuwania ciał obcych z rogówki, nie posiada nowokaina, działająca słabiej od kokainy, nie takiego, co by jej przed tą nadawać kazało pierwszeństwo. Natomiast ma nowokaina stanowczo większy wpływ znieczulający przy zastosowaniu podskórnem i podspojówkowem, gdyż tu działanie jej wnikka więcej w głąb. Operacye zrostu powiek, często bardzo bolesne, jako też dłuższe operacye zeza (przemieszczenie) przy zastrzykiwaniu podspojówkowem, wyłuszczenie narośli powiek i t. d. można było przy zastosowaniu nowokainy wykonać prawie bezboleśnie.

Gdy powstała metoda znieczulania przez nabieg sposobem Schleicha wprowadziliśmy ją także do naszej chirurgii ocznej, posługując się do tego kokainą, wedle wskazówek Schleicha. Lubo wyniki w niektórych operacyach a zwłaszcza celem usunięcia mniejszych narośli powiekowych, celem wykonania operacyi *trichiasis* i *distichiasis*, podwinięcia powiek, zwieszenia powieki i t. d. bywały wogóle nie złe, to jednakże wyłuszczenia gałki albo wypaproszenia oczodołu przy takim znieczuleniu nie dało się wykonać bezboleśnie, a nadto sposób ten znieczulania już z tego powodu nie polecał się, iż w odpowiednio silnych rozczyńcach, kokaina w wielkich ilościach płynu zastosowana byłaby wywołała niebezpieczeństwo zatrucia. Pomijam zaś zupełnie tę okoliczność, iż luźna tkanka oczodołowa nie nadaje się do infiltracyi, która przesuując zbyt częściej

w oczodole zawarte, prawidłowe wykonanie operacji utrudnia. To też po kilku nie świetnych próbach odstąpiłem od szliefowania, *sit venia verbo* dla tych właśnie operacji.

Podjąłem sposób ten jednakże przed rokiem ponownie z nowokainą i przekonałem się, że środek ten da się znakomicie zastosować do nabiegu znieczulającego; działa on bowiem głębiej a usuwa nawet wrażliwość tkanki zapalanej. Z nowokainą mogliśmy w ten sposób niekiedy bolesne gałki wyłuszczać prawie bezboleśnie. Do pierwszego zastosowania próbnego w tym kierunku znalazłem sposobność, zamierzając przemieścić oko królicze w torebkę Tenona sposobem Lagrange'a u chorego, u którego z powodu wybitnej wady serca uśpienie sztuczne nie było wskazaniem. Tu więc sikawką Prawaza, zastrzyknąłem przed operacją podspojówkowo w kierunku czterech mięśni prostych mniej więcej 1 cm następującego roztworu: *novocaini* 0,125, *suprarenini* 0,00016, *natrii chlorati* 0,225, *aquae dest.* 25,0. Odłączywszy spojówkę od rogówki i odcinając zwykłym sposobem cztery mięśnie proste, wszystko bez najmniejszego bólu, zastrzyknąłem poza gałkę odpowiednio zakrzywioną kanką może $\frac{1}{2}$ cm kub. powyżej opisanego płynu, a w kilka minut później znowu zupełnie bezboleśnie przeciąłem nerw wzrokowy i rzęskowe tylne, a zwicznawszy gałkę, przeciąłem mięśnie ukośne bez najmniejszego bólu. Że przemieszczenie następnego oka króliczego i zakończenie operacji żadnej choremu nie sprawiało dolegliwości, zbytecznem chyba dodawać.

O wynikach tego zabiegu, podejmowanego później ponownie w celach osiągnięcia lepszej protezy, podam przy innej sposobności bliższe szczegóły, gdy tu jedynie korzystne znieczulanie nowokainą kilku słowy zaznaczyć pragnąłem. Dodam nadto, że znieczulenie nowokainą w ten sposób osiągane pod względem trwania zupełnie wystarcza, ażeby nietylko wyłuszczenie gałki, ale nawet i wyłuszczenie narośli powiekowych i oczodołowych a nadto i plastyczne operacje powiek wykonać, gdy te nie zajmują więcej nad 10—15 minut czasu, a tylko chyba wyjątkowo operacje te więcej go wymagają.

Na jedną okoliczność ważną dla osiągnięcia celu winienem jeszcze zwrócić uwagę, a mianowicie, iż najprzód trzeba nam nabieg wykonać ściśle w powierzchownych warstwach skóry, w obrębie pola operacyjnego, a dopiero potem przejść do głębszych zastrzyknięć, które też większej wymagają od pierwszych ilości płynu. Późniejsze bóle po dokonaniu operacji zazwyczaj nie występują, jednakże co do przemieszczeń gałek, to, prawda każe to wyznać, do tej operacji znieczulenie infiltracyjne mniej się nadaje, gdyż przebieg gojenia prawie we wszystkich przypadkach był powolniejszy aniżeli wtenczas, gdy operacja wykonaną była w uspieniu chloroformem.

Streszczając wyniki moich doświadczeń, uważam, iż nowokaina bardzo się nadaje do wykonania operacji takich, przy których możemy wykonać infiltrację głęboką, — a zatem, wyłuszczenie narośli powiekowych i oczodołowych, operacje zesa, wyłuszczenie gałki. — natomiast przy operacjach czysto spojówkowych i rogówkowych, kokainy nowokaina nie zastąpi.

Z c. k. Uniw. kliniki okulistycznej Rady Dworu Prof. Dr B. Wicherkiewicza.

Przyczynę do kazuistyki skałeczenia ócz przez ciała wybuchowe.

Podał

Dr W. WITALIŃSKI,

1. asystent kliniki.

Uszkodzenia gałek ocznych drobnymi odłamkami kapsli wydarzają się niestety bardzo często. Rokowanie zazwyczaj niepomyślne, trudno bowiem usunąć operacyjnie wbite blaszki miedzi lub spiżu; magnes tak pomocny przy wydobywaniu kawałeczków żelaza nie da się tu użyć. Zazwyczaj nawet po usunięciu ciała obcego przychodzi do zaniku skałeczonej gałki, a zawsze grozi zapalenie współczulne oka drugiego. Zdarzają się wypadki, że oko samo, jakby się broniąc, wydziela ze siebie ciało obce, lub przynajmniej zmiany, jakie następowo się to-

czą, ułatwiają w wysokim stopniu zabieg operacyjny. Należy więc zawsze rozważyć, czy jest rzeczą korzystną wykonywać natychmiast zabieg operacyjny, lub też nieco odczekać i przez ten czas leczyć zachowawczo.

Roku zeszłego (1906) 24 listopada zgłosił się do kliniki W. Jan, l. 15 liczący, syn leśnego z pod Jasła, podając, że ma oko prawe skaleczone kapslą. Przed dwoma tygodniami naprawiał stary pistolet, przyczem uderzył młotkiem kapslę na kominku nasadzoną. Nastąpił wybuch, a kawałeczek tejże zranił mu oko prawe. U lekarza wcale nie był i żadnych środków z wyjątkiem okładów z zimnej wody w domu nie stosował. Oko jednak zranione coraz go więcej boli, a światło razi i to go skłoniło do przybycia do kliniki.

Stan oka prawego w dniu przyjęcia: Spojówka gałki silnie przekrwiona, ślad nastrzyknięcia rzeszkowego; w twardówce 5 mm od górnego brzegu twardówko-rogówkowego równoległa linijna ranka zlepiona 3 mm długa, 0,5 mm szeroka, nieco rowkowana, w niej cieniutki paseczek barwika. Rogówka czysta, gładka, lśniąca. Przednia komora dość głęboka, w niej u góry w samym kącie grudka wypociny szaro-żółtawej, o powierzchni gładkiej, wielkości ziarna siemienia; dolna jej część przedłuża się w dwa fałdy przed sobą stojące, które jakby opuszczały się ku źrenicy. Ciecz wodna nie zupełnie czysta. Rysunek tęczęwki dość dobrze zachowany, barwa nieco więcej wysycona. Źrenica tworzy owal stojący (średnica 3,5 mm i 3 mm), zarysy jej regularne, sama zaś w całości nieco ku górze podciągnięta. W oku lewem zmian nie znaleziono. Dno obu ocz prawidłowe, media czyste.

W₁^p = $\frac{6}{8}$ Szkła nie poprawiają. Alb. 0,5 : 10 do 50 cm T₁^p = $\frac{-1}{n}$
 W₁^p = $\frac{6}{6}$, $\frac{6}{6}$ Hp 1 D. Alb. 0,5 : 10 do 50 cm T₁^p = $\frac{-1}{n}$

Leczenie: Oko prawe: zrana *Ung. Atrop* + *Scopol* + *Cocain*
Ung. Thigenoli, opaska spirytusowa.

Wieczorem: Dionina 10%, *Ung. Thigenoli* i ponownie opaska spirytusowa.

Już szóstego dnia w ciągu leczenia poczęły się odrywać drobne grudki wysięku; opadały one z wolna wśród czystej cieczy wodnej na dno przedniej komory, gdzie wnet po kilku dniach zupełnie wessane znikwały. Skutkiem tego pozostała masa wypocinowa coraz więcej malała.

Dnia 7-go grudnia można było zauważyć, jak pozostała jeszcze u góry grudka okrągława, z przeblyskującą wśród niej utkwioną blaszką, zaczęła się z wolna opuszczać po linii łukowatej przez sam środek źrenicy ku dołowi. W ciągu kilku (5) godzin opadła aż na dno, ciągnąc za sobą smugę nieco szerszą, niż owa szarawa, złożona z drobnutkich punkcików i linijek wysięku.

Następnego dnia nie zostało ani śladu z tej smugi, ciecz wodna była dosyć czystą, jedynie mała grudka z błyszczącą w niej tkwiącą blaszką pozostała na dnie przedniej komory.

Dnia 10/XII Dyrektor kliniki zrobił grottem małe nacięcie na granicy rogówko-twardówkowej u dołu nieco na zewnątrz i wy dobył zbitą grudkę szarawą, o gładkiej powierzchni, kulistą, wielkości ziarna prosa. Po rozdzieleniu jej igielkami wy dobyto małeńki kawałeczek blaszki miedzianej z kapsli (1 mm długi, $\frac{1}{2}$ mm szeroki).

Przebieg po operacyi był bardzo dobry. Objawy zadrażnienia w ciągu kilku dni zupełnie ustąpiły, tak, że chory, zupełnie wyleczony, mógł 17/XII opuścić klinikę.

W dniu tym oko było zupełnie blade, o napięciu prawidłowem.

Małeńka linijna ranka zupełnie gładko się zagoiła.

Przednia komora równie głęboka, jak w oku lewem, okrągła, regularna.

W pr = $\frac{6}{5}$ Sn 0,5 c \pm 4 D : 30 cm.

Ośrodku czyste, dno bez zmian.

W wypadku opisanym zmiany, jakie się toczyły w skaleczonem oku, ułatwiły zabieg operacyjny.

Samo nakłucie rogówki wystarczyło do usunięcia nietylko wysięku, ale i ciała obcego.

Nie było potrzeba robić szerokiego nacięcia, ani irydektomii, ani też szczypeczykami manipulować w samej ranie i wyrwać ciało obce. Leczenie zachowawcze uchroniło oko przed zabiegami wcale nie obojętnymi, i owszem wpływającymi wiele na późniejszy przebieg cierpienia i bystrość wzroku.

W każdym przypadku zranienia oka przez odpryski kapsli należałoby dokładnie rozważyć, czy nie lepiej zabieg operacyjny, mający na celu usunięcie ciała obcego, odłożyć na później, czy może przy odpowiednim leczeniu oko samo niejako ułatwi operację, przez co zmniejszy się także niebezpieczeństwo wywołania uszkodzeń przy wydobywaniu utkwionych odłamków.

We wielu zapewne przypadkach możnaby to osiągnąć i zabieg operacyjny ograniczyć do najmniejszych rozmiarów, a czasem i zupełnie ominąć. Trzeba bowiem pamiętać, że bądź co bądź żaden zabieg operacyjny nie jest zupełnie obojętny dla oka i powiększa prawdopodobieństwo powikłań.

H. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. R. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr. 11. *Leczenie zaćmień rogówkowych zapomocą czynników fizycznych.* (Traitement des opacités cornéennes par les agents physiques). Sulzer.

Autor badając wzrok wielkiej ilości dzieci przekonał się, że $\frac{9}{10}$ przypadków upośledzenia bystrości wzrokowej zależy od plamek rogówkowych. Sposoby wyjaśniania tych plamek mają zatem doniosłe znaczenie tak pod względem lekarskim, jak społecznym. Podaje on wyniki uzyskane przy zastosowaniu różnych metod leczenia fizycznego. Przedewszystkiem stosuje elektrolizę, używając prądu 110 wolt i umieszczając elektrodę dodatnią na karku, a ujemną, którą stanowi drucik srebrny zakończony małą główką, wprost

na plamki rogówkowe. W miąższu rogówki w miejscu dotknięcia powstają pęcherzyki gazowe, które wprost podnoszą powierzchowne plamki, przybliżonek częściowo się złuszcza i zaćmienie nieco się wyjaśnia.

Drugim sposobem, jaki autor zaleca, jest fototerapia. Za źródło światła używa on lampy łukowej Brocka-Chatina. Łuk powstaje między dwoma węglami nasyconymi solą żelazową. Światło to bogate w promienie krótkofaliste ześrodkowuje się zapomocą odpowiedniej soczewki na rogówce oka po poprzednim zwiężeniu źrenicy zapomocą ezeryny, co ma zapobiegać olśnieniu siatkówki. Czas trwania naświetlań waha się między 20 a 90 sekundami. Wyniki optyczne, jakie Sulzer uzyskał zapomocą fototerapii są o wiele korzystniejsze od wyników elektrolizy. Najlepiej jednak łączyć obie te metody, jak to autor robił w przeważnej części przypadków. Zamiast fototerapii używa autor u chorych wrażliwych naświetlania zapomocą promieni radium, które nie wywołują żadnego silniejszego odczynu i nie sprawiają choremu żadnej przykrości, a skutecznością dorównują siótkowym promieniom lampy Brocka-Chatina.

Stała obecność zarazków w worku spojówkowym i znaczenie tychże dla zapaleń spojówek, występujących epidemicznie w Egipcie. (Sur la persistance des agents infectieux dans la conjonctive et son rôle dans les conjonctivites épidémiques d'Égypte). Meyerhof (z Kairo).

W Egipcie występują rokrocznie w miesiącach letnich groźne epidemie zapaleń spojówkowych, które nie mają nic wspólnego z jaglicą, choć zwykle rozwijają się na oczach, dotkniętych zmianami jaglicowemi. Koincydencya ta znajduje wyjaśnienie w znanym fakcie, że wśród ludności tubyleczej w Egipcie do wyjątków należą osobniki wolne od jaglicy lub przynajmniej od śladów po jej przebyciu. Epidemie zaś, o których mowa, grasują przeważnie wśród ubogiej ludności arabskiej. Autor przeprowadził szereg badań bakteriologicznych, które upoważniają go do następujących wniosków: ostre zapalenia spojówkowe, wybuchające epidemicznie w dolinie Nilu w miesiącach letnich, zależą głównie bądź to od prątków Koch-Week's'a, bądź też od dwoinek Neisserowskich. Drobnoustroje te dają się wykazać w worku spojówkowym w czasie zimy, nie wywołują jednak żadnych objawów zapalnych. Dopiero pod wpływem upałów letnich nabierają one własności chorobotwórczych i dają powód do ostrych zaraźliwych spraw zapalnych, udzielających się od osoby do osoby przez zetknięcie, zapomocą palców, za pośrednictwem przedmiotów codziennego użytku, a także za pośred-

nielwem much. Epidemie, wywołane prątkiem Koch-Weeksa są groźniejsze i zajmują rozleglejsze przestrzenie niż epidemiczna *conjunctivitis gonorrhoeica*. Ta ostatnia występuje w mniejszych rozmiarach i pojawia się corocznie zwykle w miesiącu czerwcu. Obecność prątków podwójnych *Moraxa* stwierdził autor mniej więcej w połowie przypadków mniej świeżych lub dawnych zmian jaglicowych, a prawie we wszystkich przypadkach *trichiasis*. Zakażenie zatem prątkiem tym jest w Egipcie bardzo pospolite i ma charakter nagminny i przewlekły, zazwyczaj bowiem nie powoduje ostrych spraw zapalnych.

Urazowe zwiechnięcie oczodołowego gruczołu łzowego. (La luxation traumatique de la glande lacrymale orbitaire). Collomb i Doret.

Do lecznicy okulistycznej imienia Rothschilda (w Genewie) przyprowadzono 5-letniego chłopca, który upadł z wysokości 3 metrów na ostre kamienie i rozciął sobie górną powiekę prawego oka. Przez ranę wypadł gruczoł łzowy. Po starannem oczyszczeniu z pasku i ziemi i oplukaniu słabym roztworem sublimatu odprowadzono wypadnięty gruczoł aż do zagłębienia kostnego za górnym brzegiem oczodołu i spojono ranę kilkoma szwami głębokimi i powierzchownymi. Autorowie przeszukali literaturę urazowego zwiechnięcia gruczołu łzowego i zestawili tablicę synoptyczną 18 opisanych dotąd spostrzeżeń. Co do postępowania leczniczego oświadczają się stanowczo za odprowadzeniem, a przeciw wyluszczeniu zwiechniętego gruczołu. Mimo bowiem, że po usunięciu gruczołu łzowego wytwarzanie łez nie ustaje, bo czynność tę zastępczo obejmują inne gruczoły, to jednak nie mamy prawa ślad wnosić, jakoby gruczoł ten był zbyt cennym i nie mamy również prawa usuwać bez dość ważnych powodów narząd, który, bądź co bądź, bez trudu może być zachowany i może następnie dalej pełnić swą czynność. Jedynym powodem, któryby mógł usprawiedliwić wycięcie zwiechniętego gruczołu łzowego, mogłoby być zapalenie ropne.

Przypadek porażenia nerwu współczulnego. (Syndrome oculaire sympathique). Quereghi.

U 55-letniej kobiety, która od dawna cierpiała na nerwobóle nadoczodołowe wystąpiło nagle osłabienie wzroku oka lewego. Badanie wykazało zmniejszenie szpary powiekowej lewej, przy równoczesnem znaczniejszem wystawianiu gałki ocznej, rozszerzeniu przednich żył rzęskowych, zaćmienie siateczkowate głębokich warstw rogówki, po nad którym przyblonek zmian nie okazywał, zmniejszenie czucia rogówkowego i znaczne zwięźlenie źrenicy. Po atro-

pinie źrenica rozszerzyła się nieznacznie, ale regularnie. Wszystkie opisane zmiany odnosi autor do porażenia nerwu współczulnego. Nie mógł jednak dobiec przyrody zmiany patologicznej, która porażenie to wywołała. Przypuszcza jednak, że zmiana ta nie była usadowiona ani w górnym zwoju szyjnym, ani tem mniej w zwoju rękoskowym, a raczej gdzieś w przebiegu włókien między tymi dwoma zwojami, prawdopodobnie w okolicy lewej zatoki jamistej, gdzie nerw współczulny ma połączenie z pierwszą gałęzią nerwu trójdzielnego. W ten sposób możnaby połączyć nerwobóle z objawami porażennymi.

Leczenie odwinięcia powiek zapomocą galwanokaustyki połączonej z blefarorafią. (Traitement de l'ectropion par la cautérisation ignée de la conjonctive et la blepharorrhaphie). Thilliez.

Autor przypomina polecony przez siebie sposób operowania znaczniejszych stopni odwinięcia powieki przez galwanokaustyczne przypalanie wywiniętej spojówki i zeszywanie brzegów powiekowych przynajmniej na połowie długości szpary powiekowej. Zeszyte powieki rozdziela nanowo po upływie 4 tygodni. Wyniki uzyskane tym sposobem w wypadkach ciężkich i uporczywych są zupełnie zadawalniające i trwałe. Obecnie przyjmuje autor odmianę swego sposobu zaleconą przez J. o c q s'a, który nie zszywa powiek od kącika zewnętrznego, lecz wykonywa blefarorafię w środku szpary powiekowej i rozdziela powieki nanowo po upływie dwóch tygodni. Wyniki są również dobre, a leczenie o połowę krótsze.

Nr 12. *Zaburzenia oczne w zakażeniach, wywołanych przez trypanosomy.* (Les affections oculaires dans les trypanosomiasés). MORA X.

Autor przechodzi kolejno różne choroby zwierząt, wywołane zakażeniem drobnoustrojami, objętymi ogólną nazwą trypanosomów, a więc choroby koni, psów, bydła rogatego, wielbłądów jak *nagana*, *surra*, *mbori*, *souma*, *caderas*, *durine*, a nakoniec tegoż samego rodzaju zakażenie, występujące w strefach zwrotnikowych u ludzi pod postacią t. zw. choroby snu. Omawia on zaburzenia oczne, jakie w przebiegu tych chorób u zwierząt i u człowieka występują. Zakażenia zwierzęce częściej dają powód do różnych powikłań ocznych aniżeli choroba snu. U zwierząt występuje ropne zapalenie spojówek i powiek, prowadzące nieraz do zniszczenia rogówki, a nawet gałki ocznej, zapalenie rogówki miazszowe, ustępujące w niektórych przypadkach bez śladu. Zapalenie tęczówki i ciążka rękoskowego, wreszcie zmiany w siatkówce i naczyniówce. W przy-

padkach choroby smu u ludzi spostrzegano *chorioretinitis, iritis i oedema palpebrarum*.

Łzawienie, a sinusitis maxillaris. (Larmoiment et sinusite maxillaire). Cabannes et Villemonte.

Łzawienie występuje wogóle albo wskutek utrudnienia odpływu łez, albo wskutek zwiększonego ich wydzielania. Do przypadków tej ostatniej kategorii zaliczają autorowie łzawienie towarzyszące otokom ropnym jamy Highmora. Dwa takie spostrzeżenia przytoczone są w powyższej pracy. W jednym przypadku łzawienie ustąpiło po dwukrotnem nakłuciu zatoki górnej szczęki i wypuszczeniu z niej ropy, w drugim po wyjęciu zepsutych zębów, połączonem również z wypływem ropy z jamy Highmora. Łzawienie w takich przypadkach występuje nagle i znamionuje się tem, że łzy nie spływają po twarzy, tylko oko napełnia się nimi, poczem spływają one przez przewód do nosa i wywołują potrzebę użycia chusiki. Objaw ten najsilniej występuje rano po obudzeniu się. Punktiki łzowe, woreczek i przewód noso-łzowy zmian nie okazują i wstrzyknięty płyn z łatwością przepuszczają, widocznie zatem łzawienie zależy od wzmożonego wydzielania. Dla ułatwienia rozpoznania należy wypytywać chorych, czy nie miewają czasem ropnego wypływu z nosa i w każdym przypadku badać przedmiotowo jamę nosa i jej zatoki. Zwiększenie wydzielania łez przy *sinusitis maxillaris* można uważać za objaw odruchowy, zarówno bowiem oko, jak jama Highmora zaopatrzone są przez gałżki nerwu trójdzielnego. Można też tłumaczyć je prościej blizkiem sąsiedztwem dość dużego zbiornika ropy. Nakoniec pewną rolę może tu odgrywać również kollateralne obrzmienie ścian przewodu noso-łzowego, utrudniające w pewnym stopniu odpływ łez do nosa.

Trzy nowe przypadki jaskry urazowej. (Trois nouveaux cas de glaucome traumatique). Villard.

O możliwości powstania jaskry w następstwie łepego urazu pisał już autor w jednej ze swych prac. (Porównaj »Postęp okulistyczny« r. 1906, str. 61). W ostatnich czasach miał on sposobność spostrzegać jeszcze 3 podobne przypadki i ogłasza je obecnie w uzupełnieniu dawniejszej swej kazuistyki.

Badania nad bystrością wzroku. (Recherches sur l'acuité visuelle). P ergens.

Autor zdaje sprawę z dalszego szeregu szczegółowych badań nad właściwościami bystrości wzrokowej. Analizuje on czynniki, od których zależy większa lub mniejsza łatwość rozróżniania przed-

miołów. Dla uproszczenia zagadnienia bierze za podstawę swych dochodzeń dostrzegalność postaci pewnych prostych figur geometrycznych, oczywiście w możliwie jednakich warunkach zewnętrznych, jak oświetlenie, stopień adaptacji, barwa znaków, rodzaj tła etc. Oprócz wielokątów, ograniczonych bokami prostolinijnymi przeprowadził Pergens badania nad dostrzegalnością wielokątów umiarowych, których niektóre boki zostały zastąpione odcinkami koła, na wielokącie opisanego. Poszukiwania te wykazały, że *maximum* dostrzegalności uzyskujemy dla tych wielokątów (czworosześci- i ośmiokątów) które powiększyliśmy odcinkami koła opisanego na bokach wprost przeciwległych. *Minimum* dostrzegalności okazują wielokąty, na których odcinki koła opisanego sąsiadują ze sobą. Łatwą dostrzegalnością odznaczają się wreszcie te wielokąty umiarowe, w których co drugi bok zastąpiony jest odcinkiem koła opisanego.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1906. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 11. *Przyczynek do nauki o pierwotnych nowotworach barwikowych oczodołu.* (Contribution à l'étude du chromatophorome primitif de l'orbite). Van Duysse.

Ogólnem jest zdanie, że prawdziwe mięsaki barwikowe mogą powstawać pierwotnie tylko w takich narządach, które posiadają barwik już w stanie prawidłowym, a zatem np. w skórze, w naczyniówce, w tęczówce. Autor podaje opis spostrzeżenia odnoszącego się do 47-letniego mężczyzny, który zmarł w klinice chorób wewnętrznych w Gandawie i u którego sekeya wykazała jako przyczynę śmierci przerzutowego mięsaka barwikowego wątroby. Pierwotne ognisko nowotworowe znajdowało się w oczodole prawym. Prócz tego istniały ogniska przerzutowe w skórze powiek. Autor w dłuższym wywodzie wykazuje, dlaczego w tym przypadku guz pozagałkowy musi być uważany za pierwotny punkt wyjścia sprawy nowotworowej, a temsamem obala wyżej wymienione utarte zapamiętywanie, odnoszące się do umiejscowienia mięsaków barwikowych.

Nowy model kampimetru. (Étude d'un nouveau modèle de campimètre). Aubaret.

Jest to krążek z ebonitu, na którym z jednej strony wyryty jest zwyczajnych rozmiarów graficzny szemat pola widzenia, a z dru-

giej znajduje się empirycznie sporządzona okrężna podziałka, oraz ruchoma wskazówka, podobna do wskazówki barometru. W środku krążka przymocowana jest mała skrzyneczka z walcem w środku, na który nawinięta jest mocna nitka, i który pozostaje w położeniu z osią wskazówki. Do końca nitki przymocowany jest znaczek do badania granic pola widzenia. Jest to kostka, której cztery boczne ścianki pomalowane są na kolor biały, czerwony, zielony i niebieski. Kostka ta może być dowolnie którąkolwiek z tych ścianek zwróconą do oka badanego. Rozmiary pola widzenia oznacza się w ten sposób, że, trzymając krążek w odległości 15 cm od oka badanego posuwamy kostkę od środka ku obwodowi, wyciągając wraz z nią przez odpowiednią szczelinę nitkę ze skrzyneczki, przez co walec zostaje wprawiony w ruch obrotowy, który za pośrednictwem kółek zębatach udziela się wskazówce, a ta na okrężnej skali wskazuje w chwili, gdy badany znaczek widzieć przestaje, wprost stopień łukowy do którego sięga granica pola widzenia. Stopień ten można odrazu zaznaczyć kredką na wyrytym na krążku szematcie pola widzenia. Sprężynka zawarta w oku sprawia, że po wypuszczeniu z palców kostki nitka nawija się nań z powrotem, przyciągając znaczek do środka na sposób pasków mierniczych w okrągłych blaszanych pudełkach, jakich używają geometrzy. Kostkę można przesuwac od środka kolejno we wszystkich południkach, wyciągając nitkę ze skrzyneczki wzdłuż promienistych linii szematu, wyrytych na ebonitowym krążku. W taki sposób możemy z wystarczającą dokładnością oznaczyć postać i rozmiary pola widzenia, względnie jego zwężenia lub ubytki i to tak dla barwy białej, jak i dla innych kolorów. Krążek ebonitowy jest płaski i poruszenia kostki odbywają się w jednej płaszczyźnie, uzyskane zatem wymiary odpowiadają stycznej kąta, który stanowi miarę rozwarłościi pola widzenia. Transmisya jednak, przenosząca obrót walca na oś wskazówki jest tak obliczona, że na okrężnej skali, umieszczonej na odwrotnej stronie krążka, odczytujemy wartości nie *tang* kąta rozwarłościi, lecz wprost wielkość tego kąta w stopniach łukowych zupełnie tak samo jak na zwycajnych perymetrach z ruchomem ramieniem łukowem. Opisany kamimetr posiada wszystkie zalety i dogodności przenośnych przyrządów do badania pola widzenia, daje się zatem użyć we wielu przypadkach ciężkich chorób wewnętrznych, w chorobach nerwowych, w porażeniach i wogóle u chorych obłożnych, których nie można sprowadzić do gabinetu ordynacyjnego, ani usadzić przed zwyczajnym perymetrem.

Srodkowy ubytek w polu widzenia w przypadkach niedowidzenia wrodzonego i związek tegoż z nieprawidłowościami porodu. (Du scotome central dans l'amblyopie congénitale et de son rapport avec l'accouchement). Serini i Fortin.

Na podstawie 45 własnych spostrzeżeń niedowidzenia wrodzonego wykazują autorowie istnienie w przypadkach tych względnego, lub nawet bezwzględnego ubytku w środku pola widzenia. Utrzymują oni, że amblyopia wrodzona polega na niedostatecznym rozwoju, lub też na zaniku skutkiem uszkodzenia w czasie porodu wiązek włókien nerwu wzrokowego, zaopatrujących plamkę żółtą. Serini wykazał już poprzednio, że u noworodków, które na świat przyszły wśród ciężkiego porodu, przy użyciu kleszczy lub innych zabiegów położniczych często dają się wykazać wybroczyny w siatkówce. Powstawaniem takich wybroczyn możnaby zatem objaśniać uszkodzenie pewnych części siatkówki już od urodzenia istniejące i powodujące następnie niedowidzenie trwałe.

Porażenie mięśnia prostego dolnego wskutek urazu. (Paralyse traumatique du muscle droit inférieur). Cosmetatos.

Wskutek upadku z rusztowania, z wysokości 3 metrów, powstały obrzęk i krwawe podbiegnięcie powiek lewego oka u 21-letniego czeladnika malarskiego. Gałka oczna była silnie wysadzona i zwrócona rogówką ku górze i na zewnątrz. Po ustąpieniu obrzęku badanie podwójnego widzenia wykazało porażenie mięśnia prostego dolnego. Porażenie to w ciągu dni 15-tu ustąpiło bez śladu. Autor omawia różne sposoby powstania porażenia mięśni ocznych zewnętrznych w następstwie urazu. Może ono być trwałe, jeśli spowodowane jest przedarciem ścięgna lub samego mięśnia. Jeśli jest przemijającym, jak w przypadku opisanym, wtedy przypuścić należy ucisk spowodowany przez wylew krwi. Po wessaniu krwotoku mięsień wraca do stanu prawidłowego.

Przyczynek do anatomii oka krótkowzrocznego. (Contribution à l'anatomie de l'oeil myope). Terrien.

Na podstawie swych badań mikroskopowych dochodzi autor ostatecznie do wniosku, że zmiany w oku krótkowzrocznym są wyłącznie następstwem rozděcia tylnego odcinka gałki, ale wbrew twierdzeniu Stillinga nie chodzi tu o sprawę chorobową identyczną lub przynajmniej analogiczną do sprawy, jaka się toczy w przypadkach wodooocza (*hydrophthalmus*), gdyż tam w równej

mierze cierpi także przedni odcinek gałki ocznej. Nie mniej jednak i przy myopii spotykamy zmiany w przedniej części oka, jak cofnięcie się rąbka zębatego, wygładzenie kąta tęczówkowego i rozstępy w błonie Descemet'a. Zmiany te jednak nie mają nic wspólnego z jaskrą, która stanowi istotę wodocza. W oku krótkowzrocznem należy przypuścić wrodzoną podatność tylnego odcinka twardówki, sprzyjającą jej rozdęciu już pod wpływem prawidłowego ucisku śródocznego przy współdziałaniu różnych przypadkowych czynników drugorzędnych.

Wędrowki następowe soczewki zwichniętej pod spojówkę. (Les migrations secondaires du cristallin luxé sous la conjunctive). Gantonnell.

Nawiązując do jednego spostrzeżenia z paryskiej kliniki profesora Lapersonne'a podspojówkowego zwichnięcia soczewki wskutek urazu zestawia autor 85 podobnych przypadków z literatury i omawia szczegółowo sprzyjające warunki, mechanizm takiego zwichnięcia i kierunek wędrowki, jaką odbywa soczewka. Zwichnięcie soczewki pod spojówkę jest wogóle zdarzeniem rzadkiem. Desbrières i Bargy na 392 przypadków urazu ocznego spostrzegali dwa razy, a Homburg na 520 urazów ocznych również dwa tylko przypadki podspojówkowego zwichnięcia soczewki. Autor twierdzi, że wędrowka soczewki odbywa się dopiero następowo i nie bywa bezpośrednio wywołaną przez uraz. Czynnikiem sprzyjającymi są: obecność niepękniętej torebki soczewkowej, która utrzymuje soczewkę w całości i łatwiej pozwala się jej wysliznąć przez ranę twardówkową. Obecność nabiegu wodnistego pod spojówką gałki, który spojówkę tę podnosi i stwarza miejsce dla zwichniętej soczewki; wreszcie w pewnych przypadkach odgrywa rolę siła ciężkości, soczewka bowiem własnym ciężarem opuszcza się ku dołowi i zajmuje najniższe miejsce pod spojówką. Bezpośrednią przyczyną, wywołującą wydobyć się soczewki pod spojówkę przez ranę wywołaną urazem bywa albo uraz ponowny, wstrząśnienie ogólne, mimowolne uciśnięcie oka (podczas snu), albo silny skurcz mięśnia obrączkowego. Za słusznością przypuszczenia następowych wędrowek soczewki zwichniętej przemawia okoliczność, że w bardzo wielu przypadkach nie znajduje się ona pod spojówką w najbliższej okolicy pęknięcia twardówki, lecz w innych miejscach najczęściej niżej położonych. Widocznie zatem odsuwa się ona mocą ciężkości pomiędzy spojówką a twardówką ku dołowi.

Berl. klin. Wchschrift. 1906. (Referent Dr W. Reis).

Nr 47. *Przyczynki do nauki o zaburzeniach wzrokowych i ślepotie w następstwie schorzenia tylniej komórki siłowej i jamy kości klinowej.* (Beiträge zur Lehre der durch Erkrankung der hintersten Siebbeinzelle und der Keilbeinhöhle bedingten Sehstörung und Erblindung). Onodi.

Na licznych rycinach objaśnia autor stosunek anatomiczny nerwu wzrokowego i skrzyżowania nerwu do jam wyż wymienionych, które częstokroć tylko przez cienką jak bibułka ściankę kostną oddzielone są od nerwu wzrokowego. Pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego oraz zanik jego mogą być zależne od zmian chorobowych w jamach i nieprawidłowego ich stosunku do nerwu. Przedmiot ten ma być przez autora obszerniej opracowany w większej pracy.

Nr 47. (Sprawozd. z Tow. lek. berl.).

O prądach w przedniej komórce. (Über eine Strömung in der vorderen Augenkammer). Türk.

Na istnienie prądów w cieczy komórkowej zwrócił uwagę Ehrlich. Skoro królikowi wstrzyknie się w dostatecznej ilości fluorescynę do dróg chłonnych lub krwionośnych, to po krótkim czasie występuje w środku przedniej komórki pionowa zielona linia barwika. Linia ta zmienia szybko postać i położenie: pozostaje linia pojedyncza przez całą długość komórki przedniej albo rozwidła się na obu końcach, szczególnie zaś na górze, na dwa ramiona lub wreszcie może wystąpić jako obraz ujemny, jako bezbarwna linia środkowa między lekko zielono zabarwionemi półkami komórki przedniej. Autor podaje wyjaśnienie tego zjawiska, powołując się na znany z doświadczalnych badań fakt, że ściany komórki przedniej nierówną posiadają ciepłotę. Tylna ściana—tęczówka i soczewka—jest cieplejszą od ściany przedniej, utworzonej przez rogówkę wystawioną na działanie powietrza atmosferycznego i doznającą ciągłego ochładzania przez wyparowanie cieczy na jej powierzchni. Różnice w ciepłocie ścian powodują powstanie prądów a przebieg ich zależnym jest od postaci komórki przedniej (postać szkiełka zegarkowego). Przy znacznem podobieństwie w budowie oka ludzkiego i króliczego przypuszczać można, że należyte doświadczenie opisanego zjawiska przyczynić się może do zrozumienia ruchu cieczy w oku ludzkim. Postać trójkątna wysięków na tylnej ścianie rogówki w zapaleniu tęczówki

i ciała rzęskowego jest według T. prawdopodobnie zależną od istnienia prądów w komórce przedniej oka ludzkiego.

Nr 51. (Tow. lek. berl.).

Doświadczalne badania nad działaniem przekrwienia zastoinowego Bier'a na narząd wzrokowy. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Bier'schen Stauung auf das Auge). Wessely.

Autor starał się doświadczalnie zapoznać się ze sposobem działania przekrwienia zastoinowego na oko. Do doświadczeń użył 65 królików, 15 kotów i 9 psów. Do próbnego założenia opaski szyjnej nadają się najlepiej króliki, już po 12—24 godzinach powstaje znaczny obrzęk całej głowy, która zamienia się wprost w bezkształtną bryłę. Spojówka gałkowa wykazuje również mniej lub więcej znaczny obrzęk a cała gałka jest wysadzona. W narządach zaś wewnętrznych oka przekrwienie albo wcale nie występuje albo tylko wyjątkowo i to w nieznacznym stopniu.

Przekrwienie naczyń siatkówkowych można oglądać wziernikiem; dla stwierdzenia zaś przekrwienia naczyń ciała rzęskowego posługiwał się autor metodą pośrednią. Naczynia ciała rzęskowego posiadają tę właściwość, że w stanie prawidłowym wydzielają tylko nieznaczne ilości białka do cieczy komórkowej, a prawie zupełnie nie przepuszczają fluorescyny wstrzykniętej do dróg krwionośnych ustroju. Z chwilą jednak wystąpienia choćby najbliższego tylko przekrwienia naczyń, przepuszczają one białko lub fluorescynę w znacznie wzmożonej ilości, tak że wprost z procentowego oznaczenia tych ciał w komórce przedniej, możemy wnosić o stopniu przekrwienia naczyń ciała rzęskowego.

Daleko silniejsze objawy ze strony oka występują przy użyciu bezpośrednim baniek ssących. Począwszy od ciśnienia manometrycznego 20 mm Hg występuje obrzęk powiek, spojówki gałkowej i znaczne wysadzenie gałki ocznej — oko królika daje się wprost wciągnąć do wnętrza bańki. Gdy ciśnienie przewyższa 100 mm Hg występują liczne krwotoki podspojówkowe. Przekrwienia zaś wnętrza oka, podobnie jak przy opasce szyjnej, nie można również zauważyć.

Zachowanie się ucisku śródocznego mierzył autor własnym przyrządem, stale zapisującym wahania w napięciu gałki i stwierdził, że ucisk śródoczny przy założeniu opaski szyjnej nieznacznie się tylko podwyższa, przy bańkach zaś ssących dochodzi do znacznej wysokości (80 mm Hg), utrzymuje się przez cały czas czynności ssącej przyrządu, by po zdjęciu bańki ustąpić miejsca znacznemu obniżeniu ucisku śródocznego.

Lecnicze więc zastosowanie przekrwienia zastoinowego w głębokich zapaleniach narządu wzrokowego nie może odnieść dodatnich wyników, czy zaś opłaca się stosować ten zabieg, w każdym razie niezupełnie bezpieczny, w zapaleniach zewnętrznych oka — odpowiedź na to pytanie pozostawia W. dalszym klinicznemu badaniom.

Deutsche med. Wechschrift. 1906. (Referent Dr W. Reis).

Nr 44. *O dowolnem rozszerzaniu źrenic.* (Ueber willkürliche Erweiterung der Pupillen). E. Bloch.

Autor spostrzegł u chorego, stale nadużywającego morfiny objaw dowolnego rozszerzania źrenic. Pacjent jest w stanie objaw ten wywołać na żądanie w sposób następujący: siada w środku pokoju z głową w tył odrzuconą, wzrok kieruje ku powale i podczas tego myśli usilnie o rozszerzeniu źrenic, łamiąc równocześnie oddech. Po 3—4 sekundach występuje wybitne rozszerzenie źrenic. Na pozór wydawałoby się mogło, że rozszerzenie źrenic jest może następstwem chwilowego nagromadzenia się bezwodnika kwasu węglowego, podczas zatrzymania oddechu, objaw ten jednakże występuje i przy wolnem oddechaniu. Spostrzeżenie to może, zdaniem autora, wpłynąć na zmianę dotychczasowych pojęć o ośrodku źrenicznym. Według dzisiejszych zapatrywań ośrodek dla ruchu źrenic leży podkorowo albo w przednich wzgórkach czworaczych albo w rdzeniu przedłużonym. Jeśli zaś ktoś jest w stanie pod wpływem woli rozszerzać swe źrenice, to musimy ośrodek dla ruchu źrenic przenieść tam, gdzie znajdują się ośrodki dla ruchów dowolnych t. j. do kory mózgowej. Dotychczasowe ośrodki stałyby się wówczas ośrodkami drugiego rzędu. Przypadek spostrzegany przez autora zdaje się potwierdzać zapatrywania Haaba i Monakowa, którzy przypuszczają istnienie włókien nerwowych idących z kory mózgowej do ośrodka źrenicznego, których podrażnienie udziela się w następstwie włóknom źrenicznym.

Nr 45. *O rodzinnem zwyrodnieniu rogówki.* (Über die familiäre Hornhautentartung). Velhagen.

Autor zalicza trzy przypadki przez siebie spostrzegane do rzędu znanych już i opisanych dziedzicznych i rodzinnych schorzeń oka, które Groenouw nazywa zaćmieniem guzkowatym rogówki, a Haab zaćmieniem kratkowatym. Obrazy kliniczne odpowiadały w zupełności tym postaciom chorobowym z tem tylko nadmienienie-

niem, że w przypadkach przez autora spostrzeganych były owe plamiste i guzkowate zaćmienia na rogówce połączone z zaćmieniami linijnymi, co przemawiałoby tembardziej za jednolitą istotą obu tych zmian chorobowych.

Nr 47. *Uwagi co do oceny lekarskiej wpływu zmniejszania się bystrości wzroku na zdolność zarobkowania.* (Bemerkungen zur aerztlichen Begutachtung des Einflusses der Sehschärfenverringering auf die Erwerbsfähigkeit). Schmidt-Rimpler.

Nr 48. *Anatomiczno-patologiczne badania oczu w dwóch przypadkach kiły wrodzonej.* (Pathologisch-anatomische Befunde an den Augen bei zwei Fällen von Lues congenita). Schlimpert.

Autor przedsięwziął poszukiwania za krętkiem bladym we wszystkich częściach gałki ocznej u wymiękłego, przedwcześnie urodzonego płodu i u płodu donoszonego zmarłego w 14 dni po urodzeniu. U matek stwierdzona była kiła. Po przeprowadzeniu szczegółowego badania obu ocz dochodzi S. do następujących wniosków: przedewszystkiem zwraca uwagę autora stosunkowo mała ilość krętków w narządzie wzrokowym w porównaniu z ogromną ilością tychże w innych wewnętrznych narządach przy kile dziedzicznej. Także w świetle naczyń było krętków zawsze znacznie więcej. Naczyniówka, jako narząd najbardziej unaczyniony, jest w kile dziedzicznej siedliskiem zmian najcięższych. Znalazienie krętka bladego w gruczole łzowym przyczynia się do obalenia hipotezy Förstera, według której gruczoł łzowy miał być odporny przeciw kile; stwierdzenie zaś tych pasożytów w mięśniach ocznych wyłomaczyć może powstawanie zezu u dziedzicznie kiłą obciążonych nie tylko sehowaniem układu nerwowego lecz wprost zmianami chorobowemi w samych mięśniach ocznych.

Kretek bladej w oku ludzkim. (Spirochätenbefunde im menschlichen Auge). Bab.

Autor dochodzi na podstawie szczegółowego badania oczu u wymiękłego, również przedwcześnie urodzonego płodu do podobnych wyników, jak autor pracy poprzedniej. Poza tem zwraca B. uwagę na zachowanie się krętków w rogówce, w której znaleźć je tylko można w głębszych warstwach. Zgadza się to z klinicznym doświadczeniem, gdyż przy mięszowem zapaleniu rogówki brak jest zupełny zmian powierzchownych przybłonka. Gęściejsze rozmieszczenie zmian chorobowych na obwodzie naczyniówki może być zależnem od rozdziału naczyń. Soczewka zdaje się być w rze-

czywistości odporną przeciw kile, gdyż w soczewce był brak krętka bladego, także ciało szkliste pozostaje wolnem od krętka. Podobnie jak w soczewce torebka soczewkowa, tak dla ciała szklistego stanowi pokład barwikowy wał ochronny przed wkroczeniem krętka bladego.

Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. R. XLIV. T. I. czerwiec 1906. (Ref. Dr Liebermann).

Dwa przypadki zranienia oka przez krótkie spięcie elektryczne. (Zwei Fälle von Verletzungen des Auges durch elektrischen Kurzschluss). Dr Lundsgaard — Kopenhaga.

Skutkiem krótkiego spięcia elektrycznego spostrzegął autor w dwóch przypadkach zmiany na dnie oka przypominające zmiany, jakim ulega siatkówka przy wpatrywaniu się w słońce, gdzie na dnie oka tworzy się niejako obraz widzianego przedmiotu.

Neuritis retrobulbaris po oparzeniu skóry. (Neuritis retrobulbaris nach Hautverbrennung). Dr Lindemeyer — Frankfurt nad Menem.

W dwu przypadkach, po stosunkowo nie bardzo rozległym oparzeniu skóry, nastąpiło w niejaki czas później obustronne zapalenie nerwu wzrokowego.

O leczeniu krótkowzroczności. (Zur Behandlung der Myopie). H. Sattler — Lipsk.

Autor jest zwolennikiem pełnej korekcyi i mniema, iż można w ten sposób zapobiedz postępowi dalszemu cierpienia pod warunkiem, jeżeli chory zachowa zawsze odpowiedni kierunek i odległość przy pracy z bliska.

O wrodzonym zloczeniu rozwojowem oka (nitkowaty wzrost blaszki barwikowej tęczęwki z rogówką). (Eine auffallende Entwicklungsanomalie der Augen (Strangförmige Verbindung zwischen Hornhaut und Pigmentblatt der Iris). Dr Herbst — Barmen.

W obu oczach osobnika zresztą zdrowego i prawidłowo rozwiniętego odchodził od warstwy barwikowej tęczęwki korkociągowato skręcony postronek, który w prawem oku był zrosnięty z rogówką,

w lewym oku zaś wzrost był przerwany. Miejsce wzrostu wykazywało pewne zaćmienie, w lewym zaś oku naprzeciwko przyczepu powłoki widać w rogówce również plamkę.

Jakichkolwiek śladów przebytego zapalenia wysiękowego tęczówki brak.

R. XLIV. T. II. wrzesień 1906.

O nowym objawie ocznym w przebiegu choroby Basedowa. (Ueber ein neues Angensymptom bei Morbus Basedowii). H. Gifford — Omaha-Nebraska.

Autor zauważył, że w bardzo wczesnych okresach choroby Basedowa, powieka górna daje się tylko z trudem odwinąć, a po odwróceniu powieki widać bladą niedokrewną spojówkę.

Choroby oczne a erythema nodosum. (Augenerkrankung und erythema nodosum). Dr Wilhelm Reis — Bonn.

U pewnego chorego następowały częste nawroty zapalenia ropnego jagodówki i ciała rzęskowego. Jako powód wykryto chorobę skórną (*erythema nodosum*).

O stosowaniu alypiny w okulistyce. (Alypin in der Augenheilkunde). Dr W. Zimmermann — Görlitz.

Autor zachwala alypinę jako zupełnie nieszkodliwy, nie działający na akomodację, a parcie śródoczne obniżający środek znieczulający. Do podskórnych wstrzykiwań używał 1 $\frac{1}{6}$ -ego, do zakraplań 5 $\frac{0}{10}$ -ego roztworu. Aby usunąć zaczerwienienie, jakie skutkiem rozszerzenia naczyń alypina powoduje, dodawał autor nieco roztworu adrenaliny (1:1000).

R. XLIV. T. II. październik 1906.

Leczenie początków zaćmy starczej wstrzykiwaniami jodku potasu. (Die Behandlung der Cataracta senilis incipiens mit Einspritzung von Kaliumjodatium). Dr v. Pflugk — Drezno.

Pod wpływem zastrzyknięć jodku potasu udało się autorowi powstrzymać postęp a nawet zmniejszyć sprychowate zaćmienia początkowej katarakty. Po dokładnem znieczuleniu zastrzykuje roztwór KJ (kalii jodati 0.2, Natrii chlor. 0.20, Aq. dest. 10) z dodatkiem jednej kropli 1 $\frac{1}{6}$ roztworu aokoiny na każdy gram roztworu KJ.

Wstrzykuje początkowo co drugi dzień $\frac{1}{2}$ strzykawki Pravaza w późniejszych dniach $\frac{3}{4}$ strzykawki. Leczenie trwa około 4 tygodni.

Badanie pola widzenia oka przystosowanego do ciemności, z szczególnem uwzględnieniem odzepienia siatkówki. (Die Untersuchung des Gesichtsfeldes bei Dunkeladaptation mit besonderer Berücksichtigung der Solutio Retinae). Dr K. Star-gardt — Kilonia.

Badanie pola widzenia oka przystosowanego do ciemności daje daleko dokładniejsze wyniki, niż zwykłe badanie.

O zapaleniu spojówki ze szczególnego rodzaju wydzieliny, której przyczyną był streptococcus mucosus. (Ueber eine Konjunktivitis mit eigentlicher Secretion und den Streptococcus mucosus als Erzeuger). Dr R. Wirtz — Strassburg.

Autor opisuje przypadek zapalenia spojówkowego, w którym wydzielina była gęstą jak żelatyna i silnie do spojówki przylegała. Typowe leczenie lapisem nie odnosiło skutku, a nawet sprawa chorobowa pogorszyła się. Choroba ustąpiła dopiero pod wpływem obfitego zmywania spojówki 3% roztworem chlorku potasowego (*Kalichloricum*).

O wpływie zastoiny w głowie (sposobem Biera) na oko prawidłowe i na niektóre choroby oczne. (Einwirkungen der Stauungshyperämie als sog. Kopfstauung (nach Bier) auf das normale Auge und den Verlauf gewisser Augenkrankheiten). Dr Hoppe — Kolonia.

Wyniki swoich badań streszcza autor w następujących zdaniach:

- 1) Stosowanie zastoiny w głowie wymaga ze strony lekarza znacznego ćwiczenia, gdyż zabieg ten może się stać szkodliwym.
- 2) Stosować można ten sposób leczenia tylko w przypadkach opierających się wszelkim innym sposobom leczenia.
- 3) Mierna zastoina (za pomocą opaski na szyi) rozprzestrzenia się wszędzie i przechodzi aż na osłonki oka.
- 4) Wynikiem zastoiny jest zmniejszenie bolesności, a w niektórych przypadkach i zwiększenie wessania patologicznych wydzielin.
- 5) W czasie zastoiny biernego można stwierdzić daleko wybitniejsze działanie atropiny na oko aniżeli w warunkach prawidłowych.

Przyczynek do leczenia retinitis pigmentosa podspojówkowemi zastrzykivaniami soli kuchennej. (Zur Therapie der Retinitis pigmentosa durch subconjunctivale Kochsalzinjectionen). Dr Edmund Redslob — Berno.

Zachęcony względnie dodatnimi wynikami osiągniętymi w klinice bazylejskiej, postanowił autor przeprowadzić doświadczenia co

do wpływu soli kuchennej na barwikowe zwyrodnienie siatkówki. W obydwu jednak przypadkach, w których ten sposób leczenia zastosował — wynik był wprost przeciwnym, nastąpiło bowiem znaczne pogorszenie, a pole widzenia znacznie się zacieśniło.

R. XLIV. T. II. lipiec—sierpień 1906.

O zapaleniu rogówki skutkiem zatrucia antypiryną. (Ueber Antipyrinkeratitis). Michigasa Inouye — Uchi-Saiwai-Cho, Tokio.

Po zażyciu 1.80 gr antypiryny, wystąpiły u 48-letniej chorej, objawy zatrucia pod postacią obrzęków. Na obu rogówkach powstały owrzodzenia. Pod wpływem dioniny 2% i okładów z wody borowej choroba ustąpiła.

Przyczynek do nauki o uszkodzeniach oka sztucznymi barwikami anilinowymi. (Beitrag zur Schädigung des Auges durch künstliche Anilinfarben). Dr R. Mellinshoff — Dysseldorf.

Jadowność barwików anilinowych wzmaga się w miarę wzrostu ich zasadowości. Wogóle, mimo ciężkich początkowo objawów, wynik leczenia jest zazwyczaj dosyć dobrym. Objawy chorobowe polegają na silnym obrzęku i niebieskiem zabarwieniu spojówki i przybłonka rogówkowego. Wszystkie te zmiany pod wpływem okładów z wody borowej ustępują. W świeżych przypadkach wskazaniem jest przemycie oka 5%—10% roztworem tanniny.

Revue générale d'Ophtalmologie. 1906. (Referent K. W. Majewski).

Nr 12. *Zachowanie się fizjologicznych czynności siatkówki w przypadku wrodzonego niedowidzenia.* (Fonctions rétiniennes dans un cas d'amblyopie congénitale). Polaek.

Jako niedowidzenie wrodzone (*amblyopia congenita*) określamy jak wiadomo takie od urodzenia trwające upośledzenie bystrości wzroku, przy którym nie stwierdzamy ani żadnych zaćmień w środkach łamających oka, ani też żadnych przy pomocy wizernika dostrzegalnych zmian na dnie oka. W jakich jednak rozmiarach i w jakim stopniu upośledzoną jest siatkówka w przypadkach takich w swych różnych czynnościach fizjologicznych co do tego są zdania autorów bardzo podzielone. Dlatego to autor, korzystając

z przypadku wrodzonego niedowidzenia na jednym oku u pewnej młodej kobiety, która będąc artystką malarką była w stanie przy różnych podmiotowych sposobach badania ściślej i dokładniej robić spostrzeżenia, stara się zagadnienie to nieco rozwickać. Przeprowadziwszy u tej osoby przy użyciu specjalnych przyrządów ściśle badanie bystrości wzroku naosiowej, oraz bystrości co raz to bardziej obwodowych częściach siatkówki dalej pola widzenia, poczucia barw, pobudliwości świetlnej, powidoków dodatnich i ujemnych, plamy Mariotte'a i plamy Maxwell'a, a wreszcie widzenia obuocznego, przekonał się, że oko z niedowidzeniem wrodzonym we wszystkich tych kierunkach nie różniło się wcale od drugiego oka zdrowego, z wyjątkiem tylko znacznego upośledzenia ($\frac{1}{40}$) bystrości wzroku naosiowej. Mimo tak znacznej różnicy w sile wzroku istniało jednak prawie zupełnie dobre widzenie obuoczne. Najwi-
doczniej zmiana wrodzona, która to upośledzenie powoduje musi się ograniczać do wrażliwych składników plamki żółtej. Rozwiązanie zagadnienia, jakiego rodzaju może być ta zmiana, pozostawia autor przyszłym badaniom histologicznym odnośnych przypadków.

Kilka przypadków szkodliwego działania protargolu.
(De quelques méfaits du protargol). Moreau i Grandclément.

W 3 przypadkach u dzieci z lekkim stopniem śluzoropotoku spojówek wystąpiło po zastosowaniu 50% protargolu znaczne pogorszenie i przyszło do powstania owrzodzeń rogówkowych. Aby wyświetlić, o ile w tych przypadkach obwiniać należy protargol o wywołanie tego pogorszenia, przeprowadzili autorowie szereg badań doświadczalnych na królikach. Wpuszczali do jednego oka roztwór protargolu 50%, a do drugiego bądź to lapis, bądź też protargol, ale albo w roztworze słabszym, albo przeciwnie w postaci proszku. We wszystkich przypadkach zeszywali tymczasowo powieki, aby wykluczyć przy powstawaniu owrzodzeń wpływ zewnętrznych urazów. We wszystkich przypadkach na oku, w które zapuszczali 50% protargol lub proszek powstawały owrzodzenia na rogówce, drugie zaś oko, które dostawało bądź to lapis, bądź słabszy protargol nie ulegało zmianie. Z doświadczeń tych wnoszą autorowie, że protargol w roztworach silniejszych (50%) nie jest bynajmniej obojętny dla rogówki nawet wtedy, gdy jest wedle przepisu t. j. na zimno rozpuszczony i świeżo przygotowany. Dlatego to w przypadkach śluzoropotoku u noworodków zalecają oni używać protargolu co najwyżej 30%, który napewne nie przedstawia dla rogówki żadnego niebezpieczeństwa.

Contrib. f. pr. Aghk. 1906. Z. 11. (Ref. Dr L. Gruder).

Zator arteriae centralis retinae z powodu tętniaka aorty. (Ein Fall von Embolie der rechten Netzhaut-Schlagader infolge von Aneurysma der Aorta). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Dorożkarz 69-letni przy schyłaniu się nagle oślepnął na prawem oku. Lewe oko prawidłowe. Prawe, chore, widzi tylko ruchy ręki od strony skroniowej i daje typowy obraz, napotykaną przy zatorze tętnicy siatkówkowej: źrenica szeroka, nieruchoma, siatkówka w środkowej okolicy białawo-mięta, w środku mała, czerwona plamka. Wszystkie tętnice wąskie, przytem jasno-czerwone; naczynia żyłne są szersze od tętnic, lecz węższe i ciemniejsze od prawidłowych. Zastosowano codzienne mięśnienie oka i JK, bez skutku.

Badanie organizmu wykazało białkomocz i niewyraźne tony serca. Następnie wykazano: *aneurysma aortae*, *bronchitis chronica* i *nephritis parenchymatosa chronica*. Badanie Roentgenem również wykazało silne rozszerzenie (*aneurysma*) *aortae ascendentis* i *arcus*.

Przebieg dalszy: Obrzęk siatkówki z wolna ustępował, naczynia krwionośne lepiej się wypełniały; bystrość wzroku nie poprawiła się, a wkrótce powstawały białe pasy, okalające tętnice na siatkówce.

1906. Z. 12.

Historyczne uwagi o sztucznych oczach. (Geschichtliche Bemerkungen über künstliche Augen). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

1. A. Paré pierwszy (1561) zalecił sztuczne oko ze złota emaliowanego z naturalnemi barwami do jamy ocznej u żyjącego człowieka, jeśli chodziło o upiększenie po zaniku gałki. Czy takie sztuczne oko było wtedy nowością, A. Paré o tem nie wspomina.

2. Wiele mumij egipskich ma w masce twarzowej sztuczne oczy, nader podobne do dzisiejszych.

3. Starożytni Rzymianie i Grecy ozdabiali swe posągi różnego rodzaju sztuczne oczami z metalu lub pół-kruszczów szlachetnych. Fabrykant takich sztucznych oczu nazywał się *faber oculus*, gdy tymczasem lekarz nazywał się *medicus oculus*.

Leczenie zatoru arteriae centralis retinae. (Zur Behandlung der Embolie der Netzhaut-Schlagader). Dr A. Schapinger.

Autor mówi o zatorach, powstałych przez bańki powietrzne, które np. po kaszlu mogą się dostać do naczyń krwionośnych i spowodować zator tychże.

W takich wypadkach autor radzi jak najrychlej umieścić chorego w l. zw. komorze pneumatycznej i kazać mu wdechiwać przez dłuższy czas zgęszczone powietrze, przy zastosowaniu odpowiednich środków ostrożności.

O sztucznych oczach w Starym Meksyku i u innych narodów. (Ueber Kunstaugen aus Alt-Mexiko und bei einigen anderen Völkern). Dr Edward Pergens.

Autor miał sposobność widzieć w British Museum w Londynie różne rodzaje oczu sztucznych, wyrabianych u dawnych Meksykańczyków i ich sąsiednich narodów. Przeważną część była robioną ze szkła, metalu, kości perłowej lub drzewa, z naturalnemi barwami.

III. BIBLIOGRAFIA.

Dr Zygmunt Kramsztyk: *»Objawy kliniczne chorób oczu«* (2 tomy). Warszawa, 1907.

Wytwórczość oryginalnych prac okulistycznych treści monograficznej wzmogła się znacznie w ostatnim dziesięcioleciu, zwłaszcza od czasu, gdy powstał *»Postęp okulistyczny«*, pierwszy i jedyny dotąd polski miesięcznik okulistyce poświęcony. Dzieł jednak treści zbiorowej, podręczników, książek pisanych w celach dydaktycznych piśmiennictwo nasze okulistyczne posiada dotąd bardzo niewiele. Obecnie poważny i doświadczony praktyk okulista obdarzył nas książką, w której ze szczerym zapałem do nauki i do nauczania zaznajamia młodych adeptów okulistyki ze semiotyką chorób ocznych. Dziełu swemu daje autor zakres ograniczony, wyczerpując tylko część tych nauk i wiadomości, jakie obejmuje cała dziedzina okulistycznej wiedzy. Ogranicza się tylko do przedstawienia najprostszych sposobów badania klinicznego, jakie przeprowadzić może każdy praktyk w swym gabinecie ordynacyjnym bez kosztownych i zawitych przyrządów—i opisuje poszczególne objawy chorób ocznych, objaśniając ich powstanie i znaczenie. Pominięte są w tej książce milczeniem badania drobnowidowe, bakteriologiczne i ścisłejsze pomiary optyczne, wymagające urządzeń i przyrządów, w jakie mogą być wyposażone tylko bogate zakłady kliniczne i pracownie naukowe. Mimo tych ograniczeń urosło dzieło do dwóch sporych tomów, co się tłumaczy bardzo obszernem i gruntownem objaśnianiem każdego, drobnego nawet szczegółu z pomocą długich mieraz porównań i opisów robiących miejscami wrażenie wprost

popularnego wykładu. Zaprzeczyć się zatem nie da, że sposób przedstawiania rzeczy jest wszędzie nader jasny i przystępny. Bardzo wielką wagę kładzie autor i słusznie na należyte i na jednolitej zasadzie oparte uporządkowanie przedmiotu. Cała książka ułożona jest w tym porządku, w jakim systematyczne badanie chorób oka powinno się odbywać, przyczem kolejno omówione są wszelkie objawy, z jakimi przy takim badaniu można się spotkać. Autor odstępkuje więc od utartej drogi przedstawiania typowych obrazów klinicznych poszczególnych chorób ocznych, a to, aby nie narzucać uczniom gotowych pojęć, lecz uczyć ich samodzielnego wnioskowania, i aby nie dopuszczać do niewolniczego włączania spostrzeganych przypadków w ciasne ramy określonych i tradycyjnie uznanych klinicznych jednostek chorobowych. W tym też właśnie układzie dzieła tkwi piętno jego oryginalności. Że skutkiem tego o jednej i tej samej chorobie musi być mowa we wielu miejscach książki, to jest to już tylko koniecznym następstwem niewzruszonego trzymania się przyjętej zasady układu wedle poszczególnych objawów, choćby należących do obrazu różnych chorób. W podręcznikach dyagnostyki, w których przedstawione są kolejno i w całości poszczególne choroby oczne, widzimy przecież, że muszą się naodwrot z analogicznych powodów wielokrotnie powtarzać opisy tych samych objawów. Nierozstrzygując pytania, jaki układ przedmiotu należy uważać za lepszy pod względem dydaktycznym, musimy się zgodzić, że konsekwencya w przeprowadzeniu jakiegokolwiek, na rozumnej podstawie opartego podziału stanowi zawsze wielką zaletę dzieła, i tę zaletę książeczki kol. Kramsztyka przyznać bezwarunkowo należy.

W pierwszym tomie omawia autor szeroko wywiady, przechodząc kolejno wszelkie skargi, z jakimi chorzy do okulisty się zgłaszają. Następny rozdział poświęcony opisowi spostrzeżeń, jakich nam dostarczyć może przyglądanie się choremu z daleka, a więc wiek, zajęcie, ubiór, postawa, chód, trzymanie głowy, mrużenie oczu etc., przyczem autor objaśnia, jakie z tych spostrzeżeń wysnuwać możemy wnioski co do cierpienia ocznego. W trzecim rozdziale zestawione są systematycznie wszelkie objawy chorób oka, dające się stwierdzić badaniem zewnętrznem, gdy chory siedzi przed nami twarzą zwrócony ku światłu. Tu zaznajamia autor czytelnika z poszczególnymi objawami chorób powiek, spojówki, twardówki i rogówki, wreszcie ze zboczeniami w ustawieniu i ruchach oczu. Szkoda, że w tem miejscu niema choćby krótkiego objaśnienia sposobu Maddox'a wykazywania i mierzenia heteroforyi. Sposób ten niezmiernie łatwy w zastosowaniu i nie wymagający niczego więcej, jak tylko użycia byle jakiego pręcika szkla-

nego daje przecież bardzo dokładne i nieraz bardzo ważne wskazówki rozpoznawcze.

W drugim tomie przeprowadza nas autor do ciemni i pierwszy rozdział poświęca opisowi zmian i objawów dostrzegalnych przy oświetleniu ogniskowem, a więc zaćmienia rogówki, zmiany w przedniej komorze, w źrenicy, w łączówce, w soczewce. Tu także mowa o napięciu śródocznem, dalej opis zaniku gałki ocznej, rzecz o jaskrze i bardzo dobre zestawienie porównawcze jaskry ze zaćmą. Dalszy rozdział obejmuje naukę o wzierniku i o wszelkich obrazach zmian, jakie nam wziernik w głębi oka odkrywa, a więc w soczewce, w ciele szklistem, w naczyniówce, siatkówce i nerwie wzrokowym. W tem miejscu pomieszcza też autor opis przedmiotowych sposobów oznaczania refrakcyi zapomocą wziernika i skiaskopu. Ostatni rozdział zawiera wyjaśnienie sposobów badania sprawności czynnościowej oka, jakie przeprowadzamy, usadzając chorego twarzą od światła. Tu zatem mowa o podmiotowych sposobach oznaczania bystrości wzroku, refrakcyi, akomodacyi, pola widzenia, poczucia barw, widzenia zdwojonego i poczucia światła.

Niepodobna mi wchodzić w szczegóły bogatego w treść dzieła. Wspomnę tylko, że w dziale objawów chorobowych ze strony spojówki podaje autor podział zapaleń spojówkowych, różniący się znacznie od podziału spotykanego w przeważnej części podręczników okulistyki. Rozróżnia on następujące typy zapaleń: Katar spojówki (*catarrhus conjunctivae*), zapalenie ostre spojówki (*conjunctivitis acuta*), zapalenie przewlekłe (*conj. chronica*), zapalenie bliznowe (*conj. cicatricialis*), jaglica (*folliculosis conjunctivae*), zapalenie jaglicowe (*conj. follicularis*). Nazwę *trachoma* wykreśla autor zupełnie, jako przestarzałą i nie odpowiadającą, zdaniem jego, żadnej ściśle określonej jednostce chorobowej. Różnicę w przebiegu niektórych zapaleń połączonych z wytwarzaniem się ziarnistości na spojówce tłumaczy stopniem nasilenia sprawy zapalnej, która w lżejszych przypadkach i przy krótszem trwaniu przemija bez śladów, a gdy sięga w głąb tkanki spojówkowej i wlece się latami, prowadzi do zbliznowacenia i znanych tegoż następstw.

Na uwagę zasługuje również pogląd autora na zmiany chorobowe głębokich błon ocznych i na bezprzykładowy i, zdaniem jego, ścisłej nauki niegodny chaos, jaki panuje w mianownictwie tych chorób. Nazwy chorób siatkówki i naczyniówki odnoszą się bądź to do obrazu wziernikowego, bądź do etyologii cierpienia, bądź wreszcie do umiejscowienia zmiany na dnie oka i braknie zgoła jednolitej i naukowej zasady podziału lub jakiegokolwiek myśli przewodniej w określaniu różnych postaci chorobowych. Ogranicza się autor jednak do dosadnej krytyki tego bezładu, nie prowowa-

dzając nowych zasad podziału, od czego go uwalnia zresztą czysto semiologiczny charakter książki.

Rycin posiada książka niewiele, tylko takie, bez których wyłożenie i dokładne objaśnienie zawilszych zagadnień nie mogło by się wcale obejść. Bogatsze wyposażenie w tym kierunku następnego wydania będzie bardzo pożądane.

Na zakończenie, jak zwykle należy poświęcić kilka uwag stronie językowej i tu wobec na ogół pięknej i poprawnej polszczyzny dzieła nie podnosiłbym z pewnością drobiazgowych zarzutów, gdyby nie to, że autor sam występuje jako surowy sędzia wszelakich usterek językowych w piśmiennictwie polskiem lekarskiem wogóle, a okulistycznym w szczególności. Wobec tego Szanowny autor, jak sądzę, przygotowany jest na to, że się do jego książki surowszą pod tym względem przyłoży miarę. Pozwolę sobie zatem na kilka uwag co do niektórych wyrazów: np. »męły«, względnie »zmętnienie rogówki lub soczewki« zastąpiłbym raczej wyrazem »zaciemnienie rogówki, soczewki«, bo zdaje mi się, że można mówić tylko o zaciemnieniu ciał płynnych lub półpłynnych, a więc np. łez, cieczy wodnej, lub ciała szklistego. Zamiast »wybroczyny powszechne siatkówki« wolalbym powiedzieć »wybroczyny rozlane« (*diffusae*) w przeciwstawieniu do rozsianych (*disseminatae*). Tu wypada zwrócić uwagę także na zupełnie nowy wyraz, przynajmniej nigdzie dotąd nie spotykany, mianowicie »patrzni«, mająca oznaczać plamkę żółta. Nie wiem, czy stworzenie tego nowego słowa było rzeczywistą potrzebą usprawiedliwioną. Już wprost chybiłbym muszę nazwać wyrażenie »skurez spojrzenia«, nie przypuszczam bowiem, żeby autor rozumiał przez spojrzenie cośkolwiek, coby się skureczyć mogło. Nakoniec można zauważyć, że nie unika autor wcale wyrazów obcych, choć istnieją odpowiednie polskie, mimo, że wymaga tego od innych pisarzy, i tak spotykamy bardzo często takie wyrazy, jak: pacyent, organ, katar, kanał, paraliż, specyficzność etc., choć mamy na to doskonałe i od dawna użarte wyrazy polskie, jak: chory lub badany, narząd, nieżył, przewód, porażenie albo bezwład, swoistość i t. d.

Wszystkie te jednak drobne usterki nie zmniejszają bynajmniej wartości pożytecznego i zajmującego dzieła, które jako owoc żmudnej i długiej pracy zasługuje ze wszech miar na uznanie. Godzi się, żeby się książka ta znalazła w ręku nie tylko uczniów, dla których widocznie jest przeznaczoną, ale i w ręku specjalistów i znawców przedmiotu, których zaciekawi niejedną oryginalną poglądem autora i niejedno osobiste zapatrywanie na długoletniem oparte doświadczeniu.

K. W. Majewski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Dobrowolne rozszerzanie źrenicy. W tow. lek. wied. przedstawił dr Haberer młodego człowieka, który posiada możliwość pojedynczo mięśnie do skurczu pobudzić i tak *rectus* i *obliquus abdominis*, środkową część przepony brzusznej, *biceps* i t. d. a nadto i dowolnie także źrenicę rozszerzać.

Niewidomi zajmowani do mięsienia. Wiadomo, że dla tych z najnieszczęśliwszych ilość i jakość zajęć jest bardzo ograniczoną.

Zakres działalności niewidomych rozszerzono w Anglii, wykorzystując właśnie niezwykłą często do tego zajęcia zdolność osób pozbawionych wzroku.

Już w r. 1900 powstał w Londynie pod kierunkiem Powera zakład mięsienia, wykonywanego przez niewidomych. Zakład ten okazał się nadzwyczaj pożytecznym, a obecnie już 40 operatorów jest także czynnych w roli nauczycieli. Zreszta *nihil novi sub sole*, gdyż zużytkowywanie w tym kierunku niezwykłych własności czuciowych u ślepych nie rzadkiem było od niepamiętnych czasów w Japonii, która i w tem jak wielu innych rzeczach prześcignęła ludy cywilizowane starej Europy.

Miejmy nadzieję, że i u nas w ten sposób złagodzi się cierpki los tylu ślepotą unieszczęśliwionych bliźnich, dając im możliwość stosownego zarobku, do czego w pierwszym rzędzie zakłady ortopedyczne są powołane.

Popiersie Gayeta, byłego prof. okulistyki w Lyonie, odsłonięto także w dniu 13 stycznia r. b. w gmachu Wydziału lekarskiego przy wielkim udziale przedstawicieli władz i świata naukowego.

Pomnik dla Moorena. W Dyseldorfie zawiązał się komitet budowy pomnika dla znakomitego specjalisty a zarazem i lekarza ogólnie praktykującego.

Zjazd polskich lekarzy i przyrodników (od 20—24 lipca b. r.) we Lwowie zapowiada się bardzo korzystnie. Sekeya okulistyczna (gosp. prof. Machek, sekretarz doc. dr Bednarski, Akademicka 5) będzie miała niejedno ważne zadanie do spełnienia, a nie wątpimy, iż wobec znacznej już rzeszy polskich okulistów licznie będzie reprezentowaną.

Już dziś zachęcamy do jaknajliczniejszego udziału i w zgłaszaniu tematów, zwłaszcza do ogólnych narad, chętnie pośredniczymy. Wobec tego, że już w końcu lutego ma być drukowany oficjalny program czynności, pośpiech jest wielce pożądanym.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Otto Schirmer w Gryfii obejmie katedrę w Kilonii po Voelkersie.

Prof. Kuhnt z Królewca obejmuje katedrę okul. w Bonn, opróżnioną przez ustąpienie prof. Saemisch'a.

Dr Vanderstraeten mianowany prof. okulistyki w Leodjum.

Dr Seggel, lekarz jeneralny armii bawarskiej i znany okulista obchodził 7-go stycznia b. r. 70 ą rocznicę swych urodzin. Życzenie „*Ad multos annos*“ przesyłamy czcigodnemu Koledze na tej drodze.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁLABANA, DOC. DRA BĘDŃNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNĄ, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRANSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOLESZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Luty.

—* ROZNIK DZIEWIĄTY. *—

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

O tężcu wywołanym zranieniem narządu wzrokowego.

Podał

Prof. Dr WICHERKIEWICZ.

Tężec należy właściwie do chorób zakaźnych i spowodowanym bywa, jak wiadomo, zakażeniem rany przez prątek swoisty, odkryty przez Nikolajera.

Przypadki tężca, wywołanego zranieniem narządu wzrokowego, nie należą do częstych, gdyż Schmidt Rimpler w swem dziele „*Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten 1898*“ przytacza tylko dwóch autorów, a mianowicie Schultza i Ramiro-Guedes, którzy odosne ogłosili przypadki. Później znajdujemy jeszcze w sprawozdaniu ze szpitala w Bazylei za rok 1899 przytoczony przypadek tężca, spowodowany brzeszczotem 3 cm długim, utkwionym w ścianie jamy oczodołowej. Mimo zastosowania surowicy i chloralu nastąpiła w przypadku tym śmierć.

W rozprawie zaś doktorskiej przytacza Goehring przypadki zranień ocznych, które klinicznie były leczone w czasie

od 1-go kwietnia 1902 do końca marca 1903 w klinice okulistycznej uniwers. w Halli. Pomiędzy tymi przypadkami znajdował się jeden tęzec, spowodowany zranieniem rogówki przez skorupę naczyńia brudnego. Tu nastąpiło wyleczenie.

Ot i wszystko, co z literatury mogłem zebrać. Wobec tego zdaje mi się, nie będzie zbyt cennym przytoczyć przypadek spostrzegany przeze mnie przed kilku laty na oddziale ocznym szpitala krajowego św. Łazarza w Krakowie.

Dnia 3-go czerwca 1903 r. zgłosił się 15-letni wychowanek kks. Misyonarzy z Czarnej wsi pod Krakowem z powodu zranienia oka prawego.

Przed trzema dniami w zabawie zraniono mu powiekę kijem.

Badanie wykazało co następuje: poniżej brzegu oczodołowego dolnej powieki rana ukośna około 20 mm długa, o nieco poszarpanych brzegach, a z głębi rany wydobywa się nie zbyt obfita ropa. W otoczeniu rany i na policzku tejże strony lekkie nabrzmienie skóry. Gorączki nie stwierdzono, i chory nie skarżył się na żadne objawy podmiotowe.

Ranę oczyszczono starannie kwasem borowym, pociągnięto grubą warstwą 10% maści ichtyolowej i pokryto opaską papierową.

Następnego poranku przy wizycie zauważyłem, iż chłopiec nie mógł mówić z powodu szczękocisk, dość silnego. Rana sama nie wiele co zmieniona, pokryta strupem, a w okolicy jej nabrzmienie.

Tętno 84, ciepłota 37. 1.

Rozpoznawszy stan groźny chorego spowodowałem przeniesienie tegoż na oddział prof. Pareńskiego kraj. szpitala św. Łazarza, gdzie chory jednak już dnia następnego zakończył żywot. Z zapisków tamże zrobionych zaznaczam następujące mogące nas obchodzić szczegóły.

Przy badaniu wstępnem stwierdzono: 4/VI. Silny szczękocisk, w czasie wolnym chory zaledwie może oddalić zęby na 1 mm.

Narząd oddechowy: szmery oddechowe pęcherzykowe.

Uderzenia końca serca niewidzialne i nienamacalne. T. 88 reg. Tętno serca czyste.

Przewód pokarmowy: Łaknienie upośledzone. Stolec regularny.

Narząd nerwowy i zmysłowy: Trwały silny szczękościsk, występujący w szybciejszym nasileniu napadów co pół godziny. Żwacze silnie napięte, chory mówi bardzo niewyraźnie, połykać nie może, przy ruchach połykowych występuje silniejszy szczękościsk. Kończyny górne, dolne, mięśnie karku, grzbietu, brzucha wolne, chory sam siada, skarży się jednakże na prężenie w karku i grzbiecie.

Rano wstrzyknięto podskórnie 20 cm kub. surowicy przeciwężcowej Bujwida, dwa razy dziennie a 0.01 inj. morf. chloralhydrat.

5/VI. Rano. Temperatura 37, tętno 92, regularne. *Opistotonus* i mierny tężec w kończynach dolnych. Górne kończyny wolne, napady co kilka godzin. W nocy po lewatywie z chloralu był chory dość spokojny. Po południu wstrzyknięto 20 cm kub. surowicy przeciwężcowej. W czasie wizyty popołudniowej napady bardzo częste, co 10 minut. Oddech utrudniony, płytki a częsty 45. Wieczorem wstrzyknięto 20 cm kub. surowicy— 10 cm kub. do żyły, a 10 cm podskórnie. Stały *opistotonus* postępujący. W czasie napadu mięśnie twarzy po stronie lewej znacznie wyraźniej zajęte, niż po stronie prawej.

Nad wieczorem nastąpiło zejście śmiertelne. Wśród jakich objawów o tem w zapiskach wzmianki niema, a sekcyja, zwykle zresztą dająca w podobnych przypadkach wyniki ujemne, nie mogła być zrobioną.

W nielicznych wypadkach tężca narządu wzrokowego zranienie nastąpiło uderzeniem bata, jak w przypadkach Schulzego, jako też Ramiro - Guedesa, brzeszczotem noża w przypadku ze szpitala bazylejskiego, dalej w przypadku przez Goeringa przytoczonym skorupą naczyńia, w moim zaś kijem wymierzone uderzenie spowodowało śmierć tężcową.

We wszystkich zaś niewątpliwie zanieczyszczenie rany spowodowane było zarazkiem ze ziemi pochodzącym, co zresztą odpowiada doświadczeniom zrobionym na innym polu. Zauważono bowiem, że tężec przedewszystkiem w ziemi ogrodowej musi znajdować się, bo narzędzia raniące, ziemią tą bywały zanieczyszczone. Nikolaiier szczepił ziemię zwierzętom z wynikami dodatnimi, bo sprowadzał typowy tężec. Ale prątek o znamiennej postaci znalazł w ropie chorego zapadłego na tężec ranny później dopiero, bo w r. 1889, Japończyk Kitasato, który dalsze robiąc doświadczenia nad tym pasożytem, stwierdził przedewszystkiem, że czyste hodowle wydzielają do otaczającego je płynu toksynę łatwo rozpuszczalną a nadzwyczajnie trującą. Z drugiej strony prątki tężcowe nadzwyczajnie są odporne w suchym stanie i lata całe przechowują swą żywotność, gdy do przedmiotów przysychają. Ponieważ bardzo rozpowszechnionym jest ten prątek, dziwić się trzeba, że częściej szkody organizmowi naszemu nie przynosi. Tłomaczy się to jednak tem, że tylko wtenczas prątek tężcowy szkodliwym się staje, gdy dostaje się w ranę; do przewodu zaś pokarmowego dostawszy się, przechodzi bez szkody, ale też nie uroniwszy nic ze swej jadowitości. Kał więc zwierząt, jak koni, krów, wołów, osłów, młotów zawiera nieraz prątki tężcowe, a przedmioty nim zwalane np. biczyska, kije, skorupy, jak to widzieliśmy w przytoczonych przypadkach, prątek dopiero na człowieka przenieść a raniąc, rozwój jego spowodować mogą. Zresztą pewna jeszcze okoliczność zdaje się szkodliwość prętka warunkować, a mianowicie *symbiosa* z innymi drobnoustrojami, które zaraźliwość tego drobnoustroju umożliwiają, co też z doświadczeń Vaillarda wypływa. W naszym przypadku, gdzie zranienie było bardzo nieznaczne trudno może oprzeć się zdziwieniu, iż mała chyba ilość zarazka w tak krótkim czasie śmierci stać się mogła przyczyną. Ale Kitasato wykazał, że już 0.000005 cem. czystej hodowli zabija białą mysz, a po zaszuszeniu nawet 0.0000001 gr. tosamo czyni. Obliczając to na wagę ciała ludzkiego o 60 kłgr, przypuszczając równą u człowieka wrażliwość wnioskujemy, że już 0.0003 proszku, którego znowu tylko cząstka mała sta-

nowiaby czysty zarazek, byłaby zabijającą dla człowieka. Przy każdym zakażeniu objawy chorobowe poprzedzone są okresem wylegiwania. Tenże okres wedle Kitasato, zależny od ilości trucizny, trwa od 5 godzin aż do 4 dni. Im później objawy chorobowe występują, tem słabszem bywa zajęcie, im krótszy okres wylegiwania, tem szybszy też przebieg choroby ze zejściem śmiertelnem, ale też im większa dawka, tem szybciej objawy występują.

Po badaniach, dokonanych przez Japończyka Kitasato, starano się ponownie wykazać, gdzie przeważnie prątek ten znajduje się, z czego jego pospolitość bardzo rozpowszechniona wypływała.

Wiadomo, że ddr Utenhuth i Haendel w Szczecinie doświadczalnie wykazali, iż w ziemi, wziętej z okolicy miasta tego, w 50% przypadków znalazły się prątki tężcowe, gdy w obuwiu, w pyłe koszarowym tylko 18% prób obecność tego wiele jadowitego prątka stwierdziło.

Tężec zresztą po zranieniach innych części ciała wcale nie należy do rzadkości zwłaszcza w armii, gdzie zranienia postrzałowe w czasie ćwiczeń wojskowych bardzo liczne wywołują objawy tężcowe.

O nich w ostatnich czasach wspomina dr Elbogen (der Militärarzt Nr 5. 1907) jako też wyższy sztabowy lekarz dr Majewski (tamże). Obaj wykazują, że zapobiegawcze zastrzykiwania antytoksyny nie zapobiegają wystąpieniu tężca, a lubo niekiedy wystąpi on w postaci złagodzonej, to jednak i śmiertelne przypadki przy tem nie są rzadkie. To też słusznie dr Majewski kładzie nacisk na konieczność bardzo starannego oczyszczenia ran takich, do których zarazek dostaje się już to z naboju już to z ubrań zanieczyszczonych żołnierzy.

Objawy tężca występują nie w okolicy zranienia samego, ale, przynajmniej u ludzi prawie zawsze, w mięśniach szkieletowych, zwłaszcza w żwaczach a dopiero później tężec przechodzi na karkowe, krzyżowe i brzuszne mięśnie wreszcie dolne kończyny obejmując, gdy górne zazwyczaj pozostają wolne.

Rokowanie z reguły bywa złem, góżyż wedle podania autorów bywa przy tem 80—90% śmiertelności, a tylko włoscy autorowie podają 20% straty, coby przemawiało za tem, że we Włoszech tężec łagodniej przebiega.

Sposoby lecznicze: W pierwszym rzędzie najważniejszą rzeczą pozostanie zawsze staranne usunięcie z rany wszelkich ciał obcych, w razie konieczności po rozszerzeniu rany, dalej oczyszczenie wszelkich rany zakątków sublimatem albo innym wypróbowanym środkiem odkażającym, których w nowszych czasach chemia dostarczyła nam taką mnogość. Chloral i inne narkotyki nie wiele zyskały sobie zaufania, które więcej nieco znowu pobudzonem zostało z chwilą, gdy pojawiła się odnośna surowica. W naszym przypadku, jak zresztą podobnie w wielu innych i ona zawiodła nadzieję. Może jej dawkowanie nie było dostateczne a może i jakoś nie odpowiadała warunkom. Dalsze doświadczenia powinny pod tym względem dać wskazówki, by z tą pewnością leczyć dziś można tężec jak leczymy surowicą błonicę.

II. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Włosowiec (Filaria) w komorze przedniej oka końskiego.

Dnia 6-go czerwca 1905 r. do ambulatoryum przy szpitalu ziemskim w s. Kargapolskiem zgłosił się felerzer weterynaryi p. Gawryłow ze swym pacjentem; owym pacjentem był koń wieśniaka z sioła K. Właściciel owego konia opowiada, że od pewnego czasu uważa, iż oko lewe jego siwka mętnieje, a 4 dni temu spostrzegł, że przyczyną tego zmętnienia jest obecność w oku włoskowatego robaka. Oględziny dały wynik następujący. Oko prawe pacyenta zupełnie prawidłowe, rogówka lewego zmętniała posiada wygląd taki, jak gdyby była ze szkła matowego; poprzez zmętniałą rogówkę zaledwie z trudem rozpoznać można tęczówkę i źrenicę; w cieczy wodnej

komory przedniej pływa, wykonywając energiczne ruchy, przypominające ruchy pływającej w wodzie pijawki, nitkowaty pasożyt długości około 5-ciu centymetrów, grubość około 1-go milimetra. Objawy podrażnienia chorego oka wyrażone bardzo słabo (lekkie zaczerwienienie spojówki), a i te powstały zapewne wskutek zastosowanego przez właściciela »pacjenta« leczenia (zasypanie tabaki). Zresztą zwierzę widocznie czuje się dobrze, spokojnie chrupie siano i zdaje się zupełnie dobrze znosić obecność w oku ruchliwego lokatora.

Na prośbę właściciela konia wykonałem operację; po ułożeniu pacjenta na podwórku szpitalnym i odpowiednim przygotowaniu rąk oraz przepłukaniu worka spojówkowego, po znieczuleniu wyjąłowym roztworem *Holocaini* + *Cocaini a-a* 1% przekłułem grotem rogówkę i z łatwością wy dobyłem pasożyta za pomocą tępego haczyka, przeznaczonego do chwytania tęczówki przy irydektomii. Ciecz wodna komory przedniej okazała się zupełnie przezroczystą, wygląd oka po operacji taki sam, jak i przed operacją.

W kilka miesięcy po operacji dowiedziałem się od popyta K., że operowane oko mego »pacjenta« wróciło do stanu normalnego.

s. Kargopolskie,
grudzień, 1905 r.

A. Kuropatwiński,
lekarz ziemski.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. Band LV. Heft 1. u. 2. (Referent Dr Bałłaban).

Próby przeniesienia jaglicy na małpy. (Übertragungsversuche von Trachom auf Affen). Hess und Römer.

Autorowie przeszczepiali świeżo wycięte kawałki schorzałej na jaglicę ludzkiej spojówki, pod spojówkę pawianów. W następstwie tego zabiegu pojawiały się jagły bardzo duże, przyczem są-

siednia tkanka adenoidealna była znacznie naciekną. Jest rzeczą zajmującą, że powiodło się przeszczepić jaglicę pawianowi z innego pawiana, który miał zaszczerpioną jaglicę ludzką. Natomiast pokazało się, że materiał służący do szczepienia, przepuszczony przez sączek sławał się zupełnie obojętnym i nie powodował zakażenia. W końcu opisują autorowie historię chorób 6 zaszczerpionych pawianów.

Do patogenezy i histologii torbieli przewodu łzowego. (Zur Pathogenese und Histologie des Dakryops). Dr Gilbert.

W opisanym przez autora przypadku powstało wskutek oparzenia płynnym ołowiem t. zw. *Symblepharon totale* i *Dakryops fistulosus*. Przez ucisk w okolicy zewnętrznego kącika powiekowego dawał się wycisnąć płyn.

W 8 lat po tem okaleczeniu wystąpiło nagle zapalenie przewodu gruczołu łzowego, w następstwie którego wytworzył się w tem miejscu torbiel, wielkości małego jabłka. Badanie histologiczne wyciętej przedniej ściany torbiela wykazało, że powstał on w tkance górnej powieki, przyczem została powieka rozszczepioną na dwie połowy tak, że w jednej połowie znajdowała się spojówka, chrząstka i tylna ściana torbiela silnie przyrośnięta do powierzchni gałki ocznej. Inne składniki powieki były przez torbiel silnie rozciągnięte i odstawały od spojówki powiekowej. Zdaniem autora powstał ten torbiel wskutek zatkania wypustu gruczołu, jest zatem torbielem retencyjnym.

Do poznania wrodzonej zmarszczki nakałnej. (Zur Kenntnis des congenitalen Epicanthus). Dr Brückner.

Autor opisuje dwa przypadki podobnej zmiany. Przypadek pierwszy przedstawia t. zw. zmarszczkę nakałną powiekową, która bywa wyłącznie wrodzoną, w przypadku drugim zmarszczka ta pojawiła się u dziecka będącego idyotą.

W obydwóch przypadkach była zmarszczka powikłaną z porażeniem obu mięśni prostych zewnętrznych i górnych gałki ocznej, przyczem był i mięsień *levator palp. sup.* lekko porażonym. Autor sądzi, że pojawienie się zmarszczki nakałnej obok opisanych co właśnie objawów porażennych uważać należy, jako przypadłości należące wzajemnie do siebie, i że zmarszczka nakałna bywa często wyrazem zwyrodnienia.

Pęknięcie czaszki a oko. (Schädelbruch und Auge). Dr Liebrecht.

Autor badał 100 przypadków pęknięć czaszki. Pokazało się z nich, że życie bywa w tych przypadkach zagrożonem głównie

w pierwszych 24—48 godzinach i że po upływie tego czasu niebezpieczeństwo śmierci przemija.

1. *Spostrzeżenia kliniczne.*

1) *Spostrzeżenia na nerwie wzrokowym.*

W 5% przypadków znalazł autor zwykłą patologiczną zastoinę w żyłach, w 10% zaś była tarcza wzrokowa zmętniała i obrzękła, lub też czasami bez obrzęku. Tylko w *jednym* przypadku mógł autor wykazać typową tarczę zastoinową. Co się tyczy zmian zanikłych na tarczy wzrokowej to spostrzegał autor tylko w dwóch przypadkach jednostronny całkowity zanik tarczy wzrokowej, zaś w 4 przypadkach częściowy zanik nerwu z częściowymi brakami w polu widzenia. Jako przyczynę całkowej i stałej ślepoty a także i czasowych braków w polu widzenia, a które to braki dają się stwierdzić natychmiast po urazie, należy uważać całkowite przedarcie nerwu wzrokowego i to w przewodzie ocznym.

2) *Zaburzenia w widzeniu przy pęknięciu czaszki bez zmian na dwie oka.*

W dwóch przypadkach napotkał autor zmiany w widzeniu, które należało odnieść do okaleczenia ośrodka widzenia w płacie potylicznym mózgu i to w jednym przypadku była połowiczna ślepota (hemianopsia) obustronna, a raz znowu jednostronna. W ostatnim przypadku pojawiły się na tarczy nerwu wzrokowego zmiany degeneracyjne w postaci białawych plamek, które to plamki uważa autor jako stłuszczenie komórek zwojowych.

3) *Spostrzeżenia na źrenicach.*

W tym kierunku robił autor badania zawsze w pierwszych dniach po doznanym urazie. W 40% przypadkach oddziaływanie źrenic było nieprawidłowem. W 9-u przypadkach źrenice nie oddziaływały wcale. Z tych przypadków 8-miu osobników zmarło, z czego też już wynika, że brak obustronnego odruchu źrenic jest co do rokowania bardzo złym objawem. W 15 przypadkach oddziaływały źrenice bardzo leniwie. W jednym przypadku była jedna źrenica zupełnie martwą, przyczem był nerw okoruchowy całkowicie porażonym przez uderzenie gałki ocznej kopytem końskim.

4) *Zaburzenia na mięśniach ocznych.*

W 14% przypadkach wystąpiły zaburzenia w okolicy mięśni zaopatrywanych przez nerw twarzowy, przyczem w 6 przypadkach były te mięśnie całkowicie porażone. W 5% były porażenia nerwu odwodzącego. Nerw trójdzielny był w dwóch przypadkach porażonym, przyczem istniały także porażenia innych nerwów. Nerw blozkowy był 2 razy porażonym, nerw zaś okoruchowy raz jeden. W jednym

przypadku były ruchy gałki ograniczone wskutek wgłębienia się gałki ocznej (*enophthalmus*). W dwóch przypadkach był porażonym prosty mięsień wewnętrzny, a 4 razy zauważył autor drżenie gałek.

Wedle spostrzeżeń autora i innych występowały w 20% przypadków częściowe porażenia nerwu twarzowego, które jednak z czasem ustępowały. Ale także i w mniejszej ilości przypadków, w których wszystkie gałgęzie n. twarzowego były porażone, zdaje się, że rokowanie co do uzdrowienia jest korzystnym. Co się tyczy rodzaju tych porażen to są one wszystkie obwodowe a nie pochodzenia jądrowego. Także i dla podobnych porażen m. prostego zewnętrznego przyjmuje autor jako przyczynę okaleczenie u podstawy czaszki. Autor jest zdania, że także porażenia n. błoczkowego i trójdzielnego są przyrody obwodowej. Zmiany ruchowe, jak sądzi autor, mają swą przyczynę w wytworzeniu się tkanki łącznej u podstawy czaszki.

5) *Krwotoki w tkankę powiek i pod spojówkę.*

Krwotoki takie, bez poprzedniej rany zewnętrznej spostrzegał autor w 34%, z tego 22 razy były one jednostronne a 12 razy obustronne. W 10 zaś razach znajdował się równocześnie krwotok i pod spojówką gałkową. Krwotoki takie powstawały po większej części zaraz po urazie, a tylko w 6 przypadkach wystąpił krwotok dopiero 2-go lub 3-go dnia.

II. *Zmiany patologiczno-anatomiczne na nerwie wzrokowym przy pęknięciu czaszki*

Autor spostrzegał często krwotoki w pochwach n. wzrokowego, przyczem można było stanowczo wykluczyć nagromadzenie się krwi u podstawy czaszki w okolicy przewodu ocznego. Na 26 przypadków, które się śmiertelnie zakończyły, znalazł on w 55% krwotoki w pochewkach n. wzrokowego. Obrzęk tarczy wzrokowej nie powstaje wskutek krwotoków w pochewkach nerwu.

Wedle drobnovidowych badań autora daje się wykazać, że w większej ilości przypadków krew powstaje z pękniętych naczyń opony twardej mózgu, rozszerza się i dostaje się wzdłuż preformowanych dróg chłonnych do pochewek nerwowych. Prawie zawsze były krwotoki powstałe pod twardą oponą o wiele silniejsze aniżeli pod oponą pajęczą. Na podstawie badań sądzi autor, że pochewki należy uważać jako przestworza chłonne, ograniczone na zewnątrz i na wewnątrz. W 3 przypadkach mógl autor rozpoznać anatomicznie krwotoki w tkance tarczy n. wzrokowego i w graniczącej z nią siatkówce. Krwotoki te powstały wskutek pęknięcia ścian żył lub też przesączenia krwi z żył, a przyczyna tego była nagła zmiana w ciśnieniu krwi. W 3 przypadkach znajdował się krwotok

w kanale n. wzrokowego, nigdy zaś nie spostrzegał go autor w jego części oczodołowej. Tej to okoliczności przypisuje autor wielkie znaczenie kliniczne, gdyż przez taką lokalizację krwotoku staje się łatwo możliwem uzyskanie dawnej bystrości wzroku, a także może się pole widzenia całkowicie wyjaśnić. Krwotoki znajdujące się w powiekach a także i podspojówkowe powstają, jak jest wiadomem, wskutek pęknięć sklepienia oczodołowego i rozprzestrzeniają się tuż pod kośćmi. Nie mają one skłonności wciskać się w głąb oczodołu, pomiędzy mięśnie i nerw wzrokowy, natomiast mogą dotrzeć ku nerwowi wzrokowemu pod mięśniami gałki ocznej. Stąd mogą się te krwotoki posuwać aż pod spojówkę gałkową.

Budania doświadczalne nad ranami ciała szklistego.
(Experimentelle Untersuchungen über Wunden des Glaskörpers).
Prof. O g a w a z Japonii.

W początku swej pracy omawia autor używane sposoby zatapiań i barwienia preparatów drobnowidowych, a następnie opisuje on ogólnikowo budowę ciała szklistego.

Doświadczenia swoje przedsiębrał O g a w a na oczach królików. W tym celu robił sztuczne rany w ciałku szklistem, a przestrzegając przy tem ściśle aseptyki, wbijał nóż Graefego w głąb gałki ocznej w kierunku południkowym tuż po za brzegiem rogówki. Po pewnym czasie wyluszczał gałkę. Z 60 gałek ocznych, które tak okaleczał, badał on drobnowidowo 5.

W każdym z tych przypadków powstawała w ciałku szklistem wrzecionowata szpara, a autor przychodzi na podstawie swych badań do następujących wniosków:

Powstała w ciałku szklistem rana pozostaje już stale i nie zawiera się więcej. Wskutek tego nie daje się nigdzie spostrzegać żadna zmiana regeneracyjna, ani też tworzenie się tkanki łącznej, lub też powstanie nowo utworzonych naczyń. Utwory postronkowe nie powstają w ciałku szklistem. Szpara powstała z okaleczenia jest wypełnioną tylko płynnem ciałkiem szklistem. Ściany tej szpary są utworzone z mechanicznie zgrubiałego ciała szklistego.

Prawidłowe ubarwienie w nerwie wzrokowym Japończyków.
(Die normale Pigmentierung im Sehnerven der Japaner).
Dr O g a w a.

Autor badał anatomicznie 13 gałek ocznych Japończyków i znalazł w blaszce sitowej nerwu wzrokowego wypustki komórek barwikowych twardówki, nieliczne komórki barwikowe w pobliżu brzegu nerwu wzrokowego, a prócz tego były komórki te zupełnie odosobnione i znajdowały się pojedynczo umiejscowione po za brzegiem nerwu wzrokowego.

Badania nad spostrzeżeniami t. zw. ślepej plamki. (Beobachtungen über die Wahrnehmbarkeit des blinden Fleckes). Dr Landoll.

Zachęcony zarzutami, jakie czyniono wzorkom punktowatym Hessa, mającym na celu oznaczyć środkowe, wrodzone braki w polu widzenia, podjął się autor zadania poddać systematycznym badaniom zachowanie się wzorków Hessa w okolicy ślepej plamki, i badać prawidłowo pojawiające się wrodzone środkowe braki w polu widzenia. Autor wykazał, że przy użyciu perymetru o promieniu 320 mm, odpowiadała ślepa plamka płaszczyźnie 281 mm².

Ruchy źrenicy po przecięciu nerwu wzrokowego. (Die Bewegungen der Pupille nach Opticusdurchschneidung). Dr Tschirkowski.

Autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Ruchy źrenic królika po przecięciu śródczaszkowej części nerwu wzrokowego nie są zawisłemi, jak to twierdzi Marengli od wpływu światła.

2) Powstają one wskutek działania narządu, który rozszerza źrenicę pod wpływem drażeń czuciowych.

3) Mogą one tylko wtedy powstawać, jeżeli nerw współczulny jest nienaruszonym.

O nowokainie i jej znieczulającym działaniu. (Über Novocain und seine anästhesierende Wirkung). Dr Gebb.

Nowokaina może być co dnia gotowaną, przyczem nie traci na działaniu. Nie powoduje ona zaburzeń w akomodacyi i nie oddziałuje szkodliwie na przyblonek rogówki. Używa się jej w 1—3% roztworze. Wykazuje ona 5—6-krotnie mniejsze własności trujące, aniżeli kokaina, a powoduje tylko nieznaczne uczucie pieczenia, lekkie przekrwienie i nieznaczną mydryazę. Jest ona jednak w działaniu swem słabszą aniżeli taki sam roztwór kokainy, nawet przy zmieszaniu z adrenaliną.

Dalsze kliniczne i histologiczne badania nad przewlekłym wilkiem rogówki, przebiegającym pod postacią guzikowatego zaciemnienia rogówki (Groenouw). (Weitere klinische und histologische Untersuchungen über den unter dem Bilde der knötchenförmigen Hornhauttrübungen verlaufenden chronischen Lupus der Hornhaut). Dr Wehrli.

Autor opisuje dalszy przebieg jednego z obu przypadków, które swego czasu ogłosił w »Zeitschrift für Augenheilkunde« 1905. Bd. XIII. A mianowicie badanie kliniczne i histologiczne

dało następujący wynik: Gruźlica postać tego guzikowatego zaciemnienia rogówki powstaje bezsprzecznie przez przewlekłe zapalne bujanie stałych komórek rogówki, które zwyrodniają się serowato. Charakter tych bujań daje się całkiem pewnie ustalić, przez dodatni odczyn tuberkuliny. Szczególna bardzo właściwość tej zmiany, jak brak naczyń i zdrażnienia nie przemawiają wcale przeciwko zapalnemu charakterowi, gdyż znane są nam inne zapalenia rogówki, jak np. zapalenie miąższowe, lub lepra, przy których częstokroć brak jest objawów zapalnych. Za zmianą gruźliczą przemawia w tym przypadku odczyn tuberkuliny, a następnie dziedziczne obciążenie.

La Clinica oculistica. 1906. Marzec—kwiecień. (Referent Dr Langie).

Przypadek bąblowca w oczodole, operacja, wyleczenie.
(Un caso di cisti da echinococco dell' orbita, operazione, guarigione).
Prof. Calderaro.

Mężczyzna 20-letni, nieobciążony dziedzicznie, zresztą zdrowy, cierpi od 6-ciu lat na przesunięcie gałki ocznej prawej ku dołowi i ku przodowi, bez bólów, bez objawów zapalnych, ze zniesieniem ruchomości jedynie tylko ku górze. Badanie, prócz powyższych objawów, nie wykazuje zewnętrznie nic, $V = \frac{1}{4}$; na dnie oka lekkie przekrwienie żył środkowych. Pomiędzy górnym brzegiem oczodołu a gałką wyczuć można palcem masę kulistą, twardą, elastyczną, zajmującą cały głąb oczodołu, sięgającą od kąta zewnętrznego do wewnętrznego, niebolesną, nie tętniącą, nie chęłboczącą, nieruchomą jakby zrosniętą z górną ścianą oczodołu. Lewe oko prawidłowe, $V = 1$. Wobec wątpliwego rozpoznania nakłucie próbne, a zbadanie wydobytej cieczy okazuje, że jest to bąblowiec. Przystąpiono do operacji sposobem Krönleina, przyczem udało się wydobyć cały torbiel bez naruszenia gałki ocznej; po miesiącu chory opuścił klinikę wyleczony, $V = \frac{1}{2}$.

Omawiając przypadek przypomina autor, że bąblowce oczodołu należą do tak rzadkich, iż wielu doświadczonych okulistów nigdy ich nie widziało. Objawy towarzyszące chorobie są — prócz znamiennych zresztą dla każdego guza rozwijającego się w oczodole — powolny bardzo przebieg (czasem dziesięć lat), bóle, chęłbotanie, upośledzenie wzroku aż do zupełnej ślepoty z powodu *neuritis optica* i zaniku n. wzrokowego. W przypadku opisanym uderza brak bólów, chęłbotania i upośledzenia wzroku, tak że bez

nakłucia próbnego rozpoznanie byłoby niemożliwe. Co do zabiegu operacyjnego podnosi autor zalety sposobu Krönleina, a gani sposób, obierany przez wielu operujących, prowadzenia cięcia wzdłuż rowka oczodołowo-powiekowego, gdyż dostęp wtedy jest gorszy, wydobycie guza trudniejsze i uszkodzenie mięśni ocznych i wogóle zdrowych miękkich części oczodołu łatwiejsze.

1906. Maj.

Eumidryna i jej zastosowanie w okulistyce. (Eumidrina e sue applicazioni in terapia oculare). Dr Bruno Domenico.

Eumidryna, którą wypróbował autor w swojej klinice prywatnej, jest o wiele mniej trującą niż atropina, działa mniej energicznie i krócej, nie wpływa na napięcie oka. Rozszerzenie źrenicy w oku zdrowym po użyciu roztworu 1% jest maksymalne jak po atropinie. Wywołuje wprawdzie porażenie akomodacyi lecz to przechodzi po 24 godz. przy roztworze $\frac{1}{2}\%$, po 2 dniach przy roztworze 1%. Nawet po dłuższem stosowaniu nie zauważył objawów zatrucia. Używa roztworów 1% do 5%.

O kurczowem opadnięciu powieki. (Sulla blepharoptosi spastica). Dr Alberto Santa-Maria.

Prócz łatwych do rozpoznania opadnięć powieki wrodzonych, porażennych lub urazowych, zdarzają się przypadki tak lekkiej *ptosis*, która nie przeszkadzając w widzeniu uchodzi uwagi chorego a również i lekarza, gdyż szpara powiekowa jest bardzo nieznacznie zwężona. Są to przypadki kurczowego opadnięcia, powstają na tle histeryi a przyczyną kurcz poszczególnych włókienek mięsnych, tworzących część powiekową mięśnia okrężnego. Występuje najczęściej po jednej tylko stronie, albo jeżeli — co rzadziej — jest obustronnie, wtedy zawsze po jednej stronie pojawia się wybitniej. Najpewniejszym sposobem wykazania zбочzenia jest zbadanie pola patrzenia podobnie jak badamy pole widzenia perymetrem lub kimpimetrem, przyczem znajdujemy zmniejszenie zakresu widzenia przedmiotów ku górze. Oczywiście musimy przy tem wykluczyć upośledzenie ruchomości, które mogłoby być wywołane niedowładem mięśni, zwracających gałkę oczną ku górze. Na podstawie kilku spostrzeganych przez siebie przypadków przychodzi autor do następujących wniosków: kurczowe opadnięcie powieki, będące często jedynym objawem histeryi, może nie dać się wykazać zwykłym badaniem, natomiast zmierzenie pola patrzenia odkrywa najłżejsze nawet jego stopnie. Badanie to jednak należy zawsze połączyć z badaniem sprawności mięśni gałki ocznej, bo dopiero wyklu-

czywszy zaburzenia z tej strony, a mając ściśnienie pola patrzenia ku górze, możemy odnieść to do opadnięcia powieki. Badanie, czy nie ma opadnięcia powieki, winno być zawsze przedsięwzięte, jeżeli podejrzewamy historję, gdyż bywa ono czasem jedynym jej objawem.

Ophthalmology. (Milwaukee). T. III. Nr 2. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

O niektórych objawach ocznych zależnych od chorób jamy nosa i zatok bocznych. (On Some Ocular Symptoms Common to or Produced by Affections of the Nose and Accessory Cavities). Casey A. Wood (Chicago).

Autor omawia głównie trzy objawy mogące występować bądź to w zależności od pewnych zбочeń w oczach, bądź też od zmian w jamie nosowej lub w zatokach bocznych, mianowicie ból głowy, uczucie zawrotu i łzawienie. Podaje on znamiona, po których można rozpoznać, gdzie tkwi źródło tych objawów. Wiadomo, że różnego rodzaju bóle głowy występują w cierpieniach ocznych, lub zależą od niewyrównanych wad refrakcyi i zaburzeń równowagi mięśni ocznych. Bóle te znamionują się tem, że występują najsilniej przy wyężaniu wzroku, zwłaszcza więc przy pracy zblizka. Bóle zależne od spraw zapalnych w zatokach bocznych jamy nosowej są ograniczone zazwyczaj od pewnych okolic i trapią chorego dniami i nocą bez względu, czy pracuje oczyma, czy nie. Co do zawrotów te często mają swe źródło w heteroforyi lub heterotropii, pośrednio jednak zależce mogą od zmian chorobowych w zatokach, sąsiadujących z oczodołem, skąd *per contiguitatem* zewnętrżne mięśnie oczne lub zaopatrujące je gałżki nerwowe doznają uszkodzenia. Zanim więc przypadek porażenia lub niedowładu jednego lub kilku mięśni ocznych określimy jako kiłowy, gościcowy lub idyopatyczny, powinniśmy uwzględnić stan jamy nosowej i jej zatok bocznych i przekonać się czy tam nie tkwi właściwa przyczyna cierpienia. Co do łzawienia powszechnie wiadomo, jak często jest ono pochodzenia nosowego i we wszystkich przypadkach, gdzie łzawienie zależy nie od wzmożonego wytwarzania łez, lecz od utrudnionego ich odpływu, badanie jamy nosowej jest bezwarunkowo wskazane. Z uwag autora wynika, że zarówno okulista powinien być dokładnie obeznany ze sposobami badania jamy nosa i jej zatok i powinien dość biegle władać rynoskopią, jak naodwrot rynologowi wielee przydać się może znajomość niektórych przynajmniej dzia-

łów patologii ocznej dla lepszego ocenienia objawów, mogących zależeć tak od jamy nosa, jak i od narządu wzroku.

Zmiany w naczyniach siatkówkowych połączone z zamknięciem ich światła. (Obstructive Diseases of the Retinal Vessels). Wendel Reber (Filadelfia).

W pracy tej omówione są zmiany kliniczne i przypuszczalnie zmiany anatomiczne wszystkich tych chorób naczyń siatkówkowych, które prowadzą do zwężenia lub zamknięcia ich światła. Autor przytacza podział odnośnych przypadków, jaki podaje Alleman, rozróżniając 4 stopnie zmian, począwszy od lekkiej *tortuositas easorum*, a skończywszy na wyraźnem i zapomocą wziernika widzialnem zaczopowaniu światła tętnicy, względnie żyły siatkówkowej. Dalej broni autor zapatrywania Harmsa, że przypadki rzeczywistego zatoru tętnicy środkowej siatkówki w rzeczywistości wcale nie zachodzą, a to co za taki zator uważamy jest tylko końcowym okresem bądź to sprawy zakrzepowej, bądź to miażdżycy, prowadzącej do zwężenia, a ostatecznie do zatkania światła naczyniowego. Harms dowodzi, że pierwotna zmiana znajduje się niejednokrotnie w żyłe środkowej siatkówki, chociaż obraz kliniczny przemawia za zaczopowaniem tętnicy. Tłumaczy się to tem, że utrudniony odpływ krwi stawia tętnicę we warunki nieprawidłowe, które powodują zmiany w jej ścianach i mogą prowadzić do zamknięcia światła. Tak samo naodwrot pierwotna zmiana w tętnicy może wywołać następne zmiany w żyłach siatkówkowych, które potem niejednokrotnie w obrazie klinicznym otrzymują przewagę. Autor przytacza szereg własnych spostrzeżeń, między innymi przypadek jaskry następowej, wywołanej trombozą żylną i licznymi wybroczynami siatkówki. Przypadek ten poucza, że ilekroć mamy do czynienia z t. zw. jaskrą krwotoczną, powinniśmy się zastanowić, czy jaskra wywołuje krwotoki, czy też one jaskrę. Praca zawiera liczne obrazy spostrzeganych przez autora zmian wziernikowych i zdjęćia pól widzenia w poszczególnych przypadkach.

Zaczopowanie jednej gałęzi tętnicy siatkówkowej. (Occlusion of a Branch of the Central Artery of the Retina). George Keiper. (Lafayette).

Autor przytacza spostrzeżenie, odnoszące się do 19-letniej kobiety, u której przyszło do zaczopowania jednej z gałęzi tętnicy środkowej siatkówki a to raczej wskutek *endarteritis obliterans* niż wskutek zatoki. Przypadek jest z tego względu ciekawy, że ubytek w polu widzenia dał się wykazać w czasie, kiedy jeszcze wziernikiem żadnych zmian na dnie oka nie można było widzieć. Zmiana

ła stała się dopiero później widoczną w miejscu, odpowiadającym ubyłkowi. Pojawiło się mianowicie ognisko wybroczynowe w miejscu rozgałęzienia górno-zewnętrznego ramienia tętnicy siatkówkowej. Po za tem ogniskiem w kierunku ku obwodowi siatkówka na trójkątnej przestrzeni była szaro-białawą, nie przezroczystą. Leczenie polegało na wewnętrznem zażywaniu strychniny i jodku potasu, oraz na mięsieniu gałki ocznej t. j. wgniataaniu jej palcami przez zamknięte powieki w głąb oczodołu sposobem podanym przez Borkana. Wynik leczenia był pomyślny. Wzrok znacznie się poprawił, *scotoma absolutum* znikło, a zmiany wziernikowe w znacznej części się cofnęły.

Leczenie częściowego zaniku nerwu wzrokowego i siatkówki zapomocą elektryczności i mięsienia. (Treatment of Partial Optic and Retinal Atrophy by Electricity and Massage). Würdemann i Hogue (Milwaukee)

Leczenie chorób ocznych zapomocą elektryczności i mięsienia jest mało używane przez fachowych okulistów, natomiast nader często nadużywane przez szarlatanów. Autor przytacza przypadek wysokiej myopii, gdzie mięsienie niewprawną ręką wykonywane spowodowało utratę wzroku przez oderwanie siatkówki. W rękę doświadczonego specjalisty te środki lecznicze mogą oddać jednak bardzo dobre usługi. Działanie prądu galwanicznego można, zdaniem autora, najlepiej porównać z działaniem leków, które farmakologia określa jako *alterantia*. Anoda może być użyta jako *anaestheticum*, *sedativum*, *haemostaticum*, katoda jako *stimulans*, *resorbens*, *irritans* i *lymphagogum*. Szczególniej korzystnie oddziałują prąd elektryczny na nerw wzrokowy. Autor przytacza pięć własnych przypadków częściowego zaniku nerwu wzrokowego i siatkówki, w których systematyczna elektryzacja spowodowała bądź wyraźną i trwałą poprawę, bądź powstrzymała postępy cierpienia. Bardzo korzystnie również działa we wielu cierpieniach ocznych umiejętnie wykonywane mięsienie, do czego autor zaleca elektryczny wibrator, dający do 600 uderzeń w minucie. W przypadkach *iritis*, *iridocyclitis* i w innych ostrych stanach zapalnych oka przeciwwskazane jest zarówno mięsienie, jak i elektryzacja.

Wydobywanie zaćmy wraz z torebką przez nacisk zewnętrzny t. zw. metoda wschodnio-indyjska. (Extraction of Cataract within the Capsule by External Manipulation, the So-called Indian Method). Greene Dayton (Ohio).

Ze względu na zawsze możliwe powstanie zaćmy wtórnej rzędnej usuwanie zaćmionej soczewki w całości wraz z torebką

oddawna zostało uznane za nader pożądane udoskonalenie operacyjnej techniki. Nie brakło też w tym kierunku prób mniej lub więcej szczęśliwych. Wiadomo, że Pagenstecher należał do zwolenników tego sposobu operowania niektórych przypadków zaćmy i do tego celu podał swoją łyżkę. W ostatnich czasach jednak dopiero podali dwaj wschodnio-indyjscy operatorowie Mulroney i Smith zdumiewająco korzystne wyniki uzyskane po operacji zaćmy w zamkniętej torbee. Statystyka Smith'a obejmuje tysiące operacji ze znikająco małym odsetkiem strat i z 99 28% zupełnie dobrych wyników optycznych (*first class results*). Zauważyć jednak należy, że badanie wzroku odbywało się w sposób bardzo sumaryczny i za zupełnie dobry uchodził wzrok pozwalający widzieć »wyraźnie« przy pomocy szkieł sferycznych, przyczem bystrości wzroku autor w cyfrach nie podaje wcale. Nie podaje on również, jakie były późniejsze losy oczu operowanych, bo czas spostrzegania po operacji był bardzo krótki. Z powodu tych niedokładności i braków publikacje Smith'a przyjęte zostały z pewnym niedowierzaniem i bywają omawiane z pewnym odcieniem ironii. Mimo tego jednak wielu operatorów, zwłaszcza w Ameryce, zaczęło stosować sposób podany przez Smith'a, aby się osobiście przekonać o jego wartości. Sposób ten różni się tem od zabiegu, zaleconego przez Pagenstechera, że soczewkę wyciska się przez ranę za pomocą haczyka tenotomijnego, działając nim przez rogówkę i nie wprowadzając do wnętrza gałki żadnego narzędzia. Nikt jednak nie otrzymał ani w przybliżeniu tak korzystnych wyników, jak sam twórca metody, stąd żartobliwe przypuszczenia, że oczy Hindusów mimo zapaleń spojówkowych, którym oni tak często podlegają, i mimo niechlujstwa, w jakim żyją, muszą być wyjątkowo odporne na zakażenie. Istotnie Smith na 2616 operacji miał tylko 0,34% strat wskutek infekcyi. W powyższej pracy zestawia autor wyniki 22 przypadków operowanych przez siebie sposobem Smith'a. Prawie w połowie wypadków miał wpływ ciała szklistego. W czterech przypadkach przyszło do jaskry następowej, a w czterech do silniejszego zapalenia tęczówki. Bystrość wzroku po operacji wynosiła średnio $\frac{1}{10}$. Autor uważa operację za trudną do wykonania i nie radzi wykonywać jej tym okulistom, którzy nie mają sposobności operować często i dużo, a temsamem nie mają dosyć wprawy i pewności siebie. Główne niebezpieczeństwo stanowi często zdarzający się wpływ ciała szklistego i następstwa tegoż, jak łatwość zakażenia, wrośnięcie tęczówki, jaskra następowa, odczepienie siatkówki i t. d. Operacja jednak, zdaniem autora, ma przyszłość niewątpliwie, o ile zostanie ograniczoną do niektórych tylko szczególnie nadających się dla niej przypadków zaćmy. I tak w ra-

zie bardzo powolnego dojrzewania zaćmy wydobycie soczewki niezupełnie zaćmionej wraz z torebką przedstawia dla chorego niewątpliwe korzyści. Taksamo do operacyi tej nadają się zaćmy przejrzyste, gdzie nieraz zgrabiła torebka opiera się nawet najostroższemu cystotomowi, zwłaszcza przy zwiótczeniu wiązadełka Zinna.

Przypadek torbiela w rogówce i przedniej komorze.
(A Case of Invagination Cyst of the Cornea and of the Anterior Chamber). Charles Kipp (Newark).

39-cioletni chory został przed 22-ma laty odpryskiem żelaza zraniony w oko prawe. Przez ranę rogówkową wypadła tęczęwka, którą autor wówczas odciął. Żelazo nie utkwilo w oku. Przebieg gojenia był prawidłowy i oko uspokoiło się zupełnie. Pozostała blizna dołem z wrośnięciem tęczęwki i częściowe zaćmienie soczewki. Dopiero w r. 1905 t. j. w 20 lat po zranieniu wystąpiły bóle tak znaczne i uporczywe, że po bezwozonych próbach złagodzenia cierpień trzeba było oko wyluszczyć. Badanie anatomiczne wykazało istnienie torbiela, zajmującego dolną część przedniej komory i połączonego z drugą, o wiele mniejszą jamką, znajdującą się w bliźnie rogówkowej. Oba torbiele wyścielone były wewnątrz warstwą przybłonka, nie różniącego się niczem od przybłonka rogówkowego. Autor przypuszcza, że gdy po zranieniu wypadnięta tęczęwka została odcięta, rana nie zamknęła się szczelnie, lecz pozostała jakaś włosowata przetoka. Tą drogą urósł następnie z biegiem czasu przybłonek do przedniej komory i wyścielił wnętrze opisanych wyżej jam torbielowych. Podobne przypadki, ale bez jamki w bliźnie rogówkowej, opisali: Collins, Risley i Randall.

Niektóre schorzenia nerwu wzrokowego. (Certain Affections of the Optic Nerve). Marcus Gunn (Londyn).

Autor stawia i rozbiera następujące tezy:

1) Nerw wzrokowy ze względu na rozwój embryologiczny i budowę anatomiczną musi być uważany za część ośrodkowego narządu nerwowego, t. j. mózgu.

2) Nerw ten w całym swym pozaczaszkowym przebiegu osłonięty jest pochewkami, które są bezpośredniem przedłużeniem opon mózgowych, przyczem przestrzenie międzypochewkowe, odpowiadają przestrzeniom między- i podoponowym.

3) Położenie nerwów wzrokowych i ich przebieg na podstawie czaszki sprawia, że narażone są one na bezpośredni wpływ zapalenia opon mózgowych, i na bezpośredni ucisk ze strony nowotworów, tętniaków lub powiększonej trzeciej komory mózgu.

4) W swym przebiegu pozaczaskowym wystawiony jest nerw wzrokowy na działanie tychsamych szkodliwych czynników, co wszelkie nerwy obwodowe.

5) Nerw wzrokowy ulega wtórnemu zwyrodnieniu w razie zaniku lub zniszczenia jego komórek zwojowych w siatkówce.

6) Może on także ulec zniszczeniu przez sprawę zapalną, zwłaszcza ropną, która niszczy gałkę oczną.

7) Nareszcie, jak wszelkie inne narządy ustroju, może nerw wzrokowy ulec zmianie pod wpływem ciężkich chorób ogólnych, jak syfilis, gruźlica, niedokrewność, cierpienia nerek i t. d.

Z wywodów autora, które są raczej wyłuszczeniem i uporządkowaniem rzeczy znanych, aniżeli podaniem nowych poglądów, zasługuje na wzmiankę jego zapatrywanie na zależność tarczy zastoinowej od stanu łamliwości oka. Miał on sposobność spostrzegać tarcz zastoinową z górną 900 razy w przypadkach nowotworów mózgu i zauważył, że występuje ona prawie wyłącznie w oczach miarowych lub zwłaszcza nadmiarowych, a niezmiernie tylko rzadko w oczach krótkowzrocznych. Profesorowie Hirschberg i Fuchs, z którymi autor podzielił się tem spostrzeżeniem, potwierdzili jego słuszność z własnego doświadczenia. Zależność tę objaśnia autor odmiennymi stosunkami anatomicznymi pochewek i przestrzeni międzypochewkowych nerwu wzrokowego w oczach nadmiarowych i niedomiarowych. Przestrzenie międzypochewkowe u hypermetropa kończą się ostro przy blaszce sitowej i są w tem miejscu wąskie i ciasne, zwiększenie zatem ilości płynu w nich zawartego musi wyrzeć znaczniejszy ucisk na nerw wzrokowy i dlatego łatwo powstaje tarcz zastoinowa. W oku niedomiarowem przestrzenie międzypochewkowe są w pobliżu gałki ocznej szerokie i przestronne i tworzą pewnego rodzaju uchylki w twardówce dookoła tarczy, przytem pochewki są prawdopodobnie bardziej rozciągliwe, co wszystko razem przeciwdziała powstaniu tarczy zastoinowej.

Revue v neurologii. 1906. Zeszyt 1—10.

Z życia umysłowego ślepych. J. Chalupczyk.

W starannie opracowanej rozprawie zajmuje się Ch. najprzód pytaniem, kogo właściwie należy uważać za ślepego i dochodzi do wniosku, że tylko ten w praktycznem życiu może być uważanym za ślepego, kto w odległości 1 metra nie jest w stanie rozpoznać palców. Następnie omawia Ch. poszczególne zmysły, ktorými się

ślepy posługuje, by przy pomocy ich mógł ile możności zastąpić wzrok.

Ch. twierdzi, że zmysły ślepych nie wykształcają się bynajmniej lepiej, a tylko chorzy zmuszeni są lepiej je wykorzystywać. Posługują się oni przedewszystkiem zmysłem dotyku i uczucia mięśniowego. W opisach poszczególnych objawów powołuje się na doświadczenia p. E. Macon'a, który w 17 roku życia zupełnie ociemniał, a obecnie jest profesorem muzyki w zakładzie dla ociemnialych Klara w Pradze, znany jako kompozytor. Również i literaturą zajmują się doskonale. Ch. zbija twierdzenie, jakoby ślepi byli w stanie odróżniać barwy i nadmienia, że nie rozchodzi się tutaj o odczuwanie barw, a tylko o pewne właściwości powierzchni, w przypadku, gdzie ślepy jest w stanie podać barwę przedmiotu. Według Macon'a dotyka się ślepy przedmiotów nie od dołu ku górze, jak twierdzi Heiler, lecz według tego, jak je napotyka.

Słuch jest dla ślepych zarówno ważny przy orientowaniu się, jak dotyk i uczucie mięśniowe. Najrozmaitsze szmery, dźwięki, najcichszy odgłos, wystarcza już, aby mogli ocenić odległość, wysokość, a nawet wielkość przedmiotów.

Nad zmysłem powonienia mało się dotąd zastanawiano, a przecież są ślepi, którzy powonieniem zdała już rozróżniają przedmioty i osoby. Szczególne znaczenie ma ten zmysł dla ślepych dotkniętych równocześnie głuchotą. Również nie wiele posługiwali się ślepi dotąd zmysłem smaku, a Ch. sądzi, że i w tym kierunku można będzie dla nich obmyśleć pewne pomocnicze sposoby.

Ciemni, którzy nigdy nie widzieli, nie posiadają naturalnie pojęcia o świetle i barwach. Również ci, którzy w bardzo wczesnej młodości ociemnieli, zatracili zwyczajnie nawet najdrobniejszy ślad pojęcia światła. Natomiast bardzo często oddziałują na nich pojedyncze tony, jako pojęcia barw.

Zajmującym jest u ociemnialych ten tak zwany szósty zmysł, albo, jak go nazwał ślepy okulista Javal, „sens des obstacles“, który umożliwia ciemnemu orientowanie się, a polega na kombinacyi zmysłu dotyku i słuchu. Zagęszczenie powietrza, wywołane zbliżaniem się do przedmiotów, słabszy prąd powietrza, szmery, wszystko to wystarcza, aby ślepy wyrobił sobie pojęcie o otaczających go przedmiotach i w danym razie je wyminął tak, że odnosi się wrażenie, patrząc na niego, jak gdyby przecież coś widział.

Ciemni kombinują bardzo szybko, a zmuszeni koniecznością mają zwyczajnie bardzo dobrą pamięć i zapamiętywają bardzo łatwo.

Pod względem usposobienia, są oni zwykle samolubni i zarozumiali. Uczą się szybko różnych robót ręcznych, oddają się za-

miłowaniem badaniami i pracy naukowej. Zawsze atoli brakuje jeszcze odpowiednich podręczników i innych pomocniczych środków; mimo to, jak wielu dowiodło, mogą oni swą pilnością i te trudności przewyciężyć. Ze szkoły w Rochester wyszło wielu prawników i adwokatów. Dr Sommer, który później ociemniał, nauczył się w Hamburgu z ciemnymi postępować i otworzył następnie własną szkołę w Bergendorf koło Hamburga, która obecnie doskonale się rozwija.

Ociemniały okulista Javal spełniał przy pomocy swoich asystentów obowiązki swego zawodu. W Japonii zajmuje się wielu ciemnych mięsieniem. Zabłudoński twierdzi jednak, że ślepi nie nadają się do tego zajęcia i nie mogą bezwarunkowo pod tym względem do końca życia dorównać zdrowym. Pewien ociemniały robił nawet duże podróże sam.

Bardzo ważną jest rzeczą, by ze ślepyimi rozpocząć naukę dosyć wcześnie. W Niemczech jest 34 szkół dla ociemniałych, do których uczęszcza 3000. Ślepych dzieci obliczają w Niemczech na 3500. W Austrii zaś około 2000, dla tej liczby istnieje zaledwie 9 szkół na 600 miejsc łącznie. O resztę zaś nikt się nie troszczy.

Doniosłość fachowego nauczania od samego początku usprawiedliwiają dostatecznie pojedyncze przykłady. Niektórzy ciemni w starszym wieku nauczyli się np. dopiero chodzić po wstąpieniu do szkoły!

W końcu opisuje Ch. pismo ślepych, ich sny i kończy swą pracę pieśnią pani Galonca de Calonnea: sen ociemniałego.

Dr Ch.

The Royal London Ophtalmic Hospital Reports. T. XVI. Część IV. Czerwiec 1906. (Refer. Dr W. Reis).

Dodatkowe przypadki zaćmy dziedzicznej. (Additional cases of hereditary cataract). Nettleship.

Referat z głównej pracy tego samego autora w »Post. okulista.« 1906. Str. 217.

Wrodzone rozległe zaćmienie w siatkówce w okolicy plamki żółtej obu oczu? Włókna rdzenne nerwu wzrokowego. Wysokie krótkowidzstwo prawdopodobnie również wrodzone. Przypadek spostrzegany przez lat piętnaście. (Extensive congenital opacity of retina in yellow-spot region of the both eyes? Opaque nerve-fibres. High myopia also probably congenital. Case under notice 15 years). Nettleship.

Autor spostrzegął przez szereg lat u chorej z wysoką niedomiarowością i względnie dobrze utrzymaną bystrością wzroku na-

stępujący obraz na dnie obu ocz: Po stronie skroniowej tarczy nerwu wzrokowego ciągnęła się przestrzeń owalna, biaława i nieprzezroczysta, obejmująca okolicę plamki żółtej. Górne i dolne brzegi tej plamy były wyraźnie odgraniczone i tak zbite, że pokrywały zupełnie naczyniówkę, w środku jednakże plamy i po stronie skroniowej zaćmienie było słabsze, tak że mniej więcej przeświecała czerwona naczyniówka. Naczynia siatkówkowe w niektórych tylko miejscach przykryte przez plamę.

W przypadku opisanym trudność polegała w objaśnieniu obrazu wziernikowego, mimo przeprowadzenia rozpoznania różniczkowego. N. nie może uzyskać pewnych danych dla wytłumaczenia tej zmiany chorobowej.

Teoryja Ehrlicha o odporności w stosunku do okulistyki. (Ehrlich's theory of immunity in its relationship to ophthalmology). Herbst Parsons.

Autor omawia znaczenie antytoksyn, hemo- i bakteryolizyn oraz cytotoxyn i zastosowaniu ich w lecznictwie okulistycznym. Objasnia więc działanie jekwirytolu, surowicy pneumokokowej przy wrzodzie pelzającym rogówki, przytacza w krótkości nowe poglądy Römera na sposób powstania zaćmy starej i wspomina kilkoma słowami o najnowszych badaniach Römera nad biologicznymi właściwościami siatkówki*).

Rozbiór przypadków nieżyłtów spojówki spostrzeganych w Aberdeen. (An analysis of a series of consecutive conjunctivitis cases seen in Aberdeen). Usher i Fraser.

W r. 1905 badali autorowie wszystkie przypadki nieżyłtów spojówki, w których udzielono porady lekarskiej w szpitalu w A. Liczba spostrzeganych przypadków wynosiła 820, co w stosunku do ogólnej liczby chorych (3.527) stanowi 23 24% wszystkich przypadków. Dwie postacie chorobowe wysunęły się na plan pierwszy: nieżyt spojówki Koch-Weeks'a i Morax-Axenfelda.

Nieżyt spojówki Koch-Weeks'a był klinicznie i bakteryologicznie jako taki rozpoznany 268 razy, klinicznie rozpoznanych, lecz bakteryologicznie nie stwierdzonych było 78 przypadków, a w 42 klinicznie mylnie rozpoznanych przypadkach stwierdziło badanie bakteryologiczne prątki Koch-Weeks'a.

*) Ten sam temat omówiłem obszernie miesiąc wcześniej na posiedzeniu Towarzystwa lek. lwow. z dnia 18. maja 1906. Rzecz ogłoszona drukiem w »Lwowskim Tygodniku lekarskim« 1906. p. t. »Nauka o odporności w okulistyce. (Przyp. ref.)

W przypadkach niepewnych należy dla ścisłego rozpoznania uwzględnić następujące momenty: 1) wiek chorych, przeważna część przypadków nieżyłków pojawia się u dzieci; 2) czas, który upływa od zachorowania aż do zasiągnięcia porady lekarskiej stosunkowo krótki, przeciętnie około czterech dni; 3) stwierdzenie nieżytku spojówki u osób z otoczenia; 4) zajęcie spojówki gałkowej — z 310 przypadków, w których stwierdzono obecność prątka K.-W. zaledwie 33 razy była zajęta sama spojówka powiekowa; 5) wydzielina z worka spojówkowego mierna, śluzowo-ropna; 6) obecność wybroczyn spojówkowych; 7) przypadki nieżyłków pochodzących z okręgów wiejskich są bardzo rzadko wywołane prątkami K.-W. Badania bakteriologiczne przeprowadzali autorowie z największą dokładnością — najlepszym środowiskiem dla hodowli była pożywka otrzymana z jajnika.

Nieżytki spojówki Morax-Axenfelda spostrzegano 274 razy, z tych 176 przypadków było klinicznie rozpoznanych i bakteriologicznie stwierdzonych, w 78 badanie bakteriologiczne nie potwierdziło badania klinicznego, a 67 przypadków było klinicznie błędnie rozpoznanych, w których jednak badanie bakteriologiczne stwierdziło dwoinki M.-A.

Dla otrzymania pewnego rozpoznania klinicznego trzeba uwzględnić następujące punkty: 1) istnienie nieżytku gałkowego spojówek (*conjunctivitis angularis*) jest zawsze znamiennem dla nieżytku M.-A.; 2) wiek — u dorosłych; 3) czas, który upływa od wystąpienia objawów nieżytku aż do zasiągnięcia porady lekarskiej znacznie dłuższy, od 14 dni do 3 miesięcy; 4) nieżytki ograniczony przeważnie do spojówki powiekowej; 5) brak wybroczyn spojówkowych; 6) wydzielina z worka spojówkowego skąpa; 8) przypadki pochodzą przeważnie z okręgów wiejskich; 9) chorzy skarżą się na ciężkie powieki. — Poza temi dwiema postaciami chorobowymi spostrzegali autorowie przypadki śluzoropotoku, gruźlicy i błonicy spojówek, przypadki, w których stwierdzono obecność pneumokoków oraz przypadki, w których nie znaleziono żadnych drobnoustrojów. Jaglicy autorowie nie uwzględniali. W końcu zwracają autorowie uwagę na wpływ pory roku na powstanie nieżyłków, wyraźnie daje się tu zaznaczyć wzrost wiosenny i jesienny. Wiosenny wzrost w marcu daje przewagę nieżytkom na tle dwoinek; w sierpniu, październiku i listopadzie przeważnie prątki K.-W. Dla wytłumaczenia tych zmian zależnych od pory roku, zwrócono uwagę na stosunki klimatyczne miasta Aberdeen. Opady atmosferyczne mają poniekąd wpływ na powstanie nieżyłków, w okresie siedmioletnim, t. j. na 84 miesiące, w 54 miesiącach ilość opadów atmosferycznych pozostawała w stosunku odwrotnym do liczby nieżyłków

spojówkowych, im obfitsze opady, tem mniej było nieżyków i odwrotnie. Wiatr i temperatura bez widomego wpływu.

Pierścieniowata przerwa w polu widzenia. (Ring scotoma). Hancock.

Po wymienieniu postaci chorobowych, w których spotykamy pierścieniowatą przerwę w polu widzenia oraz omówieniu teoryi, służących do wytłumaczenia jej patogenezy, zwraca autor uwagę na trzy przez siebie spostrzegané przypadki. W pierwszym przypadku miało miejsce uderzenie piorunem, w drugim przerwa w polu widzenia ograniczyła się do włókien nerwowych, prowadzących do plamki żółtej, a trzeci przypadek może posłużyć za dowód, że ubytek w polu widzenia przy zwyrodnieniu barwikowem siatkówki nie zawsze odpowiada równikowi gałki. II zgadza się z zapatrywaniem Listera, który czyni postać przerwy w polu widzenia zależną raczej od rozprzestwienia włókien nerwowych (*nerve distribution*) aniżeli od rozgałęzienia naczyń (*vascular distribution*) w siatkówce lub naczyńcówce.

Wiener Medic. Wochenschrift. (Ref. Dr Piotr Geisler).

Nr 16. *Rzadki przypadek keratitis gummosa.* (Ein seltener Fall von Keratitis gummosa). Dr J. Pollak.

Mężczyzna 24-letni, żonaty, bezdzietny, cierpiał w 20 roku życia na zdarcie przybłonka w rowku zażółdziowym, które po trzech tygodniach się zagoiło. Przed rokiem dostał zapalenia prawego oka ze znacznem upośledzeniem wzroku. W cztery tygodnie później wystąpiły także na lewem oku objawy zapalne, które po 15 tygodniowem leczeniu ustąpiły. W rok później wystąpiły znowu objawy zapalne na l. oku z upośledzeniem wzroku.

Badanie wykazało: spojówka gałkowa nastrzyknięta, rogówka matowa, jakby pokłuta szczególnie przy oświetlennu ogniskowem, prawie w całej rogówce głęboko leżące szare zmętnienia po największej części linitowate. Rysunek tęczęwki nieco zatarły, oddziaływanie źrenicy utrzymane. V = palec na 1 m. Leczenie: Atrop., ciepłe okłady, jod potasu. W dalszym przebiegu leczenia przyszło do wytworzenia się licznych głębokich naczyń. Po 14-tu dniach znaczne pogorszenie, w rogówce głębokie punkcikowate, szare zmętnienia, w górnej części znajduje się w najgłębszych war-

stwach jednostajny szaro-żółtawy naciek. Tęczówka okazuje silne zmiany zapalne.

Po zastosowaniu wieerek nastąpiło powoli polepszenie tak, że dopiero po czterech miesiącach mógł oddać się swemu zajęciu. $V = \frac{6}{15}$.

Nr 32. *Przypadek jednostronnego ropnia zatok bocznych nosa z zajęciem oka.* (Ein Fall von einseitigem Empyem der Nebenhöhlen der Nase mit Beteiligung des Auges). Dr M. Meissner.

Kobieta 37-letnia cierpi od roku na prawostronny ból głowy. Przed ośmiu dniami zachorowała wśród objawów gorączkowych, poczem spostrzegła, że na prawe oko zaniewidziała. Badanie wykazało prawie zupełną utratę wzroku na pr. oku, jakkolwiek zewnętrznie i wzornikiem żadnych zmian nie znaleziono. Rozpoznanie brzmiało *Neuritis retrobulbaris* i zastosowano aspirynę. Po trzech dniach powieka górna nieco obrzękła. Krawędź oczodołowa bardzo bolesna na ucisk, w górze i wewnątrz oczodołu dał się wyczuć guz wielkości orzecha laskowego. Ponieważ oznaki te przemawiały za ropniem bocznych komórek nosowych, więc usunięto część środkowej muszli i ropa miała swobodny odpływ. Następstwem tego była nieznaczna poprawa wzroku. Ponieważ występowały często bóle głowy, a guz poprzednio opisany w oku tylko się bardzo mało zmniejszył, wykonano radykalną operację t. j. otwarto komórki kości sitowej, usunięto polipy tam się znajdujące, następnie otwarto zatokę czołową i również usunięto znajdujące się tam ziarniny i polipy. Po tej dopiero operacji nastąpiła znaczna poprawa wzroku. $V = \frac{6}{9}$.

Nr 33. *Przypadek podwójnego przedarcia zwieracza tęczówki po urazie.* (Ein Fall von zweifacher Ruptur des Sphincter iridis nach Quetschung). Dr Frachtmann, lek. pułk. 34 p. p. obrony krajowej.

Żołnierz A. K. w sprzeczce z drugim żołnierzem został uderzony pięścią w prawe oko. Badanie wykazało następujące zmiany: Okolice prawego oka silnie zaczerwieniona, obrzękła, na ucisk bolesna. Gałka oczna wysadzona. Powieki obrzękłe zaczerwienione, na powiece górnej zdarcie przyskórka. Napięcie gałki podwyższone. Przednia komora nierówno głęboka, na dnie małe nagromadzenie krwi. Rysunek tęczówki zamazany. Na brzegu wewnętrznym tęczówki znajduje się na zewnątrz i ku górze małe naddarcie. Żrennica szeroka i wcale nie oddziaływa, przedstawia nieregularną podłużno-owalną postać. Na przedniej torebce soczewkowej nieregularne,

szaro-czarne zmętnienie, dna oka wyraźnie nie widać. V = liczenie palców przed okiem; projekcja dobra. Po 10-ciu dniach wszelkie objawy zapalne znikły, pozostały tylko naddarcia łezcówki. Źrenica szeroka nie oddziaływała na światło i zachowała podłużną owalną postać. V = $\frac{1}{21}$.

Nr 36. *Przypadek głębokiego zranienia oczodołu.* (Ueber einen Fall von tiefer Orbitalverletzung). R-a Dr Alois Steidl.

Do kliniki profesora Fuchsa zgłosiła się 17-letnia dziewczyna z raną oka prawego.

Badanie wykazało podbiegnięcie krwawe na obydwóch powiekach oka pr. Na górnej powiece znajduje się rana kłuta o średnicy $1\frac{1}{2}$ cm. Gałka oprócz silnego rozszerzenia źrenicy zmian żadnych nie okazuje, a ruchy jej ku górze na wewnątrz i ku dołowi zupełnie niemożliwe, na zewnątrz zaś tylko z wysiłkiem daje się na 2 mm poruszyć. Źrenica nie oddziaływała na światło i konwergencyę. Współczulnej reakcyi lewej źrenicy z prawego oka brak. *Tonus n. Amantrosa.* Wziernikiem media czyste, granice tarczy nieco zamazane. Tętnice siatkówki prawidłowe, żyły rozszerzone i węzowate, przy małym ucisku na gałkę znikają małe naczynia, tętnica środkowa się zwęża i okazuje tętno. Po 10 dniach rana skórna się zagoiła, a chora z przepisem na KJ opuściła klinikę. Stan wziernikowy był prawie niezmienny. Po 13 dniach badanie wykazało, ruchomość gałki prawej prawidłową, szerokość szpary powiekowej o 2 mm mniejszą od lewej, przy patrzeniu do góry oko prawe pozostaje o 2 mm niżej od lewego, ku dołowi o 1 mm wyżej. Źrenica pr. oka nie oddziaływała ani na światło, ani na konwergencyę, ani nie wywołuje oświetlenia tegoż współczulnej reakcyi na l. oku. Przy słabszem oświetleniu jest prawa źrenica 5.5 a lewa 7.5 mm szeroka; przy silnem oświetleniu lewego oka zwężają się obydwie źrenice, lecz lewa szybciej i silniej. Tarcza nerwu wzrokowego ostro odgraniczona okazuje obraz zwykłego zaniku. Zupełna ślepota.

Barwa wągra w ciele szklistem oka. (Cysticereus im Auge mit Beobachtung eines Falles im Glaskörper). Dr Josef Błażek, szpital garnizonowy w Ołomuńcu.

Autor miał sposobność u żołnierza spostrzeżeć barwę wągra w ciele szklistem oka. Żołnierza tego posłano do szpitala w celu zbadania bystrości wzroku. Chory podaje, że od 14 dni traci ciągle na bystrości wzroku, a obecnie prawie nie widzi. Oko lewe zewnętrznym zmianom nie okazywało. Wziernikiem środkki łamiące czyste, tarcza nieco obrzęknięta, granice zatarte. Sia-

tkówka naokoło tarczy od 3—5 szerokości tarczy szaro-białawo zmętniała, naczynia siatkówki wydawały się węższe, żyły rozszerzone, zresztą dno oka prawidłowe. Po miesiącu można było na wewnątrz i ku dołowi od tarczy zauważyć pęcherzykowane podniesienie siatkówki. Powierzchnia górna tego podniesienia była nierówna, naczynia wyglądały jakoby przerywane. Po tygodniu można było wykazać około $1\frac{1}{2}$ mm szerokości tarczy od tarczy wewnątrz ku dołowi do ciała szklanego ostro odgraniczony wielkości tarczy okrągły otwór, którego powierzchnia była niebieskawo-biała, o połysku perłowej masy, podczas gdy brzegi boczne w kolorach tęczowych się mieniły, w górnej połowie widać jasną plamę, która się w kierunku górnego brzegu od czasu do czasu poruszała. Brak naczyń na powierzchni pęcherzyka i zmienianie się barw, oprócz tego brak podniesienia siatkówki poprzednio widzianego przemawiały, że *cysticercus* przebił się do ciała szklanego.

IV. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo okulistyczne w Odessie.

Posiedzenie 2-go listopada 1904 r.

Lewicki pokazywał chorego ze skojarzonym bezwładem mięśni ocznych. Chory mężczyzna, lat 44, przed laty 18 przebywał kilę; bezwład skojarzony mięśni ocznych przed 3-ma miesiącami poprzedzony wymiotami i bólem głowy, który trwa dotąd. Widzenie podwójne, chód utrudniony i odruchy źrenicy na światło osłabione, ale odruch kolanowy zachowany i bystrość wzrokowa prawidłowa. Chory bezwiednie zwraca oczy na wsze strony, ale dowolnie nie jest w stanie ich zwracać.

Rabinowicz pokazał trzymiesięczne dziecko z *Coloboma congenitum* powieki dolnej oka lewego.

Posiedzenie 8-go lutego 1905 r.

Rabinowicz doniósł o wypadku zaćmienia rogówki spowodowanego uciskiem kleszczy podczas porodu u noworodka. Rogówka oka prawego barwy mlecznej tak mocno nasilonej, że ani tęczówki ani źrenicy nie widać, pomimo to jednak nastrzyknięcia około rogówki nie było.

Przy kącie zewnętrznym szczeliny powiekowej i na powiece dolnej oka prawego uszkodzoną została skóra.

Oko lewe zupełnie prawidłowe.

Pod wpływem ciepłych okładów zaćmienie rogówki w ciągu dni kilku całkowicie ustąpiło. R. zaćmienie w danym wypadku tłumaczy obrzękiem rogówki spowodowanym przez ucisk kleszczy na gałkę.

Rosenfeld wygłosił przyczynę do rzeźączkowego zapalenia tęczówki; zaleca on badanie moczu na drobnostroje w każdym wypadku zapalenia tęczówki utrzymując, że wypadki rzeźączkowego zapalenia tęczówki są o wiele częstsze, niż to przypuszczają. Zapalenie rzeźączkowe tęczówki występuje nieraz przy rzeźączkowym zapaleniu stawów, szczególnie zaś stawu kolanowego. Przy zapaleniu rzeźączkowym tęczówki R. poleca jodek potasu.

Posiedzenie 8-go marca 1905 r.

Prof. Gołowin donosi o wypadku promienicy przewodu łzowego. Chory izraelita, lat 54, zwrócił się do G. 13-go września 1904 r. G. znalazł w okolicy górnego przewodnika łzowego obrzęk w postaci wydłużonego wałeczka w miejscu przebiegu przewodnika łzowego. Obrzęk ten na dotyk nie był bolesny, chociaż skóra po nad obrzuwieniem zaczerwieniona, punkcik łzowy rozszerzony, a brzegi jego nabrzękle.

Bystość wzrokowa oka pr. poprawiona przez szkła walcowate. $V = 0.8$ mm.

Oko lewe zupełnie prawidłowe.

Po rozszczepieniu przewodnika, G. wydobyl kilka drobnych ziarenek i jedną większą głębszą brudno-zielonej barwy. Ścisłe badanie grubo- i drobno-zorne wykazało oprócz złogów wapiennych, cienkie, gęsto splecione nici promienicy.

Chociaż promienica przewodników łzowych była opisana po raz pierwszy przez Reymond'a i Pezzonci'a, a następnie przez Domassoli uczonych włoskich, jednak prof. Gołowin twierdzi, że dopiero praca Schröder'a, którego zalicza do uczonych rosyjskich, obudziła większe zajęcie się promienicą przewodników łzowych szczególnie wśród uczonych rosyjskich (Ewecki, Kastalska, Ginsburg, Awerbach, Snegirew, Suszkin).

Pierwszej też Kastalskiej udało się wyhodować grzybek promienicy ze złogów w przewodniku łzowym, ale ani jej, ani nikomu dotąd nie udało się przez zaszczipienie ze złogów w przewodnikach łzowych wywołać promienicę u zwierząt. Prof. Gołowin, kończąc swe doniesienie, wypowiedział życzenie, żeby i tego osta-

tecznego najważniejszego dowodu istnienia promienicy przewodników wzorowych dostarczyli oftalmologowie rosyjscy*).

Posiedzenie 7-go kwietnia 1905 r.

Rabinowicz doniósł o zachorzeniach ocznych przy akromegalii z przedstawieniem chorego.

A. M., lat 42, od kilku lat cierpi na akromegalię, a od 2-eh lat na osłabienie wzroku. Na oku prawem zez stronowy, oddziaływanie źrenic na światło słabe; ośrodki gałek przeziernie, tarcze blade.

Oko prawe liczy palce z odległości $\frac{1}{2}$ -metrowej, oko lewe $W = 1.25$ mm. Stroniosłep lewy; odczuwanie barw w oku lewym zachowane i prawidłowe, w oku prawem obniżone. Powieki (skóra i chrząstki) powiększone, brzegi oczodołów wystają ku przodowi, brwi gęste i długie, gałki oczne zapadłe.

Przy akromegalii ulegają porażeniu niektóre gałązki nerwu okoruchowego; tem się więc tłumaczy zez, bezwład zwieracza tęczy i opadnięcie górnej powieki.—O wiele częściej od n. okoruchowego ulega porażeniu n. wzrokowy, dla tego tak często spostrzegamy przy akromegalii zapalenie i zanik nerwu wzrokowego. Widzimy też nieraz przy akromegalii i tarczę zastoinową.

Hertel zebrał wszystkie wypadki akromegalii podane w piśmiennictwie do r. 1895; było ich 174, zaburzenia zaś ze strony narządu wzrokowego były 91 razy.

Rabinowicz po r. 1895 zebrał jeszcze 77 wypadków akromegalii, pomiędzy tymi 77 wypadkami stwierdził 3 razy zapalenie n. wzrokowego, 5 razy tarczę zastoinową, 33 razy zanik nerwu wzrokowego, 14 razy trzeszcz gałek, 14 razy skroniosłep oboczny (*hemioopia bitemporalis*) i 17 razy stroniosłep (*hemioopia lateralis*).

Posiedzenie 3-go maja 1905 r.

Wagner pokazywał chorego z zapaleniem współczulnem oka lewego po urazie prawego. W. wypowiada się za wyjęciem oka prawego i wycięciem tęczy w oku lewym.

Rabinowicz doniósł o 4 wypadkach współczulnego zapalenia oczu.

*) Zaprawdę uczyć się nam trzeba u rosyjskich uczonych uznania dla swych uczonych rodaków; u nas niestety bywa odwrotnie: polski autor, przytaczając włoskie, francuzkie, angielskie, a nawet japońskie cytaty, pomija lekceważąco polskich autorów. (Ref.)

Niestety często przychodzi nam to stwierdzić. (Red.)

W 1-szym wypadku u dziewczynki 4-letniej, zranionej szkłem, po 20-stu dniach, wystąpiło zapalenie tęczy w oku drugim.

Wyjęcie zranionego oka nie powstrzymało sprawy chorobowej w oku drugim, która zakończona została zanikiem drugiego oka.

W 2-im wypadku u 7-letniego chłopczyka, uderzonego kamieniem w oko prawe, wystąpiło zapalenie sympatyczne, chociaż oko uderzone było wyjęte natychmiast.

W 3-im wypadku u 5-letniego chłopczyka urażone oko było natychmiast wyjęte, pomimo to jednak zapalenie współzulne w oku drugim. Wycięcie tęczy w oku zajęтым sympatycznym zapaleniem nie powstrzymało przebiegu sprawy chorobowej. Oko w końcu zanikło.

W 4-ym wypadku mężczyzna 60-letni wstąpił do szpitala z sympatycznym zapaleniem tęczy po operacyi zaćmy starej na oku drugim.

Wyjęcie oka operowanego nie wpłynęło korzystnie na sprawę sympatycznego zapalenia oka nie operowanego; nie pomogło też wycięcie tęczy, oko to uległo zanikowi.

Prof. Gołłowin doniósł, że z 20-u wypadków wycięcia tęczy w oczach dolkniętych współzulnym zapaleniem, ani w jednym wypadku nie miał pomyślnego wyniku.

Rozenfeld wygłosił rzecz o zmianach w oczach przy *meningitis cerebrospinalis*.

W 30 wypadkach *meningitis cerebrospinalis* (20 w szpitalu żydowskim i 10 w domach prywatnych) najczęściej spostrzegał R. opadnięcie powieki górnej, zez, bezwład zwieracza tęczy i zapalenie nerwu wzrokowego, ani w jednym wypadku nie spostrzegał zapalenia tęczy i naczyńówki, tymczasem w piśmiennictwie lekarskiem *iridochorioiditis* uważa się za najczęstsze powikłanie przy *meningitis cerebrospinalis*.

Rabinowicz podał, że raz tylko jeden spostrzegał zapalenie tęczo-naczyńówkowe przy *meningitis cerebrospinalis*.

Posiedzenie 13-go września 1905 r.

Rabinowicz pokazywał chorą z *Distichiasis vera congenita* u dziewczyny 20-letniej.

R. trzyma się poglądu Kuhnta, że drugi rząd rzęs wyrasta w zastępstwie nieobecnych w tych wypadkach gruczołów Meiboma.

Posiedzenie 1-go października 1905 r.

Rabinowicz doniósł o 24 wypadkach białkomoczowego zapalenia siatkówki i znaczeniu przy rokowaniu o życiu chorych dotkniętych tym zapaleniem.

Z 14-stu wypadków białkomoczowego zapalenia siatkówki w 3-ch śmierć nastąpiła w niespełna miesiąc, od wystąpienia na dnie oka zmian znamienych dla tego zapalenia siatkówki, w 2-ch wypadkach śmierć nastąpiła po 6-in miesiącach, w 3-ch wypadkach po roku, a w pozostałych po 2-ch latach.

V. ROZMAIŃTOŚCI.

Kongres towarzystwa oftalmologów francuskich otwartym zostanie dnia 6-go maja o godz. 8-ej rano w »Hotel des sociétés savantes« w Paryżu.

Referat ogólny: Nieżyt wiosenny (prof. Axenfeld).

Zgłoszenia odczytów przyjmuje dr Dubois de Lavignerie, Paris, 23 rue de Madrid.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Doc. pr. okulista dr Claude du Bois-Reymond w Berlinie powołany został do niemieckiej szkoły lekarskiej w Shangai jako nauczyciel fizjologii i lekarskiej propedeutyki.

Dr C. A. Wood w Chicago mianowanym został także prof. okulistyki przy Northwestern University Medical School.

VII. KRONIKA ZAŁOBNA.

† Dr Belt prof. okulistyki i otologii w Howard University w Waszyngtonie.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BALLABANA
DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZU
LIŚLAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNĄ,
DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILATZA W KRAKOWIE, DRA
KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO
W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO
W WILNIE.

Marzec.

— ROKNIK DZIEWIĄTY. —

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Rady Dworu Prof.
B. Wicherkiewicza.

O operacyjnem leczeniu myopii.

Podał

Dr KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI

docent pryw. okulistyki Uniw. Jagiell.

Sto lat już dobiega od czasu, jak powstała myśl operacyjnego leczenia wysokich stopni krótkiego wzroku. Józef Beer¹⁾ był pierwszym, który w r. 1810 sprawę tę zupełnie jasno postawił, wskazując na usunięcie soczewki z oka, jako na jedyny sposób zmniejszenia nadmiernej łamliwości stanowiącej istotę krótkiego wzroku. Na myśl tę naprowadziły go oczywiście przypadki krótkowidzów na zaemę operowanych, których operacya uwalnia równocześnie i od zaemy i od krótkiego wzroku. O wykonaniu tego pomysłu Beer nawet nie myślał

ze względu na większe wówczas niż dzisiaj niebezpieczeństwa operacji, z czego sobie doskonale zdawał sprawę. Głos Beera przebrzmiał na razie bez echa. Dopiero w r. 1839 RADIUS-WALTHER²⁾ wspomina o możliwości operacyjnego leczenia myopii przez rozkawałkowanie soczewki.

Przeciw leczeniu krótkowzroczności wedle pomysłu Beera wystąpił DONDERS w swem wielkiem dziele o refrakcyi oka, podając jako główny szkopuł utratę akomodacyi przez usunięcie soczewki. Nieprzychylnie stanowisko uczonego tej miary, co Donders, opóźniło bezwątpienia wprowadzenie w czyn teoretycznych projektów.

MAUTHNER³⁾ dopiero mimo wielkiej powagi Dondersa wystąpił śmiało przeciw jego twierdzeniu, wykazując, że akomodacya w wysokich stopniach myopii i tak wielkiej wartości nie posiada, utrata więc jej nie stanowi wielkiej szkody. MOOREN i WEBER zaczęli w r. 1859 u krótkowidzów usuwać soczewki, wnet jednak zaniechali dalszych prób, głównie wskutek przestróg i wątpliwości, podnoszonych przez ALFREDA GRAEFEGO. Ściśle biorąc przypadków MOORENA, który operował bardzo niskie stopnie myopii (nawet 5 D!) nie można chyba zestawiać z fakolizą w dzisiejszem tego słowa znaczeniu. Stwarzał on przez to mniej lub więcej znaczną hypermetropię, a zatem wadę, która stanowi bez porównania przykrzejsze i gorsze utrudnienie w pracy, niż owe słabe stopnie krótkiego wzroku.

Zasługę urzeczywistnienia pomysłu Beera przypisuje dziś świat okulistyczny FUKAŁE⁷⁾ z Pilzna, który w r. 1890 ogłosił w archiwie Graefego sposób operacyjnego leczenia najwyższych stopni myopii przez usuwanie przezroczystej soczewki drogą dyscyzji. Odtąd operację myopii łączą nierozdzielnie z nazwiskiem FUKAŁY. Niektórzy (np. SCHROEDER⁸⁾) przypisują pierwszeństwo VACHEROWI⁶⁾ z Orleanu, który równocześnie i niezależnie od FUKAŁY rozpoczął studia i próby nad chirurgicznym leczeniem myopii. Z tego powodu FUKAŁA⁹⁾ wystąpił w r. 1894 z polemicznym artykułem w archiwie KNAPPA, gdzie dowo-

dzi na podstawie dat, że swoją pierwszą dyscyzyę wykonał o całe dwa lata wcześniej niż Vacher, mianowicie w kwietniu 1887 r., gdy Vacher dopiero w kwietniu 1889 r. Ten spór o pierwszeństwo wydaje się jednak co najmniej bezprzedmiotowym wobec faktu, że o 6 lat wcześniej od Fukały, mianowicie w kwietniu 1881 r. wykonał pierwszą operację myopii prof. Wicherkiewicz w Poznaniu i to zapomocą dyscyzy i ekstrakcyi soczewki, a więc tym samym sposobem, którego zaczęli później używać Vacher i Fukała i Pflüger i inni. Przypadek ten z wynikiem zupełnie pomyslnym został ogłoszony i opisany szczegółowo w czwartym, drukowanym sprawozdaniu rocznem z poznańskiej prywatnej kliniki ocznej prof. Wicherkiewicza⁴⁾. Mimo, że sprawozdanie to wyszło równocześnie w języku polskim i niemieckim i mimo, że zostało rozesłane wielu okulistom i redakcyom okulistycznych czasopism, fakt wykonania pierwszej fakolizy sposobem dziś powszechnie już używanym przez polskiego operatora dziwnym zbiegiem okoliczności uszedł uwagi i nie został należycie oceniony. Być może, że nikomu na myśl by nie przyszło niewątpliwego prawa pierwszeństwa odmawiać prof. Wicherkiewiczowi, gdyby był po tej pierwszej szczęśliwej operacyi w krótkim czasie dalsze podobne przypadki ogłosił. Niestety u tegosamego chorego na jego własne żądanie w rok później na drugim oku wykonana dyscyzya skończyła się ropnem zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, co na czas dłuższy zraziło prof. Wicherkiewicza do podejmowania dalszych prób fakolizy.

Nie umiejsza to jednak wcale jego zasługi śmiałego rozpoczęcia operacyjnego leczenia myopii, w czem uprzedził o 6 lat w wykonaniu, a o 9 lat w ogłoszeniu Fukałę, którego mimo tego obwołano twórcą i promotorem nowej metody. W interesie prawdy i słuszności uważam za mój obowiązek ten dla nauki polskiej tak pochlebny przyczynek do historii fakolizy z całym naciskiem podkreślić i udokumentować opisem owego pierwszego przypadku, przytoczonym w dosłownem brzmieniu wedle wspomnianego wyżej sprawozdania

poznauńskiej kliniki. Opis ten umieszczam poniżej na czele kazuistyki, stanowiącej treść niniejszej pracy*).

Sprawa operacyjnego leczenia krótkowzroczności jakkolwiek sięga już dość odległych czasów i stała się przedmiotem niezliczonych prac i studyów daleką jest jeszcze od ostatecznego rozwiązania i niechybnie upłyną lata, zanim nauka wypowie o niej swe ostatnie słowo. Jeszcze dziś operacya ta liczy wielu przeciwników, głównie z powodu mnogich niebezpieczeństw, jakie operowanemu oku zagrażają. Gdyby nie te niebezpieczeństwa i gdyby nie ta niepewność, jakie będą późniejsze, ostateczne losy operowanego oka, to nie byłoby chyba dwóch zdań co do wartości fakolizy. Korzyści, jakie usunięcie soczewki przynosi ludziom dotkniętym bardzo wysokim stopniem myopii nie dadzą się zaprzeczyć. Możliwość widzenia w dal bez szkieł, lub przez szkła słabe, znacznie, niekiedy kilkakrotnie zwiększona bystrość wzroku, wreszcie odzyskanie widzenia obuocznego w przypadkach, gdzie drugie oko nie ma wysokiej myopii, albo, gdzie fakoliza mogła być wykonana obustronnie, wszystko to są zdobycze nie do pogardzenia. We wielu przypadkach operowany odzyskuje przez to straconą zdolność do pracy. Najbardziej może przyczynia się do tego wybitna zwykle poprawa bystrości wzroku, dająca się wytłumaczyć powiększeniem obrazków siatkówkowych wskutek usunięcia soczewki. Niektórzy autorowie przypuszczają nadto wprost korzystny wpływ fakolizy na odżywienie głębokich błon

*) Dla ścisłości należy jeszcze dodać, że amerykański autor Wood⁵⁾ wspomina w »The American Journal of Ophthalmology 1890 r.«, że dr F. Smith w Chicago wydobyl w r. 1880 u pewnego 35-letniego księgarza z myopią 20,0D przezroczystą soczewkę zapomocą cięcia płatowego bez irydektomii. W miesiąc potem miał mieć operowany prawie prawidłową bystrość wzroku przy myopii 5—6 D. i wrócił do swoich zajęć. Zauważyć jednak trzeba, że Wood przytoczył przypadek ten z pamięci i to tylko ogólnikowo, w 10 lat później, po śmierci operatora.

ocznych, przez co ma się powiększać czynnościowa sprawność wrażliwych składników siatkówki. Pflüger¹⁰⁾ posuwa się jeszcze dalej, przyjmuje bowiem wzmożenie wrażliwości ośrodków wzrokowych w płatach potylicznych pod wpływem podniet dostarczanych przez wyraźniejsze obrazki siatkówkowe. Przemawia za tem, zdaniem jego, stopniowa poprawa bystrości wzroku oczu operowanych jeszcze po upływie miesięcy i lat, a także i to, że niekiedy podnosi się równocześnie bystrość wzrokowa drugiego nieoperowanego oka nawet mimo postępów myopii.

Zwolennicy fakolizy przypisują jej oprócz tego wpływ powstrzymujący postępy myopii, która w oku operowanem albo przestaje się wzmacniać, albo powiększa się znacznie wolniej w porównaniu z drugim okiem, o ile nie było operowane. Tu trzeba zauważyć, że to zwolnienie tempa w powiększaniu się myopii oka operowanego bywa jednak najczęściej tylko pozornem. Pamiętać należy, że wydłużenie przednio tylnej osi gałki ocznej o 1 mm podnosi, jak to liczne obliczenia i pomiary wykazały, łamliwość oka mniej więcej o 3 dyoptrye, ale prawidłó to odnosi się tylko do oczu posiadających soczewkę. W oczach pozbawionych soczewki przyrost 1 mm długości tej osi dodaje nie 3, ale tylko 1,5 dyoptryi siły łamliwej. Gdy się tę okoliczność uwzględni, łatwo zrozumieć, że oko operowane, które po upływie pewnego czasu okazuje dwa razy mniejszy przyrost myopii, niż oko drugie, wydłużyło się jednak nie w mniejszym, lecz w tymsamym stopniu co tamto, a że wszystkie niebezpieczeństwa i wszystkie powikłania, jakie zagrażają oku krótkowzrocznemu mają swe źródło głównie w tem powiększaniu się gałki ocznej i rozciąganiu jej ścian, więc korzyść, jaką w tym względzie daje fakoliza może być w najlepszym razie tylko połowiczą.

Co do korzystnego wpływu usunięcia soczewki na w toku będące zmiany chorobowe siatkówki i naczyńiówki, zwłaszcza na *chorioretinitis centralis* zapatrywania poważnych autorów tak są do tej pory sprzeczne, że tej zalety na razie bez zastrzeżeń przyznać fakolizie niepodobna. Utrata akomodacji nie

przynosi natomiast, jak już wyżej nadmieniono, żadnej ujemy oczom operowanym, bo i poprzednio oczy takie, których myopia przekraczała 10, a tembardziej 15 D, nie potrzebowały z akomodacyi żadnego prawie robić użytku.

Niebezpieczeństwa, jakie zagrażają oku operowanemu z powodu myopii są liczne i groźne. Przedewszystkiem jak po każdej operacyi ocznej połączonej z przecięciem ścian gałki ocznej wisi nad okiem groźba zakażenia ropnego. Mimo największych ostrożności pewien odsetek oczu operowanych pada ofiarą tego nieszczęsnego powikłania. Fakoliza wystawia w tym względzie oko na tem większe niebezpieczeństwo, że nie jest właściwie jedną operacją, lecz całym szeregiem zabiegów operacyjnych, z których żaden nie wyklucza możliwości infekcyi. Nie bez znaczenia są także takie powikłania, jak wypływ ciała szklistego, wrośnięcie tęczówki lub torebki do błizny, silniejsze zapalenie tęczówki, obfitszy krwotok. Wpływają one często na pogorszenie wyniku optycznego, a zależne być mogą bądź to od błędów technicznych, bądź od niespokojnego zachowania operowanego, albo wreszcie od przyczyn niezawisłych ani od chorego ani od operatora. Stosunkowo najmniej niebezpieczeństwa przedstawia często występująca jaskra następową wskutek zbyt silnego pęcznienia zaćmiewającej się soczewki. Podwyższenie ucisku ustępuje w tych razach bezpośrednio po częściowem wypuszczeniu kory i mija zazwyczaj bez złych następstw.

Najpoważniejszym i najgroźniejszym poza infekcją powikłaniem jest oderwanie siatkówki. Występuje ono, jak to dotychczasowe doświadczenie operatorów już po nad wszelką wątpliwość stwierdziło, częściej w oczach pozbawionych soczewki, niż w nieoperowanych i jest rzeczą dowiedzioną, że nietylko w tych przypadkach oderwania siatkówki, gdzie występuje ono wkrótce np. w pierwszym roku po operacyi, ale i tam, gdzie między operacją a oderwaniem siatkówki upłynął dłuższy szereg lat, uzasadnionem jest przypuszczenie, że gdyby nie operacja, nie przyszłoby do odczepienia. Dowodem tego są nieszczęśliwe przypadki zupełnej ślepoty u młodych na obu oczach opero-

wanych krótkowidzów, boć do samoistnego, całkowitego i obustronnego oderwania siatkówki na tle myopii już w młodym wieku nigdy prawie nie dochodzi. Wpływ ciała szklistego stwarza niewątpliwie warunki sprzyjające oderwaniu siatkówki. Prócz tego złą sławę pod tym względem mają ponawiane niejednokrotnie dyscezyje zaćmy wtórorzędnej, przy których nie może się obejść bez zranienia ciała szklistego. Wogóle dziwić się nie można, że wobec wielkiej skłonności oczu z wysoką myopią do oderwania siatkówki, szereg następujących po sobie operacji, choćby najrzęczniejszych i najdelikatniejszych wykonanych, może doprowadzić wreszcie do tego smutnego zejścia. Ale właśnie ze względu, że i nieoperowane oczy tak często ulegają oderwaniu siatkówki, niepodobna jest nieraz w poszczególnym przypadku orzec napewno, czy winę w nieszczęściu rzeczywiście ponosi operacja. Tosamo odnosi się do wielu innych powikłań wysokiej myopii, jak zaćmienia w ciele szklistem, sprawy zapalne i zanikowe w siatkówce i w naczyniówce, krwotoki siatkówkowe, zajmujące, jak wiadomo, z upodobaniem plamkę żółtą. Choćby powikłania te nie stały w danym razie w żadnym przyczynowym związku z fakolizą, to jednak operator musi być przygotowanym na to, że *odium* najczęściej, choć niesłusznie, spadnie na niego. Dlatego zdaje mi się, że rozważny i przewidujący lekarz nie powinien nikogo usilnie do fakolizy namawiać. Stokroć lepiej ograniczyć się do objaśnienia korzyści, jakie operacja przynieść może, nie przemilczając zagrażających niebezpieczeństw. Po dokładnem i przedmiotowem przedstawieniu widoków operacji oczekiwałbym stanowczego wezwania ze strony chorego, względnie jego rodziny, do rozpoczęcia leczenia operacyjnego.

Wobec wielkiej odpowiedzialności, jaka spada na nas za dalszy los operowanych oczu lepiej jest operować najpierw jedno tylko oko i to jeśli między oczyma zachodzi różnica, oko gorsze (z wyższą myopią, względnie ze słabszą bystrością wzroku), a dopiero po kilku latach, gdy skutek na oku operowanym już się utrwali, na wyraźne życzenie chorego wykonać fakolizę także i na drugim oku. Obustronna operacja

bądź co bądź przynosi tę korzyść, że przywraca operowanemu utracone widzenie obuoczne. Z wielkim namysłem i wielką oględnością przystępować należy do operacji u osób jednooczkich, względnie na jedno oko wskutek myopii lub innych powodów osłepłych.

Co do stopnia myopii nadającego się do fakolizy prawie powszechnie przyjmują autorowie 15,0D jako dolną granicę. Dodałbym tylko, że właśnie przy tej dolnej granicy należałoby uwzględniać krzywiznę rogówkową, bo myopia 15,0D tylko w tych przypadkach może zamienić się po usunięciu soczewki na emmetropię, w których krzywizna rogówki jest silniejszą niż bywa przeciętnie. Inaczej powstaje hypermetropia, a taka zamiana nie przynosi operowanemu spodziewanych korzyści. Przy wyższych stopniach Mp. nie konieczną jest rzeczą oglądać się na krzywiznę rogówki, bo mały stopień myopii pozostały po usunięciu soczewki nie sprawia choremu wiele przykrości. Krzywiznę rogówki musimy jednak brać w rachubę, chcąc możliwie ściśle obliczyć z góry łanliwość, jaką oko po usunięciu soczewki uzyska. Sposoby i wzory, wedle których przeprowadza się takie obliczenia przedstawił *Brudzewski*¹¹⁾ w pracy, ogłoszonej w drugim roczniku »Postępu okulistycznego« z r. 1900 i wykazał zależność refrakcyi pooperacyjnej od krzywizny rogówkowej. Jeśli krzywizna rogówki jest słabsza od przeciętnej, refrakcyja pooperacyjna będzie niższą, jeśli zaś jest silniejszą od przeciętnej, wypadnie refrakcyja wyższą. Do celów praktycznych wystarcza sposób podany przez *Ostwalta*¹²⁾, który każe liczbę dyoptryi szkła wyrównującego w zupełności myopię przez 2 podzielić i otrzymaną liczbę odjąć od 11,0D. hypermetropii. Np. myopia wyrażona szkłem wyrównawczem wynosi 26,0D, połowa: 13,0D. Odjąwszy 13,0D od 11,0D hypermetropii otrzymujemy $M_p = 2,0D$. Obliczenie to robi się zatem wedle ogólnego wzoru: $R_2 = 11 - \frac{1}{2} M_p$. *Hirschberg*¹³⁾ odejmuje $\frac{1}{2} M_p$ nie od 11 lecz od 10 dyoptryi, ale otrzymuje przednim punkcie ogniskowym oka bezsoczewkowego, a więc w odległości 23 mm przed środkiem rogówki. Wzór *Ostwalta*

podaje natomiast refrakcyę wyrażoną szklę, umieszczonem w zwyczajnej odległości okularów próbnych, a więc 10 mm od środka rogówki.

Ze zmian na dnie oka tylko świeże, w toku będące sprawy zapalne czy zanikowe w siatkówce lub w naczyniówce i świeże krwotoki stanowią oczywiście przeciwwskazanie. W takich przypadkach przeprowadza się dłuższe leczenie i nie przystępuje do operacyi przed ostatecznem ustaleniem się zmian w głębi oka. Ze odczepienie siatkówki wyklucza operacyę, zbyt czarna chyba dodawać. Nawet wobec znaczniejszych zaćmień w ciele szklistem trzeba się mieć na baczności, bo są one często zwiastunami zbliżającego się oderwania siatkówki. Zwyczajne jednak zmiany na dnie oka, do obrazu klinicznego wysokiej myopii należące, jak zanik naczyniówki dookoła tarczy i rozrzedzenie jej w okolicy tylnego bieguna nie mogą chyba stanowić przeciwwskazania dla fakolizy, bo w takim razie mielibyśmy prawo operować wysoką myopię w niezmiernie tylko rzadkich przypadkach.

Wiek chorych nie ma dla operacyi myopii zasadniczego znaczenia. Po największej części operuje się jednak osoby w młodym i średnim wieku. Tu zauważyć należy, że w soczewkach oczu, okazujących wysoką myopię zazwyczaj o wiele później niż w prawidłowym stanie występuje stwardnienie jądra. Świadczą o tem przypadki, gdzie po 40-tym roku życia *extracto linearis simplex* wystarcza zupełnie do usunięcia soczewki zaćmionej zapomocą dyscyzyi. Pflüger¹⁰⁾ przekonał się na swym dużym materiale, że w przypadkach wysokiej myopii twarde jądro w soczewce wytwarza się najczęściej dopiero po 60-tym roku życia.

Techniczna strona operacyjnego leczenia myopii nie przedstawia szczególnych trudności. Na ogół rozróżniamy dwa odrębne sposoby postępowania: Przeważna część operatorów rozpoczyna rzecz od rozcięcia przedniej torebki, najczęściej krzyżowego, poczem po kilku lub kilkunastu dniach, gdy soczewka jest już zupełnie lub prawie zupełnie zaćmiona, usuwa się znaczną część pęczniejącej kory zapomocą cięcia nożem gro-

towym, najlepiej bez irydektomii. Pozostałe resztki z początku zasłaniające zwykle całą źrenicę ulegają dość szybko wessaniu. W przeciwnym razie zmuszeni jesteśmy nakłucie rogówki ponowić. W bardzo wielu przypadkach trzeba jeszcze dodać dyscezyę zaćmy wtórorzędnej, na czem się kończy szereg operacji, objętych ogólną nazwą fakolizy (Gelpke) lub *suppressio lentis* (Pflueger). Ten rodzaj postępowania operacyjnego nazywany jest dość powszechnie metodą Fukały, jak wykazałem wyżej, niesłusznie, ponieważ prof. Wicherkiewicz o wiele wcześniej od Fukały użył takiego samego sposobu do usunięcia przezroczystej soczewki z oka krótkowzrocznego. Drugi sposób postępowania zalecany przez Sattler'a¹⁴⁾ i Hess'a, i liczący o wiele mniej zwolenników, polega na wydobyciu soczewki przezroczystej zapomocą cięcia liniowego z pozostawieniem torebki t. j. po wykonaniu cystotomii. Przezroczysta kora nie wychodzi tak łatwo, jak zaćmiona, prawie zawsze pozostają resztki, które się następnie zaćmiewają i zasłaniają źrenicę. Trzeba nieraz długo czekać na ich wessanie, a najczęściej zaćmiewa się także torebka i zachodzi konieczność wykonania dyscezyi. W każdym razie leczenie ogranicza się tutaj do dwóch, a czasem do jednego tylko zabiegu operacyjnego. Zwolennicy tego sposobu podnoszą w pierwszym rzędzie jako jego zaletę krótszy czas leczenia i możliwość rychlejszego powrotu do pracy. Znaczne skrócenie przebiegu można uzyskać także przy użyciu pierwszego sposobu operowania, jeśli się przy ekstrakcyi stosuje wypłukanie resztek fizyologicznym roztynem soli zapomocą undiny metodą Wicherkiewicza. Zabieg ten wykonany zręcznie i z zachowaniem ostrożności aseptycznych nie powoduje żadnego zadrażnienia, a przyspiesza znacznie oczyszczenie źrenicy. W niektórych przypadkach, wykonując fakolizę u dzieci, możemy ograniczyć się do jednej tylko dyscezyi torebki, pozwalając soczewce zaćmić się i uleść powoli z biegiem czasu dobrowolnemu wessaniu.

W najnowszych czasach zaczyna coraz większego rozgłosu nabierać śmiały sposób wydobywania zaćmy w zamkniętej torebce zalecony już zresztą dawniej przez Pagenste-

ch'era, dla pewnych ściśle określonych przypadków. Propagatorem tej nowej operacyi, zwanej szumnie operacją wschodnio-indyjską (*East Indian Operation*) jest Dr Smith¹⁵⁾ z Jullundurtu. Wykonuje on ją trochę inaczej niż Pagenstecher, bo nie wprowadza do głębi oka ani łyżeczki, ani żadnego innego narzędzia, lecz wypycha z oka soczewkę w zamkniętej torebce przez ucisk zewnętrzny. Należy się spodziewać, że znajdą się operatorowie, którzy się odważą na wydobywanie soczewki przezroczystej tym sposobem w zamkniętej torebce w przypadkach wysokiej myopii. Jest to jednak operacja trudna i niebezpieczna, ze względu na częstość wypływu ciała szklistego, bo powikłanie to naraża oko w wysokim stopniu na następne oderwanie siatkówki. Operacja taka miałaby tylko tę zaletę, że byłaby pierwszą i ostatnią zarazem, że zatem raz jeden tylko oko byłoby wystawione na niebezpieczeństwo infekcyi. Czy korzyść ta zrównoważyłaby liczne niebezpieczeństwa takiej doraźnej ekstrakcyi, tego z góry przesądzać nie można.

Jak długo nie udowodniono praktycznej wyższości sposobów operacyjnych polegających na bezpośrednim wydobywaniu przezroczystej soczewki, sposób fakolizy drogą dyscezyi i ekstrakcyi zaćmionej soczewki musimy uważać za najodpowiedniejszy i najlepiej odpowiadający celowi. Tego też sposobu od początku, t. j. od r. 1881 używa prof. Wicherkiewicz. Świadom jednak rozlicznych, wyżej wyłuszczonych niebezpieczeństw fakolizy, jakkolwiek metodą przeprowadzonej, kieruje się prof. Wicherkiewicz wielką oględnością w wyborze przypadków, nadających się do operacyi. To ostrożne, eklektyczne postępowanie tłumaczy szczerą stosunkowo liczbę operowanych przypadków, ale zarazem pomysłne na ogół wyniki fakolizy. Poniżej umieszczona kazuistyka obejmuje przypadki operowane w krakowskiej uniwersyteckiej klinice okulistycznej, następnie przypadki z prywatnej klienteli prof. Wicherkiewicza, do których ogłoszenia zostałem upoważniony, a wreszcie jeden przypadek, operowany w zeszłym roku przemennie.

(c. d. n.).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LV. Z. 3. (Referent Dr Bał-
taban).

*Oznaczenie wartości jekwirytolu i surowicy jekwiry-
tolowej na podstawie doświadczeń na zwierzętach.* (Wert-
bestimmung des Jequiritols und des Jequiritol-Heilserums durch
Thierexperimente). Dr Scholtz.

Autor opisuje swe doświadczenia na myszach, które przed-
siębrał chcąc się przekonać, czy można wykazać, jak wielką jest
dawka trująca jekwirytolu, a równocześnie, czy surowica jekwiry-
tolowa posiada siłę chronienia ustroju przed tą truczką. Przy tej
sposobności badał autor sposób ogólnego działania tego środka
i stosował go podskórnie. Przekonał się też, że najmniejsza
dawka trująca jekwirytolu nr. IV dla białej myszy jest 0.00005 g.
Dalej przekonał się, że surowica jekwirytolowa może już w bardzo
małej dawce zubożnić działanie jekwirytolu i to tak, że dawka
trująca staje się zupełnie nieszkodliwą, lub też co najwyżej wy-
wołuje tylko objawy nudności. Jako bezwzględnie skuteczną dawkę
przeciwko otruciu jekwirytolem wykazał autor 0.0006 g surowicy.
Surowica pozostaje przy tem skuteczną jeszcze przez dłuższy czas
po jej zastosowaniu i wpływa bardzo zbawiennie na zapalenie ocz
wywołane jekwirytolem.

Przyczynek do nowotworów rąbka spojówkowego. (Bei-
trag zu den Tumoren des Limbus). Dr Mathieu.

Autor opisuje 3 rzadkie przypadki nowotworów:

1) Odpowiednio do dolnej zewnętrznej części rogówki był
umiejscowionym nowotwór półksiężycowaty, który przechodził 1—
2 mm na spojówkę gałkową. Guz ten miał białą barwę i wysta-
wał po nad poziom rogówki o 1 mm.

2) Dolno-wewnętrzny kwadrat rogówki był pokryty guzem
o budowie płatowej, który przechodził po za granicę rogówko-
twardówkową i tu zwieszając się sięgał aż prawie do dolnego za-
łamka spojówki.

3) U brzegu rogówki znajdował się trójkątny guz, który mało
co ją pokrywał i był galaretowato miękkim.

Z przeprowadzonego badania histologicznego wynika, że wszystkie te trzy przypadki mają pewne wspólne znamiona, a mianowicie łagodny i czysto przybłonkowy charakter nowotworu. Nr 1-szy i 2-gi przypadku widzimy, że budowa nowotworu zbliża się do budowy t. zw. *papilloma*. Oba te guzy składają się przeważnie z przybłonek, które przechodzą bez ostrej granicy w łącznotkankową podstawę. W 2-gim przypadku dawało się spostrzegać zrogowacenie górnych warstw przybłonkowych. 3-ci przypadek guza jest swoją budową zbliżonym do bezbarwnego *naevus*, jak również do łagodnego torbielowatego nabłoniaka, gdyż autor znalazł tutaj torbiele różnorodnej postaci i komórki przybłonka, które były w bezpośrednim związku z przybłonkiem u powierzchni guza. Autor jest zdania, że guz taki należy uważać za zbroczenie w rozwoju ograniczonej części spojówki.

Przyczynek do poznania wrodzonego wodoczu. (Beitrag zur Kenntnis des Hydrophthalmus congenitus). Dr Michelson-Rabinowitsch.

Autor opisuje chorego 5/4-letniego, u którego powieka oka lewego była obrzękniętą, przyczem gałka z oczodołu wystawała a ucisk śródoczny był wzmożonym. Ponieważ wzrok był bardzo osłabionym i istniało podejrzenie nowotworu, więc gałkę wyłuszczone. Tymczasem przekonano się, że w przypadku tym chodziło o wodocze, a badanie histologiczne dało następujący wynik:

Od nosa i od skroni nieco ku dołowi znajdowała się obwodowa przednia przyczepina tęczówki, przyczem nie było ani świeżych ani też przebytych zmian zapalnych. Po stronie nosowej był zupełny brak kanału Schlemma, wszystkie błony oczne były bardzo przekrwione.

Autor jest zdania, że wrodzony obrzęk górnej powieki należy uważać za t. zw. *elephantiasis mollis*.

Tom LV. Zeszyt 4.

O niektórych szczegółach budowy ludzkiej rogówki. (Über einige Besonderheiten in der Structur der menschlichen Cornea). Dr Pes.

Autor namaczał skrawki świeżych rogówek w następujących rozczynach barwnych i to przez 20—30 minut: hematoksylina 0.5 gm, woda 100 gm, kwas karbolowy 2 i fosforowy błękit metylu 2 gm i wody 20 gm. Po tem obmywał skrawki we wodzie i wkładał je do 60 i 90% rozczyntu alkoholu, w końcu wkładał je do kreozotu i mógł w ten sposób postępując otrzymać przez

rozdzielanie bardzo subtelne preparaty (*Zupfpräparate*). Przy tem postępowaniu pokazało się, w przeciwieństwie do metody Tartuferiego, że składowe włókna tkanki rozpadły się we włókna łączno-tkankowe, przyczem nie można było rozróżnić włókien sprężystych od włókien łączno-tkankowych.

Zdaniem autora włókna barwione w ten sposób są zupełnie różne od włókien sprężystych Tartuferiego. Włókna te są nadzwyczaj delikatne, a powstają podobnie jak sprężyste włókna Tartuferiego wskutek przemiany protoplazmatycznych wypustek stałych ciałek rogówki.

Autor badał także budowę włókien rogówki i przekonał się, że każde takie poszczególne włókno składa się z całej gromady pasemek, które w jednym i tym samym kierunku przeciągają. Takie włókno jest około 1 μ grube, tak że środek rogówki składa się około ze 600 takich włókienek. Włókienka te są 10—20 μ szerokie, a w przebiegu swym krzyżują się nawzajem.

Przyczynek do poznania pęknięć naczyńiówki. (Beitrag zur Kenntnis der Chorioidealrupturen). Dr Kröner.

Autor opisuje jeden przypadek promienistego pęknięcia naczyńiówki i drugi przypadek pęknięcia siatkówki i naczyńiówki w postaci szpary (coloboma). W 2-gim przypadku dały się spostrzegać następujące zmiany powstałe w następstwie urazu: Lewa dolna powieka była zbliznowaciała, źrenica była przesunięta ku nosowi i ku dołowi i w tymże kierunku wydłużoną. Tarcza wzrokowa znajdowała się w okresie przebytej zastoiny, w kierunku ku dołowi i ku nosowi znajdowała się duża biała błyszcząca plama, ułożona w tej samej płaszczyźnie, co otaczająca ją siatkówka. Przez plamę tę przeciągają naczynia siatkówki. Zmiany te przemawiają za pęknięciem naczyńiówki, a nie za wrodzoną szparą naczyńiówki.

Prace z dziedziny współczulnego zapalenia oka. (Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie). *O wchłanianiu bodźców zakaźnych do krwi przy zakażeniach śródgałkowych.* (Über die Aufnahme von Infektionserregern in das Blut bei intraokularen Infektionen). Prof. Römer.

Autor skłania się do teoryi przerzutowej w patogenezie współczulnego zapalenia oka a to dla tego, że w przeciwieństwie do innych teoryi nie stoi ona w sprzeczności z klinicznymi i doświadczalnymi faktami. Podnosi on tę okoliczność, że powiodło mu się udowodnić przedostawanie się zarodków zakaźnych drogą na-

czyli krwionośnych z zakażonego pierwotnie oka do gałki ocznej oka drugiego i to do tęczówki i do ciała rzęskowego. Jeżeli Mo-tais przyjmuje, że zarodki zakaźne przedostają się do oka drugiego drogą żył podskórnych grzbietu nosa i twarzy, to zdaniem autora przemawia to zapalrywanie również tylko za przerzutowem przedostaniem się drogą naczyń krwionośnych. Następnie porusza autor pobieżnie duży rozdział nauki o zakażeniu, popierając ją odpowiednimi najważniejszymi faktami i omawia dalej szczegółowo nierozwiązane dotychczas pytanie, czy przy okaleczeniu oka przedostają się zarodki zakaźne w krążenie analogicznie, jak to ma miejsce przy innych chorobach zakaźnych.

Następnie omawia on na podstawie doświadczeń, możliwość powstania przerzutowego współzależnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Przy odpowiednich doświadczeniach na zwierzętach przekłwał on środek rogówki wyżarzoną w ogniu igłą, przyczem ciecz wodna odpływała, a następnie wstrzykiwał wyżarzoną kaniulą strzykawki zawiesziny drobnoustrojów przez soczewkę wprost w ciało szkliste. Autor unikał przy tem okaleczenia krwionośnych naczyń oka, a były doświadczenia wykonane ściśle aseptycznie.

1) *Doświadczenia z bodźcami powodującymi septykemię.*

a) Doświadczenie z dwóinkami zapalenia płuc.

Po zastrzyknięciu do ciała szklanego 0·05—0·1 hodowli giną króliki najpóźniej po upływie 36 godzin.

Przy tem pokazało się, że już wkrótce po rozpoczęciu zastrzykiwania śródgałkowego, pojawiają się zarodki i w innych narządach, a mianowicie także w tęczówce i naczyniówce oka drugiego. Z tych części składowych oka można już po upływie kilku godzin wyhodować dwóinki. Że zarodki te przedostają się do oka drugiego tylko drogą naczyń krwionośnych, to wynika z tego, że wbrew teorii migracyjnej Dentschmanna w tym czasie są szlaki wzrokowe jeszcze zupełnie wolne od drobnoustrojów. Taksamo wykazały doświadczenia robione z septykemią królików i cholera kur, że zarodki zakaźne wiskają się rychło w krążenie. Ażeby doświadczenie to zbliżyć możliwie do warunków, w jakich powstaje współzależne zapalenie gałki ocznej t. z. z poszczególnych zarodków, postępował autor w ten sposób, że zastrzykiwał w głąb ciała szklanego tylko bardzo małą dawkę cholery kur. Mógł się jednak przytem przekonać, że zarodki te mimo b. małej dawki przedostają się do krwi bardzo rychło.

b) Przy doświadczeniach ze streptokokami, przyczem do ogólnego zakażenia potrzeba ich o wiele więcej aniżeli pneumokoków, przekonał się autor, że zarodki ich dały się wykazać w głębi na-

rządów o wiele później aniżeli pneumokoki. I w tym wypadku droga szlaków wzrokowych pozostaje nienaruszoną. Doświadczenia z zarodkami przetrwałymi jak np. z zarodnikami wąglika dawały te same wyniki.

2) *Doświadczenia z bodźcami wywołującymi przerzuty.* (Versuche mit Metastaseerregern).

Doświadczenia z gronkowcami wykazały, że takowe działają w ciele królika przeważnie przez przerzuty. Wogóle nie dało się wykazać na podstawie mózgu jakiegos równomiernego ich wzmoczenia się. Na 8 przypadków znalazł autor tylko jeden raz w głębi drugiej gałki ocznej gronkowce, podczas gdy można było je wyhodować z innych narządów wewnętrznych.

To nam zdaje się tłumaczyć fakt, że współczulne zapalenie oka drugiego powstaje względnie dość rzadko.

Przeszczepienie prątków gruźliczych dało ten sam wynik, gdyż autor nie znalazł nigdy tych prątków w drugim oku.

3) *Wniknięcie saprofitów do krwi przy śródgałkowych zastrzykaniach.* (Aufnahme von Saprophyten in das Blut bei intraocularen Injektionen).

Doświadczenia z gruźlicą, która to przy doświadczeniu na zwierzętach podtrzymuje przewlekłe postępowe zapalenie wśródgałkowe, sprowadzają warunki, które zbliżają się najwięcej do przewlekłego współczulnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Jeżeli więc wolno co do tego stawiać analogiczne wnioski, to należy przyjąć, że ich bodziec podlega również prawom wyżej ustalonym. Autor rozszerzył swoje badania także na saprofity, gdyż nie wpływają one ujemnie na stan ogólny, przy zakażeniu wśródgałkowym. Do doświadczeń wybrał z wielkiej ich grupy zarodniki prętka siana, gdyż w żyjącym ustroju pozostają one całymi tygodniami przy życiu, nie wpływając ujemnie na stan ogólny.

Ten rodzaj drobnoustrojów nie może się *in continuo* rozszerzać drogą szlaków wzrokowych na oko drugie, gdyż w ustroju żyjącym nie rozrastają się one weale, a przeszczepienia ich zapomocą fagocytów nie udowodniono dotychczas doświadczalnie.

Na podstawie tych doświadczeń teoria migracyjna nie może mieć uzasadnienia szczególnie w tych przypadkach współczulnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, które powstają jeszcze po wyłuszczeniu pierwotnie schorzałej gałki ocznej. Natomiast dało się udowodnić, że spóźnione wyłuszczenie gałki ocznej nie może wpływać ujemnie na wniknięcie zarodków zakaźnych w krążenie. Przy

tem podnosi autor wyraźnie, że sposób zakażenia u zwierzęcia odpowiada tylko w przybliżeniu stosunkom u człowieka.

(c. d. n.).

O niektórych wrodzonych zbożeniach dróg łzowych. (Über einige angeborene Anomalien der Thränenwege). Dr Cosmetatos.

Autor opisuje 5 takich przypadków. W przypadku 1-szym istniała podłużna szpara w miejscu dolnego przewodu, w 2-gim nadliczbowy kanalik (2 punkta łzowe), w 3-cim całkowity zanik dolnego przewodu, w 4-tym brak dolnego punktu łzowego, w 5-tym zaś wrodzona przetoka łzowa. Autor tłumaczy te przypadki w następujący sposób: W 1-m przypadku zamknęła się płodowa szczelina łzowa tylko w dolnej części, część zaś górna została otwartą. W 2-gim przypadku powstały zamiast pojedynczego wybudzenia, z którego powstaje górny przewód łzowy dwa takie wybudzenia i to z górnej części zewnętrznego końca pierwotnego przewodu łzowego. W przypadku 3-cim nie rozwinął się otwór, który powstaje w zatkanych pierwotnie drogach łzowych. W 4-m przypadku kanalik-łzowe nie rozwijają się i nie wyrastają aż do brzegu powiekowego. W 5-m wreszcie przypadku powodem przetoki było śródpłodowe zapalenie gruczołu łzowego.

Przemijające objawy porażenne poszczególnej mięśni ocznych. (Flüchtige Paresen einzelner Augenmuskeln). Dr Brückner.

Autor opisuje przypadek prawostronnego porażenia mięśnia prostego dolnego z odpowiednimi obrazami zdwojonymi. Po $\frac{3}{4}$ godziny nie dały się te obrazy wykazać ani podmiotowo ani też przedmiotowo.

W 2-gim przypadku był porażonym mięsień boczny, a porażenie to trwało przez dzień jeden. Przyczyny w pierwszym przypadku szuka autor w zaburzeniach w krążeniu mózgu (*habitus apoplecticus*), w drugim natomiast nie dała się ona wykazać.

O urazach przeszzywających gałkę oczną. (Über die Perforationsverletzungen des Bulbus). Dr Beck.

Autor referuje o 100 takich okaleczeniach, które spostrzegano w klinice w Wyrzburgu i zestawia przyczynę okaleczenia w odsetkach. Urazy te tyczyły się 85 mężczyzn i 15 kobiet.

Co do wieku rozdzielają się one następująco:

do 6 roku życia. . .	10 przypadków
od 6—10 lat. . . .	13 »

od 10—20 lat.	24	przypadków
» 20—30 »	19	»
» 30—40 »	17	»
» 40—50 »	7	»
nad 5 lat	10	»

Następnie podaną jest tablica co do utrzymywanej bystrości wzroku, z której jest widocznem, że rokowanie przy urazach rogówki i soczewki jest stosunkowo korzystnem, o wiele zaś mniej korzystnem jest ono przy ranach ciała szklistego. Leczenie było zwyczajnem.

W 9-u przypadkach okaleczenia wskutek odłamka żelaza, używano 8 razy magnesu i to w 7 przypadkach z wynikiem dodatnim. W jednym przypadku był odłamek żelaza otorbionym w naczyniówce i siatkówce. W jednym znowu przypadku pozostawał bardzo duży odłamek żelaza, bo 1·5 cm długi, 1 cm szeroki i 0·2 cm grubość przez 18 dni w gałce ocznej. Po wyjęciu żelaza nastąpiło uleczenie, ale wkrótce gałka zanikła. Z pośród 9-u tych przypadków została utrzymaną możliwa bystrość wzroku dwa razy ($\frac{6}{15}$, $\frac{6}{30}$), dwa razy ograniczała się ona do leczenia palców, dwa razy gałka została utrzymaną, trzy razy zaś gałkę wyluszczone. W 13-u przypadkach próbowano wprowadzenia jodoformu w głąb gałki ocznej. W 2-eh z tych przypadków pozostała dobra bystrość wzroku, w 1-ym rozpoznawał chory tylko palec, w 3-eh przypadkach wystąpiła ślepotą i zanik gałki ocznej, w 7-miu zaś przedsiębrano wypatroszenie lub też wyluszczenie oka. Jakiegoś złego wpływu jodoformu nie dało się stwierdzić. W 1-ym przypadku na 100 przyszło do współczulnego zapalenia drugiej gałki ocznej. (Następują tablice i opisy chorób).

Archives d'Ophthalmologie. R. 1907. (Ref. K. W. Majewski).

Aniridia niezupełna. (Aniridie incomplète. Iris rudimentaire). Van Duysse.

Przypadki wrodzonego braku tęczówki były najczęściej tylko klinicznie badane. Histologicznie zbadano dotąd tylko niewiele przypadków (Pagenstecher, Benedetti, Lembeek, Hopf, Rindfleisch, Treacher-Collins i Bergmeister). Przeważnie jednak były to oczy w wysokim stopniu patologicznie zmienione, mianowicie wyluszczone wskutek jaskry w okresie zwyro-

dnienia, wiadomo bowiem, że jaskra z upodobaniem występuje w oczach bezłęczówkowych. Autor zwraca uwagę, że o ile klinicznie często stwierdzamy anirydę zupełną, to jednak wszędzie tam, gdzie przeprowadzono badanie mikroskopowe, znajdowano małe szczątkowe części łęczówki. Van Duyse miał sposobność wykonać badanie mikroskopowe gałek ocznych wyjętych u 9-letniego chłopca zmarłego wskutek *gastroenteritis*. Z rodziny chłopca matka i dwoje rodzeństwa okazywały tę samą wrodzoną nieprawidłowość oczu. Oglądaniem zewnętrznym na wyjętych oczach nie można było dojrzeć wcale łęczówki a to z powodu szarej obrączki, spojówkowej, zajmującej dość szeroko cały obwód rogówek (*embryotoxon*). Badanie jednak rozciętych gałek już makroskopowe, a tembardziej mikroskopowe wykazało na całym obwodzie wazki, nieregularny brzeżek w postaci strzępków szczątkowej łęczówki. Pod względem histologicznym te szczątki łęczówki wykazywały zupełny brak zwieracza i rozwieracza źrenicy. Na podniesienie zasługuje także nieprawidłowy stan naczyń w przednim odcinku jagodówki, ściany ich mianowicie przedstawiały mikroskopowy obraz zwyrodnienia szklistego. W tem prawdopodobnie leży przyczyna znanej skłonności oczu dotkniętych iryderemią do jaskry, która zazwyczaj ma przebieg jak najgorszy.

Histologia patologiczna zapalenia spojówki atropinowego. (Histologie pathologique de la conjonctivite atropinique). Villard.

Tak często występujące przy dłuższem zakrapianiu atropiny zapalenie spojówki z wytworzeniem follikułów nie było dotąd przedmiotem badań histologicznych. Autor wyciął u pewnego chorego, który przez lata całe używał atropiny z powodu *iridocyclitis sympathica* skrawek spojówki z dolnego załamka z licznymi guziczkami wywołanymi działaniem atropiny. Badanie histologiczne wykazało, że granulacye te mikroskopową swoją budową zbliżają się zupełnie do ziarn jaglicowych, a różnią się znacznie od follikułów, do których jednak pod względem wejrzenia klinicznego bardziej są zbliżone.

Alypina i jej zastosowanie w okulistyce. (L'alypine, son emploi en oculistique). Lemaire i Villemonte.

W ostatniem dziesięcioleciu ponawiają się wciąż usiłowania zastąpienia kokainy nowymi środkami znieczulającymi. Środków takich podano cały szereg: nirwanina, tropakokaina, eukaina, subkutyna, holokaina, stowaina, nowokaina, tonokaina, wreszcie alypina. Autorowie zajęli się szczegółowem zbadaniem własności tego ostatniego środka. Doświadczenia na zwierzętach (morskich świni-

kach, kotach i psach) wykazały, że alypina jest mniej więcej w tym samym stopniu trująca jak kokaina, natomiast stowaina okazała się mniej trującą. Porównawcze badanie kliniczne 2 $\frac{1}{2}$ % rozczyynu alypiny z takimże rozczynem kokainy doprowadziły autorów do wniosku, że alypina może być w okulistyce w pewnych przypadkach pożyteczną z powodu tego, że nie zwęża naczyń i nie działa ani na źrenicę, ani na akomodację, natomiast jej siła znieczulająca zdaje się być nieco mniejszą niż u kokainy. Rozczyny alypiny z początku dokładnie obojętne z biegiem czasu trochę kwaśnieją. Seeligsohn przekonał się, że takie kwaśne rozczyzny drażnią tylko oko nie sprowadzając znieczulenia. Doświadczenia autorów nie potwierdziły jednak tej ujemnej własności. Ostatecznie wypowiadają się autorowie przeciw zastąpieniu kokainy alypiną. Ta ostatnia bowiem nie okazuje szczególnej wyższości nad kokainą, a co do niebezpieczeństwa zatrucia kokainą przy jej użyciu w okulistyce, to jest ono przy zachowaniu pewnych ostrożności prawie zupełnie wykluczone.

Igielka do dyscyzyi haczykowata, czyli synechotom lancetowata. (Aiguille à dissection crochue, ou synéchetome lancéolaire). E. Moretti.

Wiadomo, jak często przy dyscyzyi zaćmy wtórorzędnej sprężysta torebka zaćmiona wymyka się z pod igielki, czy nożyka Knappa, a wreszcie rozcięta wraca na swe miejsce, przez co otwór w niej zrobiony szelnie się nieraz zamyka. Aby trudnościom tym zapobiedz i móc wyrwać ze środka kawałek błony torebkowej, nie wprowadzając jednak do przedniej komory narzędzia wymagającego dłuższego cięcia rogówkowego, obmyślił autor igielkę dyscyzyjną, której ostrze ma zwyczajną postać romboidalną, ale w środku romboïdu znajduje się okrągły otwór, wycięty na zewnątrz w jednym z tylnych boków romboïdu. W całości zatem zakończenie igielki przedstawia się jak haczyk, którego łuk zamieniony jest na grot ostrokończysty. Igielkę taką wbija się przez twardówkę do przedniej komory a następnie ostrzem jej przecina się torebkę i chwytła następnie jeden z brzegów zadanej rany w haczykowane wycięcie igielki. Okręcając teraz trzonek narzędzia nawijamy błonkę torebkową na koniec igielki i możemy w ten sposób wyszarpnąć spory kawałek ze środka wtórorzędnej zaćmy. Nakoniec wydobywa się igielkę przez ranę rogówkową, układając płaszczynę jej ostrza równoległe do długości ranki, aby o jej brzegi nie zaczęć haczykowatym wycięciem. Tego samego przyrządu używa autor także do przecinania zrostów łączówkowych.

Nr 2. *Przyroda i sposób powstania plamek barwikowych na spojówce w otoczeniu złośliwych nowotworów barwikowych.* (Nature et mode de formation des taches mélaniques conjonctivales accompagnant les tumeurs mélaniques de la conjonctive). Coppéz.

W związku z opisem jednego spostrzeżenia własnego zastanawia się autor nad powstaniem czarnych plamek na spojówce w otoczeniu złośliwego mięsaka barwikowego spojówki. Badanie drobnowidowe wykazywało w tych plamkach obecność komórek mięsakowych, nie ulega zatem wątpliwości, że są to drobne ogniska przerzutowe. Przypadki takie są nawet szczególnie złośliwe. W przypadku autora przyszło do zejścia śmiertelnego wskutek uogólnienia się nowotworu. W przypadkach Bulla, Michela, Hochheim'a, Seegers'a i Wennemanna mięsaki rozsiewające się w ten sposób na rogówce okazywały również wielką złośliwość i po większej części kończyły się śmiercią. Michel przypuszcza, że plamki owe powstają przez odrywanie się komórek nowotworowych z powierzchni guza i samoistne przeszczepianie się tychże w otaczającą spojówkę, Hochheim zaś przyjmuje rozsiewanie się materiału przerzutowego drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych. Autor na podstawie badań własnych skłania się raczej do pierwszego przypuszczenia.

O ubytkach w polu widzenia spowodowanych przez zaćmienie słońca. (Sur le scotomes par eclipse solaire, scotoma helielipticum). Aubaret.

Ostatnie zaćmienie słońca, widziane 30 sierpnia 1905 w Paryżu przysporzyło znowu okulistom szereg spostrzeżeń *scotoma helielipticum*. Autor opisuje 5 przypadków, leczonych przez siebie i nawiązuje do nich uwagi o znamionach klinicznych i o patogenie tego cierpienia. W przeciwieństwie do innych autorów, a zwłaszcza do dr Menacho z Barcelony, który znajdował w przypadkach takich bardzo znaczne zmiany na dnie oka, twierdzi Aubaret, że z reguły zmiany, jakie w przypadkach *scotoma helielipticum* w plamce żółtej występują, są bardzo niewyraźne i zaledwie dostrzegalne. W dalszym ciągu wykazuje on, powołując się na doświadczenia na zwierzętach, że do spowodowania zmian w siatkówce same promienie ciepłe światła słonecznego nie wystarczają, oko bowiem broni się w chwili olśnienia znacznem zwięzieniem źrenicy, tak, że cieniutka tylko wiązka promieni dosięga siatkówki. Przekonał się, że w takich warunkach silna soczewka, skupiająca w swem ognisku promienie słońca, nie jest w stanie zapalić nawet

łatwo palnego ciała. Tożsamo i chemiczne promienie światła słonecznego nie przyczyniają się do wywołania *scotoma helioclippingum*, bo działanie ich jest powolne, natomiast skutek oślepienia jest, jak wiadomo, natychmiastowy. Wynika z tego, że zmiany, jakie występują przy wpatrywaniu się w słońce okiem nieochronionem, zależą jedynie i wyłącznie od nadmiernie silnego bodźca świetlnego, który autor określa jako uraz świetlny (*phototrauma*).

Zapalenie rogówki miąższowe pierścieniowate. (La k r l te interstitielle annulaire). Monthus.

Autor opisuje dwa przypadki miąższowego zapalenia rogówki, gdzie nacieki zajmujące, jak zwykle, głębokie warstwy i złożone ze zlewających się ze sobą zaćmień mgiełkowatych tworzyły mniej więcej regularny pierścień otaczający niezaćmioną, środkową część rogówki. Pierwszy opis tej postaci miąższowego zapalenia rogówki zawdzięczamy Vossiusowi. Pfister na 130 przypadków *keratitis parenchymatosa* zauważył 5 razy postać pierścieniową. Gr nert opisał 7 podobnych przypadków. Autor podnosi, że postać ta różni się tem jeszcze od typowej *keratitis interstitialis*, że daje powód niekiedy do powierzchownych owrzodzeń. Co do etyologii to jest ona tak samo rozmaita, jak przy zwyczajnem miąższowem zapaleniu rogówki. Kiła nie jest jedynem tlem cierpienia. Dość często wchodzi w grę zolży, niedokrewność, gruźlica, gościec i inne skazy ogólne. Leczenie musi polegać oczywiście na atropinizacji, ciepłych okładach i środkach ogólnych swoistych, lub wzmacniających.

Deutsche med. Wochschrift. 1907. (Referent Dr. W. Reis).

Nr 4. *O dowolnem rozszerzaniu źrenic.* ( ber willk rliche Erweiterung der Pupillen). Reichardt.

Autor czyni kilka krytycznych uwag do artykułu Blocha. (Refer. w „Post. okul.“ 1907. str. 19).

Przedewszystkiem zastanawia się nad pytaniem, czy rozszerzenie źrenic należy w rzeczywistości uważać za czynność pierwotną, wywołaną bodźcem bezpośrednim, czy też za czynność współrzedną, zależną od innego jakiegoś woła kierowanego czynnika.

Przypomina R. sposób dowolnego zwalniania akomodacji i rozszerzenia się źrenic przy wzmiernikowaniu w obrazie prostym. Chcąc

zwolnić akomodację otwiera się zwykle szeroko szparę powiekową i wzrok stara się skierować w dal, wskutek czego oko przybiera wejrzenie oka wysadzonego. Zdaniem R. idzie tu głównie o usiłowanie przestania bodźca nerwowego do mięśni odwodzących by wywołać rozbieżność osi widzenia. Podobnie jak przy ruchach zbieżnych oka źrenice się zwężają, tak znówu przy czynnej rozbieżności źrenice by się rozszerzały. W końcu podaje jeszcze autor wyjaśnienie »odruchu kory mózgowej« Haab-Piltza (rozszerzenie źrenic przy wyobrażeniu ciemnego przedmiotu) siła wyobraźni może w tym wypadku być tak wielką, że osobnik mimowoli czyni to samo, co czynić zwykły przebywając w ciemności, powstaje wytrzeszcz gałki i następuje rozszerzenie źrenicy. Pierwotne, dowolne rozszerzenie źrenic pozostaje więc narazie rzeczą nieudowodnioną.

Nr 5. *Lecznictwo uwiolowe i choroby oczne.* (Uwiolbehandlung und Augenkrankheiten). Axmann.

Autor miał sposobność przekonać się o leczniczym działaniu promieni pozafioletkowych na spojówkę oka.

Nie będąc specjalistą w chorobach ocznych przekonał się o dodatnim wpływie promieni pozafioletkowych tylko w nielicznych przypadkach, z których najbardziej przekonującym był przypadek przewlekłego nieżytu spojówki i odwinięcia powieki przy równocześnie istniejącym toczniu twarzy. Rogówki tak dalece były już zaćmione, że chory bez pomocy poruszać się nie mógł. Głównym przedmiotem leczenia był toczey twarzy. Po 60 jednak posiedzeniach nie tylko że toczey się wygoił ale także wyjaśniły się zaćmienia na rogówce do tego stopnia, że chory mógł sam swobodnie odbywać nawet dalsze przechadzki. Przypadek ten zachęca bardzo do stosowania promieni pozafioletkowych także w przypadkach niepowikłanych chorób ocznych, w których wynik leczenia nastąpiłby w znacznie krótszym czasie.

Nr 9. *Postępy w zakresie szkielec do okularów.* (Fortschritte auf dem Gebiete der Brillengläser). Oppenheimer.

Artykuł pisany dla lekarzy praktycznych stanowi krótki wyciąg z obszerniejszej pracy tego samego autora, umieszczonej w nowym wydaniu podręcznika Graefe-Saemisch.

Die ophthalmologische Klinik. 1907. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 2. *W sprawie leczenia chorób woreczka łzowego i tegoż wycięcia.* (Zur Behandlung der Thränensackleiden und der Exstirpation des Thränensackes). H. Landolt.

Pierwszym, który wykonał już w r. 1724 wyluszczenie woreczka łzowego był Platner. Operacya ta poszła jednak w zapomnienie i dopiero około r. 1860 została ponownie przez Berlin'a zaleconą i wprowadzoną w użycie. W ostatnich czasach jednak dopiero udoskonalenie techniki operacyjnej sprawiło, że wyluszczenie woreczka łzowego daje się wykonać z większą łatwością i przy jakiej takiej wprawie operatora nie pozostawia rażącej blizny, a usuwa doszczętnie groźne dla oka ognisko ropne. Dlatego też operacyę tę robi się obecnie coraz częściej z wielkim pożytkiem dla chorych, których uwalnia się od długiego, a często bardzo bolesnego leczenia zapomocą zgłębników. Autor uważa wyluszczenie woreczka za wskazane we wszystkich uporeczywych przypadkach *dacryocystoblenorrhoea*, zwłaszcza jeśli się już stwierdzić daje wyraźna rozstrzeń woreczka.

Ropienie woreczkowe noworodków. (Die Thränensackeiterung der Neugeborenen). Ollendorf.

Wrodzone ropienie woreczka łzowego zachodzi, zdaniem autora, o wiele częściej niżby się na pozór zdawało, często bowiem przedstawia obraz ludzaco podobny do śluzoropotoku spojówek i bywa wtedy w niewłaściwy sposób przez długi czas leczone. Powstanie cierpienia tego rozjaśniły embryologiczne badania Ma t y s'a. Wykazał on, że pierwszym zawiązkiem woreczka łzowego jest zbite grono komórek przybłonkowych, z którego wyrastają najpierw dwie wypustki w kierunku wewnętrznego kąca szpary powiekowej w postaci pełnych czopów przybłonkowych, a potem podobna, ale większa wypustka również pełna ku dołowi w kierunku jamy nosowej. Z czasem dopiero środkowe komórki w tych czopach przybłonkowych wskutek gorszego odżywienia ulegają zanikowi, przez co powstają jamki i wolne przestrzenie, a te łącząc się ze sobą powodują powstanie właściwego światła przewodu nosołzowego. U góry powstaje woreczek łzowy, dwie wypustki dążące ku oku zamieniają się na przewodniki łzowe, a wypustka dolna tworzy właściwy kanał nosołzowy. Otóż dolny koniec tego kanału jest w niektórych przypadkach jeszcze w chwili urodzenia zamknięty warstwą komórek przybłonkowych, które, jako powierzchowne i lepiej odżywione na czas nie zanikły: *Atresia congenita ostii inferioris ductus naso-*

lacrymalis. Takie wrodzone zamknięcie przewodu nosołzowego powoduje zastój łez i śluzu prowadzący do zakażenia i do ropnego zapalenia woreczka. Często ropienie przegryza wąż zaporę przybłonkową i samo tem sobie koniec gotuje i dobrowolne wyleczenie sprawdza. W innych razach nie prędzej cierpienie ustępuje, dopóki sondą nie przywrócimy drożności przewodu. Jako dzielny środek leczniczy zaleca autor mięsienie woreczka, które czasem samo do wyleczenia choroby wystarcza. Ze względu jednak na możliwość nawrotów zależnych od częściowego przynajmniej zamknięcia dolnego wylotu przewodu nosołzowego korzystniejszą jest, zdaniem autora, nie zwlekając zbyt długo, raz przynajmniej wprowadzić sondę Bowman'a. Na dowód przytacza spostrzeżenie Chevallereau, który wrodzone ropienie woreczka łzowego u noworodka, leczone jako *blennorrhoea conjunctivae* długo a bezskutecznie przez kilku najznakomitszych okulistów paryskich, wyleczył od razu jednorazowym przeprowadzeniem sondy.

Nr 3. *Włókniak oczodołu*. (Fibrom der Orbita). Prof. Königshöfer.

Autor operował u 19-letniego chorego nowotwór pozagałkowy, powodujący znaczne stopnia trzeszcz i unieruchomienie oka, oraz znaczne upośledzenie wzroku zależne od zastoinowego przekrwienia tarczy nerwu wzrokowego. Ponieważ guz nie zdradzał żadnych wzrostów ze ścianami oczodołu, był twardy, zbity i jakby otorbiony, więc autor nie wykonywał operacji sposobem Krönleina, lecz wydobyl guz zapomocą cięcia poniżej gałki ocznej w głąb oczodołu poprowadzonego.

Wyłuszczonego nowotwór miał postać i wielkość kurzego jaja. Oko natychmiast po operacji cofnęło się w głąb oczodołu, potem wystąpiło nieco ku przodowi z powodu następowego krwotoku, wreszcie jednak widocznie wskutek skurezenia się tkanki pozagałkowej wystąpił wybitny *enophthalmus*, połączony z zezem rozbieżnym, dla którego wykonano tenotomię mięśnia prostego zewnętrznego. Badanie drobnowidowe wyłuszczonego guza wykazało utkanie włókniaka okazującego miejscami ogniska rozmięczynowe i przemianę na złośliwy śródbłonniak, wychodzący ze śródbłonka naczyń limfatycznych. Prawdziwe włókniaki oczodołu są niezmiernie rzadkie. Autor znalazł w literaturze tylko 7 podobnych przypadków, w żadnym jednak guz w przybliżeniu nawet nie doszedł do tak znacznych rozmiarów. Przemiana włókniaka na śródbłonniak w nowotworach pozagałkowych nie była dotąd nigdzie opisana.

Badania kliniczne nad erosio corneae recidivans.
(Klinische Studien zur Frage der rezidivierenden Erosion). E. K a u f f m a n n.

Tak zwana *keratylgia* lub *erosio corneae recidivans*, występująca po drobnych nieraz uszkodzeniach urazowych przybłonka rogówkowego jest postacią chorobową, na którą, zdaniem autora, zbyt mało zwraca się uwagi i zbyt się mało kładzie nacisku w obszernych nawet podręcznikach okulistyki. Mając w swej praktyce bardzo wiele przypadków różnych uszkodzeń oka, a w szczególności rogówki, porobił autor liczne spostrzeżenia tak co do istoty tej zmiany chorobowej, jakoteż co do sposobów jej leczenia. Podnosi on, jak ważną jest rzeczą pamiętać o możliwości nawrotów keratylgii w przypadkach zranień przybłonka rogówkowego, zwłaszcza jeżeli mamy złożyć orzeczenie wobec towarzystw ubezpieczenia od wypadków. Jeśli się z góry nie wspomni o takiej możliwości, trudno jest potem przekonać władze o związku bolesnego nawrotu cierpienia z nieznacznem uszkodzeniem, jakiego chorey doznał przed kilku tygodniami, lub nawet kilku miesiącami. Zgodnie z badaniami Frankiego przyjmuje autor za istotę w mowie będącego cierpienia pewne rozluźnienie warstwy przybłonkowej w miejscu zagojonego zranienia. Przybłonek w punkcie samego uszkodzenia, ale nieraz także i na rozleglejszej przestrzeni dookoła tego punktu słabo tylko przylega do błony Bowman'a i strąca się za najbliższem dotknięciem. W najłżejszych przypadkach, mimo wracających co pewien czas napadów bólu, światłowstrętu, łzawienia samem oglądaniem nawet przy użyciu lupy żadnych zmian widzialnych w przybłonku zauważyć nie można. W przypadkach cięższych w miejscu dawnego zranienia widać zaćmienie w samejże warstwie przybłonkowej, a w czasie nawrotu powstaje świeży ubytek. W najcięższych przypadkach pierwotna, zranieniem wywołana erozya wogóle nie goi się i nie pokrywa, lub się nieustannie i przez czas bardzo długi raz po raz odnawia. Jakkolwiek nigdy z góry przewidzieć nie można, w którym przypadku pojawią się nawroty, to jednak pewne znamiona za możliwością nawrotów więcej przemawiają niż inne. Przedewszystkiem *keratylgia* powracająca bywa następstwem zranień samej tylko warstwy przybłonkowej, a ilekroć zranienie sięga głębiej w miąższ rogówki, nawrotów takich obawiać się nie potrzebujemy. Tak się ma rzecz właśnie w niezliczonych przypadkach utkwienia w rogówce drobnych odprysków metalicznych, które ranią zazwyczaj równocześnie błonę Bowman'a. Nawrotów erozyi w przypadkach tych autor nigdy nie spostrzegł. Nawroty te nie mają też nic wspólnego z zakażeniem, przeciwnie odnosi autor wrażenie,

że zakażenie ranki przybłonkowej zabezpiecza nawet oko do pewnego stopnia przed nimi. *Keratalgia recidivans* prześladowuje nieraz przez czas długi chorych, mimo że u nich pierwotne uszkodzenie rogówki leczone było jak najstaranniej wedle zasad sztuki. Nie da się jednak zaprzeczyć, że częściej występuje ona tam, gdzie początkowe leczenie było niewłaściwe, lub, gdzie pozwolono ranie zagoić się bez zastosowania jakichkolwiek środków. Autor przestrzega przed nadużywaniem kokainy, która, jak wiadomo, uszkadza przybłonek i stwarza temsamem korzystniejsze warunki do późniejszych nawrotów cierpienia. Z wyjątkiem Schoelera wszyscy autorowie, którzy się tym przedmiotem zajmowali, za najważniejszy warunek dla prawidłowego zgojenia się ranki rogówkowej uważają starannie założoną opaskę uciskową. Zamiast kokainy radzi autor dla trwałego usunięcia bólu i utykania włożyć pod powiekę trochę proszku dioninowego. Prócz tego zakłada 10% maść kseroformową. Takie leczenie pierwotnego uszkodzenia zapobiega najczęściej, choć nie zawsze późniejszym nawrotom. Same nawroty są już trudniejsze do wyleczenia i opierają się nieraz wszelkim środkom. Najlepsze wyniki uzyskał autor przez zeszkobanie przybłonek w miejscu, gdzie badanie zapomocą fluoresceiny wykazuje jego rozluźnienie i zapędzłowane obnażonego w ten sposób miejsca świeżą, nierozcieńczoną wodą chlorową. Następnie stosuje on leczenie takie, jak przy pierwotnem zranieniu. W przypadkach wyjątkowo uporczywych ucieka się autor do galwanokaustycznego przypalenia erozyi, mimo że, jeśli ubytek znajduje się w środku rogówki, nie można uniknąć przytem uposledzenia bystrości wzrokowej. Dlatego środek ten uważa autor za *ultimum refugium* i ucieka się do niego dopiero w ostateczności.

Medycyna. 1906. Z. 32, 33, 34. (Ref. Bednarski).

O widzeniu barw w ślepotcie dla barw na tle hysteryi.

Dr L. Bregman.

Autor opisuje przypadek hysteryi pochodzenia urazowego. 30-letni żołnierz rosyjski, uciekając z pod Laojanu, spada z konia. Silne podniecenie psychiczne, spowodowane kilkudniową bitwą i ucieczką, jakoteż fizyczne zmęczenie przyczyniły się do powstania nerwicy. Prócz ciężkich napadów hysterycznych z częściową utratą przytomności i utratą pamięci, chory doznawał różnych dolegliwości podmiotowych, przedmiotowo zaś wykazywał połowicze znieczulenie,

brak odruchów z błon śluzowych, drżenie języka, powiek, rąk. Nadto wszystkie przedmioty widział w barwie żółtej, a objaw ten trwał przez kilka tygodni.

Badanie perymetrem wykazywało mierne ścięśnienie pola dla barwy białej, którą chory widzi jako żółtą (pole widzenia barwy żółtej jest tak samo duże jak białej) znaczne ścięśnienie dla barw. Przy badaniu włóczkami chory zalicza do koloru żółtego odcienie jasno-zielone, jasno-niebieskie, różowe i brązowe. Niebieskie widzi czarno. Jako więc objawy podstawowe mamy widzenie barwy żółtej i ślepotę dla niebieskiej, które to barwy wzajemnie się uzupełniają, objawy hysteryczne więc tutaj zastosowały się do praw optyki fizyologicznej, i sprzeciwiają się teorii, że wszystkie objawy hysteryczne powstają drogą psychiczną, *resp.* wyobrażeniową (*psycho-gen, ideogen.*). Prawdopodobnie przyczyną były tutaj przemijające zmiany pobudliwości w pewnych okolicach kory mózgowej. W dalszym ciągu swej pracy opisuje autor drugi ciekawy przypadek widzenia barwy czerwonej w hysterii powstałej również skutkiem urazu psychicznego. Nie było ślepoty dla jednej barwy a zwłaszcza dla uzupełniającej barwy zielonej, nie może więc być mowy o przewadze jednej barwy skutkiem ślepoty dla drugiej, lecz mamy w danym razie objaw podrażnienia, częściowego wzmożenia pobudliwości w dziedzinie zmysłu barw. Na zakończenie mówi o różnicy we widzeniu barw w hysterii i we władze rdzenia. Wynik: 1) widzenie barw występuje w dwóch postaciach: jedna jest obwodowa, spowodowana stanem podrażnienia w nerwie wzrokowym, druga — ośrodkowa. 2) W hysterii widzenie barw występować może bądź jako objaw podrażnienia korowego, przyczem poznanie innych kolorów jest zachowane, choć nieco utrudnione, bądź też wikła się z częściową ślepotą dla jednego koloru i polega wtedy na przewadze koloru uzupełniającego.

Kilka przypadków ciężkiego ogólnego zakażenia z pierwszymi objawami ze strony powiek. Dr B. R. Gepner.

U dziecka 2 $\frac{1}{2}$ -letniego po lekkim urazie tęnym w okolicy lewego oka wystąpił na 3-ci dzień wśród objawów ogólnych znaczny obrzęk i zaczerwienienie powieki górnej lewego oka. Wydzieliny brak. Gałka prawidłowa. Nazajutrz już oba oczy były zapuchnięte, tak, że nie można było powiek odwinąć. Dziecko senne, tętno > 160 , ciepłota 37 $^{\circ}9$. Mocz bez białka. Przypuszczając zakażenie paciorkowcami, autor wstrzyknął surowicę Tavel'a w ilości 10 cm sz. Tego samego dnia wieczorem ukazała się wydzielina płynna, szarawa, dość obfita z prawego oka.

Następnego dnia (5 dzień) wyzdrowienie. Badanie wydzielin wykazało obecność *diptobacilla* Morax-Axenfelda. Wynik więc badania nieoczekiwany, gdyż znaleziono drobnoustrój, którego nie posądzamy o zdolność wywołania tak ciężkiej sprawy ogólnej. Nadmienić wypada, że wydzieliną i *diplobacillus* były tylko w oku, które później zachorowało. Krwi nie badano.

Dodatkowo wspomina autor o 6-ciu podobnych przypadkach z własnej praktyki, z których cztery zakończyły się śmiercią. Wszystkie dotyczyły małych dzieci, w 4-ch stwierdzono uraz nieznaczny ze zdarciem przyskórka. Obrzęk powiek występował zawsze wśród objawów ogólnych. Badanie bakteriologiczne wydzielin wykonano tylko w jednym z tych przypadków, i wykazało obecność paciorkowców. Sekcyi w żadnym przypadku nie robiono, ani też badania krwi. Autor słusznie przypuszcza, że wszystkie te przypadki mają za przyczynę zakażenie paciorkowcami, gdyż wiadomo, że nieznaczne obrażenie może stanowić bramę wejścia dla zakażenia ogólnego, przypadek na wstępie opisany przekonanie autora nieco zachwiały, chociaż obalić go nie mógł, gdyż nie wykonano badania krwi.

Revue générale d'Ophthalmologie. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 1. *Porównawcze badania doświadczalne nad rzeczywistą gruźlicą i gruźlicą rzekomą kropidlakową naczyńiówki.* (Étude expérimentale comparée sur la tuberculose et la pseudotuberculose aspergillaire de la choroïde). Rollet i Auran.

Wnioski, do jakich autorowie na podstawie swych badań doświadczalnych dochodzą, są następujące:

1) Gruźlica doświadczalna naczyńiówki występuje w dwóch postaciach: a) Częstszą jest gruźlica prosówkowa, zależna wprost od obecności prątków Kocha w postaci białych rozsianych, niepigmentowanych gruzełków. b) Drugą postać stanowi *chorioiditis tuberculosa disseminata chronica*, zależna prawdopodobnie tylko od działania toksyn gruźliczych i mniej złośliwa.

2) Gruźlica rzekoma kropidlakowa, wywołana doświadczalnie na królikach, występuje wyłącznie pod postacią ognisk prosówkowych.

3) Przebieg gruźlicy rzeczywistej jest powolnym. Pierwsze zmiany występują najwcześniej w miesiąc po zaszczepieniu

4) Zmiany kropidlakowe pojawiają się o wiele prężej i szybciej się powiększają.

5) Gruźlica rozszerza się częstokroć na nerw wzrokowy i na przedni odcinek jagodówki.

6) Aspergilloza doświadczalna tych części oka nie zajmuje.

7) Gruźlica naczyńiówki może się uogólnić i spowodować śmierć zwierzęcia, czego nie czyni aspergilloza.

8) Z drugiej strony gruźlica zaszczipiona zwierzętom wyjątkowo odpornym goi się czasami z pozostawieniem białych plam w naczyńiówce.

9) Gruźelki, wywołane zakażeniem kropidlakowym zdolne są również do zablźnienia się i pozostawiają często po sobie bardzo tylko niepozorne ślady.

10) Gruźlica zaszczipiona do ciała szklatego nie wykazuje cięższego przebiegu od gruźlicy zaszczipionej wprost do naczyńiówki, natomiast zaszczipienie grzybków kropidlakowych do ciała szklatego prowadzi zawsze do ciężkich zmian, jak *iridochorioiditis*, *retinitis*, *cataracta secundaria* i kończy się często zanikiem gałki.

III. NEKROLOGIA.

Dr Ksawery Gałęzowski.

(Wspomnienie pośmiertne).

Niedawno poświęciliśmy na tem miejscu słów kilka jednemu z najruchliwszych na polu literackiem okulistów polskich, a dziś przychodzi nam zaznaczyć śmierć innego, który choć na ziemi francuskiej rozpoczął i rozwinął swą okulistyczną działalność obfitą w naukowe ale i materyalne owoce, na polskiej zrodzony ziemi i do polskości chętnie się przyznawał.

Gałęzowski urodził się w Lipowie, w gubernii kijowskiej, w r. 1832, kształcił się w petersburskiej Akademii medycznej, gdzie w r. 1858 otrzymał dyplom doktorski.

Wypadki r. 1863 skłoniły go do opuszczenia kraju i przeniesienia się do Paryża, gdzie stryj jego Seweryn, wielkiej na

onczas zażywał wzięłości jako chirurg i filantrop, a bratankowi swojemu ułatwił zagospodarowanie się w przybranej ojczyźnie. Po napisaniu rozprawy doktorskiej, uzyskał dyplom fakultetu paryskiego, a dzięki wpływom stryja niebawem szybko znalazł zajęcie odpowiednie.

Jako uczeń i asystent starszego Demarresa oddawał się wyłącznie okulistyce, a zapoznawszy się wcześniej z co dopiero wprowadzonym sposobem badania ócz wzornikiem, w tej dziedzinie nabrał, może więcej od starszych kolegów, wprawy, do czego nie mało przyczynił się stosunek jego do Charcot'a, który do badania ócz w Salpêtrière powoływał młodego zdolnego okulistę. To też właśnie zdobycze wzornikowe dawały Gałęzowskiemu wiele materiału i pobudek do licznych ulotnych publikacji. Nadto wydał wcale obszerny podręcznik okulistyczny: *Traité des maladies des yeux, Paris 1872*. Pisywał prawie wyłącznie po francusku, którym to językiem władał lepiej, aniżeli polskim, nie pozbywając się wszakże bardzo wybitnego akcentu ojczystego.

Gałęzowski dość wcześnie założył w najruchliwszej dzielnicy Paryża prywatną lecznicę dla chorych ocznych, a tam nie tylko tłumy ubogich cierpiących szukały uniejętnej pomocy, ale i wielu młodych lekarzy starało się pogłębić wiadomości na polu okulistycznej praktyki, co z drugiej strony dyrektorowi zakładu dawało sposobność wprawiania się w kierunku dydaktycznym, a jako docent (*professeur agrégé*) umiał Gałęzowski tę sposobność wykorzystać.

Gałęzowski był pomysłowym, to też wiele dawał wykonywać i przyrządów i narzędzi, z których nie jedne były rozpoznane. I tak bardzo dobrym okazał się wzornik, posiadający tę zwłaszcza zaletę, iż niewielkich rozmiarów łatwem czyni badanie oka w obrazie prostym i odwróconym, a i oznaczenie refrakcyi nie tylko przedmiotowo, ale i podmiotowo umożliwia.

Na samym początku jego prac literackich, wynagrodził medyczny wydział lekarski w Paryżu Gałęzowskiego medalem wielkim. Dzięki rozgałęzionej praktyce a rozlicznym stosunkom, nietrudno też było Gałęzowskiemu wyrobić sobie stanowisko bardzo poważne wśród publiczności szukającej pomocy lekarskiej.

Nie mało przyczyniała się do powodzenia stolica Francji, gdzie najróżnorodniejsze stykają się narody i szczepy.

Gałęzowski chętnie utrzymywał stosunki z ziomkami, i o ile wiemy, dał kilku lekarzom polskim sposobność do kształcenia się w swej specjalności (Dr: Ziemiński w Warszawie, Stasiński, Niegolewski w Poznaniu, Langie w Krakowie).

Ponownie zwiedzał też ojczyste ziemie, zwłaszcza nawiedzał Warszawę i Kraków. Po opróżnieniu katedry okulistyki przy uniwersytecie Jagiellońskim przez śmierć prof. Rydla, kompetował Gałęzowski o nią na propozycję Wydziału lekarskiego, ale warunki przyjęcia katedry przez Gałęzowskiego stawiane, znievolili Ministerstwo oświaty do odrzucenia tej kandydatury. Niewątpliwie należał Gałęzowski do wybitnych okulistów, a imię swoje zapisał dobrze w piśmiennictwie okulistycznym.

Ożeniony z Francuską, córką głośnego swego czasu śpiewaka Tamberluquea, miał czworo dzieci, dwie córki i dwóch synów, z których jeden objął spuściznę po ojcu, poświęciwszy się okulistyce.

W.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Heine, doc. pryw. w Wrocławiu, powołany na prof. okul. w Gryfii.

Dr Krueckmann, prof. nadzw. i asyst. prof. Sattlera, ma otrzymać katedrę okulistyki po Kuhnie w Królewcu.

Prof. Hess z Wyreburga powołany na katedrę okulistyczną w Strasburgu.

Prof. dr J. A. de Abren Fialko mianowany prof. okul. w Rio de Janeiro.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHIEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZYTKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Kwiecień
Maj . . .

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. 3—

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Rady Dworu Prof.
B. Wicherkiewicza.

O operacyjnem leczeniu myopii.

Podał

Dr KAZIMIERZ WINCENY MAJEWSKI

docent pryw. okulistyki Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy).

Pierwszy przypadek fakolizy, wykonanej przez Prof. Wicherkiewicza w r. 1881 w jego prywatnej klinice poznańskiej przytaczam dosłownie z ówczesnego sprawozdania rocznego tej kliniki:

1) Maksymilian K., 15 lat liczący, na swój wiek miernie rozwinięty chłopiec podaje, iż rodzice mają dobry wzrok, podczas kiedy sześcioro rodzeństwa, podobnie jak on, krótkim dotkniętych jest wzrokiem. O ile zaś pamięcią zasięgnąć może, zawsze źle wdał widział. W ostatnich latach znacznie bliżej przedmioty do oka trzymać musi. Doznaje nadto bólu w głębi oka i dwojenia.

$\sqrt{\frac{\text{Pro}}{\text{Lo}}}$ $\frac{20}{200}$ Mp. 20 Diop. J: $\frac{2}{1}$ p. r. 2''

Zewnątrznie oko uwydatnia się jako krótkowzroczne. Przednia komórka głęboka, gałka długa, przy wpatrywaniu się skłonność gałek obu do zbaczania na zewnątrz.

Wziernik wykazuje duże okrągłe garbce tylne, uwydatniające się jako białe szerokie pierścienie, okalające przekrwioną tarcz. Okolica żółtej plamy nieco ciemniejsza i to tak, że znamionującej ją formy nie widać. Przy prawej tarczy na zewnątrz małe zaćmienie ciała szklistego.

Z powodu wyraźnych objawów tylnego zapalenia twardówko-naczyniówkowego (*sclero-chorioiditis posterior*) i zaćmień lekkich ciała szklistego, objawiających się jako mroczki (*muscae volitantes*) przepisano choremu zalewanie roztworu atropiny i noszenie okularów ociemniających, nadto zalecono kąpiele na nogi i środki przeczyszczające.

Już po tygodniu stan oka się polepszył, a badanie wzroku wykazało

$\sqrt{\frac{\text{Pro}}{\text{Lo}}}$ $\frac{20}{200}$ Mp. 18 D. $\frac{20}{100}$ Mp. 20 D.

Objawy wziernikiem dostrzegalne, prócz lżejszego może przekrwienia tarczy i otoczenia jej, żadnej nie wykazują prawie zmiany.

Poleconemu choremu jeszcze przez tydzień używać przepisanych kropli. Ze względu jednakże, że wzrok ten przy znanej skłonności krótkowidzów do silniejszego nastawiania oka (akomodacyi) mógłby jeszcze więcej się skracać i zważywszy, że wysoki stopień już istniejącego krótkiego wzroku stał choremu na zawadzie w wyborze jakiegokolwiek zawodu, skłoniliśmy się do usunięcia lub zmniejszenia tego błędu w załamywaniu się światła przez operację i to wprzód na jednym oku.

Dnia 30. IV. przecięliśmy zapomocą igły zaćmowej krzyżowem cięciem torebkę, a niebawem po powolnem odpłynięciu cieczy przedniej komórki przy ukośnem oświetleniu można się było przekonać o skutku. Włożono we worek spojówkowy nieco maści atropinowej i przez kilka godzin robiono okłady z lodu, a potem opaskę założono. W zapiskach naszych dziennych czytamy dnia 1. V. Bólu niema; spojówka lekko przekrwiona; przednia komórka nadzwyczaj miąka, natomiast istota soczewkowa już znacznie napęczniała i zaćmiona. Tn.

Terap.: Maść atrop., opaska.

Dnia 2. V. Zrenica tak dalece rozwarła, że tylko mały pasek tęczy widać; cała przednia komórka zajęta napęczniałą istotą soczewki; spojówka gałki trochę przekrwiona, napięcie powiększone nieco: T + 1.

Przystąpiono do wypuszczenia częściowego soczewki.

U góry zrobiono w rogówce nie daleko brzegu jej nożykiem wązkim

obosiecznym cięcie 2 mm szerokie i wypuszczono znaczną część miękkiej kory.

Terap. Okłady z lodu przez godzinę; maść atrop., opaska obustronna.

Dnia 3. V. Bólu niema. Tn.

Spojówka gałki lekko przekrwiona; przednia komórka głęboka; źrenica duża; soczewka w obwodowych częściach pęcznieje więcej jeszcze.

Terap. Okłady z lodu, maść atrop., opaska obustronna.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic takiego, co by na szczegółową zaślugaowało wzmiankę. I silniejsze nieco przekrwienie oka i drażliwość zawsze w ten sam sposób okładami z lodu i atropiną poskramiano, a świeżo i zbyt napęczniałą istotę korową w odstępach tygodniowych wypuszczano przez lekkie nakłuwanie rogówki. W ogólności takie nakłucie trzy razy było robione.

Dnia 26. V. Zapisano w dzienniku chorych: Powieki nieco nabrzmiałe i czerwone; spojówka lekko przekrwiona i wydzielająca śluz; rogówka czysta; przednia komora głęboka; źrenica 5–6 mm szeroka, w tylnej części zupełnie jest wolną, a wzrok już dzisiaj wynosi:

$$\sqrt{\text{Pro}} = \frac{29}{160} \text{ bez szkła.}$$

Terap.: Zimne okłady z dodatkiem octanu ołowiowego, wkroplenie roztworu siarczamu cynku i atropina.

Powoli oko powróciło do stanu prawidłowego, a 31. V. źrenica już cała była czysta i na światło czuła, a tylko po rozszerzeniu znaczniejszem w obwodowych częściach było widać zwiniętą torebkę.

$$\sqrt{\text{Pro}} = \frac{29}{170} \text{ Em.}$$

Chory wraca do domu.

Dnia 16. IX. Prócz głębszej komórki nie nastęrcza prawe oko nic takiego, co by stan jego bezsoczewkowy zewnętrznie zdradzało. Badanie wzroku wykazało:

$$\sqrt{\text{Pro}} \frac{29}{50} \text{ Em.} \quad \text{J. 2 na } 9'' \text{ zapomocą } + \frac{4}{0} \text{D.}$$

Wziernik nie wykazuje żadnych innych zmian dna oka prócz dawniej widzianych z tą jednakże różnicą, że przekrwienie nadmierne teraz zupełnie prawie znikło.

Nie wchodzimy w to, o ile powyższy przypadek bezwątpienia korzystnie się przedstawiający zasługuje na naśladowanie, lecz dla nas będzie on tem więcej zachęcającym, że ów chłopiec zadowolony wynikiem operacji na prawem oku dokonanej, nie mógł się doczekać, by takiejże operacji i lewe poddać oko.

Winniśmy niestety dodać, że z równą ostrożnością na lewem oku w początku bieżącego roku wykonana i wiele obiecująca operacja nie doprowadziła do żadnego skutku. W tydzień po przecięciu torebki dla silnego pęcznienia kory i objawów jaskry następnej zrobiono ze skutkiem przekłucie wązkiej rogówki i wypuszczono część soczewki. W kilka dni potem z niewiadomych nam powodów przyłączyło się ropiaste zapalenie tęczęwki i ciała rzęskowego, które oczekiwany wynik zniweczyło.

2 i 3) Adam Janicki, nauczyciel ludowy ze Sterbach na Węgrzech. Od dziecka miał krótki wzrok. W ostatnich czasach pogorszenie. Używa szkielec PL—26 D. Zgłosił się do okulistycznej kliniki 12 października 1897.

Myopia permagna. Staphyloma posticum oc. utr. Cataracta axialis stationaris oc. d.

$\sqrt{\text{P. } \frac{9}{24} \text{ Mp. } 31_{10} \text{ D.}}$	J. nr 1. 36 mm (p. rem.)	T. norm.
$\sqrt{\text{L. } \frac{9}{24} \text{ Mp. } 30_{10} \text{ D.}}$	J. nr 1. 36 mm (p. rem.)	T. norm.

Myopia po atropinie wynosi na obu oczach 28 do 30 D. Gałki oczne duże trzeszczowate, ustawione w zezie zbieżnym naprzemiennym. Ruchy boczne upośledzone. Soczewka prawa okazuje w środku jądra maleńkie zaćmienie punkcikowate. Tarcze nieco pionowo owalne, duże, ostro ograniczone *staphyloma posticum*. Naczyniówka mocno rozrzedzona. U prawego oka mała biała plamka zanikowa w pobliżu tarczy. Zaćmienie w ciele szklistem niema.

14. X. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

W ciągu kilku dni soczewka w znacznej części się zaćmiła, a zaćmiona kora, silnie pęczniejąca, wypełniła całą przednią komorę.

22. X. *Extractio linearis simplex oc. d.*

Ograniczono się do wypuszczenia tylko tej kory, która przednią komórkę wypełniała. Źrenica została jeszcze zasłonięta grubą warstwą.

Z powodu dość silnego zadrażnienia stosowano przez kilka dni co dwie godziny atropinę i okłady lodowe.

27. X. wystąpiły lekkie objawy zatrucia atropinowego. Zastąpiono atropinę skopolaminą. Powstały tylne zrosty, a wessanie resztek postępowo bardzo powoli.

21. XII. odsłonięta już była w znacznej części zaćmiona torebka, przeważnie jednak zasłaniały źrenicę resztki kory.

Discisio cataractae secundariae oc. d.

Po szerokim rozcięciu torebki zaczęły resztki pęcznieć na nowo. Z powodu lekkiego wysięku w źrenicy zastosowano ciepłe okłady.

Przez cały styczeń 1898 atropinizowano oko energicznie.

17. II. Chory opuścił klinikę, przyczem zapisano: Nieznaczne nastrożenie spojówki gałkowej, źrenica na 7 mm rozwartą, z powodu tylnych przyczepin trochę nieregularna, częściowo zasłonięta warstwą

kory, górą zewnątrz jednak wolna, tak że dość wyraźnie widać już wziernikiem dno oka.

√Pro palce przy oku.

Zapisano do domu atropinę.

Chory zgłasza się powtórnie w maju ze źrenicą zasłoniętą grubą zaćmioną torebką.

8. V. *Discisio cataractae secundariae oc. d. refecta.*

W torebce zrobiono dość duży otwór czarny.

18. V.

√Po $\frac{1}{2}$ Mp. 8₀D.

Chory domaga się sam usunięcia soczewki z oka lewego.

18. V. 1908. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Płytką ranka pozioma zrobiona w torebce przedwcześnie się zamknęła tak, że zaćmienie soczewki nie robiło żadnych postępów.

23. VI. *Discisio capsulae lentis oc. sin refecta.*

Tym razem pęcznienie było tak silne, że już nazajutrz trzeba było zastosować lodowe okłady.

5. VII. wystąpiły bóle. T + 1.

6. VII. *Extractio cataractae linearis simplex oc. sin.*

Przebieg operacji był prawidłowy, bóle ustały.

12. VII. zapisano: Ranka gładko zablizniona. Przednia komora głęboka, źrenica miernie szeroka, dołem zewnątrz silny zróż z torebką. Z powodu warstwy kory dno wcale nie prześwieca. T. n.

√Lo palce przy oku.

Chory z atropiną odjechał do domu.

15. XII. 1898. Zgłasza się powtórnie. Liczy lewem okiem palce na $\frac{1}{2}$ m.

17. XII. *Extractio linearis simplex cataractae residuae oc. sin cum irrigatione.*

Po operacji wystąpiło dość silne zadrażnienie, źrenicę zasłonił wysięk galaretowaty. Lekka *chemosis*. Potem przyłączył się mierny obrzęk powieki górnej i pasemkowane zaćmienie rogówki.

Atropina, ciepły okład.

26. XII. Lewe oko: skóra powieki górnej łuszczy się. Oko lekko nastrzyknięte. Na rogówce w środku pasemkowane zaćmienie traumatyczne. Keratoskopem znaczny astygmatyzm nieregularny (figura gruszkowata). Komora głęboka. Źrenica miernie rozszerzona, nieregularna, dołem tylne przyczepy. W źrenicy gruba zaćmiona torebka, w środku trochę więcej przezroczysta. Dno oka prześwieca różowo.

√Lo palce $\frac{1}{4}$ m Mp. 3₀D.

29. IV.

√ Pro palce 4 m; $\frac{6}{21}$ Mp. 3,5 D.

9. V. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Soczewka wolno pęcznieje, wypuszczono zatem chorego, który za-
miast za 2 tygodnie, jak miał polecone, zgłosił się dopiero w grudniu.

2. XII. Prawe oko: Na rogówce górą i dołem duże linijne blizny
po cięciach operacyjnych. Do obu blizu wrasta w długie nitki wyciągnięta
zaćmiona torebka, źrenica miernie szeroka, w zaćmionej torebce duży
czarny otwór. Wziernikiem tesame zmiany co dawniej. Lewe oko: So-
czewka zupełnie zaćmiona, części kory zalegają też dno przedniej ko-
mórki. Chory skarży się na ból. T $\pm \frac{1}{2}$.

√ Pro $\frac{6}{36}$; $\frac{6}{13-12}$ Mp. 2,0 D \diamond nl. Sn. 0,8 \pm 2,0 D : 25 cm.
√ Lo ruchy ręki; lokalizacja dobra.

3. XII. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. sin.*

Przebieg był prawidłowy, chorego po kilku dniach odesłano do
domu ze źrenicą, zasłoniętą jeszcze resztkami kory.

1. V. 1899. Prawe oko okazuje tensam stan co poprzednio. Lewe
oko: źrenica trochę nieregularna, czarna. Na dnie oka żadnych nowych
zmian.

√ Pro $\frac{6}{18}$ Em. Sn. 0,5 \pm 4,0 D : 25 cm.
√ Lo $\frac{6}{36}$; $\frac{6}{18}$ Mp. 2,0 D. Sn. 0,8 \pm 2,0 D : 25 cm.

Zapisano okulary do czytania i polecono za rok zgłosić się po-
wtórnie, czego chory jednak nie uczynił.

6 i 7) Feldgräber Mendel, lat 27, szewc, Tarnów.

16. V. 1889. Krótki wzrok od 10 roku życia, w ostatnich czasach
osłabienie wzroku.

Mp. fortis. *Rarefictio chorioideae. Opacitates corporis vitrei oc. utr. Chorioiditis areolaris, Staphyloma posticum oc. d. Anisometropia.*

√ Pro palce 1 m; $\frac{6}{60}$ Mp. 22 D; J. hebr. Nr 5 : 4 cm.
√ Lo palce 4 m; $\frac{6}{12}$ Mp. 12 D; J. hebr. Nr 5 : 10 cm.

Prawe oko wyraźnie większe od lewego i prawa źrenica szersza
od lewej. Na dnie oka oprócz *staphyloma annulare* liczne porozrzucane
ogniska zanikowe w naczyniówce. Chory przez miesiąc zażywał jod
i brał gorące kąpiele nożne. Potem zgłosił się do operacji na oku prawem.

20. VI. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Torebkę rozcięto na krzyż. Chory bardzo niespokojny. Po 5 dniach
bólé wskutek pęcznienia.

26. II. *Extractio linearis oc. d.*

Przebieg prawidłowy.

Wessanie resztek postępowało dość rażno. Opuszczając klinikę liczył chorey palce na 5 m okiem operowanym. Żrenica była okrągła, torebka górą zewnątrz wrośnięta do blizny rogówkowej.

12. VIII.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{60}; \frac{6}{36} \text{ Mp. } 3,0\text{D.}} \quad \text{J. hebr. Nr 15 : 25 cm.}$

W 16 miesięcy po ostatniej operacji powrócił chorey do kliniki dla ponownego zbadania. Żrenicę operowanego oka zasłaniała cieniuchna zaćmiona torebka. Badanie wzornikiem nie wykazywało żadnych zmian nowych.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{60}; \frac{6}{36} \text{ Mp. } 2,0\text{D} \langle \rangle \text{nl.} \quad \text{Sn. } 1,25 + 4,0\text{D z trudem}$
 $\text{Lo } \frac{6}{36}; \frac{6}{12} \text{ Mp. } 14,0\text{D.} \quad \text{Sn. } 0,5 : 9 \text{ cm.}$

15. X. 1900. *Discisio cataractae secundariae oc. d.*

W torebce powstał trójkątny czarny otwór.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{36} \text{ Mp. } 3,0\text{D} \langle \rangle \text{nl.} \quad \text{Sn. } 1,25 + 4,0\text{D przy oku z trudem.}$

23. II. 1905 zgłasza się dla operacji krótkiego wzroku na oku lewem.

$\sqrt{\text{Pro palce } 4 \text{ m; } \frac{6}{36} \text{ Mp. } 3,0\text{D;} \quad \text{Sn. } 0,5 : 9 \text{ cm.}$
 $\text{Lo palce } 2 \text{ m; } \frac{6}{12} \text{ Mp. } 14,0\text{D;} \quad \text{Sn. } 0,75 : 15 \text{ cm.}$

Dno oczu oprócz małego *staphyloma posticum* żadnych innych zmian nie okazuje.

25. II. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

6. III. *Extractio linearis oc. sin.*

W żrenicy pozostało jeszcze dużo pęczniejących resztek. Dla przyspieszenia ich wessania stosowano jod na wewnątrz i zapuszczano dioninę do oka. Chorey zgłosił się powtórnie w maju tegoż roku ze żrenicą do połowy już z resztek oczyszczoną.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{18}; \frac{6}{12} \text{ Mp. } 1,5 \langle \rangle \text{cyl.} + 4,5\text{D, } 90^\circ; \text{Sn. } 0,5 + 2,5 \langle \rangle \text{cyl.} + 4,5 \text{ } 90^\circ : 25 \text{ cm.}$

Zapisano do domu maść dioninową.

6. XII. 1905. Żrenica zasłonięta zaćmioną torebką.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{24} \text{ nc. } \pm \text{nl.} \quad \text{J. nr } 14 + 3,0\text{D} \langle \rangle \text{cyl.} + 4,0\text{D } 90^\circ \text{ } 25 \text{ cm. z trudem.}$

12. XII. 1905. *Discisio cataractae secundariae oc. sin.*

W zaćmionej torebce mały otworek.

$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{18} \pm \text{nl.} \quad \text{Sn. } 1,0 + 3,0\text{D} \langle \rangle \text{cyl.} + 4,0\text{D } 90^\circ \text{ } 16 \text{ cm.}$

9. IV. 1907. Z wyniku operacji jest zadowolony, lewym okiem widzi znacznie lepiej niż prawem, bo prawe i przed operacją było zawsze słabsze. Skarży się tylko na drobną muszkę ruchomą przed okiem lewym, która mu trochę przy pracy przeszkadza. Zrenice czarne regularne, na dnie oczu żadnych zmian nowych. Zaćmienia w ciele szklistem nie widać.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{67}{60}; \frac{6}{36} - 24 \text{ Mp. } 3,0\text{D} \text{ cyl.} - 1,0\text{D } 90^\circ \text{ Sn. } 1,0 + 3,0\text{D} : 20 \text{ cm.}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{8} \text{ nc. } \text{Em.} \text{ Sn. } 0,5 + 4,0\text{D} : 25 \text{ cm.}}$

Zapisano Ung. Jothioni 10^o/_o frontale.

8) Sikora Jan, l. 53, wyrobnik z Borku starego koło Rzeszowa.

12. VI. 1900. Od 30 lat krótki wzrok. W ostatnich czasach coraz gorzej widzi.

Mp. *per magna. Staphyloma posticum, Atrophia chorioideae contralis oc. utr. Staphyloma verum oc. d.*

$\sqrt{\text{Pro } \text{pale } 2 \text{ m}; \text{ pale } 5 \text{ m Mp. } 25,0\text{D. Albr. } 0,5 : 3 \text{ cm.}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \text{pale } 1\frac{1}{2} \text{ m}; \text{ pale } 5 \text{ m Mp. } 25,0\text{D. Albr. } 0,5 : 3 \text{ cm.}}$

Obustronnie media czyste. W plamce żółtej dość rozległy zanik naczyńiówki. Prócz tego w prawem oku znaczne, rzeczywiste garbiakowate zagłębienie u tylnego bieguna gałki. Brzeg tego zagłębienia widoczny jako łuk ciemny w pobliżu tarczy. Skiaskopia wykazuje obustronnie Mp. = 26,0D.

15. VI. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Zadano torebce cięcie krzyżowe.

Zaśmiewanie się soczewki postępowało bardzo powoli, wyprawiono przeto chorego do domu.

5. I. 1901. Chory zgłasza się do drugiej operacji. Soczewka zupełnie zaćmiona.

$\sqrt{\text{Pro } \text{pale } 2 \text{ m}; \text{ pale } 5 \text{ m Mp. } 25,0\text{D}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \text{ruchy } \text{ręki}; \text{ proj. } \text{dobra.}}$

9. II. *Extractio lobaris cum iridectomia et irrigatione oc. sin.*

Przebieg operacji był prawidłowy, pozostało jednak jeszcze sporo resztek, które zaczęły następowo pęcznieć. Gdy mimo zastosowania diosminy warstwa kory nie znikwała postanowiono wydobyć ją zapomocą punkcyi.

5. III. *Extractio simplex cataractae residuae cum irrigatione oc. sin.*

Tym razem wystąpiło po operacji dość silne zapalenie tęczówki, które przeszło pod wpływem atropiny i zimnych okładów.

13. III. Lekkie nastrzyknięcie w okolicy blizny. *Coloboma* szerokie, regularne. Dołem tęczówka zrosnięta z torebką, do której przylega jeszcze

dość znaczna ilość miękkiej kory. Keratoskopem niezborność po części nieregularna. Dno oka widać dość wyraźnie bez nowych zmian.

√Lo: palce na 1 metr; palce 3 m cyl.—4₀D : 90°

Chory opuścił klinikę i niestety mimo wyraźnego polecenia nie pojawił się więcej; nie zdołano też zasięgnąć o nim żadnych dalszych wiadomości.

9) Nasterski Stefan, l. 20, kaflarz z Krowdrzy pod Krakowem.

14. I. 1900: Krótki wzrok od dzieciństwa. Rodzice i rodzeństwo widzą dobrze.

Myopia fortis. Nystagmus oscillatorius. Staphyloma posticum oc. utr. Strabismus concomitans convergens, periodicus alternans.

√Pro palce 1¹/₂ m ⁹/₃₆ Mp. 25₀D. Snell. 0,5 : 4 cm. p. rem.
Lo ⁶/₆₀; ⁶/₃₆ Mp. 14₀D. Snell. 0,5 : 4—9 cm.

W obu oczach dookoła tarczy rozległe liściaste *staphyloma posticum*. U prawego oka widać na wewnątrz od tarczy ciemny łuk, odpowiadający granicy znacznego zagłębienia, wyścielonego siatkówką i naczyńówką (*staphyl. postic. verum.*). Plamki żółte bez zmian. Znaczne upośledzenie bystrości wzrokowej trzeba było odnieść do wrodzonego niedowidzenia, zaczem przemawiał *nystagmus oscillatorius* i zez naprzemienny.

18. I. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

W pięć dni później wzmoczenie ucisku, skutkiem pęcznienia kory.

25. I. *Extractio linearis simplex oc. d.*

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał nic osobliwego.

17. III. źrenica była już prawie zupełnie oczyszczona z resztek. Dno oka nie okazywało żadnych nowych zmian.

√Pro ⁶/₂₄; ⁶/₁₈ cyl.—2₀D : 0° Sn. 0,8—2₀D < cyl. 13₀D 70° n : 25 cm.

Zapisano okulary: Pro cyl—2₀D 0°. Lo sfer—13₀D.

Z końcem lutego 1902 zgłosił się chory z powodu pogorszenia wzroku: *Cataracta secundaria oc. d.*

√Po ⁶/₃₀; ⁶/₃₆ cyl.—2₀D 0° Sn. 4₃₀ 9 : 32 cm.

1. III. 1902. *Discisio cataractae secundariae oc. d.*

W źrenicy powstał czarny otwór, torebka odwinęła się ku górze. Jako miejscowy zgłaszał się chory dość często do badania wzroku.

6. V. 1902.

√Pro ⁶/₂₄; ⁶/₁₈ cyl.—1₀D : 0° < nl. Sn. 0,5+4₀D < cyl.—1₀D 0° 30 cm.
Lo palce 2 m; ⁶/₂₄ Mp. 16₀D. Sn. 0,5 : 7 cm p. rem.

Badanie pola widzenia prawego oka wykazywało już wówczas dość znaczne zwięźenie współśrodkowe, ale wzornikiem nie można było zauważyć żadnych nowych zmian na dnie oka.

W r. 1904 nabawił się chory jaglicy na oku operowanem. Z góry zaczęła już nawet na rogówkę wchodzić dość silna łuszczyka, z tego powodu leczony był w klinice przez kilka tygodni ambulatoryjnie.

Od tego czasu nie pojawiał się w klinice, aż w styczniu 1906, przyczem podał, że wzrok uzyskany po ostatniej operacji (dysecyzi zaćmy wtórorzędnej, 1. III. 1902) utrzymywał się bez zmiany do 15. IX. 1905, w którym to dniu doznał nagle wrażenia płatków padającego śniegu, poczem przed okiem spadła zasłona. Dlaczego udał się do kliniki dopiero w 4 miesiące po tem zdarzeniu, nie można dojść z klinicznych zapisków.

5. I. 1906.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{1}{\infty}; \text{ projekcyja tylko od skroni.}}$
 $\text{Lo } \frac{6}{18} \text{ Mp. } 18_{10} \text{D. Sn. } 0,5 : 6 \text{ cm.}$

Amaio retinae fere totius oc. d.

Leczenie oderwania nie odniosło skutku.

10) Warchoł Szymon, l. 40, wyrobnik z Wierchomki koło N. Sącza.
 8. I. 1901. Od dzieciństwa krótki wzrok, który panuje w rodzinie.
Mp. fortis. Staphyloma posticum. Chorioiditis centralis oc. utr.

$\sqrt{\text{Pro } \text{palec } 2 \text{ m } \frac{5}{20} \text{ Mp. } 20_{10} \text{D. Albr. } 0,8 : 10 \text{ cm.}}$
 $\text{Lo } \text{palec } 2 \frac{1}{2} \text{ m } \frac{5}{20} \text{ Mp. } 20_{10} \text{D. Albr. } 0,8 : 7 \text{ cm.}$

Wziernikiem: W ciele szklistem w obu oczach nieznaczne zaćmienie. U pr. oka duży garbiec tylny okrężny, u l. oka tylko od skroni. W plance żółtej u pr. oka małe białe ognisko zanikowe, u l. oka siateczkowate rozrzedzenie naczyńówki.

W polu widzenia ubytku środkowego nie można było wykazać.

10. I. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

W ciągu 2 tygodni soczewka zaćmiła się pęczniąc zwolna bez podniesienia ucisku śródocznego.

23. I. *Extractio cataractae simplex cum irrigatione oc. d.*

Przebieg operacji prawidłowy.

Z powodu następowego pęcznienia resztek stosowano przez kilka dni zimny Leiter.

1. III. Pr. oko: Przednia komora głęboka, źrenica szeroka, regularna. Od skroni jeszcze warstewka resztek, zresztą źrenica czarna. Na dnie przedniej komórki kilka grudek kory. Dno widać wyraźnie bez nowych zmian. Keratioskopem: dość znaczny astygmatyzm nieregularny.

$\sqrt{\text{Pro } \text{palec } 2 \text{ m; } \frac{5}{20} \text{ Mp. } 2_{10} \text{D } \odot \text{ nl. Albr. } 0,8 \text{ - } 2_{10} \text{D } : 20 \text{ cm.}}$

Zapisano do domu atropinę i polecono zgłosić się za kwartał po dobór szkła. Niestety chory się więcej nie pojawił.

11) Ptaszyński Eugeniusz, l. 23, słuchacz praw ze Lwowa.

6. I. 1903. Zgłasza się z powodu krótkiego wzroku i skarży się na *muscae volitantes*.

Mp. fortis, opacitates corp. vitrei. Staphyloma posticum annulare. Rarefictio chorioideae ad maculam oc. utr.

W ciele szklistem obustronnie drobnopyłkowe ruchome zaćmienia. Garbiec tylny okrężny. W plamce żółtej grupa jasnych plamek punkcikatych, znaczniejszych u oka lewego.

√ Pro palce 1 m; $\frac{6}{16}$ nc. Mp. 16₀D. Sn. 0,5 : 3—9 cm.
Lo palce 1 m; $\frac{6}{16}$ nc. Mp. 16₀D. Sn. 0,5 : 3—9 cm.

Granice pola widzenia ogólnie nieco zwężone, *scotoma centrale relativum* u pr. oka dla barwy białej i niebieskiej.

Zapisano dioninę do zakraplania i jod na wewnątrz.

29. I. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Przebieg operacji prawidłowy.

W ciągu 8 dni soczewka zaćmiła się prawie zupełnie.

8. II. Zaćmiona kora silnie pęcznieje i przez ranę w torebce wydobywa się ku przedniej komorze.

Nastryknięcie rzęskowe. T. n.

Żrenicę utrzymywano stale w rozszerzeniu (*Solutio ASC.*).

10. II. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. d.*

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, żrenica zasłonięta jednak cienką warstwą kory.

16. II. Chory opuszcza klinikę. Pr. oko: Nastryknięcie rzęskowe. Rogówka czysta. Żrenica szeroka. Warstewka kory przysłania ją w całości.

√ Pro palce 2 m.

Do domu zapisano: atropinę, a na wypadek, gdyby miały wystąpić bóle, polecono robić zimne okłady.

Chory przybył powtórnie do kliniki 24. XI. 1903, podając, że wzrok pr. oka od czasu operacji stopniowo się poprawiał i już w maju mógł okiem tem bez szkła rozróżniać odleglejsze przedmioty. Bólów nie miał.

St. pr. Pro blade, rogówka zupełnie czysta. Przednia komora głęboka. Żrenica regularna, na obwodzie tylko przysłonięta małymi strzępkami torebki. Stan dna oka niezmienny.

√ Pro $\frac{6}{16}$ Em. Sn. 0,5 + 4₀D : 25 cm.
Lo palce na 1 $\frac{1}{2}$ m; $\frac{6}{16}$ Mp. 18₀D. Sn. 0,5 : 2—9 cm.

Zapisano szkła do czytania: Pro + 4₀D.
Lo płaskie.

Obecnie operowany zapytany listownie donosi mi, że od stycznia 1906 operowaniem okiem widzi przez mgłę. Z obszernego listu z łatwością można wywnioskować, że nie chodzi tu o nic innego, jak tylko o następne zaciemnienie torebki. Dlatego odpisałem, żeby przybył do kliniki dla zbadania stanu oka i zrobiłem mu nadzieję, że ewentualnie zapomocą dyscyzyi zostanie mu dawny, a może nawet jeszcze lepszy wzrok przywróconym. Krótki wzrok nieoperowanego oka miał się pogorszyć.

12 i 13) Szyzdyk Barbara, l. 28, służąca z Krosna.

7. II. 1905. Zgłasza się do kliniki z powodu krótkiego wzroku, który miał się rozwijać w 9 roku życia po kokluszku. Przechodziła tyfus, zapalenie płuc i cierpi na nawykowe zaparcie stolca.

W rodzinie nikt więcej niema krótkiego wzroku.

Mp. fortis. Staphyloma postic. semilunare oc. utr.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24} \text{ Mp. } 16_{,0}\text{D.}} \quad \text{Sn. } 0,5 : 8 \text{ cm} \\ \text{Lo } \frac{6}{24} \text{ Mp. } 16_{,0}\text{D.} \quad \text{Sn. } 0,5 : 8 \text{ cm} \end{array}$$

11. II. 1905. *Discisio capsulae lentis oc. dex.*

20. II. *Extractio linearis oc. dex.*

Przebieg bez powikłań.

3. I. 1905. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

10. VI. 1905. *Extractio linearis oc. sin.*

Przebieg pooperacyjny również był prawidłowy.

13. VI. 1906. przybyła chora do powtórnego zbadania. Rogówki czyste. Przednie komory głębokie. Źrenice wolne od resztek kory, ale przysłonięte dość grubą zaciemioną torebką.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{Pro } \text{palec } 5 \text{ m; } \frac{6}{35} \text{ cyl. } + 3,5\text{D. } 30^{\circ} \text{ n.}} \quad \text{Sn. } 2,25 + 4_{,0}\text{D.} \\ \text{Lo } \frac{6}{36}; \frac{6}{18} \text{ nc. Hp. } 4_{,0}\text{D.} \quad \text{Sn. } 1_{,0} + 8_{,0}\text{D.} \end{array}$$

W lipcu 1906 wykonano na obu oczach dyscyzyę.

$$\begin{array}{l} \sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24}; \text{ Hp. } 4,5 \text{ D.}} \\ \text{Lo } \frac{6}{12} \text{ nc. Hp. } 4,5 \text{ D.} \end{array}$$

Wziernikiem prócz *staphyloma posticum* innych zmian nie było.

24. I. 1907.

$$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{24}; \frac{6}{15} \text{ cyl. } + 4_{,0}\text{D } 45^{\circ} \text{ n. Sn. } 0,5; \text{ cyl. } + 4_{,0}\text{D } 45^{\circ} \text{ n. } \text{ } + 3,5\text{D}; 25 \text{ cm}} \\ \text{Lo } \text{palec } 1\frac{1}{2} \text{ m; } \frac{6}{18} \text{ Hp. } 4_{,0}\text{D. Sn. } 1,5 + 5_{,0}\text{D} : 25 \text{ cm.}$$

U prawego oka drobne tylko resztki torebki, ale lewa źrenica znowu zasłonięta zaciemioną torebką.

25. I. *Dilaceratio et excisio cataractae secund oc. sin.*

25. I. pojawił się w przedniej komorze wysięk galaretowaty, który w następnych dniach pod wpływem atropiny i dioniny ustąpił.

6. II.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{67}{12} \text{ s cyl.} + 6,0\text{D: } 45^\circ \text{ n.} \pm \text{nl. Sn. } 0,5 + 4,0\text{D} \text{ cyl.} + 4,0\text{D } 45^\circ \text{n. } 23 \text{ cm}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \frac{67}{12} \text{ s cyl.} + 1,5\text{D: } 60^\circ \text{ t.} \pm 4,0\text{D. Sn. } 0,5 + 8,0\text{D.}}$

Operowana dostała dwie pary okularów, zapisanych wedle powyższego wyniku badania.

14 i 15) Cięglewicz Władysław, l. 46, urzędnik kolei ze Stanisławowa.

12. VI. 1900. Od 16-go roku życia wzrok coraz bardziej słabnie. W rodzinie ojciec, brat i siostry mają krótki wzrok.

$\sqrt{\text{Pro } \text{palec } 1 \text{ m; } \frac{67}{60} \text{ Mp. } 20,0\text{D. Sn. } 0,5 : 3-5 \text{ cm.}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \text{palec } \frac{3}{4} \text{ m; } \text{palec } 3 \text{ m. Mp. } 20,0\text{D. Sn. } 0,6 : 5 \text{ cm.}}$

Mp. fortis. Staphyloma postic. Retino-chorioiditis centralis. Ectopia uveae congenita oc. utr.

Na obu oczach brzeg źreniczny okazuje liczne czarne wypustki barwikowe, w obu pławkach żółtych ogniska zanikowe.

W polu widzenia obustronnie *scotoma paracentrale absolutum*.

Chory pozostawał w prywatnym leczeniu u Prof. Wicherkiewicza, a do operacji zgłosił się dopiero w lutym 1901 r.

22. II. 1901.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{67}{60} \text{ Mp. } 20,0\text{D. Sn. } 0,5 : 6 \text{ cm.}}$
 $\sqrt{\text{Lo } \frac{67}{60} \text{ Mp. } 14,0\text{D. Sn. } 0,5 : 6 \text{ cm.}}$

25. II. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

2. III. *Extractio linearis cum iridectomia et irrigatione oc. sin.*

Podczas obu operacji chory bardzo niespokojny.

Po kilku dniach odjechał do domu ze źrenicą zasłoniętą jeszcze warstwą resztek.

8. V. Chory zgłasza się ponownie. Bólów niema i uważa stałe poprawianie się wzroku. Badanie wykazuje jednak na lewym oku rozdęcie głębszych żył spojówkowych, ciecz wodna znacznie zmętniona, błona Descemeta w dolnej połowie zaćmiona, a powierzchnia rogówki jakby lekko pokłuta. Rysunek tęczęwki zatarty. *Coloboma* szerokie, górą zaćmiona torebka. Wziernikiem: dno we mgle, zmianę jednak w plamce żółtej widać dość wyraźnie. T $\pm \frac{1}{3}$.

$\sqrt{\text{Lo } \text{palec } 3 \text{ m } \pm \text{nl. Sn. nie czyta.}}$

Iritis chronica. Keratitis posterior diffusa. Glaucoma consecutivum oc. sin.

Ther.: Scopolamin 2 razy. Heurteloup, gorące kąpiele nożne. Natrium salic. na poly.

Leczenie to z małemi zmianami stosowano do 22 maja. Skopolaminę jednak zastąpiono mieszanką PEC., gdy napięcie znacznie się wzmogło.

22. V. T. norm. Oko blade, rogówka lśniąca, media czyste, wziernikiem widać lekkie zagłębienie tarczy, *vena temporalis* inferior rozdęta.

$$\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{69} \text{ Em.}} \quad \text{Sn. } 2,25 \text{ } \mp \text{ } 3,0\text{D} : 25 \text{ cm.}$$

Zapisano do domu: Solutio PEC.

29. IX. 1901. Chory zgłasza się z prośbą o usunięcie soczewki z prawego oka.

$$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{36} \text{ Mp. } 20,0\text{D.}} \quad \text{Sn. } 0,5 : 5 \text{ cm (p. rem.)}$$

$$\text{Lo } \frac{6}{36} \text{ Em.} \quad \text{Sn. } 1,25 \text{ } \mp \text{ } 4,0\text{D} : 20 \text{ cm.}$$

Skiaskopia wykazuje na prawem oku. Mp. = 19 D.

3. XII. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

13. XII. *Extractio linearis simplex oc. d.*

Z powodu bardzo niespokojnego zachowania się operowanego nie można było resztek undiną wypłukać.

Po kilku dniach chory pojechał do domu z atropiną.

4. II. 1902. Z powodu pogorszenia wzroku prawego oka zgłasza się ponownie. Prawe oko blade, rogówka czysta, blizna gładka, źrenica w górnej części zasłonięta miękką korą. Dno widać jednak dość wyraźnie, w plamce żółtej czarniawe ognisko okrągłe, o średnicy $\frac{1}{3}$ tarczy. T + 1.

$$\sqrt{\text{Pro palce } 2 \text{ m } \pm \text{ nl.}} \quad \text{Sn. } 3,0 \text{ } \mp \text{ } 4,0\text{D} : 15 \text{ cm.}$$

$$\text{Lo } \frac{6}{36} \text{ Em.} \quad \text{Sn. } 1,25 : 25 \text{ cm.}$$

7. II. *Iridectomy et extractio cataractae residuae cum irrigatione oc. d.*

Podwyższenie ucisku ustąpiło, przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

W marcu 1902 przechodził chory jeszcze raz leczenie z powodu pogorszenia *retino-chorioiditidis centralis*: Ciennica, wielkie dawki jodu, kąpiele mydlane, wstrzykiwania podspojówkowe *Hg. oxycyanati*.

Ostatecznie sprawę na dnie oczu powiodło się powstrzymać. Ostatnie badanie wzroku, wykonane 8. V. 1902 dało wynik następujący:

$$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{36} \text{ -24 cyl. } - 3,5 : 40^\circ \text{ t. } + \diamond \text{ nl.}} \quad \text{J. } 14 \text{ } + \text{ } 6,0\text{D} \diamond - 3,5 : 30^\circ \text{ t.}$$

$$\text{Lo } \frac{6}{60} ; \frac{6}{36} \text{ cyl. } + 1,5 : 60^\circ \text{ t. } + \diamond \text{ nl.}} \quad \text{J. } 13 \text{ } + \text{ } 5,0\text{D} \text{ cyl. } + 1,5 : 50^\circ \text{ t.}$$

$$\text{Obuocznie J. n. } 11 \left\{ \begin{array}{l} + 6,0 \diamond - 3,5 : 30^\circ \text{ t.} \\ + 5,0 \diamond + 1,5 : 50^\circ \text{ t.} \end{array} \right.$$

16) X. Fudalla Martynian, l. 27, z Niewodny (ad Strzyżów).

12. IX. 1902. Zgłosił się prywatnie do Prof. Wicherkiewicza.

Mp. fortis. Staphyloma postic. oc. utr. Anisometropia.

Oprócz garbea innych zmian dno oczu nie przedstawiało, pole widzenia na obu oczach współśrodkowo zwężone.

√ Pro palce $1\frac{1}{2}$ m; $\frac{6}{13}$ Mp. 20 \odot cyl. — 0,75 : 90° Sn. 0,5 : 5 cm (p. rem.)
Lo palce $2\frac{1}{2}$ m; $\frac{6}{36}$ Mp. 10D \odot cyl. — 1,5 : 90° Sn. 0,5 : 9 cm (p. rem.)

13. IX. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Przebieg prawidłowy.

26. IX. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. d.*

Przebieg pooperacyjny zwykły. Wessanie pozostałych resztek postępowano bardzo powoli.

Chory dostawał dioninę, jodypinę i inne podobne środki.

Dopiero w marcu 1903 źrenica się oczyściła.

26. III.

√ Pro: $\frac{6}{13}$ nc; $\frac{6}{8}$ nc. Hp. 2,0D \odot cyl. — 2,0D : 0°
Lo: palce $2\frac{1}{2}$ m; $\frac{6}{24}$ Mp. 11 \odot cyl. — 0,5D : 0°
Sn. 0,5 + 5,0D \odot cyl. — 2,0D 0° : 27 cm.
Sn. 0,5 : 9 cm.

Chory otrzymał odpowiednie szkła do patrzenia na odległość.

W r. 1905 zgłosił się ponownie, bo wzrok oka operowanego osłabł.

Cataracta secundaria oc. dex.

√ Pro $\frac{6}{60}$; $\frac{6}{18}$ nc. cyl. — 1,5 : 90° Sn. 0,5 + 7,0D : 10 cm.

13. VI. *Discisio cataractae secund. oc. d.*

31. VII. 1905. Źrenica prawego oka czysta. Dno widać dość wyraźnie bez nowych zmian.

√ Pro $\frac{6}{18}$ Mp. 1,5 \odot nl. Sn. 0,5 + 4,0D 16 cm.
Lo $\frac{6}{24}$ Mp. 21,0D (!) Sn. 0,5 : 5 cm.

17) Górny Piotr, l. 15, syn wyrobnika, ze zakładu Salezjanów w Oświęcimie.

26. XI. 1906. Od dziecka krótki wzrok, w ostatnich czasach pogorszył się, zwłaszcza na lewym oku.

Mp. fortis. Staphyloma posticum infero-externum. Choriorretinitis centralis oc. utr.

√ Pro $\frac{6}{18}$ Mp. 22,0D \odot — 1,0D : 80° n. (to samo Mp. 23,0D) Sn. 0,5 : 6 cm
Lo $\frac{6}{18}$ Mp. 22,0D \odot — 1,5 : 20° n. (to samo Mp. 23,0D) Sn. 0,5 : 6 cm

W polu widzenia ubytków wykazać nie można.

Prawe o. Cała okolica plamki żółtej przedstawia łożo w porównaniu do otoczenia blade-czerwone, poprzecinane liniami, tworzącymi siatkę. Wśród tych linii ogniska białe, podłużne, zajmujące przestrzeń między *art. temp. super. et infer.*

Lewe o. W okolicy plamki żółtej podobne łożo siatkowane, leżące poza naczyniami, ale bez plam ogniskowych.

Ther.: Dionina, KJ, gorące kąpiele nożne, poty, ciemnica.

11. XII. *Discisio capsulae lentis oc. d.*

Soczewka coraz silniej pęcznieje. T + 1/2.

20. XII. W nocy koło 4-tej z rana silny ból.

Pro. Nastrzyknięcie rzęskowe. Rogówka lekko zmętniona. T + 2.

Ung. ASC. Zimny Leiter.

Extractio linearis simplex cum iridectomia oc. d.

21. VII Bóle ustąpiły, źrenica wązka ASC.

23. XII. Źrenica duża. Gruba warstwa resztek, które mętnieją.

A. S. C. Dionina.

25. XII. Resztki pęcznieją.

28. XII. Chory opuszcza klinikę. Oko blade, źrenica duża, jeszcze w całości resztkami zasłonięta.

√Pro palce 1 m.

18. III. 1907. Chory zgłasza się do kliniki z prośbą o usunięcie soczewki z oka drugiego.

Badanie wykazuje: na prawem oku źrenica czarna, media czyste na dnie oka tesame zmiany co dawniej.

√Pro 6/12 cyl. — 5_mD 45° t. $\odot + 1,75 D$ Sn. 0,8 cyl. — 5_oD 45° t.
$\odot + 6,0 D : 20 \text{ cm.}$

Fakoliza u lewego oka jest obecnie w toku.

13) Mierzejewska Lucyna, l. 42, z Dąbrowy górniczej.

Zgłosiła się do mnie 30 lipca 1906.

Od dziecka bardzo krótki wzrok. Szkieł dotąd wcale nie używała. Oczy bolą przy czytaniu. Metamorfopsya. Rodziła 14 razy i wszystkie dzieci sama karmiła. W rodzinie ojciec miał także krótki wzrok.

Mp. fortis. Staph. posticum; chorioiditis centralis oc. utr.

√Pro palce 1 1/2 m; 6/24 Mp. 20_oD \odot nl. Snel. 0,5 : 6 cm (p. rem.)
√Lo palce 1 m; 6/36 Mp. 22_oD \odot nl. Snel. 0,5 : 4,5 » (p. rem.)

Źrenica lewa trochę szersza od prawej. Wziernikiem dość znaczne *staphyloma posticum annulare*. W plamce żółtej ciemny punkt, wyraźniejszy u lewego oka. Pole widzenia ogólnie nieco zwężone, plamka

Mariotte'a obustronnie nieco powiększona. Na razie zapisałem okulary PL—10₀D niebieskie lit. C. i 10% maść jothionową do wcierania w skronie.

Chora zgłosiła się po raz wtóry w październiku 1906.

Badanie po atropinie wykazało myopię podmiotową na prawem oku 20₀D, na lewem 21₀D. Dowiedziawszy się, że jest rzeczą możliwą przez usunięcie soczewki uwolnić się od krótkiego wzroku, domaga się wykonania takiej operacyi na oku lewem.

24. X. 1906. *Discisio capsulae lentis oc. sin.*

Jedno poziome cięcie przez torebkę i korę, trochę płytkie.

W następnych dniach soczewka zaćmiała się w najbliższej okolicy rąki, ta jednak zbyt szybko się zamknęła i zaćmienie dalej przestało się powiększać. Odesłałem jednak chorą z atropiną do domu w nadziei, że jednak powoli soczewka się zaćmi, ale chora wróciła już 3. XI. z zmienionym stanem oka.

5. XI. *Discisio capsulae lentis oc. sin. resecta.*

Tym razem zrobiłem kilka cięć głębszych, to też soczewka zaczęła najprzód prędko, potem nieco wolniej się zaćmiewać, a 19. XI. z powodu pęcznienia poczęła chora doznawać bólu. Zaleciłem oprócz atropiny okłady lodowe.

21. XI. *Extractio linearis simplex cum irrigatione oc. sin.*

Przebieg operacyi, którą wykonałem w mem mieszkaniu, prawidłowy. Po kilku godzinach wypoczynku chora przeszła do pobliskiego hotelu.

Po południu dostała dość silnego bólu w oku i skroni. Badanie wykazało silne przekrwienie, rogówkę czystą. Żrenicę *ad maximum* rozszerzoną, zasłoniętą po części resztkami, a w części szarym, galaretowatym wysiękiem. Dotyk bardzo bolesny.

Zapuściłem atropinę, ung. Ichthyoli 10% i założyłem opaskę spirytusową. Na wewnątrz aspiryna.

Nazajutrz bólu już nie było, wysięk ustąpił, a w szerokiej żrenicy została warstwa kory. Opaskę spirytusową zastąpiłem papierkiem Wolffberga.

W następnych dniach reakcyja stopniowo się zmniejszała i resztki powoli ulegały wessaniu.

29. XI. Chora dostała silnego napadu zimnicy z dreszczami, bólem głowy, gorączką, potami. Podałem natychmiast chininę, tak że już nazajutrz po południu atak był słabszy, a trzeciego dnia ograniczył się tylko do bólu głowy. Na oko ataki te nie wywarły żadnego ujemnego wpływu.

2. XII. Zacząłem dla przyspieszenia wessania zapuszczać dioninę w coraz silniejszych rozczynach.

21. VII. Widać już było wśród resztek kory czarny otworek.

¶Lo palce do 3 m.

Nazajutrz chora wyjechała do Dąbrowy i powróciła dopiero po sześciu tygodniach.

6. II. 1907. Lewe oko blade, źrenica szeroka regularna, zasłonięta zgrubiałą torebką, a miejscami cienką, przeświecającą warstewką kory. Kilka grudek leży na dnie przedniej komory. Dołem zewnątrz w torebce trójkątny mały zupełnie czarny otworek, przez który widać wyraźnie wziernikiem duo oka z temi samemi zmianami co dawniej.

$\sqrt{L_0} \frac{6}{12}$ nc. Em. Snel. 1,25 + 4₀D : 25 cm.

Poleciłem zmienić w okularach lewe szkło — 10₀D na płaskie szkło niebieskie.

Chora jest zadowoloną z wyniku fakolizy.

Jakie będą dalsze losy operowanego oka, przyszłość pokaże*).

(Dok. nast.).

Przypadek raka powieki dolnej.

Podał

Dr K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Według Borsta (Die Lehre von den Geschwülsten II. Bd. 1902) ze wszystkich narządów sprawa rakowa najczęściej powstaje w skórze. Birch-Hirschfeld znów utrzymuje, że skórze należy się pod tym względem drugie tylko miejsce, lecz natomiast ze wszystkich jej części trzecie miejsce należy się dolnej wardze, uchu i powiekom. Hassner już przed czterdziestu kilku laty zwrócił uwagę na okoliczność, że w lewej połowie twarzy cierpienie o wiele częściej powstaje.

Hartmann (Beitrag zur Kenntniss der epibulbären Carcinome, Kiel 1893). Zebrał przypadki, spostrzegane na klinice w Kilonii za lat 20. Wypadło, iż w częściach dodatkowych oka cierpienie miało miejsce w 45,81%, z czego na dolnej powiece 37, na górnej 15, w kącie zewnętrznym w 1, w kącie wewnętrznym w 3, w mięsku łzowym 1, w dolnej powiece i w spojówce gałki w 3, w dolnej powiece i w kącie zewnętrznym

*) Miałem w maju b. r. list od operowanej, w którym mi donosi, że obecnie widzi lewem okiem jeszcze lepiej, a z bliska czyta drobniejszy druk, niż dawniej. Niestety na razie nie może przyjechać dla dokładnego zbadania.

w 1, w gruczole łzowym 1, w załamku przejściowym 1, w oczodole 8. Czyli nowotwory powieki dolnej stanowiły 52,1% wszystkich nowotworów części otaczających gałkę. Veit (Statistische Uebersicht der in den Jahren 1896 bis 1901 in den Tübinger Augenlinik behandelten Augenkrankheiten. Tübingen 1902). Z pomiędzy 71 guzów powiek, spostrzeczanych w ciągu 5 lat znalazł 36 przypadków raka przybłonkowego, z tych 19 mężczyzn i 17 kobiet. Wiek przeciętny — 63 lat.

Uzuńiko Mayeda (Das Lidcarcinom. Deutschmanns Beiträge zur Augenheilkunde. Zeszyt 56. 1904) zebrał 44 przypadki, spostrzegane w klinice w Giessen, prócz tego w literaturze, począwszy od r. 1860—jeszcze 181. Rak powiek stanowi 1,13% cierpień powiek i 0.085—0.087 wszystkich cierpień oczu. Lewa powieka częściej jest zajęta od prawej i zachodzi pod tym względem stosunek, jak 113:91. Na dolnej powiece cierpienie miało miejsce w 97 przypadkach, w kącie wewnętrznym w 65, na górnej powiece w 15, w kącie zewnętrznym w 18. Cierpienie trwać może od 20—25 lat. Gruczolę chłonne oddziaływają w bardzo rzadkich przypadkach. O etyologii cierpienia nie się chyba nie da powiedzieć. Wpływy urazu występują bardzo niewyraźnie, dziedziczność również wątpliwą odgrywa rolę. Więcej zdają się wpływać niehygieniczne warunki utrzymywania skóry, przynajmniej japończycy, którzy do przesady są dbali o czyste utrzymanie ciała, ulegają cierpieniu o wiele rzadziej. Rokowanie dla życia dobre, nawroty rzadkie, najpóźniej do 3 lat. Badań anatomicznych dokonano w znacznie mniejszej części przypadków. Thiersch w swem słynnym dziele »Der Epitheliakrebs, namentlich der äusseren Haut. 1865* odróżniał dwie postacie raka skóry: powierzchowną i głęboką, odróżnia postacie następujące: 1) pod względem budowy zupełnie zbliżone do brodawczaków i różniące się od nich tylko klinicznie, 2) płaski rak przybłonkowy ze zrogowaceniem, 3) rak gruczolowy skóry i 4) rak zwyyczajny.

Iwan Pawłow, 76-letni, przed 30-stu laty spostrzegł na dolnej prawej powiece, bliżej kąta wewnętrznego oka i pod rzęsami bezpośrednio dwie bardzo płaskie brodaweczki, które wkrótce przeistoczyły się w jedną rankę. Ranka w ciągu 7 lat stopniowo się zwiększała, po upływie zaś tego czasu zajmowała prawie połowę dolnej powieki. Powierzchnia jej była zupełnie gładką i równą; przy nieostrożnem dotknięciu się często krwawiła. Stan taki trwał prawie całe 10 lat, poczem powierzchnia stała się nierówną, jakby pooraną, najpierw tylko na dolnej powiece w pobliżu kąta wewnętrznego, stopniowo przechodząc na całą dolną powiekę i nadto na skórę w okolicy kąta wewnętrznego już w okolicy nosa. Zajęło to jeszcze 10 lat, po którym to przeciągu czasu widziałem chorego po raz pierwszy 15 maja 1900 roku.

Stan był taki. Lewe oko i części otaczające zupełnie prawidłowe. Mp. 10.0 D. Zmiany zanikowe dookoła tarczy, posuwające się w okolicy plamy żółtej: 0 = 0,2. W prawem oku V = 0,2; znaczne zmiany dookoła tarczy i w okolicy plamy żółtej, Mp. = 12,0 D. Rogówka, soczewka i ciało szkliste zupełnie prawidłowe, tęczówka również. Górna powieka zupełnie prawidłowa, również spojówka gałki w górnej połowie, w dolnej — bardzo nieznacznie przekrwiona. Na prawej dolnej powiece zewnętrzna trzecia część jej brzegu wolnego jest zachowana, również pasemko skóry szerokości nie więcej nad 1,5 mm, pozatem cała skóra dolnej powieki, zaczawszy od kąta zewnętrznego do wewnętrznego, nadto cała skóra w okolicy dolnej połowy worka łzowego wraz z całym prawie brzegiem wolnym powieki była przeistoczona w błado-szarawo-różową masę, na powierzchni której były widoczne jakby bardzo drobne ziarniny. Brzegi powierzchni owrzodzonej były gładkie i równe. Operacji usunięcia powieki chorey nie zechciał się poddać, natomiast przez całe dwa miesiące poddawał się leczeniu światłem fioletowem. Nastąpiło jakoby bardzo znaczne polepszenie — powierzchnia owrzodziła stała się gładszą, bardziej suchą. Widząc chorego w rok później, polepszenia co

prawda nie mógłbym przyznać, co najmniej znalazłem stan takim, jakim był uprzednio. Na operację znowu się nie zgadzał.

4-go kwietnia 1902 r. stan był następujący: Rogówka i środki załamujące zupełnie prawidłowe, oko zezuje cokolwiek ku zewnątrz, ruch zaś ku wewnątrz jest ograniczony. Na skórze górnej powieki zmian żadnych. Skóra dolnej powieki, zarówno w części jej chrząstkowej, jakoteż oczodołowej była przeistoczona w szaro-żółtą cokolwiek wydątną ku przodowi powierzchnię z licznymi i bardzo drobnymi różowemi ziarninami; te same zmiany dawały się również spostrzegać w skórze nie tylko całej okolicy worka łzowego, lecz nadto nosa, od brzegu brwi do linii środkowej i o 1 cm niżej wiązadła powiekowego wewnętrznego. Pozostała dawniej część zewnętrznego brzegu powieki zupełnie uległa zniszczeniu. Owrzodzona powierzchnia przechodziła bezpośrednio w spojówkę gałki. Ta ostatnia była bardzo obrzękła i przekrwiona nie tylko w dolnej połowie, lecz na całej przestrzeni. W załamku górnym znajdował się bardzo rozrosły fałd—przeszło 5 mm szeroki i tyleż prawie gruby. W okolicy skroniowej, również ku dołowi i ku górze spojówka nasuwała się na rogówkę na przestrzeni nie mniej jak 2 mm. Załamek półksiężycowy i mięsko-łzowe zupełnie były zniszczone przez nowotwór. W okolicy kąta zewnętrznego widoczny był nadto guz, barwy ciemno-czerwonej, dość twardy przy dotyku, długości przeszło 1 cm, a szerokości i grubości przeszło 0,5 cm. Guz ten był przyrośnięty do spojówki górnego załamka w pobliżu kąta zewnętrznego, wierzchołek zaś jego dochodził prawie do rogówki. Chory uskarżał się na bardzo silne bóle, zwłaszcza w nocy i domagał się uprzednio proponowanej mu operacji. W obecnych warunkach, ponieważ nie mogło ulegać wątpliwości, iż nowotwór przeniósł się nie tylko na spojówkę gałki, lecz prawdopodobnie również w części na rogówkę, może nawet na twardówkę i na pewną część oczodołu, mogła być już mowa tylko o wypatroszeniu oczodołu całego, wraz z usunięciem powiek i przyległej części skóry nosa, której to operacji dokonałem wraz z kolegą Czerniachowskim 14. V. tegoż roku. Części obnażone były przy-

kryte według sposobu Thierscha. Gojenie nastąpiło zupełnie prawidłowo. W rok potem w okolicy prawej kości nosowej powstało owrzodzenie. Kol. Wołkowiez usunął prawą kość nosową i część wyrostka szczęki górnej, poczem gojenie odbywało się prawidłowo. Chory odtąd aż do chwili obecnej jest ciągle na oku i możności nawrotu nie zdradza bynajmniej.

Przechowaną w 1% formalinie zawartość oczodołu przecięłem w kierunku pionowym na dwie połowy, przekonawszy się zaś, iż w częściach otaczających tylną część gałki zmian żadnych nie było, usunąłem je, pozostałe zaś części wraz z powiekami załałem do celloidyny, poczem dokonałem seryi cięć. W otaczającej brzeg owrzodzenia skórze zmiany były nieznaczne — ledwie cokolwiek zwiększone brodaweczki i znaczne wyrostki przybłonka; mógłbym wprost powiedzieć, że tkanka rakowa bezpośrednio przytykała do zdrowej skóry. Na powierzchni nowotworu dawały się spostrzegać resztki naskórka, może raczej nowowytworzony naskórek. Składał się on z grubych walcowatych tworów przybłonkowych, które rozgałęziały się i łączyły zawsze sobą, tworząc nieprawidłową sieć, w pętlach której znajdowała się obfita tkanka łączna z nieliczną bardzo ilością komórek, w niektórych tylko miejscach ilość komórek bardziej była znaczną w tej części nowotworu tkanka rakowata i podścielisko równoważyły się ze sobą, niekiedy nawet przewaga była widoczną po stronie podścieliska.

W walcowatych utworach na cięciach w średnicy często narachować można było dziesiątki całe komórek, zawsze prawie płaskich, ku obwodowi tylko kształt ich była widocznie sześcienną. Utwory te były przeważnie stałe i jednolite. Niekiedy dostrzedz w nich można było naczynia o bardzo cienkich ścianach, które na pierwszy rzut oka sprawiały nawet wrażenie, jakoby ścian własnych wcale nie posiadały, stanowiły je raczej pierwociny nowotworu, zupełnie jak to tak często spostrzegamy w mięsakach. Nadto w środku utworów

sposstrzegać się nadto dawały niekiedy na dość znacznej przestrzeni dość grube nawet pęczki tkanki łącznej, dokoła których komórki rakowe tworzyły jakby pochewki, guz przeto sam w miejscach tych zdradzać się zdawał budowę brodawczaka. Oczywiście w jednym i drugim przypadku komórki przybłonkowe obrastały tylko utwory, które po drodze napotykały. Rzadziej znacznie w utworach dawały się spostrzegać próżnie jakby drobne torbiele; wyściełające je komórki przybierały zwykle kształt sześcienny. Częściej znacznie w utworach walcowatych rakowych znajdowały się bardzo liczne i obszerne zrogowacenia, przeważnie w najdawniejszej części nowotworu, t. j. w części wewnętrznej powieki. Tu niekiedy bardzo długie i grube utwory walcowate stanowiły raczej jakby pochewki dokoła ułożonych spółśrodkowo w postaci cebulek gniazd komórek zrogowaciałych, jednego za drugim, niekiedy nadto po 2 lub 3 obok siebie. Pochewki w niektórych miejscach tak dalece były cienkie, iż składały się tylko z 2—4 warstw komórek przybłonkowych.

W obrębie powieki dolnej wszędzie znajdowała się li tylko tkanka rakowa, gruczoły Meiboma, Krausego i rzęsy zupełnie uległy zniszczeniu. W okolicy kąta wewnętrznego tkanka rakowa zagłębiała się pomiędzy gałką a ocalałym workiem łzowym ku wewnątrz i ku tyłowi i dochodziła do ścięgna wewnętrznego prostego mięśnia oka, uciskając je widocznie. Utwór stąd powstały postać miał okrągłą, w średnicy przeszło 12 mm, dokoła otaczała go torebka z włóknistej tkanki łącznej, był spłaszczony odpowiednio do powierzchni gałki. Uciskając ścięgno mięśnia, utrudniał sprawność jego, ta też okoliczność najzupełniej tłumaczy zmniejszony ruch gałki ku wewnątrz. W obrębie powieki, jak wspominałem już, walcowate utwory rakowe były bardzo grube i tworzyły luźną sieć z obfitem podścieliskiem z tkanki łącznej. W miarę zbliżania się ku utworowi ponadgałkowemu, tkanka rakowa znacznym ulegała zmianom. Utwory walcowate stawały się coraz cieńsze, tworząc siateczki bardziej gęste. Stosownie do tego podścielisko było o wiele mniej obfite, tkanka zaś jego obfitszą

była w komórki. W samym utworze nadgałkowym tkanka rakowa przybierała cechy cewkowo-groniastej, gdyż tworzyła promienie najrozmaiciej rozgałęzione, które rozchodziły się od środka ku obwodowi, wszelako w promieniach tych nigdy nie widziałem przewodów, jakkolwiek komórki same przybierały kształt, bardziej do sześciennego zbliżony.

Dolnego załamka wcale nie było. Tkanka rakowa zwyrodniałej powieki dolnej dochodziła bezpośrednio do spojówki gałki. Ta ostatnia, jak nadmieniałem już, była bardzo obrzmiała i przekrwiona, który to stan zmniejszał się nieco w kierunku ku rogówce. Najmniej obrzękłą była spojówka gałki w obrębie górnego i wewnętrznego wycinka jej, coraz bardziej znaczną się stawała w miarę zbliżania się ku kątowi zewnętrznemu. Tu też w początku górnego załamka przejściowego znajdował się utwór, o którym mowa była wyżej. Stanowił on właściwie tylko wytworzony ze spojówki fałd.

W najbardziej obwodowej części spojówki dolnej połowy gałki utwory walcowate rakowe, pod względem budowy i ułożenia przedstawiały się taksamo jak w skorze powieki dolnej. Lecz już bardzo prędko grubość ich stawała się znacznie mniejszą, dalej widoczne już były tylko cienkie, na cięciach zwykle z kilku lub dwóch nawet tylko szeregów komórek rakowych złożone utwory rakowe. Utwory te układały się nadto w sposób zupełnie odrębny, mianowicie w kształcie łuków bardzo wydłużonych (grubość spojówki dochodziła do 0,8 cm) wypukłych ku powierzchni, które były znów obsadzone przez długie a cienkie utwory przybłonkowe, które się znów rozgałęziały. Utwory rakowe nie dochodziły jednak do samej rogówki; w najbardziej zbliżonych do brzegu jej częściach, również w wałeczkach, które się na rogówkę nasuwały, zgrubiałość tkanki pochodziła li tylko wskutek bardzo obfitego nacieczenia drobnokomórkowego. Taką li tylko budowę znalazłem również w spojówce gałki w okolicy górnego i wewnętrznego jej wycinka. W tej okolicy pokrywał ją wszędzie przybłonek. Komórki jego znacznym jednak uległy zmianom — komórki warstwy powierzchniowej były płaskie, wewnętrzne, sześcienne,

prócz tego tu, jakoteż na całej powierzchni pozostałej spojówki gałki, o ile takowa nie była obnażoną, prawdopodobnie wskutek przetarcia przez wyrastający nowotwór, przyblonek tworzył wyrostki, które zagłębiały się dziś znacznie do istoty tkanki, często pomiędzy zbliżonymi do siebie łukami tkanki rakowej. Na pierwszy rzut oka przypominały one te, z których powstają utwory rakowe, zwłaszcza w skórze, przy współudziale tkanki podścieliska, to jednak nie trudno się było przekonać, iż nie miały one nic wspólnego z nowotworem samym, który oczywiście stanowił tylko dalszy rozrost tkanki rakowej w skórze dolnej powieki powstałej. Zupełnie tę samą budowę znalazłem w wyrostku w okolicy kąta zewnętrznego ze spojówki powstałym, jak również w fałdzie, który powstał w górnym załamku. Zrogowacenie, któremu tak bardzo uległa najdawniejsza część nowotworu, dawało się również spostrzeżać wszędzie prawie, nawet w najbardziej od podstawy oddalonych miejscach spojówki, z tą tylko różnicą, iż gniazda zrogowaciale były coraz mniej liczne i coraz mniejsze, tak iż często stanowiły je tylko kilka komórek. Jakkolwiek więc kształty utworów rakowych, pod wpływem zapewne warunków miejscowych dla rozwoju, bardzo znacznym ulegały zmianom, to jednak wszędzie tkanka przechowywała wybitną cechę, stałe usposobienie do zrogowaceń, nawet w częściach najbardziej od podstawy oddalonych.

Spojówka powieki górnej również nie pozostała obojętną. Nieznaczny rozwój sprawy rakowej znalazłem tylko w części jej bezpośrednio obok brzegu zewnętrznego położonej, jednakże na całym obszarze jej znalazłem znaczne zgrubienie, wskutek bardzo obfitego nacieczenia drobnokomórkowego, nadto w okolicy górnego załamka, a nawet na spojówce chrząstki spostrzegalem zawsze na cięciach kilka pęcherzyków (follikulów), które przypominały follikule jaglicowe, różniły się jednak tem, iż były znacznie większe, znajdowały się nie w początku załamka, lecz najczęściej w tylnej części jego, nawet w środku spojówki chrząstki, następnie o tyle były odosobnione, iż na cięciach nigdy nie spostrzegalem dwóch follikulów bezpośrednio

lub nawet blisko tylko obok siebie położonych, nadto na wielu bardzo cięciach wcale nie występowały. Przybliżonek na całej powierzchni powieki górnej i załamka tworzył wyrostki zupełnie takie, jak opisałem na spojówce gałki. Obecność follikułów tembardziej uderzała, iż jaglicy wcale nie było, zarówno w cierpiącym, jakoteż w zdrowym oku.



Keratitis neuroparalytica
w świetle doświadczeń z wycinaniem nerwów naczyniowych (*n. n. sympathici*) na szyi.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

3-go marca 1899 r. proszony byłem przez dr Rathnera w Dynaburgu na poradę lekarską do chorej G., 25-letniej mężatki. Chorą znalazłem leżącą bez mowy, ze strononiewładem prawym i zezem górnym oka prawego. Zresztą źrenice na światło i atropinę wrażliwe.

Chora jakkolwiek nie mówi, jednak widzi, poznaje i rozumie, a nawet daje znaki uściskiem dłoni na »tak« i nie ściskaniem dłoni na »nie«.

Wrażliwość skóry wszędzie zachowana zarówno na stronie porażonej jak i zdrowej. Odruchy ścięgnowe i skórne zachowane, ale nie wzmożone. Wziernik wykrył w obu oczach tarcz zastoinową. Rogówki wrażliwe na dotyk; od wczoraj wystąpiło na lewej rogówce kilka jamek, jedna z nich z lekkim nacieczeniem szarawem, inne zupełnie przeziernie. Powieki zupełnie prawidłowe; nie tylko jaglicy, ale ani śladu jakiegobądź zapalenia i wydzieliny; zresztą, według świadectwa rodziny, chora nigdy na oczy nie chorowała.

4-go marca rogówka oka pr. wczoraj jeszcze zupełnie

prawidłowa, została również dotknięta niewładem odżywczym. W kilka dni potem chora umarła.

W pierwszym roku mej praktyki lekarskiej miałem zupełnie podobny wypadek *keratitis neuroparalytica*.

W późnej jesieni r. 1886 wezwany byłem do chorego K. w D. Chorego znalazłem w głębokiej śpiączce (*Encephalitis*); zwróciłem przytem uwagę, że zarówno powieki jak i gałki oczne były zupełnie prawidłowe, tylko źrenice były nieco zwężone i na światło zupełnie niewrażliwe, ale rogówki były zupełnie gładkie i przeziernie.

Jakkolwiek uprzedziłem otaczających, że choremu pozostało zaledwie parę godzin życia, to jednak w godzinę później byłem znowu wezwany do umierającego. Znalazłem go już bez tętna i oddechu, co jednak szczególnie mię uderzyło to wygląd oczu: naczynia spojówkowe były nadzwyczaj rozszerzone, a rogówki pokryte drobnymi zupełnie przeziernymi jankami, co robiło je podobnymi do naparstków.

Pracując wiele lat później w Petersburgu w pracowni Bechterewa nad czuciem włosowem wykonałem szereg doświadczeń na zwierzętach z wycinaniem nerwów naczyniowych (*n. n. sympathici*) i badałem wpływ tego wycinania na czucie skórne w ogólności i czucie włosowe w szczególności. Otóż podczas tych doświadczeń zauważyłem, że wycinanie nerwu naczyniowego na szyi sprowadza jeżeli nie zawsze, to bardzo często *keratitis neuroparalytica*.

Kilka z tych doświadczeń pozwolę sobie przytoczyć tutaj, gdyż mojem zdaniem, rzucają one światło na pochodzenie *keratitis neuroparalytica* *).

Doświadczenie I.

Taksie średniej wielkości zastrzyknięto pod skórę 2 sz. cm 2^o/_o roztworu chloranu morfiny, a następnie zachloroformowano.

*) Noiszewski. »Czucie włosowe skóry«. Petersburg, 1900, str. 101.

Po wyjąłowaniu pola operacyjnego na szyi najprzód wodą gorącą i mydłem, a potem roztworem 1:5000 dwuchlorku rtęci, poprowadziłem cięcie w przedziale, utworzonym na szyi między siercią. Doszedłszy do miejsca, gdzie wspólnie leżą lewy nerw naczyniowy (*n. sympathicus*) i nerw trzewiowy (*n. vagus*) i po ostrożnem odosobnieniu n. naczyniowego na szyi wyciąłem z niego kawałek długości 8 cm.

Po zatrzymaniu krwawienia, które zresztą nie było b. wielkie i nałożeniu szwów położyłem na ranę przeciwnilny opatrunek. Natychmiast po przecięciu n. naczyniowego lewego na szyi zwężyła się źrenica oka lewego.

14-go grudnia. Taksa wygląda dobrze, chętnie przyjmuje pokarm i pije wodę. Źrenica oka lew. mocno zwężona. Światłowstręt i łzawienie oka lewego.

15-go grudnia. Światłowstręt i łzawienie większe.

17-go grudnia. Wystąpiła *keratitis neuroparalytica* u taksy w oku lewym.

19-go grudnia. Taksa zdechła.

Prof. Pawłow (fizyolog) utrzymywał, że taksa zdechła dlatego, że podczas operacyi oddzielania n. naczyniowego od trzewiowego uszkodzony został nerw trzewiowy (*n. vagus*).

Doświadczenie IV.

20-go grudnia 1898 r. poddany był narkozie chloroformowej młody szary kot; pod narkozą wycięto u niego 5 cm z prawego nerwu naczyniowego na szyi. Natychmiast po wycięciu n. naczyniowego zwężyła się mocno źrenica oka pr., a powieka średnia nasunęła się na gałkę, zakrywając jej średniową połowę.

21-go grudnia. Kot przyjmuje pokarm i pije, źrenica zwężona, średnia powieka nasunięta, światłowstręt i *keratitis neuroparalytica* po stronie wyciętego nerwu.

Do 12-go stycznia 1899 r. nie byłem w możności odwiedzić operowanego kota, a w dniu 12-go stycznia kot ten miał oko po stronie wyciętego n. naczyniowego już zanikłe.

Doświadczenie IX.

14-go stycznia 1899 r. młody rudy kot poddany był narkozie chloroformowej, pod którą wycięto mu 3,5 cm n. naczyniowego prawego na szyi. Natychmiast po przecięciu n. naczyniowego wystąpiło zwężenie źrenicy oka pr. i zwężenie szczeliny powiekowej prawej.

15-go stycznia. Kot ten ma się dobrze: je i pije; źrenica oka pr. zwężona i zwężona szczelina powiekowa prawa. Oko prawe łzawi się i obawia się światła, rogówka jednak w stanie prawidłowym. W końcu stycznia wystąpiła *keratitis neuroparalytica* z zejściem zanikowem całej gałki.

Doświadczenie X.

U młodego szarego kota, 14-go stycznia 1899 r. pod narkozą chloroformową wycięto 4,5 cm nerwu naczyniowego lewego na szyi. Natychmiast po operacyi zwężenie lewej źrenicy i lewej szczeliny powiekowej.

15-go stycznia 1899 r. kot je i pije; lewa źrenica i lewa szczelina powiekowa zwężona; oko lewe łzawi i obawia się światła. W końcu stycznia wystąpiła *keratitis neuroparalytica* oka lewego, a 10-go lutego kot nagle zdechł.

Doświadczenie XIII.

Dn. 15-go grudnia 1900 r. u młodego szarego kota na szyi wyciąłem 4 cm nerwu naczyniowego prawego: natychmiast zwężenie źrenicy i szczeliny powiekowej po stronie wyciętego nerwu.

16-go grudnia łzawienie i światłowstręt.

17-go—20-go grudnia bez zmiany. W końcu grudnia ustąpiło łzawienie i światłowstręt, a w styczniu 1901 r. ustąpiło zwężenie źrenicy i szczeliny powiekowej. *Keratitis neuroparalytica* w tym wypadku wcale nie wystąpiła.



II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LVI. Z. 1. (Referent Dr Bał-
łaban.

*Ostro występujące zmiany w barwiku siatkówki przy
pęknięciu naczyńki.* (Acut entstandene Pigmentveränderungen
der Retina bei Chorioidearuptur). Dr Kröner, Leiden.

W kilka godzin po okaleczeniu oka przez odłamek żelaza, spostrzegł autor w siatkówce bujanie barwika, a pod nim białawo-zabarwione złogi. Stan ten zdawał się przemawiać za przebytem zapaleniem naczyńki. W dalszym przebiegu barwik wyjaśnił się a nawet zniknął częściowo. Wtedy w tem miejscu uwidoczniło się dokładnie pęknięcie naczyńki, pod którym znajdujące się białawe ognisko było zezerniałe. Zdaniem autora należy uważać to ognisko, jako wysięk, który z miejsca pęknięcia naczyńki posunął się pomiędzy siatkówką i naczyńką ku dołowi. Zmniejszona zaś początkowo bystrość wzroku stała się następnie zupełnie prawidłową

Prace z dziedziny współczulnego zapalenia oka, (Arbeiten aus dem Gebiete der sympathischen Ophthalmie). (Ciąg dalszy i koniec). Prof. Römer.

*O wchłanianiu bodźców zakaźnych do krwi przy
śródgatkowych zakażeniach. Wchłanianie protozoów.* (Über die Aufnahme von Infektionserregern in das Blut bei intraokularen Infektionen. Aufnahme von Protozoen).

Doświadczenia z *Trypanosoma Brucei* pouczają, że i protozozy są posłuszne prawom zakażenia drobnoustrojami. W ten sposób nie znaleziono żadnego drobnoustroju, któryby zaszczipiony w gałkę oczną uwydatniał wzrost wzdłuż szlaków wzrokowych, ograniczony li tylko na przejście tego drobnoustroju z jednego oka na drugie. Następnie zwraca się autor przeciwko zarzutowi, podniesionemu przeciwko przerzutowemu sposobowi powstawania współczulnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Jeszcze raz sprzeciwia się on teorii migracyjnej Lebera i Deutschmanna, jako nie mającej żadnej doświadczalnej podstawy. Jeżeli Schirmer podnosi, że po t. zw. *resectio optico-ciliaris* współczulne zapalenie oka tak rzadko było opisywanem, to autor musi zauważyć, że zabieg ten nie jest w możności zapobiedz powstaniu współczulnego

zapalenia drogą przerzutów. W końcu podnosi autor możliwość, że pomiędzy bodźcami współzależnego zapalenia łączówki, a pomiędzy naczyniami śródgałkowymi istnieje jakaś swoista łączność.

Wybroczyna krwawa śródoczna przy jaskrze. (Haemophthalmus bei Glaucom). Dr Graefenberg.

Autor opisuje zmiany anatomiczne oka wyluszczonego wskutek jaskry następowej, a które było w całości garbiakowato powypuklane, zaś we wnętrzu całkowicie krwią wypełnione.

Najważniejsze zmiany polegały na tem, że blaszki w środku rogówki były całkiem zanikłe, następnie brak był całkowity włóknien więzadła Zinniusa. Naczyniówka była prawie w całości oderwaną a miejscami poprzerywaną krwotokami. Pęknięcie naczyniówki było umiejscowione we warstwie t. zw. *suprachorioideae*. Pośrodku wielkich pozanaczyniowych krwotoków mieściła się pewna ilość ciągłych tworów. Siatkówka w całości oderwana — w zewnętrznych jej warstwach były umiejscowione wielkie komórki barwikowe. Tarcza nerwu wzrokowego była głęboko wyżłobioną. Jedna z tylnych tętnic rzęskowych wciskała się wprost w krwotok pozanaczyniówkowy.

Autor wnioskuje, że krwotok ten nie stoi w związku z ewentualnem przebiciem rogówki (powstała wskutek zmniejszonego ucisku), gdyż brak jest krwi płaszczyźnie rogówki. Wedle badania nie powstał ten krwotok także z naczyń naczyniówki, ale powstał on ze wspomnianej powyżej tętnicy rzęskowej. Ponieważ barwik siatkówki przylega do oderwanej od niej naczyniówki, więc jest jedynie możliwem, że znajdujący się na siatkówce barwik pochodzi li tylko z ciała rzęskowego. Masy koloidalne w rogówce powstały z czerwonych ciałek krwi, gdyż przybłonki rogówki były bez zmiany. Przyczyną następowej jaskry był garbiak rogówki a nie krwotok, gdyż krwotok ten był jeszcze dość świeży. Tasma przyczyną wywołała wyżłobienie tarczy wzrokowej, zaś jaskra spowodowała dopiero korzystne warunki powstania krwotoku przez zmiany w naczyniach.

O powstawaniu obrazu i obrazków cienia, jakoteż o polu widzenia i o widzeniu w kołach rozbieżnych w systemie skiaskopii i wziernikowaniu. (Über Bilderentstehung und Schattenbilder, sowie über das Gesichtsfeld und das Sehen in Zerstreuungskreisen im System der Skiaskopie und Oftalmoskopie). Dr Wolff.

Autor polemizuje przeciwko Borschkiemu, który w pracy *Widerlegung der Wolffschen Argumente gegen die Lichtabbildungs-*

theorie wysnuł wnioski, że teoria Wolffa została zbudowaną nie tylko na domysłach, które nie odpowiadają rzeczywistości, ale że jest ona również nie zgodna ze znanymi faktami. Autor oznacza różniczkowanie Borschkiego *Scharfes Bild und Zerstreungskreis als spezielle Fälle des Zerstreungsbildes*, jako nielogiczne i mylne ze stanowiska optyki geometrycznej, gdyż oba te pojęcia są w optyce równoznaczne. Natomiast należałoby rozróżnić dwa pojęcia, a mianowicie: obraz rozbieżny i w przeciwieństwie do niego krąg rozbieżny.

Zamglenie w widzeniu u chorych na jaglicę. (Das Nebelsehen der Trachomatösen). Dr Falla.

Autor rozróżnia u osób dotkniętych jaglicą stałe i przemijające zamglenie we widzeniu. U takich chorych, u których nie daje się wykazać materialna zmiana w miąższu rogówki uwydatnia się barwa niebieska jako czarna, poza tem jest wrażenie barwy prawidłowe. Im bardziej zamglenie się takie uwydatnia i im więcej bystrość wzroku jest upośledzoną, tembardziej zamglone wydaje się duo oka. Objawy te są po większej części tem wybitniejsze, im większem jest nastrzyknięcie spojówki gałki ocznej. Jako przyczynę powstania tego zamglenia uważa autor drobnokomórkowe nacieki w nabłonku rogówki, wyklucza zaś stanowczo jakoby zamglenia takie mogły powstać przez wydzielinę. Przyczyny przemijających zaś zamgleń szuka autor w enzymach, które powodują wydostanie się cieczy plazmowej z wieńca naczyń otaczających rogówkę. Wskutek tej plazmy zostaje nabłonek naciekły, przyczem nacieki te znikają równocześnie ze zniknięciem enzymów.

Badania drobnowidowe i świetlne nad zaćmą czarną. (Mikroskopische und spektroskopische Untersuchungen über Cataracta nigra). Dr Cirincione.

Autor opisuje swoje spostrzeżenia na dwóch typowych czarnych zaćmach, które miał sposobność obserwować w przeciągu trzech lat na oczach tego samego osobnika. Zaćma była znacznie większą, aniżeli zwykła zaćma starcza. Przy bocznem oświetleniu była czarną, zaś przy prześwieclaniu oka była różowawą. Drobnowidowo dało się spostrzegać bardzo wąską obwodową część jądra, a także środkową część powstałą z włókien soczewki, które były prawidłowo ułożone. Włókna soczewki były ułożone zupełnie tak samo, jak w soczewce prawidłowej, a różniły się w budowie od innych zaćm głównie tem, że pomiędzy włóknami soczewki nie było żadnych szpar. Dokładne badania mikrochemiczne jakoteż spektroskopowe na barwik krwi dały wynik zupełnie uje-

mny; tak samo brak było melaniny i barwika tęczówki. Autor nie przeczy, że zdarzają się zaćmy, u których brunatna barwa powstaje wskutek przekrwienia tkanki; w takich przypadkach jednak przyczyną powstania zaćmy bywa krwotok w gałce ocznej i dlatego proponuje podobne zaćmy nazywać *Cataracta haemorrhagica*. Natomiast przyczyną czarnego zabarwienia zaćmy czarnej bywa stwardnienie włókien soczewki, odpowiadające fizykalnemu stanowi protoplazmy. Wskutek tego stają się włókna silniej światło łamiącemi tak, że światło je przenikające silniej się rozpiezcha, a temsamem soczewka wydaje się czarną.

O aglutynacji dwoinków zapalenia płuc. (Über Agglutination der Pneumokokken). Dr Karnel Scholz.

Autor podjął się przez badanie aglutynacji rozstrzygnąć, czy dwoinki zapalenia płuc są drobnoustrojami o w właściwych sobie cechach, czy też należy rozróżnić więcej ich rodzajów. Do badania użył jednego rodzaju z fabryki Mereka w Darmstademie, trzy z wrodzu rogówki, a trzy z płwocin chorych na zapalenie płuc. Pokazało się przytem, że aglutynacja tych drobnoustrojów trwała dłużej aniżeli u innych rodzaj drobnoustrojów. Doświadczenia te potwierdzają badania Kindborga, że surowica otrzymana z jakiegokolwiek rodzaju dwoinków zapalenia płuc, aglutynuje najłatwiej i najrychlej ten rodzaj dwoinków, z których powstała. W przeciwieństwie do Kindborga musi autor zauważyć, że pomiędzy dwoinkami zapalenia płuc istnieją pewne pokrewne rodzaje, które mają wpływ na aglutynację. W końcu przychodzi autor do wniosku, że jest rzeczą możliwą, że surowica dwoinków zapalenia płuc staje się ochronną tylko przeciwko tym drobnoustrojom, które jest w stanie aglutynować. Wskutek różnorodności tych dwoinków surowica Roemera nie może dodatnio wpływać na wszystkie wrzody powstałe z zakażenia dwoinkami zapalenia płuc.

T. LVI. Z. II.

O leczeniu krótkowzroczności. (Über die Behandlung der Kurzsichtigkeit), Prof. Hess.

Autor skłania się do całkowitej poprawy szklami krótkowzroczności, gdyż jak dokładnem mierzeniem udowodnił, nie istnieje wzmoczenie się ucisku śródocznego przy akomodacji, na co głównie inni autorowie kładli nacisk i którą to zmianę uważali jako czynnik przyczynowy w zwiększaniu się krótkowzroczności. Następnie wykazuje on, że występujące zmniejszanie się obrazów przy akomodacji (*Micropsia*) nie polega na zmniejszeniu się obrazków siatkówki, lecz jest ono objawem czysto podmiotowym, a za-

tem dla oka nie szkodliwym. Najważniejszym jest to, jak sądzi Hess, że przy całkowitej poprawie przeciwdziała się postępowi krótkowzroczności, a to tembardziej, że najbardziej w tym kierunku miarodajny czynnik, który wskutek wznagającego się ucisku śród-ocznego może spowodować wydęcie się tylnej części gałki ocznej, polega na działaniu zewnętrznych mięśni ocznych przy ich zbieżności, temsamem jest bardzo wskazaniem wysunąć kres dali o ile możliwości, jak najdalej. Autor naprowadza liczne przykłady, w których całkowita poprawa wzroku była znoszoną przez długi czas bez zarzutu i oznacza to szkło jako całkowicie krótkowidzenie poprawiające, które przy kilkakrotnem badaniu podmiotowem i przy prawidłowych warunkach oświetlenia, a także przy prawidłowej szerokości źrenicy okazało się jako najslabsze i klórem to szkłem oko niezalewane atropiną osiągnęło najlepszą bystrość wzroku.

Prace z dziedziny powstania współczulnego zapalenia gałki ocznej. (Arbeiten aus dem Gebiet der Aetiologie der sympathischen Ophthalmie). Dr Roemer.

V. *Postulate zur Erforschung der sympathischen Ophthalmie.* Jako czynnik mający służyć do zbadania współczulnego zapalenia oka oznacza autor nasamprzód badanie ogólne ustroju i badanie krwi u osób dotkniętych tą chorobą. Następnie po zbadaniu pozao-ocznych części należy się podjąć badania oka. Autor wykazuje, że dotychczasowe badania tyczyły się bardzo nie wielkiej grupy drobnoustrojów, z czego wyłania się konieczność dokładnego poznania wszystkich tych drobnoustrojów tak pod względem ich liczby, jak i jeststwa, które mogą się stać dla oka niebezpiecznem. Następnie należy przyjąć, że zapalenie współczulne oka jest chorobą swoistą. Jest dalej następnym postulatem dla badań doświadczalnych, ażeby przedewszystkiem wszystkie badania były skierowane i doświadczane przez wprowadzanie drobnoustrojów wprost do głębi gałki ocznej. Ze względu, że zapalenie takie może jeszcze po upływie kilku miesięcy wystąpić, należy przyjąć, że drobnoustroje powodujące takie zapalenie są bardzo trwałymi; następnie muszą one mieć jeszcze tę zaletę, że wywołują przewlekłe zapalenia plastyczne i mogą stać się szkodliwemi tylko oku, a nie ustrojowi całemu, w końcu uważa autor jako rzecz najważniejszą, robienie próbných zastrzykiwań na małpach.

Uwagi o wpływie stwardnienia i zamarcia na soczewkę. (Bemerkungen über den Einfluss der Härtung und des Absterbens auf die Linse). Dr Hiki da.

Autor badał szereg soczewek zwierzęcych pod wpływem zamarcia i różnorodnych środków stwardniających i znalazł, że jądro

soczewek gęstniało podobnie jak przy powstawaniu zaćmy starezej i że przyczyną tego objawu była marskość soczewki zupełnie analogicznie, jak przy zaćmie. Na podstawie tych badań, przychodzi on zgodnie z Petersem do przekonania, że przy rozmaitych postaciach zaćmy najważniejszą rolę odgrywa zgęstnienie jądra.

Ślepoła z chininy z opisem jednego przypadku. Dr Parker.

Autor pisze o jednym chorym z zapaleniem oskrzeli i płuc, który przez pomyłkę otrzymał jednej nocy 240 granów siarczanu chininy. Następstwem tego było zatrucie chininą ze znanymi objawami. Prócz tego były obie źrenice bez odruchu, rogówki zmętnione, ucisk śródoczny zmniejszony i silne ograniczenie pola widzenia. Na dnie oka obustronnie były tarcze nerwu wzrokowego b. blade, w ogóle całe dno oka było blade. W żyłach były zakrzepy a tętnice były zatkane. Po leczeniu nitrogliceryną, amylnitrytem i strychniną, nastąpiło pomału polepszenie i całkowite wyleczenie.

Przyczynek do współczulnego zaniku nerwu wzrokowego. (Zur Frage der sympathischen Sehnervenatrophie). Dr Pagenstecher.

Autor opisuje przypadek, w którym po wyjęciu jednego oka ociemniałego wskutek okaleczenia, na drugim oku zmniejszyła się bystrość wzroku, a równocześnie powstało mgliste widzenie i bóle głowy. Ze względu na ujemne badanie przedmiotowe sądzono, że chory symuluje. Ponieważ jedyny podobny znany z literatury przypadek był uważany jako *neuritis retrobulbaris hereditaria*, sądzi więc autor, że zanik nerwu powstały na drodze współczulnego zapalenia w ogóle nie istnieje.

Berl. klin. Wchschrift. 1907. (Referent Dr W. Reis).

Nr 8. *O operacji zapomocą magnezu w okulistyce.* (Über die Magnet-Operation in der Augenheilkunde). Hirschberg.

Autor opierając się na kilkudziesięcioletnim własnym doświadczeniu występuje jeszcze raz przeciw tu i ówdzie pojawiającym się poglądom o dobrem znoszeniu ciała obcego przez oko — prędzej czy później występują zawsze objawy zapalne prowadzące do zupełnej ślepoty. Także niesłusznem jest twierdzenie, jakoby każde świeżo skaleczone oko, badane wielkim magnesem Haab'a,

w razie nieobecności żelaza nie wywoływało żadnego bólu i że ten brak bólu może służyć jako moment różniczkowy. Przy otwartej ranie posługuje się H. najczęściej swym małym magnesem. W latach 1896—1903 miał H. w leczeniu 64 przypadków żelaza w siatkówce i ciele szklistem. Z tej liczby 36 przypadków osiągnęło trwałą i dobrą bystrość wzroku; w 6-ciu przypadkach zdołano zaledwie zachować zewnętrzną postać oka; w 22 ch przypadkach musiano gałkę wyluszczyć. W końcu przytacza H. obszernie historie choroby dwóch świeżo spostrzeganych przypadków.

Nadmiarowość i jej oznaczenie bez skiaskopii. (Die Hypermetropie und deren Bestimmung ohne Skiaskopie). Lysitras.

Na podstawie własnych spostrzeżeń zaleca L. praktyczne postępowanie, umożliwiające oznaczenie całkowitej nadmiarowości tylko zapomocą badania szklami bez użycia metod przedmiotowych. Autor uważa za stopień nadmiarowości jawnej to szkło wypukłe, przy pomocy którego osiąga się najlepszą poprawę bystrości wzroku, stopień zaś nadmiarowości utajonej oznacza nam szkło, które jest w stanie poprawioną bystrość wzroku utrzymać bez pogorszenia. Suma siły łamiącej obu soczewek oznaczać ma stopień nadmiarowości całkowitej. Zastosowanie metody autora może dać jeszcze pewne wskazówki przy zapisywaniu odpowiednich szkieł. Stopień nadmiarowości jawnej podlega częstym wahaniom, zależnie od tego przepisane szkła mogą się stać w krótkim przeciągu czasu dla dalekowidza nieodpowiednie. Z góry możemy przewidzieć ten wypadek, jeżeli obok szkła poprawiającego bystrość wzroku znajdziemy także szkło silniejsze, które bynajmniej jednak jeszcze bystrości wzroku nie pogarsza. W takim razie należy zapisać nadmiarowemu szkło cokolwiek słabsze. Szkło zaś zupełnie wyrównujące nadmiarowość jawną zapisać należy tylko w tych przypadkach, w których najsilniejsze szkło wypukłe najlepszą daje poprawę bystrości wzroku, w których zatem stopień nadmiarowości jawnej jest ilością stałą.

Nr 9. *Przypadek ślepoty chininowej.* (Ein Fall von Chinin-Amaurose). Seeligson.

U chorej niedokrwistej, 36-letniej, cierpiącej na ciągłe bóle głowy występuje po zażyciu 6 gramów chininy w przeciągu trzech dni nagła obustronna ślepotą. Obraz dna oka podobny do obrazu zatkania tętnicy środkowej. Po dwóch miesiącach następuje poprawa bystrości wzroku, a po trzech latach występują objawy zaniku nerwu wzrokowego. Pole widzenia współśrodkowo zwężone, zdolność odróżniania siły światła upośledzona.

Dla poznania patogenezy tych zaburzeń istnieją tylko spo-

strzeżenia z doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach, dotychczas bowiem brak protokołu sekeyjnego z przypadku ślepoty wskutek nadmiernego użycia chininy. Brunner przypuszczał, że niedokrwienie siatkówki jest przyczyną ślepoty, ściany zapadłych naczyń zlepiają się, a krążąca we krwi chinina działa jako bodziec zapalny. Barabascer i Schweinitz przypisywali zwężenie naczyń podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych. Inni badacze, jak: Birch-Hirschfeld, Allland upatrywali główny czynnik dla ślepoty chininowej w schorzeniu warstwy komórek zwojowych siatkówki. To ostatnie jednak zapatrywanie nie zgadza się z klinicznymi objawami u człowieka. Znamienne zwężenie naczyń, spostrzegane w początkowym okresie zatrucia, jest, według Lebera, pierwotnym objawem, podczas gdy zaburzenia w samej siatkówce zaliczyć należy do zmian następowych.

Strblt. f. pr. Aghk. 1907. Z. 1. (Ref. Dr L. Gruder).

Rzadki przypadek pojedynczej jaskry, po dwudziestu latach anatomicznie badany. (Ein seltener Fall von einfacher Drucksteigerung, nach 20 jährigem Bestande anatomisch untersucht). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg w Berlinie.

Zwykle jaskrę pojedynczą (*Glaucoma simplex*) oddzielamy odrębnie od jaskry zapalnej (*Glaucoma inflammatorium*). Autorowie przytaczają przypadek kliniczny, którym spostrzegano przejście jaskry pojedynczej w zapalną. Trwało to w tym przypadku dwadzieścia lat, zanim objawy jaskry zapalnej wystąpiły. Przypadek ten również poucza, iż przez 20 lat można codziennie fizyostygminą zakraplać do woreczka spojówkowego bez obawy wywołania jakichkolwiek zmian na spojówce, pod warunkiem, iż rozczyzn będzie aseptycznym przez przegotowanie go.

W r. 1886 pacjentka 23-letnia zaniemogła na lewem oku i była w stanie tylko rozróżnić zaledwie światło. Prawe oko prawidłowe. Badanie wykazuje na pr. oku V = norm, taksamo i pole widzenia prawidłowe. Lewe oko zewnątrznie bez zmian, rogówka przezroczysta, źrenica taksamo szeroka, jak na prawem. Ucisłk śródoczyny nieco podniesiony ($T + \frac{1}{2}$). V = ruchy ręką przed okiem; wziernikiem widać wyżłobienie zupełne, głębokości 2.25 mm.

Rozpoznano: *Glaucoma simplex absolutum juvenile oculi sinistri*; zalecono zakraplanie fizyostygminy i zgłaszanie się u lekarza.

Przez 19 lat chora trzymała się ściśle danych przez lekarza wskazówek. Prawe oko pozostało zdrowem. Po 19 latach granice tarczy wzrokowej lewego oka były niewyraźne, żyły spojówkowe na gałce rozszerzone, cała gałka w stanie zapalnym, rogówka mętna, soczewka nieprzezroczysta, źrenica szeroka, ucisk silnie podniesiony. Wyluszczenie ślepego oka.

Badanie anatomiczne wykazuje na gałce zmiany, napotymane zwykle po długotrwałej jaskrze: okrężne zrośnięcie obwodowej części komory (*Kammerwinkel*), zanik naczyńwki, zagłębienie i zanik nerwu ocznego. Rozszerzenie naczyń *arteriae ciliares breves posteriores* przy równoczesnym zaniku ścian w części międzyswardówkowej napotyka się często przy jaskrze, podobnie jak rozszerzenie naczyń ciała rzęskowego.

Wrodzony wytwór tkanki łącznej w ciele szklistem. (Angeborene Bindegewebbildung im Glaskörper). Prof. Hirschberg i Dr Fehr w Berlinie.

Autorowie opisują szczegółowo z podaniem ryciny znany obraz wytworu tkanki łącznej w ciele szklistem, jako pozostałość *arteriae hyaloideae*.

1907. Z. 2.

Przypadek przerzutowego zapalenia oka z badaniem anatomicznem. (Ein Fall von metastatischer Augenentzündung mit anatomischer Untersuchung). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg w Berlinie.

Chłopiec 11-letni zachorował na reumatyzm stawów; po dalszych dwóch tygodniach *sepsis*. Po miesiącu stan ogólny znacznie się polepszył.

W miesiąc po wystąpieniu choroby lewe oko przedstawiało następujący stan: Gałka miękka, bolesna na dotyk, rogówka przezroczysta, źrenica okrągła. Na przedniej torebce małe białawe zmętnienie. Soczewka przezroczysta; za nią szaro-białawy ropień w ciele szklistem z wybroczynami.

Rozpoznano przerzutowy ropień ciała szklistego po gorączce septycznej; zalecono atropinę i kokainę. Prawe oko prawidłowe $V = -2.25 D = \frac{5}{5}$. Pole widzenia prawidłowe.

Ponieważ lewe oko było całkiem ślepe i silnie bolesne, wyjęto gałkę.

Po przecięciu gałki w kierunku pionowym widać było znacznie zmniejszone ciało szkliste, odczepione ciało rzęskowe i liczne drobne ropnie na dnie oka. Tarcz nerwu wzrokowego, silnie obrzmiała,

wykazuje liczne nacieki około naczyń. Z lejkowatego wyłobienia wznosi się do ciała szklistego wystającej czop, z typowej tkanki granulacyjnej złożony. Sam nerw wzrokowy przesiąknięty limfocytami i leukocytami wieloziarnistymi. Ziarna znajdują się nie tylko w t. zw. septach i środkowej tkance łącznej, lecz także wewnątrz grup włókien nerwowych.

Tkanka granulacyjna na tarczy i na *pars plana* ciała rzęskowego wykazuje to samo stadyum. Możemy przeto przyjąć, iż w tych dwóch miejscach wystąpiły krążące w krwi mikroorganizmy i spowodowały zapalenie wysiękowe i bujanie tkanki *Iritis* i *retinitis* są już dalszem i późniejszym następstwem.

1907. Z. 3.

Ciała obce w tęczęwce oka zresztą prawidłowego bez wywołania objawów zapalnych. (Fremdkörper, in der Regenbogenhaut eingeheilt und reizlos ertragen in sonst regelrechtem Auge).
Dr Emil Boeck.

1. Chory 42 l. przed szeregiem lat otrzymał uderzenie w oko lewe odłamkiem węgla kamiennego. Lekarz znalazł wówczas małe ciało obce w tęczęwce. Po kilku dniach objawy zapalne ustąpiły.

Ponieważ obecnie nabawił się kily, udał się do lekarza. Pr. oko bez zmian. Lewe oko zewnętrznie prawidłowe, komora głęboka, tęczęwka nieco jaśniejsza od tęczęwki drugiego oka, w górnej połowie 4 mm szeroka, w dolnej 2 mm, a źrenica tworzyła pionowy owal, nieco ku dołowi przeciągnięty. Na dolnej połowie tęczęwki, od strony nosowej, drobne, wielkości ziarna pieprzu, ciemne ciała obce. W najbliższej okolicy tego ciała tęczęwka utraciła swój znany rysunek i przedstawia się nieco odbarwioną. Delikatny fałd z powierzchniowych warstw tęczęwki łączy ciało obce z sąsiednią częścią tęczęwki, podczas gdy tylna barwikowa część przylega do soczewki (zrost). Dno oka i bystrość wzroku prawidłowe.

2. Robotnik 28-letni przed 5 laty uderzony został odłamkiem drzewa. Badaniu przez lekarza chory wówczas się nie poddał.

Pr. oko zewnętrznie bez zmian, bez jakiegokolwiek blizu. Na powierzchni tęczęwki od strony nosowej, walcowate ciało obce 3 mm długości, grubości niei grubej do szycia ran. W najbliższem sąsiedztwie tęczęwka utraciła swój regularny rysunek i zabarwienie, podczas gdy reszta tęczęwki zupełnie prawidłowa i podobna do tęczęwki drugiego oka. Odpowiednio do ciała obcego widać na powierzchni soczewki kilka drobnych punkcików barwikowych, resztki przyczepin tylnych. Dno oka prawidłowe. $V = \frac{6}{8}$. Lewe oko prawidłowe, $V = \frac{6}{6}$.

W obu przypadkach nie można było wykazać miejsc wejścia ciał obcych, mimo starannych badań. W obu także przypadkach ciała obce, spowodowawszy lekkie, ograniczone zapalenie na tęczęwce, bez przeniesienia się na resztę tęczęwki, trwale przymocowane zostały do powierzchniowych jej warstw, bez wywołania zmian chemicznych lub zapalnych, jakie napotykamy np. przy wypadnięciu żelaza lub miedzi.

Chemiczne własności takich ciał, jak węgiel kamienny lub drzewo, umożliwiając w pewnych warunkach okoliczność, iż ciała obce przez długie lata mogą pozostać w oku, bez wywołania zmian szkodliwych.

Rzadki przypadek samoistnego zagojenia oderwania siatkówki. (Ein seltener Fall von Selbstheilung der Netzhaut-Ablösung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Chora 50-letnia, od 16 roku krótkowidząca, uderzona silnie butem w prawe oko. Po trzech tygodniach oderwanie siatkówki w górnej połowie zupełnie, pod dolnym brzegiem pęknięcie siatkówki 4 razy długie, jak tarcz, a 7 razy tak szerokie. Lewe oko niezmienione.

Zalecono spokój, poty i KJ. Opaski chora nie znosiła. W ciągu następných 6 miesięcy stan choroby stopniowo tak dalece się polepszył, iż nareszcie nie było żadnych śladów oderwania tęczęwki i pęknięcia jej; oko czytało Sn. $1\frac{1}{2}''$ w odległości 3— $3\frac{1}{2}''$. Pole widzenia prawidłowe z wyjątkiem okolicy od góry wewnątrz.

Przypadek obustronnego oślepienia wskutek strzału w skroń. (Ein Fall von doppelseitiger Erblindung durch Schläfenschuss). Prof. J. Hirschberg.

Strzał w prawą skroń spowodował obustronną ślepotę u 32 l. mężczyzny. Pr. oko zewnętrznie niezmienione; źrenica szeroka. Z dna oka ciemno-czerwony odbłask bez możliwości rozpoznania szczegółów. L. oko wykazuje opadnięcie powieki górnej. Gałka naszrzyknięta, rogówka mętna, silnie unaczyniona, tęczęwka zgrubiła, źrenica nieregularna i w wielu miejscach zwieracz źrenicy pęknięty. Torebka soczewkowa silnie w pianaowe fałdy zmarszczona. Dno oka nie do zbadania.

Badanie promieniami Roentgena wykazało kulę w lewym oczodole i liczne mniejsze odłamki w sąsiedztwie.

Po dwóch miesiącach chory widział prawem okiem ruchy ręki. Lewe oko ślepe. Kula przeszła więc przez oba oczodoly i przerwała oba nerwy wzrokowe.

La Clinica oculistica. 1906. czerwiec. (Ref. Dr A. Langie).

Przypadek exophthalmus pulsans wyleczony wkraplaniem adrenaliny. (Un caso di esoftalmo pulsatile guarito con instillazioni di adrenalina). Prof. Gasparri ni.

U chorego lat 36 liczącego, zresztą zdrowego, dotkniętego od miesiąca tętniącym wysadzeniem oka prawego, zastosował autor wkraplanie 4 razy dziennie roztworu adrenaliny (40 kropli na 20 gr. wody)—wewnętrznie KJ. Po 12 dniach wysadzenie zmniejszyło się o połowę, wobec czego pozostano nadal przy tem samym leczeniu i po niespełna 2 miesiącach choroba całkowicie ustąpiła. Pomyślny wynik przypisuje autor wkraplaniu adrenaliny, gdyż podawany poprzednio przez innego lekarza jod wewnętrznie wywołał pogorszenie, a również gdy adrenalinę na 4 dni odstawiono, wysadzenie gałki zwiększyło się. Wkraplania stosował G. po ustąpieniu objawów choroby jeszcze przez miesiąc, a widząc chorego po dłuższym czasie ponownie, nie zauważył żadnego nawrotu.

Znieczulenie w chirurgii ocznej. (L'anesesia in chirurgia oculare). Prof. Calderaro.

Wobec panującej niezgody między okulistami co do posługiwania się narkozą ogólną a znieczuleniem miejscowem przy operacjach ocznych, uważa autor za wskazane podać swoje zdanie, oparte na doświadczeniu, czerpanem z 5 tysięcy operacji okulistycznych, wykonanych w jego klinice. Używa on przeważnie znieczulenia miejscowego, wyjątkowo narkozy. Do znieczulenia stosował kolejno: tropakokainę, eukainę, holokainę, akoinę, nirwaninę i stowainę, lecz ostatecznie powrócił do kokainy, która jest najlepszą. Używa *cocainum muriaticum* fabric. Merck i to do wkraplań w roztworze 4%, zaś w roztworze 1% do wstrzykiwań pod spojówkę, pod skórę lub w tkankę oczodołu; z roztworu tego wstrzykuje powyżej 5 strzykawkę Prawatza t. j. 0.05 kokainy.

Do znieczulenia wystarcza albo samo wkroplenie, albo wstrzyknięcie, albo jedno i drugie, stosownie do tego, jaki zabieg operacyjny ma być wykonanym. Przy wkropleniu kokainy do worka spojówkowego wykonywa operacje powierzchowne w spojówce, irydektomię, wyjęcie zaćmy, wydobywanie ciał obcych z gałki, operację garbiaka. Przy wstrzyknięciu robi wszystkie operacje na powiekach, wyciskanie ziarn jaglicowych, operacje na woreczku łzowym i usunięcie ograniczonych powierzchownych guzów oczodołu. Przy kombinacji wkraplania ze wstrzyknięciem przecina lub przerywa mięśnie, robi wypatroszenie gałki (*exenteratio*) i wyłuszczenie (*enucleatio*).

Znieczulenia ogólnego czyli narkozy (po wypróbowaniu różnych zalecanych środków uważa za najlepszy chloroform) używa jedynie w przypadkach wypiłowania ściany oczodołu sposobem Kroenleina celem usunięcia głębokich guzów oczodołowych. Również ucieka się do narkozy we wszystkich operacjach, gdy chodzi o chorych bardzo wrażliwych, niespokojnych lub o dzieci, a więc tam, gdzie pragnie zapewnić sobie niezbędną przy operacji spokój. Wtedy jednak posługuje się tylko półnarkozą i równocześnie znieczuleniem miejscowym kombinowaną (wkraplanie i wstrzyknięcie kokainy).

Ostatecznie więc zaleca bardzo swoje postępowanie, mające, jak widzimy, na celu ograniczenie narkozy ogólnej do wyjątkowych tylko przypadków, a natomiast powszechne zastąpienie jej znieczuleniem miejscowym.

1906. Czerwiec. Lipiec — Sierpień.

O gruźlicy twardówki. (Sulla tubercolosi della sclera).
Prof. Calderaro.

Sądzone początkowo, że z pośród tkanek ocznych tylko twardówka niedostępną jest dla pierwotnej gruźlicy, a to dzięki swej zbitości, skąpemu unaczynieniu i pokryciu przez spojówkę, chroniącą ją od zakażenia z zewnątrz. Co najwyżej spotykano tylko dość zresztą rzadkie przypadki gruźlicy następowej, przeniesionej tu z najbliższego sąsiedztwa to jest z naczyńówki. Dopiero przypadki Köhlera (1884 r.) i Müllera (1890 r.) dowiodły, że chociaż istotnie bardzo rzadko, przecież można spotkać pierwotną gruźlicę w twardówce.

Autor obserwował w swojej klinice ostatnimi czasy trzy takie przykłady, na podstawie których odtwarza obraz kliniczny tej choroby. Przedewszystkiem należy odróżnić w przebiegu pierwotnej gruźlicy twardówki 3 okresy: Pierwszy, w którym pojawia się w przedniej części twardówki w odległości zwykle kilku milimetrów od *limbus* mały okrągławy guzek szarawy, otoczony nastrożkanych naczyń obrączką, a pokryty spojówką; drugi, w którym przychodzi do rozpadu i owrzodzenia, wydobywają się więc na wierzch masy serowate i nekrotyczne i wreszcie trzeci okres regresyi, gdzie po oddaleniu mas rozpadłych przychodzi do zabliznienia. Rokowanie jest względnie dobre, gdyż wyleczenie samoistne zwykle następuje, a leczenie powinno być wyczekujące, ograniczone tylko do odkażania miejscowego zapomocą rozczywnów przeciugnilnych i do podtrzymywania sił chorego. Wyłuszczać gałki nie radzi, dopóki guzek jest ograniczony i nie rozszerza się na błony we-

wewnętrzne oka, a zwłaszcza na naczyniówkę. W tym ostatnim przypadku chęć zachowania oka mogłaby stać się bardzo niebezpieczną dla życia chorego.

W ogóle spostrzegane dotąd nieliczne przypadki przemawiają, zdaniem autora, za tem, że istnieje niewątpliwie gruźlica pierwotna twardówki, występująca w postaci odosobnionego guzika, o przebiegu łagodnym prowadzącym zwykle do samoistnego wyleczenia. Przyczyną zdaje się być zakażenie zewnętrzne nawet wtedy, gdy osoba chora dotknięta jest zmianami gruźliczymi wewnętrznych narządów. Gruźlica pierwotna twardówki, o ile nie przyjdzie na naczyniówkę, nie grozi ogólnem rozsiaaniem gruźlicy w całym ustroju.

1907. Styczeń.

O zdolności przenoszenia się jaglicy z człowieka na małpę. (Sulla transmissibilità del tracoma dell'uomo alla scimmia). Prof. Bajardi. Siena.

Mimo, że już 25 lat temu przedłożył Sattler swe pierwsze wyniki badań nad przyczyną jaglicy, mimo dalszych poszukiwań za jej drobnoustrojami chorobotwórczymi, dokonanych przez Müllera, Raehlmann'a, Luerssena i in., patogenesa tej choroby otoczona jest ciągle jeszcze nieprzenikniętą mgłą tajemnicy. Przyczynia się do tego w znacznej mierze i to, że do niedawna nie udało się wywołać jaglicy u zwierząt, co pozwoliłoby na cały szereg doświadczeń i badań nad jej ostateczną przyczyną. Dopiero w roku 1905 podali wiadomość Hess i Roemer, że udało się im wywołać szczepieniem wydzieliny jaglicowej u dwóch małp zmiany podobne do *trachoma* a w maju 1906 r. ogłosili dalsze wyniki, oparte na doświadczeniach z 13 małpami robionych.

Autor robił doświadczenia z 4 małpami w ten sposób: brał małe kawałeczki wyciętej spojówki jaglicowej człowieka, rozmiekszał je w roztworze fizyologicznym i płyn ten wkraplał do worka spojówkowego małp, porobiwszy poprzednio płytkie nacięcia w spojówce. Zwykle dopiero w ciągu czwartego tygodnia od szczepienia pojawiał się obraz kliniczny, odpowiadający w zupełności świeżej ostrej jaglicy u człowieka. Jakkolwiek rzecz wymaga dalszych jeszcze badań, to już dotychczasowe doświadczenia uprawniają do twierdzenia, że jaglica ludzka da się zaszczerpić małpie i że wywołuje w spojówce zwierzęcia tego chorobę, która posiada kliniczne i anatomiczne znamiona jaglicy. Wskazuje to więc nową drogę dalszym poszukiwaniom, które może doprowadzą do wykrycia zarazka jaglicowego, a co zatem idzie i do znalezienia najodpowiedniejszego środka leczniczego.

Ophthalmology. (Milwaukee). Vol. III. Nr 3. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Oczy i bystrość wzroku u ptaków, ze szczególnem uwzględnieniem obrazów dna oka (The Eyes and Eyesight of Birds, with especial Reference to the Appearances of the Fundus Oculi). Casey A. Wood (Chicago).

Na wstępie wykazuje autor, jakie znaczenie mieć może i jakie przedstawia korzyści dla okulistyki szczegółowe poznanie anatomii i fizjologii porównawczej narządu wzroku. Niejednokrotnie pewne wrodzone nieprawidłowości oka ludzkiego dopiero w świetle badań porównawczo anatomicznych stają się nam zrozumiałe, odpowiadają bowiem prawidłowym i trwałym stosunkom anatomicznym w oczach niższych zwierząt. Szczegółnie zajęcie budzi jednak budowa oczu ptasich, ze względu na ich znakomitą sprawność czynnościową. Autor zajął się badaniem bądź to *in vivo* zapomocą wziernika, bądź też *post mortem* przy pomocy mikroskopu oczu różnych okazów ornitologicznych z ogrodu zoologicznego w Londynie. Przedewszystkiem uwzględnił oczy orłów i sokołów, których bystrość wzroku jest przysłowiową, a także oczy sów, których ustawienie pozwala na widzenie binokularne, jakie jest udziałem przeważnej części ssawców i człowieka. Na podstawie swych badań dochodzi do następujących wniosków:

1) Oczy ptaków wyposażone są najeczęściej znakomitą bystrością, oraz nadzwyczaj sprawną i szeroką akomodacją.

2) Sowy posiadają widzenie obnuczne i wielki stopień zdolności adaptacyjnej. Oczy ich z wielu względów zbliżają się bardzo do oczu ludzkich.

3) Tak zwany *pecten* (kurczliwe wypustki naczyńiowe, otaczające tarczę nerwu wzrokowego) znajduje się w oczach wszystkich ptaków bez wyjątku. Autor wykazał, że i *Apteryx* posiada *pecten*, o czem dotychczas powątpiewano. Organ ten, mogący się przez dopływ lub odpływ krwi zmniejszać i powiększać ma, zdaniem autora, wpływać na zmianę położenia soczewki i odgrywa w ten sposób ważną rolę w mechanizmie akomodacji.

4) Przeważna część dzikich ptaków ma oczy nadmiarowe, u ptaków domowych spotyka się myopię, hypermetropię, a nawet i astygmatyzm.

5) Szerokość i szybkość akomodacji jest u ptaków o wiele większa niż u innych zwierząt i u człowieka.

6) Siatkówka niektórych ptaków posiada dwa, a nawet trzy miejsca najwyraźniejszego widzenia, jakby tyleż żółtych plamek, co w wysokim stopniu ułatwia im orientację.

7) Znaczna przewaga czopków nad przeciekami w siatkówce przemawia za silnie rozwiniętym pozuciem barw.

8) Pewne zboczenia wrodzone w oku ludzkim dają się homologicznie wywieść z budowy oczu ptasich, tak np. zaćmienia torebki soczewkowej u tylnego bieguna i *arteria hyaloidea persistens* są, zdaniem autora, pozostałościami tworów odpowiadających wspomnianemu wyżej *pecten* w oczach ptaków.

Gruźlica rogówki wyleczona zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny. (Keratitis tuberculosa relieved by Tuberculin Injections). Lewis Ziegler (Filadelfia).

Na podstawie szczęśliwie wyleczonego przypadku gruźlicy rogówkowej i na podstawie zapytań licznych badaczy, których prace przytacza, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) *Keratitis tuberculosa* nie różni się niejednokrotnie z objawów niezem od *keratitis interstitialis*.

2) Wstrzyknięcie tuberkuliny jest najlepszym środkiem rozstrzygającym rozpoznanie w wypadkach wątpliwych.

3) Badania bakteryologiczne, szczepienie na zwierzętach i uwzględnienie stanu ogólnego, mogą dostarczyć nam również cennych wskazówek.

4) Wstrzykiwania tuberkuliny mają również niewątpliwie korzystny wpływ na przebieg gruźliczych zapaleń oka.

Wreszcie podaje autor najmniejsze dawki tuberkuliny, jakich użyć potrzeba w celach rozpoznawczych, oraz ilości tuberkuliny potrzebne do osiągnięcia wyniku leczniczego.

Leczenie jaskry prostej. (The Treatment of Glaucoma simplex. Iridectomy, Myotics, Sympathectomy). Frederick Cheney (Boston).

Niema może drugiej sprawy w zakresie terapii okulistycznej, w którejby zdania tak się rozbiegały, jak w sprawie leczenia jaskry prostej. Podczas gdy w przypadkach jaskry ostrej i podostrej w okresie zapalnym irydektomia uznana jest powszechnie za zabieg nie tylko usprawiedliwiony, ale wskazany, bo skuteczny, a *miotica* uważane są za środki pomocnicze drugorzędne, to wobec jaskry prostej stanowczości w tym względzie niema żadnej. Irydektomia ma wielu zwolenników, ale nie brak takich, którzy przed nią przestrzegają, jako przed zabiegiem obosiecznym, mogącym przyspieszyć ślepotę. Jedni polecają przez lata całe stosować piokarpinę lub ezerynę, inni nie wierzą, aby tym sposobem można zażegnać niebezpieczeństwo ostatecznej utraty wzroku. W ostatnich znów czasach postawiono także sympatektomię w rzędzie sposobów sku-

tecznie zwalczających jaskrę prostą. Autor wychodzi z tego przekonania, że jedynym i koniecznym warunkiem powstrzymania choroby jest sztuczne obniżenie ucisku śródocznego, nawet, gdy nie jest bezwzględnie wygórowanym, t. zu., gdy nawet najwprawniejsze palce podwyższenia ucisku nie mogą wykazać. To swoje stanowisko usprawiedliwia, podnosząc, że zagłębienie tarczy i zanik nerwu przy jaskrze prostej zależy nie od wzmożenia ucisku śródocznego, lecz od zwałlenia *laminae cribrosae*, która poddaje się już prawidłowemu ciśnieniu śródgałkowemu. Za najskuteczniejszy sposób trwałego obniżenia napięcia uważa autor irydektomię dobrzezną i radzi ją wykonywać w przypadkach jaskry prostej. Wyraża przekonanie, że gdyby okoliczności pozwalały w przypadkach tych operować tak wczesnie, jak się zwykle operuje jaskrę zapalną, to wyniki nie byłyby gorsze. Najczęściej jednak, we wczesnych okresach cierpienia, kiedy ani bystrość naostowa, ani pole widzenia nie doznały jeszcze znacniejszego uszczerbku, chorzy niechętnie na operację przystają, podejmowanie zaś operacji w daleko już posuniętych przypadkach dyskredytuje wartość jej tak w oczach chorych, jak i lekarzy. Na *miotica* przystaje autor w przypadkach jaskry prostej u ludzi podeszłych, u których zanik wzroku postępuje zwolna i gdzie można mieć nadzieję, że się im w ten sposób na resztle życia bez operacji jaki taki wzrok zachowa. Co do sympatektomii nie można, zdaniem autora, powiedzieć dziś o niej nic stanowczego. Zbyt mało bowiem doład jednolitych i miarodajnych spostrzeżeń.

Leczenie jaskry prostej. (The Treatment of Glaucoma simplex. Discussion of Dr Cheney's Paper). William Campbell Posey (Filadelfia).

Autor w odpowiedzi na wywody zawarte w pracy Cheney'a bierze w obronę *miotica*, zapomocą których można przez czas prawie nieograniczony utrzymywać *status quo* w przebiegu jaskry prostej. Irydektomia, zdaniem jego, jest operacją trudną i nie wolną od niebezpieczeństw, a lekarz który ją podejmuje w przypadku, gdzie można wzrok zabezpieczyć przy pomocy niewinnych wkraplań, bierze na siebie ciężką odpowiedzialność.

Przebieg i leczenie prostego zapalenia ciała rzęskowego. (The Course and Treatment of simple Cystitis). Edgar Thomson (Nowy York).

Zapalną sprawę ciała rzęskowego, której znamieniem są złogi wypociny włóknikowej na błonie Descemet'a, dla której istnieją nazwy nie dość szczęśliwie dobrane, jak *iritis serosa*, *descemetitis*, *aquacapsulitis*, *keratitis punctata etc.* radzi autor nazywać: *cystitis*

simplex. Etiologia tego cierpienia nie jest dostatecznie poznana. Najwięcej prawdopodobieństwa przemawia za nieprawidłowo zmienionym chemizmem trawienia. Leczenie również nie jest ustalone i daje wyniki całkiem niepewne. Autor jest zwolennikiem irydektomii, która, jeśli jest poprawnie wykonana nie pogarsza wcale stanu zapalnego, lecz przeciwnie przez upust krwi z tęczówki i z ciała rzęskowego, przez zmniejszenie działania zwieracza źrenicy i przez ułatwienie krążenia limfy wpływa korzystnie na przebieg choroby i nieraz zapobiega jej nawrotom. Ze względu na możliwy wpływ etiologiczny samozastrucia wytworami rozkładu w przewodzie pokarmowym, podaje autor w pierwszych okresach cierpienia środki przeczyszczające, mianowicie kalomel.

Zaszycie jamy oczodołowej w przypadku jaglicy worka spojówkowego po enukleacji. (Obliteration of the Orbital Cavity in Trachoma of the Conjunctival Sac.) Snyderacker z Chicago.

U pewnej żydówki, która w dzieciństwie wskutek urazu straciła jedno oko, następnie wyluszczone, i nosiła protezę, wystąpiła na obu oczach jaglica w ciężkiej postaci. Zwłaszcza cierpienie po stronie wyjętego oka dawało się chorej dotkliwie we znaki. Obrzmienie i zgrubienie spojówki zniewoliło ją do odłożenia protezy, a wydzielin i łzawienie wywołały wyprysk na twarzy. Różne zastosowane sposoby lecznicze nie odnosiły skutku. Jeden z okulistów wyciął znaczną część jaglicą zajętej spojówki i zastąpił ją skądinąd wziętą błoną śluzową. Skutek operacji nie utrzymywał się jednak długo. Płat przeszczepiony skurczył się i cały worek spojówkowy uległ takiemu zbliznowaceniu, że protezy chora znów nosić nie mogła i zarzuciła ją ostatecznie. Z powodu nie dającej się niczem usunąć wydzieliny i łzawienia postanowił autor za zgodą chorej, która wyrzekła się wszelkich względów kosmetycznych usunąć w całości schorzały worek spojówkowy. W tym celu wyciął przy pomocy skalpela i nożyczek całą spojówkę wyścielającą jamę po wyluszczonej gałce ocznej, następnie usunął doszczętnie gruczoł łzowy, potem wyciął z obu powiek ich chrząstki, a wrzescie okrwawivszy powieki przez odcięcie ich brzegów wraz z rzęsami zeszył je zapomocą silnych szwów jedwabnych. Wszystko przygoiło się i zrosło *per primum intentionem* i po tygodniu szwy można było usunąć. Przez doszczętne usunięcie chorego worka spojówkowego została operowana uwolnioną od wydzieliny i łzawienia, a zadawniony wyprysk na policzku w krótkim czasie bez leczenia się wygoił.

O niektórych postaciach punktikowatych zmian na rogówce, łatwych do przeoczenia. (On some Forms of Superficial Punctate Keratitis easily overlooked). Grandle (Chicago).

Autor opisuje krótko kilka przypadków drobnych, tylko przy pomocy lupy w ogniskowem oświetleniu dostrzegalnych punktikowatych, powierzchownych zaćmień na rogówce, które były powodem długotrwałego uporeczywego zadrażnienia oka. Nie określa bliżej etyologii tych zmian. W niektórych przypadkach występowały one wśród krótkiego nieżyłowego zapalenia spojówek, u kilku chorych pojawiały się po przebyciu i zupełnem już wygojeniu mięszowego zapalenia rogówki na tle dziedzicznego przymiotu. W jednym wreszcie przypadku, wyjątkowo uporeczywym, nie można było wykazać ani miejscowej, ani ogólnej przyczyny. Ze środków leczniczych stosował autor azotan srebra, żółtą masę i dioninę.

Widzenie proste mimo odwróconych obrazów siatkówkowych. (Erect Vision with an inverted Retinal Image). Dawid Wells (Boston).

Różne istnieją teorye dla wyjaśnienia, dlaczego mimo odwróconych obrazków na siatkówce widzimy prosto wszystkie przedmioty. Autor wspomina o pracy Jerzego Poullain'e'a, który na podstawie badań anatomicznych wykazał, że włókna nerwu wzrokowego nie przebiegają prostolinijnie, lecz opisują w pniu nerwowym łuki, które świadczą o skręceniu całego nerwu o kąt 180°. Ten szczegół anatomiczny ma, zdaniem Poullain'e'a, tłumaczyć fizyologiczne wyprostowywanie odwróconych wrażeń wzrokowych. Autora nie przekonywa to rozumowanie. Zdarzają się przecież niezmiernie często osobnicze różnice nie tylko w drobnych ale i w ważniejszych szczegółach anatomicznej budowy ciała, nie, podobna zatem przypuścić, żeby w tem skręceniu wiązek włókien nerwu wzrokowego nie zachodziły nigdy nieznaczone przynajmniej nieprawidłowości np. żeby skręcenie to nie wynosiło nigdy mniej, ani więcej niż 180°. Gdyby prawdą było, że reinwersya wrażeń siatkówkowych od tego skręcenia nerwu zależy, musiałyby być zatem znane przypadki skośnego lub nawet odwróconego widzenia zewnętrznych przedmiotów. Tymczasem o istnieniu takich przypadków nie nam wiadomo.

Najbardziej rozpowszechniona teorya przyjmuje wpływ kontroli wrażeń wzrokowych zapomocą zmysłu czucia i dotykania. Dotykaniem mianowicie przekonywa się dziecko, jak są w rzeczywistości ustawione przedmioty, na które patrzy i dzięki temu widzi je prosto, a nie w odwróceniu. Przeciw tej teoryi przemawiają

przypadki, w których zapomocą operacyi przywracano wzrok osobom dorosłym, które były ślepe od urodzenia. W tych razach wrażenia wzrokowe nie powinnyby podlegać reinwersyi, wiadomo jednak, że oczy w tych warunkach operowane widzą wprawdzie *ex anopsia* bardzo słabo, ale widzą wszystko prosto, a nie odwrotnie.

Autor sili się wytłumaczyć zdolność prostego widzenia przebiegiem promieni łączących każdy punkt przedmiotu z odpowiednim punktem obrazka siatkówkowego przez punkt węzłowy oka. Dzięki temu każda cząstka widzianego przedmiotu zostaje umiejscowioną w tem miejscu pola widzenia, w którym się rzeczywiście znajduje, a *eo ipso* i cały przedmiot musi być widzianym prosto, a nie odwrotnie.

O rozpoznawaniu światła i barw. (On the Perception of Light and Color). Ibershoff (z Clevelandu).

Praca ta zawiera szereg drobnych przyczynków do fizjologii wzroku. Przedmiot dzieli autor na trzy części, omawiając z kolei poczucie światła w ogóle, zdolność rozróżniania przedmiotów t. j. ich zarysów, wielkości, oddalenia etc. i poczucie barw. Omawiając stosunki anatomiczne narządu wzrokowego wskazuje autor na nowsze badania, które wykazały, że z jednym włóknem nerwowem połączona jest większa ilość pręcików, podczas gdy znaczna część czopków, zwłaszcza we *fovea centralis* odznacza się tem, iż każdy z nich osobnem włóknem połączony jest z ośrodkami nerwowemi mózgu. Ale i czopki muszą często mieć włókna wspólne, podobnie jak pręciki, zaczem przemawiają następujące liczby. Anatomowie oceniają ilość pręcików na 113,000,000 a ilość czopków na 7,000,000, tymczasem przekrój nerwu wzrokowego wykazuje nie więcej, jak 1,000,000 włókien nerwowych.

Ilościowe poczucie światła niezależne od rozróżniania zarysów i innych szczegółów jest właściwością pręcików. W miejscu zatem, gdzie ich niema, t. j. we *fovea centralis* można, jak wiadomo wykazać przy słabem oświetleniu, przy którym czopki jeszcze nie odczuwają, *scotoma centrale absolutum*. Czynność percepcyjna pręcików polega przy tego rodzaju wrażeniach na chemicznej zmianie czerwieni wzrokowej.

Widzenie wyraźne jest przywilejem czopków, czynność ich polega na przemianie energii świetlnej w ciepło. Poczucie barw zależy od współdziałania czopków z pręcikami. Tu zatem energia świetlna częściowo przemienia się w ciepło, częścią zaś powoduje chemiczną zmianę we wrażliwych składnikach siatkówki.

Revue générale d'Ophthalmologie. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 3. *Trzy przypadki złamania czaszki z prawdopodobieństwem uszkodzenia kostnego przewodu nerwu wzrokowego.* (Trois cas de fractures du crâne suivies de fractures probables du canal optique). Laroyenne, Moreau.

W ługduńskiej klinice okulistycznej prof. Rolleta spostrzegali autorowie trzy przypadki złamania czaszki, które skończyły się bądź to jednostronną zupełną ślepotą, bądź znacznym upośledzeniem wzroku i zwężeniem pola widzenia. U wszystkich chorych dno oka przedstawiało z początku obraz tarczy zastoinowej, która potem przeszła w zanik nerwu wzrokowego z częściową lub zupełną ślepotą. Mechanizm uszkodzenia nerwu wzrokowego tłumaczą autorowie szczelinowatym pęknięciem kości, podstawy czaszki, które sięgało w obręb oczodołu, powodując bądź to zwężenie *foraminis optici* i ugniecenie nerwu wzrokowego, bądź też krwotok do pochewek teoż nerwu. Wobec tego, że tarcz zastoinowa przez czas długi może nie wpływać wcale na upośledzenie zwłaszcza naosiowej bystrości wzroku, należy w każdym przypadku, gdzie zachodzi podejrzenie złamania podstawy czaszki badać dno oczu wzornikiem.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. 1906. T. XVI. Część IV. dok. (Refer. Dr W. Reis).

Dalsze przypadki zakrzepu żyły środkowej. (Further Cases of Thrombosis of the central Vein). G. Coats*).

Na podstawie przypadków poprzednich oraz 11 nowych badanych również anatomicznie stara się autor skreślić w krótkości patogenezę zakrzepu żyły środkowej. Dwie główne dadzą się tu rozróżnić grupy, zależnie od istnienia lub braku zmian zapalnych w ścianie żyły. U osobników starszych z rozległą miażdżycą tętnicy środkowej brak zwykle jakichkolwiek zmian zapalnych w żyłe. Zakrzep w tych przypadkach powstaje prawdopodobnie wskutek zwolnienia prądu krwi, któremu towarzyszą bezwątienia starcze

*) Sprawozdanie z pracy poprzedniej znajduje się w "Post. okul." 1905. str. 33.

zmiany wsteczne w śródbłonku żyły. Przypadki rozległego nacieczenia ściany żyłnej stanowią grupę drugą, która najczęściej pojawia się u osobników młodych na tle schorzenia ogólnego jak dna, kiła, grypa, posocznica. Zastanawia się następnie C. nad częstym następowym pojawianiem się jaskry w oczach z zakrzepem żyły środkowej i wyprowadza stąd praktyczną kliniczną wskazówkę, by nigdy w tych przypadkach nie stosować przez czas dłuższy środków rozszerzających źrenicę. Przy badaniu anatomicznem gałek wyłuszczonej z powodu jaskry następowej zwrócił uwagę autora fakt, że w 9-ciu z 11-u badanych oczu był kął rogówko-tęczówkowy bardziej zatłany po stronie skroniowej niż po stronie nosowej. Mała ilość przypadków nie pozwala wysnuć jakiegokolwiek wniosku z tego zachowania się kąta rogówko-tęczówkowego. Z rozbioru wszystkich przypadków przez autora spostrzeganych i znanych w literaturze daje się zauważyć fakt bardzo ważny: całkowitej odporności drugiego oka. Chorego można upewnić, że cierpienie nie przeniesie się na oko drugie. Pojawienie się zakrzepu żyły środkowej nie upoważnia do żadnych rokowań dotyczących życia chorego.

O przerzutowym zakażeniu oka w przebiegu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i duru. (On metastatic Infection of the Eye associated with, a) cerebro-spinal Meningitis; b) typhoid Fever). S. Mayon.

Przypadki ściśle przerzutowego zakażenia oka są stosunkowo rzadkie. W przypadkach zapalenia opon, opisanych przez innych autorów, powikłanie w postaci zakażenia gałki rozwijało się stopniowo w przeciągu kilku dni i miało wygląd gładkiego ruchomego. Przypadek przez autora spostrzegany u 3-letniego dziecka rozwiniął się w przeciągu 24 godzin — był to jedyny przypadek, w którym swoiste drobnoustroje odnaleziono w oku. Przy badaniu mikroskopowem znaleziono tylną część gałki i pochewki nerwu wzrokowego prawidłowe, co wyklucza drogę przeniesienia się bezpośredniego zarazków chorobotwórczych z opon mózgowych, a przemawia za powstaniem przerzutowem ropnego zapalenia całej gałki ocznej.

Drugi przypadek dotyczył 22-letniego mężczyzny przyjętego do szpitala z klinicznie stwierdzonym drem oraz zapaleniem obustronnem tęczówki i ciała rzęskowego. Podczas przebiegu duru wystąpił nagle obrzęk spojówki oka prawego, a po trzech dniach wyłuszczone oko. Przy badaniu histologicznem stwierdzono w ciele szklistem brązowaną ropę. Badanie bakteryologiczne wykazało prątki durowe. Obecność drobnoustrojów swoistych oraz równoczesne istnienie drugiej sprawy przerzutowej t. j. zapalenia opłucnej prze-

mawiają za wewnętrznem zakażeniem, wywołanem prątkiem durowym, który osiedlił się na starem podłożu przewlekłego zapalenia ciała rzęskowego nieznanego pochodzenia.

Siatkówka w zagłębieniu jaskrowem. (Retina in Glaucoma cup). Hepburn.

Zagłębienie jaskrowe tarczy nerwu wzrokowego wypełnione jest czasami tkanką łączną a w bardzo rzadkich przypadkach częściami siatkówki. W sprawie pochodzenia tej tkanki łącznej istnieją sprzeczne zapatrywania: jedni autorowie przypuszczają, że pierwotnym objawem chorobowym jest stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego a jaskra jest następowa, drudzy zaś utrzymują, że istniało w tych przypadkach wrodzone zagłębienie tarczy z następową sprawą zapalną lub też zapalenie nerwu wzrokowego wystąpiło w starem zagłębieniu jaskrowem. To ostatnie zapatrywanie wydaje się H. nieprawdopodobnem, gdyż trudno przypuścić by ostre zapalenie mogło powstać w tkance już zanikłej. W innych znówu przypadkach możnaby powstanie tkanki łącznej uczynić zależnem od ostrego zapalenia ciała rzęskowego i następowych zmian organizacyjnych. W załączonej tablicy umieszcza H. 30 przypadków wspomnianej zmiany anatomiczno-patologicznej, zebranych przez siebie w przeciągu ostatnich lat czterech.

Więstnik Oftalmologii. Styczeń — Luty. 1907 r. (Ref. Dr Matusewiczówna).

Dwa przypadki guza śródgątkowego w oczach zanikowych. (Dwa śluzzaja wnutrigłaznoj opucholi w atroficznych głazach). Dr Neeze — Kijów.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka półtorarocznego, do którego autor był wezwany na konsylium, ponieważ poprzednio wzywany lekarz rozpoznał glejak siatkówki i nastawał na wyluszczenie gałki. Wobec objawów mózgowych, wobec przebytej przed paru tygodniami influenzy, nasuwało się podejrzenie *pseudoglioma*, oko było pomniejszone w swych rozmiarach, i raczej miękkie. Z powodu ciężkiego stanu dziecka wstrzymano się z wyluszczeniem przynajmniej tymczasowo. W parę dni potem stan ogólny dziecka poprawił się, objawy mózgowie ustąpiły, stan oka pozostał niezmiennym. Autor podejrzewał istnienie nowotworu, tembardziej, że poprzednio lekarz specjalista miał stwierdzić wzmózone napięcie.

Wobec różnicy zdań lekarzy rodzice nie godzili się na wyłuszczenie. W dalszym ciągu *atrophia* wznagała się i obraz choroby przedstawiał się jako *cyclitis haemorrhagica*. Raz wystąpił napad obustronnego zapalenia z bólami, chemozą i wytworzeniem się tylnych zrostów. Po 8 miesiącach wreszcie od czasu, jak autor widział dziecko, rodzice zgodzili się na wyłuszczenie galki. Badanie drobnowidowe wykazało glejak, wypełniający całą galkę, dalej stwierdzono silne zapalenie naczyń i tęczówki i ciała rzęskowego, zablizniająca się i kurezące oraz ogniska nekrotyczne.

Drugi przypadek u starszej kobiety — występował w postaci napadów jaskry, połączonej z trzeszczem galki, poczem nastąpił zanik. Nawroty jaskry powtarzały się coraz częściej, aż wreszcie chora pozwoliła na wyłuszczenie. Badanie drobnowidowe wykazało mięsak budowy alweolarniej o charakterze melanotycznym.

W 5 miesięcy po operacji wystąpiła ślepotą na drugim dotąd zdrowym oku, przy objawach *oedema papillae n. optici*. Znaleziono przerzuty na uwłosionej części głowy i na piersi. W 3 miesiące potem chora zmarła.

Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem niebiesko-fioletowego końca widma łuku Volty na zachorzenia rogówki. (Kliniczeskija nabludienja nad diejstwieniem sinie-fioletowawo konca spiekttra woltowej dugi na zaboiewanja rogowicy). W. Frank.

Autor stosował leczenie światłem przy chorobach rogówki zapomocą światła łuku Volty, przepuszczonego przez rozczyn amoniakalny siarkanu miedzi. Doszedł on do następujących wyników: 1) błękitno-fioletowy koniec widma łuku Volty działa na nerwy naczynio-ruchowe i czuciowe oka. 2) Działa dodatnio na przebieg zapalnych zachorzeń rogówki, zmniejsza mianowicie objawy rozpadu, a wznaga odtwórczą zdolność tkanek.

Oftalmologiczne spostrzeżenia. (Oftalmologiczeskija nabludienja). J. W a r s z a w s k i — Baku.

1. *Przyczynk do kazuistykii powrotnego porażenia nerwu okoruchowego.* (K kazuistikiie wozwratnawo paralicza głazodwigatielnago nierwa).

Chory spostrzegany przez autora przeszedł w przeciągu 2 lat 7 napadów zupełnego porażenia *n. oculomotorii*. Z wywiadów wynikało, że poprzednio od 12 lat cierpiał na podobne napady. Porażenie występowało po parudniowym bardzo silnym bólu głowy z odpowiadającej mu strony, ustępowało po 2—3 tygodniach. W przestankach pozostawał niedowład, lekki stopień zezą rozbieżnego. Tarcz w skroniowej części błedsza. $V = 0,4—0,5$.

W anamnezie znaleziono: uraz — uderzenie polanem w lewą (t. j. odpowiadającą porażeniu stronie głowy) i siłą zimnicę.

Autor stosował zastrzykiwania arszeniku i chininę, poczem napady stały się rzadsze, wreszcie od pół roku ustały zupełnie, został tylko niedowład.

Co do lokalizacji tego cierpienia, autor uważa je w danym przypadku za obwodowe, być może za umiejscowione na podstawie czaszki. Że jest ono organicznej a nie czynnościowej natury, za tem przemawia okoliczność, że w przestankach między napadami pozostaje niedowład. Etiologia mimo skuteczności leczenia przeciwnieznego pozostaje niejasną.

2. *Przypadek ostrego obustronnego zapalenia gruczołów łzowych.* (Stłuczaj ostrawo dwustronniawo wospalenia sleznych zelez).

Choroba wystąpiła u dorosłego dotąd zdrowego mężczyzny wśród ogólnych zakaźnych objawów — podniesienia ciepłoty, silnego uczucia choroby. Po ustąpieniu obrzmienia gruczołów łzowych, wystąpił mało bolesny, nieznaczny obrzęk gruczołów ślinowych, który po kilku dniach również ustąpił.

Stosowane były okłady z lodu i aspiryna na wewnątrz.

Pierwotną guz nerwu wzrokowego. (Pierwicznaja opuchol zritielnawo nierwa). Dr A. Syczew — Wiatka.

Drobnowidowe badanie wykazało: *fibromelanosarcoma globocellulare.*

Wessanie torebki po nietypowej operacji zaćmy u dziecka. (Wsasywanje sumocznawo mieszka pośle atipieczeskoj operacji katarakty u rebionka). Dr A. Natanson — Moskwa.

Na drugi dzień po wykonaniu dyseczyji na obu oczach u dziecka, dotkniętego kataraktą, obie soczewki znaleziono w przedniej komorze. Soczewki nie odznaczały się małością, kaszlu ani natężania się nie było. Po 7 dniach z powodu objawów jaskry następowej wykonano operację katarakty zapomocą lany, torebka nie dała się usunąć i musiano ją zostawić.

Gdy po 3 miesiącach autor miał sposobność znowu oglądać dziecko, nie znalazł przy bardzo dokładnem badaniu, ani śladu torebki.

O radiografii i o wyłuszczeniu gałki wobec ciała obcych (O radiografii i o wyłuszczeniu głaza pri inorodnych tietach). S. G o ł a w i n — Nowo-Rosyjsk.

Częste stosunkowo są przypadki, gdzie nie daje się z pewnością odpowiedzieć na pytanie, czy ciało obce jest w gałce lub

nie, a tem samem nie można rozstrzygnąć sprawy ważnej dla chorego, czy gałkę usunąć, czy też zostawić bez obawy zapalenia sympatycznego. Jeżeli ciało obce nie jest żelazne lub stalowe, to nie daje się wykazać zapomocą sideroskopu lub magnesu, a zdjęcia Roentgenowskie nie zawsze pozwalają ściśle określić, czy ciało obce jest w gałce, czy w pobliżu. W podobnym przypadku autor uciekał się do próbnej operacyi. Chodziło o młodego człowieka, zranionego śrótem. Powyżej rogówki w twardówce znajdowała się wcignięto blizna wskazująca, kędy śrót przedziurawił gałkę. Wykonano dwa zdjęcia Roentgenowskie z profilu. Ekspozycya przy pierwszym trwała 1 minutę w jednakiem położeniu gałki. Przy drugim chory patrzył przez 30" w górę i przez 30" w dół. Zdjęcie wykazało obecność ciała obcego, zmieniającego położenie z ruchem gałki, a więc ściśle z nią związanego. Chodziło teraz o rozstrzygnięcie czy śrót znajduje się wewnątrz gałki, czy też przedziurawił ją podwójnie i znajduje się w zewnętrznych częściach. Wątpliwosć tę rozstrzygnęła próbna operacya, wykonana według typu operacyi, podanej przez autora przeciw jaskrze absolutnej z bólami t. zw. *neuractomia optico-ciliaris* (Wiestnik oftalmologii listopad — grudzień 1900 r. i Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. V. 1901 r.). Po przecięciu nerwu gałka dała się obrócić tylnym biegunem ku przodowi, a ponieważ badanie nigdzie nie wykazało blizny, musiano przyjąć, że ciało obce jest w gałce i dokonano wyluszczenia. Autopsya gałki wyluszczonej potwierdziła to przypuszczenie.

Marzec — Kwiecień.

O wskazaniach ze strony ócz do wykonania przedwczesnego porodu lub sztucznego poronienia. (O pokazaniach so storony glaz k proizvodstvu przedwremiennych rodow ili aborta). Dr Herman — Petersburg. (Referat odczytany na posiedzeniu Petersburskiego towarzystwa oftalmologicznego dn. 19-go października 1906 r.).

Autor podnosi pytanie, jak ma postępować lekarz w przypadkach, gdzie zachorzenie ócz stoi w ścisłym związku z ciążą i jedynie przerwanie ciąży może dać nadzieję uratowania wzroku matki. Sam autor stoi na tem stanowisku, że »więcej należy cenić widzącą kobietę bez dziecka, niż ślepą matkę z dzieckiem«. Etyka lekarska natomiast wymaga, aby tylko wtedy robić ofiarę z życia płodu, jeżeli życie matki jest w niebezpieczeństwie.

Z przytoczonych przez autora historii chorób wynika, jak różne są zapatrywania lekarzy w tym kierunku, a spowodowana tem zwłoka przysparza chore o utratę wzroku. Do chorób, które

tu głównie wchodzi w rachubę należy: *neuritis*, *neuritis retrobulbaris*, dalej pewna postać wrzodu rogówkowego, znamionującego się umiejscowieniem w środku rogówki, b. nieznacznymi objawami zapalnymi, natomiast skłonnością do szerzenia się w głąb, do przebiecia rogówki i jej zniszczenia, wreszcie zachorzenia na tle białkomoczu. Te ostatnie mniej wchodzi w rachubę, gdyż obawa eklaipsy i lemsamem i niebezpieczeństwo życia matki łatwiej skłaniają do energicznego wkroczenia.

O sposobie Biera. Dr Kubli — Petersburg.

Na podstawie osobistych doświadczeń z bańkami Biera, autor przechodzi do następujących wniosków:

1. Jakkolwiek przy chorobach powiek zapalnej natury bańki Biera wywierają niewątpliwie dobry wpływ, to jednak ze względu na techniczne trudności dadzą się one zastosować tylko w wyjątkowych okolicznościach.

2. Przy zapaleniach ropnych woreczka łzowego są one doskonałym środkiem pomocniczym.

Podwójna chrząstka tarczycowa powieki. (Tarsus duplex? powieka). W. Adamuk — Kazań,

Anomalię tę spotkał autor u dziewczynki 6-letniej. Występowała ona w postaci blaszki, przyczepionej częścią do górnego brzegu *tarsus*, częścią do załamka górnej powieki i spuszczonej się na gąłkę. Była ona nieco krótszą od powieki i stała tylko po odwinieciu tej ostatniej widoczna. Z powodu swej cienkości nie zmieniała ona postaci powieki, nie dawała się wyczuć przez powiekę i nie sprawiała dziecku żadnych dolegliwości. Na prośbę rodziców autor odcinał nożyczkami twór ten przy nasadzie. Krwotok był nieznaczny, zagojenie nastąpiło w parę dni. Badanie drobnovidowe wykazało, że blaszka składała się z mocnej tkanki łącznej; z niewielkiej ilości włókien elastycznych, wogóle przypominała w swej budowie chrząstkę. Autor uważa nieprawidłowość tę za wrodzoną i podobną do tej, jaką opisał Schapringera p. n. *Epitarsus*. W tej postaci, w jakiej wystąpiła ona w danym przypadku sądzi autor, że właściwą byłaby nazwa *tarsus duplex* powieki.

Przyczynek do kazuistyki rzadkich postaci zachorzeń rogówki. Ulcera syphilitica corneae. Gumma corneae. Lupus erythematodes corneae. (Kazuistyk rzadkich form porażenia rogówki). E. Łazarzew — Tuła.

Rozpoznanie rzadkiego przypadku *lupus erythematodes corneae* opiera autor na następujących danych: współzależnie z typowym zachorzeniem skóry twarzy i podbródka wystąpiło zachorzenie rogówki, przyczem sprawa na rogówce miała te same znamiona: 1) wy-

stępowała powierzchownie, 2) miała przebieg przewlekły, 3) obostrzenie objawów szło równoległe, 4) sprawa przebiegała bez tworzenia się wrzodów. 5) na szarym nacieku na rogówce widać było białe kropki, częściowo dawały się usunąć i zdawały się odpowiadać luskom przybłonka na tle czerwonym liszaja żrącego.

Wreszcie z chwilą, gdy autor zaczął leczyć rogówkę laksamo, jak lekarz specjalista chorób skórnych skórę twarzy t. j. smarowaniem *tra jodi* i chininę na wewnątrz, choroba dotąd innym środkiem oporna, zaczęła ustępować.

Referat z badań Bertarellego nad przeszczepianiem jadu kiłowego na rogówkę królika i niższych małp. (Ueber die Transmission der Syphilis auf das Kaninchen I. Cntrbl. J. Bakt. T. XLI. Z. 3 — II. Cntrbl. J. Bakt. T. XLIII. Z. 2 i 3. — Das Virus der Hornhautsyphilis des Kaninchens und die Empfänglichkeit der unteren Affen und der Meerschweinchen für dasselbe. Cntrbl. J. Bakt. T. XLIII. Z. 5). E. Bertarelli.

Mysł przeszczepienia jadu kiłowego na rogówkę królika nie jest zupełnie nową. Już bowiem w r. 1881 usiłował Haensell wywołać u królików objawy kiły przez wszczepianie ludzkiego jadu kiłowego w rogówkę i tęczówkę królika. Haensell otrzymywał nawet pewne zmiany w oczach królików. Sekcyja takich królików wykazywała pewne zmiany w wątrobie i śledzionie (makroskopowo widzialne guzki zawierające komórki obrzynie, komórki nabłonkowe i twory limfoidalne)—zmiany, które nasuwały podejrzenie, że króliki te padły z powodu gruźlicy, a nie kiły.

Po roku 1881 wielu autorów starało się badania te podjąć na nowo, ale żaden z nich nie doszedł do dodatnich wyników. Dopiero zeszłego roku udało się Bertarelli'emu przeszczepić jad kiłowy na rogówkę królika. Kontrolę zmian wywołanych operacyami ułatwiło Bertarelli'emu odkrycie przez Schaudinna drobno-ustroju kiły, krętka bladego (*spirochaete pallida*).

Badania swe przeprowadzał Bertarelli w następujący sposób: zapomocą nożyka Graefego nacinał rogówkę królika, a w zrąbną tym sposobem powierzchnię wierał jad kiłowy, wzięty bądźto z owrzodzenia pierwotnego, bądźto ze zmian kiłowych drugorzędnych z jamy ustnej ludzi zarażonych kiłą*). Nadto w innych przypadkach wstrzykiwał zapomocą strzykawki Prawatza rozarty w moździerzyku jad kiłowy w przednią komorę oka królika. W przeszło 50% wypadków otrzymywał wyniki dodatnie. Sprawa kiłowa przedstawiała na rogówce królików różnego nasilenia zapa-

*) Jad był wpieryw badany na zawartość krętków. W każdym wstrzykiwanym jadzie stwierdzono poprzednio ich obecność.

lenie mięszone (*keratitis parenchymatosa*), które niejednokrotnie rozszerzało się na całą rogówkę, czyniąc ją mętną, białawą i nieprzezroczystą. Bardzo często widać też było nowo wytworzone naczynia krwionośne. W ten sposób zmienione rogówki badał następnie Bertarelli histologicznie metodą własną, używając azotanu srebrowego a nadto metodą Pappenheima, Giemsy i van Giesona. Histologicznie badając widział w zmienionej rogówce słabszy lub silniejszy naciek limfocytów, w których znac było dążność do układania się dokoła nowo wytwarzających się naczyń (*perivascularäre Lymphzelleninfiltration*). Nabłonek rogówkowy również ulegał zmianom. Komórki jego poczynają wykazywać delikatne ziarnistości, ich plazma mętniała, a niejednokrotnie można było dostrzedz zupełną nekrozę niektórych komórek.

Czasem tylko w sprawę tę zapalną wciągniętą była tęczęwka, czego dowodem były napotykanne zrosty tęczęwkowe. Prawie w każdym preparacie widać było bardzo liczne krętki. Drobnoustroje te występowały bardzo wyraźnie, układając się wzdłuż blaszek łącznotkankowych w rogówce. Występowały one takimi masami, iż czasem w jednym polu widzenia można ich było do 100 naliczyć. Autor zwraca szczególną uwagę na fakt, że liczba tych drobnoustrojów w rogówce królika jest niezależną od ilości ich w jądzie, którego do zakażenia użyto. Niejednokrotnie widziano całe ich stada w zmianach rogówkowych, wywołanych jadem, który był stosunkowo ubogi w krętki. Tym sposobem stwierdzonym jest fakt, że drobnoustroje w rogówce królika się rozmnażają.

Zachodziłoby jeszcze jedno pytanie: Czy zmiany otrzymane w rogówkach królików są zmianami kitowemi?

Zmian kitowych u królika dołąd histologicznie nie badano i wogóle nie ma znanego zbioru objawów chorobowych u królika tego, co my nazywamy kitą. Jednakże, choćby tylko z etyologicznego punktu widzenia, nie ma wątpliwości, że powyżej opisane zmiany w rogówkach królików są zmianami kitowemi.

Skoro udało się wywołać zmiany kitowe na rogówce królika, postanowił Bertarelli zbadać, czy można przesześcić jad ze zmian kitowych na rogówce jednego królika się znajdujących, na rogówkę innego królika. Byłoby to o tyle ciekawem, że po pierwsze stwierdzałoby jeszcze raz fakt już znany, że *spirochaete pallida* jest czynnikiem etyologicznym kitły, a powtóre umożliwiłoby otrzymanie niejako czystej kultury tych drobnoustrojów i temsamem ogromnie ułatwiło cały szereg doświadczeń z jadem kitowym.

I to się Bertarelliemu powiodło. Częstkę kitowo zmienionej rogówki królika wszczepiał w przednią komorę oczną innego królika, a skoro u tego drugiego królika zmiany kitowe na rogówce

wystąpiły, część tej zmienionej rogówki trzeciemu królikowi podobnie zaszczerpił i t. d. W ten sposób otrzymał cały szereg królików, z których każdy następny szczepiony był jadem wziętym z rogówki swego poprzednika. Jad tym sposobem otrzymany nazwał autor »jadem kilkakrotnie przeszczerpianym« (*Reihenvirus*). Ten »kilkakrotnie przeszczerpiany jad« różni się co do siły od jadu otrzymanego ze zmian kiłowych człowieka. (W jednym jak i w drugim znalaziono obficie krętki).

Przy szczepieniu jadem kiłowym człowieka otrzymywał Bertarelli w 50% wypadków, wyniki dodatnie, przy szczepieniu zaś jadem »kilkakrotnie przeszczerpianym« w 100% wypadków doświadczenia się udawały. Nadto zmiany wywołane jadem tym ostatnim były o wiele silniejsze, wybitniejsze (np. bardzo częste zajęcie tęczówki i ciała rzęskowego (*processus ciliares* i t. d.)). Byłoby to dowodem, że jad kiłowy przez ciągłe przeszczerpianie z rogówki na rogówkę, nie tylko nie słabnie w swej jadowitości (dla królika), lecz przeciwnie, że jadowitość ta wzmagą się*).

Udało się również Bertarelli'emu wywołać objawy kiły na rogówce morskiej świnki, przez zaszczerpienie jadu kiłowego kilkakrotnie przeszczerpianego w przednią komorę oka tego zwierzęcia, które na jad kiłowy ludzki jest, jak wiadomo, odporne.

»Ciekawą rzeczą byłoby — pisze Bertarelli — zbadać, czy krętek błady po tych przeszczerpieniach jeszcze jest jadowitym dla małp, co stanowiłoby, gdyby się istotnie doświadczenie powiodło, *experimentum crucis* etyologicznej natury tego drobnoustroju«.

W tym celu zaszczerpił 3 małpom makakom (*Inuus cynomolgus*) po kropki rozrartego »kilkakrotnie przeszczerpianego« jadu z rogówki królika, w przednią komorę, a nadto jednej cząstkę kiłowo zmienionej rogówki króliczej, wszczepił w ranek utworzoną na dolnej powiece oka małpy. Po 3 tygodniach wytworzyło się na rogówce małpy zapalenie mięszone, a po niecałych 4 tygodniach wystąpił typowy kiłak**) na powiece dolnej u małpy drugiej.

W jednej jak i drugiej zmianie dały się wykazać dość obfite krętki.

Jak wiadomo, powoduje jad kiłowy ludzki u makaka (jak w ogóle u wszystkich niższych małp) w miejscu zaszczerpienia tylko nieznaczne zmiany, podczas gdy do objawów wtórnych zupełnie nie przychodzi.

*) U dwóch królików szczepionych jadem »kilkakrotnie przeszczerpianym« zauważył autor w 3—6 tygodni po wystąpieniu zmian kiłowych na rogówce, porażenie tylnych kończyn. Jakkolwiek sprawy tej nie uważa za pewnik, to jednak wyraża przypuszczenie, iż zmiany te prawdopodobnie będą wtórny objawem kiły.

**) *Papulo-squamoses, vitiales Syphilom.*

Zachodzi tedy pytanie, czy jad ludzkiej kiły jest jadowitym dla niższych małp, w których istnieją objawy kiły, wywołane »kilkakrotnie przeszczepianym« jadem rogówki króliczej. Dalej należałoby stwierdzić, czy »kilkakrotnie przeszczepiany« jad króliczy zaszczerpiony człowiekowi i u niego wywoła zmiany kiłowe i jakie?

To są pytania, na które Bertarelli postanowił szukać odpowiedzi w dalszych doświadczeniach

• O ile więc pominiemy badania Haensella (w których zresztą nie stwierdzono z pewnością zmian kiłowych) i o ile przyjmujemy, że krętek błady (*spirochaete pallida*) jest czynnikiem etyologicznym kiły (na co prawie wszyscy bakteriologowie dziś już się zgadzają), to zasługę przeszczepienia kiły na rogówkę królika musimy stanowczo przyznać Bertarelli'emu.

Edmund Rosenhauch.

Objawy oczne pochodzenia nosowego. Opis przypadku neuritidis retrobulbaris, oraz innych za przykład służących przypadków. (Ocular Symptoms of nasal Origin. Report of a case of retrobulbar Neuritis and other illustrative cases). Hill Hastings. (Annals of Otology, Rhinology and Laryngology. September 1906).

Autor przytacza następujące przypadki: 1) *Ptozis* lewej powieki ocznej. Zajęcie lewych zatok i czołowej, *Higmorea* i sitowej. 2) Tępy ból w prawym oku. Zajęcie prawej zatoki *Higmorea*. 3) Bóle oczne i częste bóle głowy. Ropienie w zatoce klinowej. 4) Bóle neuralgiczne w oczach i bóle głowy. Ropienie przewłok w jamach bocznych nosa z obu stron, oraz niezły zanikowy nosa. 5) *Neuritis retrobulbaris* z zejściem w »*scotoma centrale*« w następstwie zajęcia tylnych komórek sitowych.

Ostre choroby oczne w następstwie ostrych spraw chorobowych nosa. (Acute Erkrankungen des Auges infolge von acuten Nasenerkrankungen). Egmout Baumgarten. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc. nr 5. 1906).

Opis całego szeregu przypadków odnośnych z uwagami epikrytycznymi: 1) Jednostronny *exophthalmus*, obustronna *chemosis* w następstwie *ethmoiditidis serosae*. 2) *Chemosis* i *ulcus septi narium*. 3) *Paresis recti interni et obliqui inf.* *diplopia* w następstwie zajęcia zatoki klinowej. 4) *Neuralgia orbitalis et supra-orbitalis* w następstwie ropnia w *cellula ethmoidalis*. 5) *Exophthalmus* i surowicze zapalenie zatoki klinowej.

Ważność chorób nosa w leczeniu t. zw. cierpien zotł-zowatych narządu wzrokowego. (The importance of Diseases of the Nose in Treatment of the so called scrofulous Diseases of the

Eye). Ziem. (Ann. of Otol. Rhin. and Laryng. Fraenkel. Festschrift Number 1906.

W dosyć chaotycznie napisanym artykule autor stara się wykazać, że większa część t. zw. skrofalicznych cierpień narządu wzrokowego należy zaliczyć: 1) do zimnicy (*malaria*), 2) cierpienia, zbliżonego do zimnicy, 3) influency, odry, skarlatyny, ospy i innych spraw zakaźnych, pierwotnie umiejscawiających się w nosie, którym towarzyszy gorączka i tworzenie sięropy.

Te ostatnie sprawy rozszerzają się z nosa:

a) w górę, bądź *per continuitatem* wzdłuż błony śluzowej, przewodu nosowego i spojówki, bądź za pośrednictwem naczyń krwionośnych i chłonnych;

b) ku dołowi na krtań i płuca;

c) w innych odpowiednich kierunkach, wywołując ropienie ucha środkowego, przerost warg, wyprysk policzka, rzekomo skrofaliczny przerost gruczołów podszczękowych.

W dalszym ciągu autor dowodzi, że współczesna oftalmologia w cierpieniach powyższych (zołzowatych ocznych) nie daje pomyslnych wyników: 1) wskutek zbyt energicznego miejscowego leczenia nosa (? ref.); 2) wskutek zaniedbania leczenia systematycznego jam nosowych, jamy nosogardłowej i gardła, wreszcie 3) wskutek zaniedbania gorączki często towarzyszącej tym cierpieniom.

Przyczynek do stosunku chorób nosowych i ocznych.
(Ein Beitrag zu den Beziehungen zwischen den Krankheiten der Nase und des Auges). Reinhardt. (Zeitschrift für Klinische Medizin, 62 B. (Prof. Schwetter—Festschrift).

Już Schmiegelew w znanej swojej pracy »o związku chorób nosowych i ocznych« radzi zwracać uwagę na jamy nosowe w wielu przypadkach uporezywych i pod względem etyologicznym zagadkowych cierpień narządu wzrokowego.

I nie w tem dziwnego, jeżeli się zwróci uwagę na fakt, że jama oczodołowa z trzech stron otoczona jest jamami nosowymi, oraz zatokami boeznemi, od których jedynie oddzielona jest cienkimi jak papier ścianami. Prócz tego naczyńia i nerwy z jam nosowych przechodzą do oczodołu i odwrotnie.

Zwłaszcza wyraźnie występuje ten związek w cierpieniach dróg łzowych, spojówki i rogówki, jakoteż w pewnych nerwobólach oczodołowych, bardzo często będących pochodzenia nosowego.

Również ma to miejsce w przypadkach guzów górnej szczęki, oraz jam boeznych nosa, które z czasem przechodzą na oczodoł, wywołując w tym ostatnim na drodze mechanicznej, lub zapalnej zmiany chorobowe.

Jeden tego rodzaju przypadek sekejny (*cylindroma maxillae sup. dex.*) autor przytacza bardzo szczegółowo (rozpoznanie kliniczne — *gumma*).
Dr Jan Sędziak (Warszawa).

III. ROZMAIŃŚCI.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

XVII. Sekeya okulistyczna. Gospodarz: Prof. Dr E. Machek (Akademicka 11). Sekretarz: Doc. Dr A. Bednarski (Akademicka 5).

I. Tematy oficjalne: 1. »Uszkodzenia narządu wzrokowego wobec ubezpieczenia od wypadków ze szczególniejszem uwzględnieniem ustawy austriackiej«. Ref. Prof. Machek. 2. »Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego«. Ref. Prof. Wicherkiewicz.

II. Wykłady zgłoszone: 1. Dr Kramsztyk (Warszawa): »O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy«. 2. Dr Ziemiński Br. (Warszawa): »Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych wydziału »Walki ze ślepotą« warszawskiego towarzystwa higienicznego«. 3. Dr Noiszewski (Dynaburg): »Zmiany w odczuwaniu światła w stanach zapalnych siatkówki«. 4. Dr Zajdenman (Lublin): »O jaglicy jako kłesce społecznej«. 5. Dr Górski Romuald (Piotrków): »O miesieniu pomocy lekarskiej chorym na oczy na prowincyi w Królestwie Polskiem«. 6. Prof. Wicherkiewicz (Kraków): »O przemieszczaniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyluszczeniu gałek chorych«. 7. Tenże: »O znaczeniu tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych pod względem leczniczym, zapobiegawczym i kosmetycznym«. 8. Tenże: »O zwiótczeniu skóry powiek (*blepharochalasia*) i tegoż leczeniu«. 9. Tenże: »Wyższe stopnie niezborności po operacji zaćmy pod względem etyologii pochodzenia i leczenia«. 10. Dr Witaliński (Kraków): »Zaćma czarna pod względem etyologicznym, mikrochemicznym, histologicznym i prognostycznym«. 11. Dr Berezowski (Kraków): »Zaćma spowodowana długim karmieniem«. 12. Rosenhauch (Kraków): »Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko. Część doświadczalna«. 13. Dr Matusewicz (Kraków): »Znaczenie przetworów nadnercza pod względem terapii okulistycznej. Część kliniczna«. 14. Dr Bałaban (Lwów): »Wartość zastrzykiwań podspojówkowych i ich teoria«. 15. Dr Zion (Lwów): »Przypadek ruchomego ciała w przedniej komórce oka«. 16. Dr Burzyński (Lwów): »O patogenezie zaćmień rogówkowych i dzisiejszem ich leczeniu«. 17. Tenże: »Krytyczny pogląd na dzisiejszy stan leczenia jaglicy«. 18. Dr Dybuś-

Jaworski (Lwów): »Związek chorób dróg łzowych z chorobami jamy nosowej«. 19. Prof. Machek (Lwów): »Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej«. 20. Doc. Szulistański (Lwów): »Utrata oka w rozumieniu § 156a. austr. ust. karnej«. 21. Doc. Bednarski (Lwów): »Uwagi nad zaćmą wieku dziecięcego«. 22. Tenże: »O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscyzę«. 23. Dr Markowski (Lwów): »O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy«. 24. Tenże: »O cyklodyalizie«. 25. Dr Reis W. (Lwów): »Uodpornienie Römera w przypadkach wrzodu sierpowego rogówki«. 26. Tenże: »Całkowite zwichnięcie gałki ocznej z rozległemi zmianami krwotocznymi w gałce i nerwie wzrokowym«.

III. Demonstracje: 1. Dr Noiszewski (Dynaburg): »Chromofotometr«. 2. Tenże: »Szczypczyki dla ręcznego leczenia skrzydlika«. 3. Doc. Bednarski (Lwów): »Przedstawienie preparatów anatomicznych«. 4. Dr Bałłaban (Lwów): »Nowy przyrząd własnego pomysłu do naparzania ocz«. 5. Dr Zion (Lwów): »Nowe hebrajskie wzory do badania bystrości wzroku według zasady Snellena. 6. Dr Reis W. (Lwów): »Fotografie stereoskopowe przypadków chorobowych i preparatów anatomicznych, sporządzone w klinice okulistycznej«. 7. Tenże: »Przekroje gałek ocznych ludzkich i zwierzęcych z zachowaniem przezroczystości środków łamiących«. 8. Tenże: »Preparaty mikroskopowe z zakresu histologii patologicznej oka«.

g):

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Laqueur w Strasburgu ustępuje z katedry z powodu wieku podeszłego, jego miejsce zajmie prof. Wagenmann z Jeny.
Dr Cirincione w Palermo mianowany nadzw. prof. okulistyki.

Prof. Hess w Wyrzburgu otrzymał tyt. tajnego radcy.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Wroclawiu prof. dr H. Magnus, znakomity okulista i autor wielu cennych dzieł zwłaszcza z dziedziny historii medycyny, umarł w końcu kwietnia b. r.

W Wilnie dr Ignacy Strzemiński, nasz współpracownik, um. dn. 22/IV. z powodu gruźlicy płuc i krtani.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANN, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SIĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEVSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Czerwiec.

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Rady Dworu Prof.
B. Wicherkiewicza.

O operacyjnem leczeniu myopii.

Podał

Dr KAZIMIERZ WINCENY MAJEWSKI

docent pryw. okulistyki Uniw. Jagiell.

(Dokończenie).

Kazuistyka powyższa obejmuje 13 osób, z których 5 operowanych obustronnie, czyli 18 przypadków fakolizy. Operację na drugim oku podejmowało się z reguły dopiero na wyraźne żądanie chorych i jeśli stan oka już operowanego był zadawalniający. Przed 8 laty występowali jeszcze niektórzy autorowie (Szili¹⁷⁾, Mohr¹⁸) stanowczo przeciw obustronnej fakolizie. Dziś jednak, gdyśmy już dalsze koleje, jakim podlegają oczy operowane, lepiej poznali, możemy we wielu przypadkach życzeniu chorych zadość uczynić. Z drugiej znów

1
KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej

strony przesadą byłoby uważać obustronną operację za rzecz konieczną, jak tego chce Voigt²¹⁾ ze względu na przywrócenie widzenia obuocznego i usunięcie zbytnej konwergencji przy patrzeniu okiem nieoperowanym. Wśród operowanych było mężczyzn 11-stu, kobiety 2-e. Wiek operowanych wahał się w granicach od 15 do 53 lat. Stopień krótkiego wzroku najniższy wynosił 14,0D, najwyższy 31,0D. W przeważnej większości przypadków obracała się myopia około 20,0D. Prawie u wszystkich operowanych zachodziły zmiany na dnie oczu. Nie mówiąc już o *staphyloma posticum*, bez którego trudno sobie pomyśleć myopię przekraczającą 15,0D, we wszystkich, z wyjątkiem dwóch przypadków przedstawiała bądź to tylko okolica plamki żółtej, bądź też siatkówka i naczyniówka w innych częściach dna oka obraz mniej lub więcej znacznego schorzenia. To nie stanowiło jednak przeszkody dla podjęcia fakolizy, bo jak już z powyższego zestawienia wynika, w takim razie zamiast 18 tylko w dwóch przypadkach możnaby ją było wykonać, a wstrzemięźliwość taka byłaby nieuzasadnioną po pierwsze dlatego, że należało się przekonać, czy usunięcie soczewki wywrze wpływ na przebieg zmian chorobowych i jaki, a powtóre, że w istocie doświadczenie pokazało, iż zmiany w siatkówce i naczyniówce po dokonanej fakolizie nie doznały żadnego pogorszenia, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym i sam przebieg pooperacyjny był pod wielu względami nieprawidłowy. Mianowicie u operowanego Cięglewicza (przyp. Nr 14 i 15) trzeba było jeszcze po usunięciu soczewki walczyć z postępującą *retino-chorioiditis*. Zresztą na obu oczach przebywał chory ten w kilka miesięcy po operacji *glaucoma consecutivum* skutkiem *iritis chronica*. Nieszczęśliwego przypadku, który się zakończył oderwaniem siatkówki (Nasterski, Nr 9) tutaj zaliczyć nie można, bo wiadomo, że smutne to powikłanie może nawiedzić i oczy bez zmian zanikowych i zapalnych na dnie, a nawet możnaby twierdzić, że np. *chorioiditis disseminata* chroni do pewnego stopnia przed oderwaniem siatkówki, gdyż każde niemal ognisko stanowi równocześnie synechię między siatkówką a naczyniówką i utrudnia oddzielenie

się tych dwóch błon od siebie. Z reguły była fakoliza wykonywana na oku gorszem. Niema prawie przypadku wysokiej myopii, gdzieby między oczyma żadna nie dała się wykazać różnica. Jeżeli refrakcyja na obu oczach jest jednaka, to bystrość wzroku bywa częstokroć z tego lub owego powodu na jednym oku trochę słabsza, niż na drugim. Chorzy jednak po większej części sami domagali się usunięcia soczewki z drugiego oka, a nie było przyczyny odmawiać temu ich życzeniu. Co prawda pozbawiało nas to możliwości porównywania przebiegu myopii i jej powikłań po fakolizie i bez fakolizy. W niektórych przypadkach jednostronnej operacji mogliśmy jednak porobić w tym kierunku spostrzeżenia i o nich będzie mowa poniżej. We wszystkich przypadkach fakoliza przeprowadzona była sposobem zastosowanym przez prof. Wicherkiewicza po raz pierwszy w r. 1881 t. j. najpierw dyscyzja soczewki przezroczystej, potem wypuszczenie zaćmionej kory i pozostawienie resztek zalegających zwyczajnie źrenicę samoistnemu wessaniu. W trzech przypadkach trzeba było dyscyzyę powtórzyć, bo pierwsza okazała się niewystarczającą dla całkowitego zaćmienia soczewki. W czterech przypadkach musiało być powtórzone nakłucie rogówki dla ponownego wypuszczenia pęczniących resztek. Na 9 oczach operowanych, a zatem w połowie przypadków przyszło do wytworzenia się zaćmy wtórnej i dlatego zrobiona była dyscyzja zaćmionej torebki. U dwóch chorych nawet dwukrotnie. Przypuścić jednak należy, że gdyby możliwem było wszystkich operowanych śledzić przez czas dłuższy, to u niejednego jeszcze byłoby się dyscyzyę wykonało. Tak np. u Ptaszyńskiego (Nr 11), jak ze wspomnianego wyżej listu jego wynika, prawdopodobnie wytworzyła się *cataracta secundaria* i potrzebna jest dyscyzja. W żadnym wypadku do zupełnego usunięcia soczewki nie wystarczyła jedna tylko operacya (*discisio capsulae lentis*); co najmniej potrzebne były dwie (w sześciu przypadkach), w niektórych zaś przypadkach liczba zabiegów dochodziła do czterech, a nawet do pięciu.

Effluvium corporis vitrei zdarzyło się tylko raz jeden

u Szczygła (Nr 4) na oku prawem. Wynik fakolizy mimo tego po upływie roku był jeszcze dobry. Późniejsze losy operowanego nie są nam znane.

Operowanych spostrzegano przez czas rozmaicie długi. Niektórzy, mianowicie mało oświeceni rolnicy, opuściwszy raz klinikę po pierwszej ekstrakcyi mimo wyraźnego nakazu nie pokazali się więcej, widocznie zadowoleni z poprawy wzroku, gdy resztki zalegające źrenicę z czasem uległy samoistnemu wessaniu. Tak np. w przypadku Sikory (Nr 3) i Warchoła (Nr 10) nie można ocenić nawet doraźnego wyniku fakolizy, bo przy ostatniem badaniu jeszcze się była źrenica z kory nie oczyściła zupełnie, a o losach ich dalszych listownie żadnych wiadomości nie dało się uzyskać. We wszystkich jednak innych przypadkach można było śledzić oczy operowane przez czas dłuższy od pół roku do lat ośmiu; w ośmiu przypadkach dłużej niż przez lat dwa.

Przebieg pooperacyjny u przeważnej większości operowanych nie przedstawiał żadnych powikłań, o ile za powikłanie nie będziemy uważali podwyższenia ucisku śródocznego z wystąpieniem bólów wskutek pęcznienia kory. Objawy te, które dają się zapomocą okładów lodowych przytłumić, jeżeli nie usunąć, były dla nas tylko hasłem do co rychlejszego wykonania nakłucia rogówki i usunięcia nadmiaru mas pęczniających. Z prawdziwych powikłań przebiegu pooperacyjnego wymienić należy ropne zapalenie śródgałkowe na lewem oku u pierwszego operowanego Maksymiliana K. w poznańskiej klinice prof. Wicherkiewicza. To właśnie nieszczęsne zdarzenie było powodem, że prof. Wicherkiewicz dopiero po latach podjął nanowo operacyjne leczenie krótkowzroczności. Więcej przypadków infekcyi na szczęście nie było. U Janickiego (Nr 2 i 3) i Mierzejewskiej (Nr 18) trzeba było zwalczać silniejszą *iritis*, która jednak żadnych trwale ujennych następstw nie pozostawiła. U Cięglewicza (Nr 14 i 15) powstało po operacyi *glaucoma consecutivum* na lewem oku mimo wykonanej irydektomii, na prawem zaś trzeba było wykonać irydektomię dodatkowo. W tym także przypadku, jak już wy-

żej wspomniałem, zmiany na dnie oczu, w postaci *chorioretinitis centralis* robiły jeszcze po operacji dalsze postępy i wymagały dłuższego leczenia. We wszystkich innych przypadkach zmiany stwierdzone przy pierwszym badaniu względnie przed operacją pozostały w jednakim stanie aż do końca obserwacji. Smutny wyjątek stanowi u Nasterskiego nagłe oderwanie siatkówki. Wystąpiło ono dopiero z końcem piątego roku po operacji, bezpośrednio zatem związku przyczynowego z pewnością tu nie było, zwłaszcza, że przebieg operacji był prawidłowy, a w szczególności nie było utraty ciała szklistego, wiadomo bowiem, że, jeżeli co, to *effluvium corp. vitrei* stwarza większą skłonność do oderwania. Była wprawdzie robiona *discissio cataractae secundariae*, ale gdyby z winy tej operacji przyszło było do oderwania siatkówki, to zapewne wystąpiłoby ono przynajmniej przed upływem roku. Hippel¹⁹⁾, który ma w tym kierunku rozległe doświadczenie, bo bardzo wiele przypadków myopii operował, twierdzi, że oderwanie siatkówki, powstające po upływie 2 lat po operacji należy uważać za samoistne i od operacji niezależne. Chory nasz, jako kallarz, oddawał się ciężkiej pracy, potem przechodził na oku operowanym jaglicę i był na nią leczony przez kilka tygodni. Częste odwracanie powiek, wyciskanie granulacji etc. nie obeszło się może czasem bez silniejszego ugniecenia gałki, co mogło się przyczynić do odczepienia siatkówki. Zresztą chory mało zważał na siebie, o czem świadczy to, że dopiero w 4 miesiące po utracie wzroku na oku operowanym zgłosił się po poradę.

W chwili, gdy ta ostatnia część mego artykułu ma iść do druku, dowiaduję się, że u jednego z operowanych, mianowicie u Piotra Górnego na lewym oku podjęta fakoliza dała wynik ujemny także z powodu oderwania siatkówki, ale, że tu oderwanie wystąpiło w kilka tygodni, a może nawet wcześniej, po ostatniej operacji t. j. po ekstrakcyi i to u młodego chłopca, u którego z wszelkiem prawdopodobieństwem sama myopia nie byłaby już teraz powikłania tego spowodowała, przeto przyczyny nie można upatrywać gdzieindziej, jak w samej operacji, mimo, że przebieg jej był prawidłowy, podobnie

jak i przebieg pooperacyjny. Ten niepomysłny przypadek fakolizy, nie objęty powyższą kazuistyką musi, jednak zaważyć na szali naszej oceny zalet i braków operacyjnego leczenia myopii.

W niektórych przypadkach wessanie resztek, zasłaniających źrenicę następowało tak powoli, że niechęć powiększać szeregu zabiegów operacyjnych na jednym oku używaliśmy takich środków, jak dionina w postaci kropli, maści lub wreszcie proszku, collyrium Kalii jodali, jodypina i jod na wewnątrz, maście jodowe, rtęciowe, ichtyolowe do wcierania w skronie etc. Dopiero gdy te środki zawodziły, uciekaliśmy się do ponownej punkcji i wypłukania resztek zapomocą undiny, co, jak wyżej wspomniałem, musiało być zrobione w 4 przypadkach.

Przystępując do omówienia wyników, uzyskanych zapomocą fakolizy w wyżej opisanych przypadkach, musimy uwzględnić dwa główne cele do jakich zdąża się przez operacyjne leczenie myopii. Jednym z tych dwóch celów, zresztą ściśle ze sobą związanych, jest poprawa bystrości wzroku, drugim zmniejszenie refrakcyi. Kazuistyka nasza wykazuje w przeważnej części poprawę, nieraz nawet znaczną naosiowej bystrości wzroku. Aby te wyniki optyczne lepiej unaocznić zestawiam je poniżej przeglądową tabliczkę. Ponieważ w całej literaturze, odnoszącej się do fakolizy autorowie bez wyjątku prawie podają stopnie bystrości wzroku w ułamkach dziesiętnych, a u nas, jak zresztą we wielu innych klinikach europejskich, używa się do badania wzroku tablic Snellena, obliczonych na odległość 6-cio-metrową, przeto, aby ułatwić zestawienie naszych wyników z długimi wykazami przypadków operowanych przez cudzoziemców, zamieniam w przybliżeniu Snellenowską skalę bystrości wzroku na skalę dziesiętną, notując:

zamiast .	$\frac{6}{60}$	0,10
>	$\frac{6}{36}$	0,15
>	$\frac{6}{24}$	0,25
>	$\frac{6}{18}$	0,33

zamiast .	$\frac{9}{12}$	0,50
»	$\frac{9}{8}$	0,75
»	$\frac{9}{6}$	1,0

Następujące zestawienie obejmuje wyniki ostatniego badania wzroku przed wykonaniem pierwszej dyscyzyi i wynik ponownego badania po oczyszczeniu się źrenicy z resztek kory, ewentualnie po ostatniej dyscyzyi, tak jednym, jak i drugim razem zapomocą możliwie najlepszej korekcyi, także przy użyciu szkieł walcowatych, gdzie tego zachodziła potrzeba:

Visus			
	Przed oper.	Po oper.	Różnica
1) . .	0,20	0,40	0,20
2) . .	0,25	0,25	St. idem
3) . .	0,25	0,25	St. idem
4) . .	0,30	0,30	St. idem
5) . .	0,25	0,30	0,05
6) . .	0,10	0,25	0,15
7) . .	0,50	0,75	0,25
8) .	palce 5 m,	palce 3 m	
9) . .	0,15	0,30	0,15
10) . .	0,25	0,25	St. idem
11) . .	1,0	1,0	St. idem
12) . .	0,25	0,75	0,50
13) . .	0,25	0,75	0,50
14) . .	0,10	0,25	0,15
15) .	palce 3 metry	0,15	0,12
16) . .	0,30	0,75	0,45
17) . .	0,10	0,50	0,40
18) . .	0,15	0,50	0,35

Średnia zatem poprawa bystrości wzroku wynosiła 0,18.

Przypadek Nr 8, w którym po operacyi bystrość wzroku jest mniejsza, niż przed nią, odnosi się do Jana Sikory, o którym już wyżej wspominałem, że opuściwszy klinikę ze źrenicą zasłoniętą jeszcze warstewką kory więcej się już nie pokazał.

Można jednak z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, że po oczyszczeniu się źrenicy i ten chory doznał poprawy wzroku i może to właśnie było powodem, że nie uważał za potrzebne z dobrem okiem powracać do kliniki.

Przypadek Nr 9 odnosi się do Nasterskiego. Jest to właśnie ten operowany, u którego po upływie 5 lat wystąpiło oderwanie siatkówki i przyszło do zupełnej utraty wzroku. Wyżej przytoczyłem okoliczności, które przemawiają za tem, że oderwania tego bezpośrednio fakolizie przypisywać nie można.

Nakoniec co do przypadku Nr 16 (X. Fudalla) dodać należy, że w 3 lata po operacji wzrok operowanego oka uległ osłabieniu z powodu zaćmy wtórorzędnej (z 0,75 na 0,3) i mimo prawidłowej dyscyzyi, oraz mimo braku świeżych zmian na dnie oka już takim pozostał.

W pięciu przypadkach nie odnieśli operowani skutkiem fakolizy korzyści co do bystrości wzroku. Zauważyć jednak trzeba, że w przypadku Nr 11 (Ptaszyński) już przed operacją bystrość wzroku była prawidłową ($\frac{6}{6}$) i po operacji prawidłową została. Tu zatem nie było może nawet bezwzględnie wskazania do usunięcia soczewki. Przynajmniej przeważna część autorów (Pflüger¹⁰), Sattler¹⁴), Gelpke²⁰) i w. in.) właśnie niedowidzenie spowodowane krótkowzrocznością (*amblyopia ex myopia*) uważa za główny powód usprawiedliwiający podjęcie leczenia operacyjnego. Istnieją jednak wskazania, względne, jak niemożność zupełnego wyrównania myopii, pewne rodzaje zajęcia, nie dające się pogodzić z noszeniem szkieł, gdzie i przy pełnej bystrości wzroku sama zmiana refrakcyi przedstawia dla operowanego wielkie korzyści.

We wszystkich innych przypadkach, w liczbie 11, wykazało badanie po operacji poprawę bystrości wzroku i to w granicach od 0,05 do 0,50. Jest to poprawa istotnie znaczna, u niektórych bowiem chorych, gdzie np. wzrok z $\frac{6}{36}$ podniósł się na $\frac{6}{12}$, możemy słusznie twierdzić, że wzniósł się dzięki operacji w trójnasób. Istotnie bowiem oko takie jest w stanie rozróżnić przedmioty widziane pod kątem trzy razy mniejszym, niż dawniej.

Nie tak korzystnie przedstawia się zmiana siły widzenia przy patrzeniu na małą odległość, a więc przy czytaniu, pisaniu, szyciu i innych rodzajach pracy z bliska. Trzeba sobie jednak zdać sprawę z tego, że zdolność wyraźnego widzenia nader drobnych przedmiotów z bliska, w dodatku bez żadnego wysiłku, wynagradza może krótkowidza w pewnej mierze za niewyraźne widzenie w dal i krótkowzroczni często się nawet chlubią tą zdolnością zwłaszcza w późniejszym wieku, ale w rzeczywistości jest to objaw nieprawidłowy. Oko w wysokim stopniu krótkowzroczne widzi drobne przedmioty z bliska tak, jak oko prawidłowe widzieć je może tylko przez lupę, jasną więc jest rzeczą, że przy myopii nadmiernie dokładne widzenie z bliska jest taksamo nieprawidłowe, jak złe widzenie w dal. Operowani z powodu myopii na jednym oku często się skarżą, że im operacja wzrok do pracy z bliska popsuła, bo nie widzą tak drobnych przedmiotów, jak okiem nieoperowanym, i częstokroć do czytania potrzebują szkła. Z powyższych uwag wynika, jak mało mają słuszności. W każdym razie najlepiej wychodzą ci, którym po usunięciu soczewki pozostaje mały stopień myopii 3—5 D, pozwalający na wyraźne widzenie drobnych przedmiotów bez szkła w odległości wygodnej do pracy. Na ogół trzymamy się tej zasady, aby operować tylko w takim razie, kiedy oko czyta najdrobniejszy druk Snellena lub Jaegera. Oko zatem takie widzi z bliska tak dobrze, że trudno żądać, żeby po operacji widziało lepiej; dosyć, jeżeli nadal jest w stanie przez szkło lub bez szkieł tensam drobny druk odczytać, oczywiście już na większą odległość, bo 20—30 cm. W przypadkach naszych, jak wykazują objęte kazylistyką historye chorych, 13 razy po operacji mógł być czytany tensam druk drobny (Jaeg. Nr 1, Snell. 0,5, Albr. 0,5), co przed operacją. W 4 przypadkach operacja wywarła na wzrok z bliska wpływ niekorzystny: Przypadek 5 (Michał Szczygieł, lewe oko) przed operacją Snell: 0,5. po operacji Snell: 0,8. Przypadek 14 i 15 (Cięglewicz) przed operacją prawe oko Snell: 0,5 (Jaeg. nr 2), po operacji Jaeg. nr 14. Lewe oko przed operacją Sn. 0,6 (Jaeg. nr 2 do 3), po ope-

racyi Jaeg. nr 13. Przyp. Nr 17 (Górny Piotr) przed oper. Sn. 0,5, po operacyi Snell. 0,8. Co do przyp. 18 (Mierzejewska), operowana w trzy miesiące po operacyi czytała zaledwie Snel. 1,25 i taki wynik jest w kazuistyce zapisany, ale chora wzywana przezemnie kilkakrotnie, nareszcie przyjechała do powtórnego zbadania, które przeprowadziłem wczoraj dn. 1. VII. (siedm miesięcy po operacyi): źrenica czarna, dno bez nowych zmian. $\sqrt{10}$: $\frac{1}{12}$ Em.; Snel. 0,5 + 5, D: cm.

Ogólnie jednak biorąc nasza kazuistyka potwierdza regułę stwierdzoną przez wielu autorów, że fakoliza o wiele korzystniej odbija się na bystrości wzroku przy patrzeniu w dał, niż na widzeniu z blizka, w tym ostatnim kierunku jednak daje w większości przypadków wyniki zadowalniające, zwłaszcza, że przesuwaa widzenie wyraźne zapomocą szkieł, lub bez nich na odległość prawidłową i wygodną do pracy 25—30 cm.

Drugim głównym celem operacyjnego leczenia myopii jest zmniejszenie refrakcyi, a więc usunięcie, lub znaczne zmniejszenie krótkowzroczności. Wyniki, jakie pod tym względem dała fakoliza w naszych przypadkach, zestawiam w następującej tabliczce:

	Mp. przed oper.	Refr. po oper.
1)	20,0D	Em
2)	31,0D	—8,0D
3)	30,0D	—8,0D
4)	22,0D	Em
5)	23,0D	—2,0D
6)	22,0D	—3,0D
7)	14,0D	Em
8)	35,0D	cyl — 4,0D: 90°
9)	25,0D	—1,0D
10)	20,0D	—2,0D
11)	16,0D	Em
12)	16,0D	cyl + 6,0D: 45°n
13)	16,0D	+4,0D: cyl + 1,5D: 60°t
14)	20,0D	cyl — 3,5D: 40°t
15)	20,0D	cyl + 1,5D: 60°t

	Mp. przed oper.	Refr. po oper.
16)	. . 20,0D . . .	—1,5D
17)	. . 22,0D . . .	+1,75 \odot cyl — 5,0 D 45°t
18)	. . 22,0D . . .	Em

Zwracam uwagę, że powyższe liczby oznaczają t. zw. refrakcyę praktyczną, t. j. odnoszą się do siły szkła umieszczonego w ramkach okularów próbnych i wyrównującego podmiotowo wadę refrakcyi, a więc dającego oku możliwie najlepszą bystrość wzroku. Przedmiotowo np. zapomocą skiaskopii nie u wszystkich operowanych była refrakcyja oznaczana z równą dokładnością, musiałem przeto dla jednolitości uwzględnić wszędzie tylko wyniki badania refrakcyi uzyskane zapomocą doboru szkieł metodą Donders'a. Tą samą drogą poszło zresztą bardzo wielu autorów w pracach odnoszących się do operacyjnego leczenia myopii.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, idealny wynik fakolizy pod względem refrakcyjnym t. j. emmetropia została uzyskana w 5-ciu przypadkach na 18 operowanych oczu. Dwa razy potrzeba było do tego myopii 22,0D, raz 20,0D, raz 16,0D, a raz wystarczyła nawet myopia 14,0D.

Zmniejszenie refrakcyi, jakie przed operacyą można było przewidzieć, względnie obliczyć na podstawie wzoru Ostwalta: $R_2 = 11 - \frac{1}{2} Mp$, w niektórych tylko przypadkach odpowiadało dokładnie temu obliczeniu np. w przypadku 18. Przeważnie jednak refrakcyja w myśl tego wzoru przewidziana odbiegała w jednym lub drugim kierunku o 1 lub 2,0D od rzeczywiście uzyskanej. Tylko w przypadku 7 i 9 wynik różnił się znacznie od tego, jakiego się można było spodziewać. W przyp. 8 myopia wynosiła tylko 14,0D, nie dochodziła zatem do tej wysokości, którą większość autorów uważa za dolną granicę dla fakolizy. Wedle wzoru (11D — 7D Mp.) należało się spodziewać hypermetropii + 4,0D, tymczasem wypadła emmetropia. W przyp. 9, gdzie myopia wynosiła 16,0D zamiast hyperopii + 3,0D powstała również emmetropia. Inaczej tej różnicy nie można sobie wytłumaczyć, jak tylko przy-

puszczeniem, że krzywizna rogówki u tych chorych silniejszą była niż w stanie prawidłowym. Żałować wypada, że właśnie w tych przypadkach nie wykonano pomiarów astygmatycznych, któreby były niewątpliwie przypuszczenie to potwierdziły.

Dalszą ważną okolicznością są postępy krótkowzroczności, a więc powiększanie się refrakcyi na oczach operowanych, jakoteż na nieoperowanych. Do takiego porównania najlepiej się nadają z natury rzeczy przypadki operowane jednostronnie.

U naszych chorych czas spostrzegania po większej części nie był dość długi, ażeby można w tym względzie pewne stawiać wnioski. W każdym razie stwierdzić można, że w przypadkach: 2, 3, 9, 12, 13, 14 i 15 refrakcyja przez przeciąg mniej więcej 2 lat po operacyi nie ulegała zmianie, nie mówiąc o drobnych zmianach niezborności pooperacyjnej. W przyp. 11 przez 4 lata, a w przyp. 6 przez 8 lat po operacyi również żadnego zwiększenia się refrakcyi nie stwierdzono. W przyp. 7 w ciągu 2 lat po dokonanej fakolizie *astigmatismus mixtus (hypermetropico-myopicus)* zamienił się na emmetropię, co wygładzeniem się i wyrównaniem krzywizny rogówkowej dostatecznie można usprawiedliwić. W przyp. 4 oko operowane przyjmowało zrazu $-3,0D$, a po upływie 5 miesięcy okazywało się miarowem. Tę zmianę trzeba chyba odnieść do przypłaszczenia się rogówki, albo do tego, że gałka oczna, której zawartość przez usunięcie soczewki została pomniejszoną, w całości nieco zmalała. Pozostałoby tylko niezrozumiałem, dlaczego się z takim zjawiskiem tak rzadko spotykamy. W jednym nakoniec przypadku (nr 16) po operacyi powstała zrazu hyperopia $+ 2,0D$, a gdy chory po upływie $3\frac{1}{2}$ lat powrócił, ponowne badanie wykazało myopię $1,5D$, a zatem wzrost refrakcyi o $3,5D$, co odpowiada przyrostowi 7 dyoptryi Mp. w oku niepozabawionem soczewki. Ale też u tego chorego i na drugim oku nieoperowanem postępy myopii były nadzwyczajne, bo w tym samym czasie przybyło $10,0D$ (z $11,0D$, p. rem. 9 cm, na $21,0D$, p. rem. 5 cm). Był to zatem widocznie przypadek myopii wyjątkowo szybko postępującej. W każdym

razie zauważyć jednak trzeba, że po stronie operowanej przyrost refrakcyi był o 3 dyoptrye mniejszy. Co do innych operowanych, to w przyp. nr 9 myopia po stronie nieoperowanej wzrosła w ciągu lat 6 o 4,0D (z 14,0D na 18,0D), a wreszcie o Ptaszyńskim (nr 11) mogę na podstawie listownego doniesienia nadmienić, że krótkowzroczność oka nieoperowanego miała zrobić w ciągu lat 4 wyraźne postępy, podczas, gdy oko operowane doznało osłabienia bystrości wzroku, jak się zdaje, tylko wskutek powstania zaemy wtórnej.

* * *

Nierzadkie są przypadki wysokiej myopii, gdzie wytwarza się w oku zaema samoistna, czy to w wieku młodocianym *cat. zonularis* lub inna, czy to u osób starszych *cat. senilis*. Powstaniu zaemy sprzyjają prawdopodobnie gorsze warunki odżywienia od zmian w budowie oka zależne. Usunięcie zapomocą operacyi zaémionej soczewki uwalnia zatem częstokroć chorego i od krótkiego wzroku. Takie to właśnie przypadkowe wyniki nasunęły pierwszym inicjatorom możliwość operacyjnego leczenia myopii*). Tego rodzaju przypadek nadarzył się w krakowskiej klinice okulistycznej w ostatnich miesiącach:

Bącał Marya l. 30 z pod Przeworska zgłosiła się do kliniki 27. marca b. r. Chora bardzo mało inteligenta, dlatego wywiady niepewne. Badanie wzroku wykazało:

√ Pro palce 1 ³ / ₄ metra ± nl. proj. dobra.	Jaeg. nr 19 : 10 cm
√ Lo palce 1 ¹ / ₄ metra ± nl. proj. dobra.	Jaeg. nr 19 : 10 cm

*) Przy tej sposobności muszę uzupełnić szkic historyczny, którym rozpocząłem tę pracę. Przy przeszukiwaniu literatury teraz dopiero wpadł mi do rąk artykuł Pan a's'a, w którym tenże wykazuje, że pierwszeństwo samego pomysłu fakolizy nie należy się Beerowi, myśl tę poruszył bowiem już na 34 lat przed nim l'abbé Desmonceaux w swem dziele p. t. «Traité des maladies des yeux et des oreilles». Paris 1776.

Cataracta zonularis, Staphyloma posticum, Opacitates corp. vitrei oc. utr.

Chora przyjęta do kliniki zachowywała się tak niespokojnie, i nierozsądnie, że musiano ją leczyć czas pewien bromem. Na sen dostawała sulfonal, uspokoiła się nareszcie po izopralu.

5. IV. *Discisio cataractae zonularis per scleronyxin anteriorem oc. sin.*

Zaśmiewanie soczewki następowało powoli, przeto 17. IV. dyscyzyę powtórzono.

30. IV. *Extractio linearis cum irrigatione oc. sin.*

W przebiegu pooperacyjnym nie było żadnych szczególnych powikłań.

14. V. *Extractio linearis cum iridectomia et irrigatione oc. d.*

Na tem więc oku została usunięta soczewka bez poprzedniej dyscyzyi, przyczem wydobyto po wykonaniu irydektomii i cystotomii i warstwę zaćmioną i przezroczystą część soczewki. Czas leczenia był tu też o wiele krótszy.

24. V. Obie źrenice były już z resztek dostatecznie oczyszczone, a badanie wzroku dało wynik następujący:

$\sqrt{\text{Pro palec } 4 \text{ m; } \frac{6}{60} \text{ Mp. } 1,0 \text{ D. } \odot \text{ nl.}}$ $\sqrt{\text{Lo } \frac{9}{30} \pm \text{ nl. } \odot \text{ nl.}}$	<p>Albr. 2,0 D + 2,0 D : 20 cm</p> <p>Albr. 1,6 + 3,0 D : 22 cm</p>
--	---

Przypadek, gdzie po operacyi zaćmy powstał stan zbliżony do emmetropii mogą również przytoczyć z własnej praktyki:

Pani Emma P. 1. 70 z Krakowa zgłosiła się 11. VI. 1906. Od dziecka krótki wzrok, na prawem oku w wyższym stopniu. Przed 16 laty miała na prawem oku zez porażenny. Cierpi na epilepsyę.

$\sqrt{\text{Pro palec } \frac{3}{4} \text{ metra } \pm \text{ nl.}}$ $\sqrt{\text{Lo } \frac{6}{18} \text{ Mp. } 10,0 \text{ D } \odot \text{ nl.}}$	<p>Sn. 1,75 z trudem.</p> <p>Sn. 0,5 : 10 cm.</p>
---	---

Cataracta incipiens, Myopia fortis, Staphyloma posticum, Retino-chorioiditis centralis oc. utr.

Na prawem oku widać było jeszcze zmiany na dnie oka i duże zaćmienia ruchome w ciele szklistem.

W grudniu 1906 zaćma oka prawego była już dojrzałą.

4. I. 1907. *Extractio cataractae lobaris cum iridectomia et irrigatione oc. d.*

Przebieg operacyi prawidłowy. Mimo wielkiej ilości wyżytego bromu w kilka godzin po operacyi silny atak epileptyczny. Przednia komora wypróżniła się. Nazajutrz dość silna *iritis*, która jednak po kilku dniach

energicznej atropinizacji ustąpiła. Przypadek ten obfitował jednak w powikłania, bo chora we dwa tygodnie po operacji dostała skrzepu w lewej nodze, co ją na kilka miesięcy przykuło do łóżka.

8. IV.

$\sqrt{\text{Pro } \frac{6}{21}; \frac{6}{18} \text{ Hp. } 0,5\text{D} \ominus \text{nl. Sn. } 1,25 + 4,0\text{D}; (\text{Sn. } 0,6 + 8,0\text{D})}$

Operowana zresztą zapewnia, że i bez szkła widzi w dal tak dobrze, jak nigdy poprzednio.

Gdyby przeszukać księgi kliniczne, znalazłoby się z pewnością więcej przypadków, w których po operacji zaemy z powodu dawniej istniejącej wysokiej myopii wypadła emmetropia, lub stan do niej zbliżony.

* * *

Streszczając wyniki uzyskane w przytoczonych w tej pracy przypadkach fakolizy zaznaczyć najpierw muszę, że niewielka ich liczba może nas jedynie upoważnić do sprawdzenia słuszności spostrzeżeń, jakie na długich szeregach operacji porobili zagraniczni operatorowie i przekonać się, czy prawidła przez nich postawione zgadzają się z naszymi doświadczeniami. Otóż oceniając wyniki nasze *sine ira et studio* musimy przyłączyć się do tej przeważnej części autorów, którzy w operacyjnym usunięciu soczewki widzą skuteczny i we wielu przypadkach wprost wskazany sposób poprawy wzroku upośledzonego nadmiernie wysokim stopniem myopii. Choćby bystrość wzroku po usunięciu soczewki wcale się nie podniosła, w porównaniu z tem, jaką była poprzednio przy wyrównaniu zapomocą szkieł myopii, to i tak operowany odnosi znaczną korzyść przez samo zmniejszenie stopnia łamliwości. Nie należy zapominać, że przy wysokich stopniach krótkowzroczności noszenie szkieł zupełnie myopię wyrównujących najczęściej jest niemożliwe, lub wielkie sprawia przykrości z powodu działania pryzmatycznego, niedostatecznej peryskopii, znacznego zmniejszenia obrazków siatkówkowych, ciężaru i niewygody samych okularów i z wielu innych przyczyn. Tak więc w rzeczywistości musi się myop zadowolnić zazwyczaj częściową korekcyą,

a temsamem o wiele słabszą bystrością wzroku. Jeśli więc po usunięciu soczewki uzyskuje bystrość wzroku bez szkieł lub przez szkła słabe choćby tylko taką, jaką miał poprzednio przy pełnej korekcyi, to już korzyść jest wielka. A cóż dopiero, jeśli się dzięki fakolizie bystrość w dwójnasób, lub jak to czasem bywa w trójnasób zaostrzy. W takich razach operowani są z wyniku nad wyraz zadowoleni. Gdy się do tego doda, że i pole widzenia oczu operowanych wykazuje zwykle pewne rozszerzenie granic, to przyznać trzeba, że poprawa jest wszechstronna, oko bowiem widzi jaśniej, dalej i szerzej.

Doświadczenie zdobyte w zagranicznych klinikach co do późniejszych losów oczu z powodu myopii operowanych, że mianowicie wynik doraźny w ogromnej większości przypadków utrzymuje się przez czas bardzo długi, mogliśmy sprawdzić tylko na pewnej części naszych przypadków, spostrzeganych przez przeciąg lat 2—8. Że fakoliza nie zabezpiecza napewne przeciw dalszym postępom zmian zanikowych i zapalnych w naczyniówce i siatkówce świadczy nasz przypadek 14 i 15. U innych chorych, gdzie *chorioretinitis centralis* doprowadziła już do ostatecznego zablźnienia ognisk, byłby stan ten prawdopodobnie i bez operacyi dalszym nie uległ zmianom.

Co do wpływu na postępy krótkowzroczności, to już w pierwszej części tej pracy zwróciłem uwagę na przyczyny czysto optycznej natury, które sprawiają, że nawet w najgorszym razie dalsze powiększanie się gałki oka pozbawionego soczewki powoduje przyrost refrakcyi postępujący w tempie dwukrotnie zwolnionem. Nasza kazuistyka wykazuje tylko jeden przypadek Nr 16, w którym można było stwierdzić napewne po dokonanej fakolizie dalsze powiększanie się siły łamliwej, ale był to przypadek myopii wyjątkowo szybko postępującej, jak o tem świadczy zachowanie się drugiego oka nieoperowanego. Należy przypuszczać, że gdyby wszyscy operowani mogli zostawać przez znacznie dłuższy czas w obserwacyi, toby się u niejednego jeszcze po latach przyrost refrakcyi stwierdziło. Panse²²⁾ w pracy swej zestawia historję 24 najdawniej przez Pflügera operowanych myopów. Okres spostrzegania

wynosił najmniej 6 lat, ale w 14 przypadkach więcej niż 10. Otóż ani w jednym z tych przypadków stan refrakcyi nie ustalił się skutkiem fakolizy, lecz we wszystkich dał się po latach wykazać mniejszy lub większy wzrost łamliwości. Bądź co bądź pozostały zawsze niskie tylko stopnie ametropii, wymagające szkiele słabych, które nie sprawiają żadnych przykrości w użyciu.

Najgroźniejsze niebezpieczeństwo, nie mówiąc już o infekcyi, przedstawia oderwanie siatkówki. Z pośród wielkiej liczby operatorów niewielu tylko mogło się poszczycić dłuższymi szeregami operacyi bez tych smutnych powikłań. Klin-kowstein Romana²³⁾ ogłosiła w swej dysertacyi z kliniki Haaba szereg 50-ciu przypadków fakolizy, w tem ani jednego zakażenia i ani jednego oderwania siatkówki. Co do oderwania to nie wiem jednak, czy przypadki te były dość długo spostrzegane. W naszym przyp. Nr 9 (Nasterski), gdzie siatkówka odzepiła się w pięć lat po operacyi, można jeszcze wyłączyć bezpośredni związek przyczynowy między fakolizą a oderwaniem, ale oderwanie u Piotra Górnego, które zostało stwierdzone obecnie, świeżo po operacyi, stanowić musi dla nas poważne *memento* i skłaniać raczej do ograniczenia wskazań operacyjnego leczenia myopii.

Doświadczenia nasze wykazują jednak zgodnie z doświadczeniami wszystkich prawie autorów, którzy głos w sprawie fakolizy zabierali, że dodatnie wyniki fakolizy stanowią regułę, niepomyślnie zaś należą do wyjątków. Komukolwiek znany smutny obraz dezorganizacyi i zniszczenia najważniejszych części oka, do jakiego prędzej lub później doprowadza zazwyczaj *myopia progressiva*, co jej też zjednało cały szereg takich przydomków, jak *maligna*, *insidiosa*, *perniciosa*, *deletaris* etc., ten nie zaprzeczy, że w twierdzeniu wypowiedzianem przez Schmidt Rimpler'a²⁴⁾ »das mehr hochgradig kurzsichtige Augen nach der Phakolyse zu Grunde gehen, als ohne dieselbe«, jest chyba trochę przesady. Zawsze jest jednak rzeczą bardzo pożądaną badać oczy operowane przez możliwie najdłuższy szereg lat, gdyż tylko w ten sposób sąd nasz o wartości fa-

kolizy będziemy mogli ustalić. Takich spostrzeżeń zawsze jeszcze za mało. Postanawiamy sobie i nasze przypadki, o ile to tylko możliwe, śledzić, operowanych powyszukiwać, skłonić do przybycia i kiedyś po latach, jeśli okoliczności na to pozwolą, czytelnikom »Postępu« zdać sprawę ze stanu ich wzroku. Dotychczasowa literatura fakolizy i doświadczenia co do tej operacyi z krakowskiej kliniki wyniesione nakazują nam nadal jak dotąd postępować z wielką oględnością w wyborze przypadków i nie rozgrzewać się zbytnio świetnymi nieraz wynikami doraźnymi. Podejmując na oku krótkowzrocznem szereg poważnych i nie obojętnych zabiegów operacyjnych należy sobie jasno zdawać sprawę z wielkiej odpowiedzialności, jaką na się bierzemy i bardziej niż kiedykolwiek pamiętać o zasadzie: „*respice finem*“.

J. W. Panu Radey Dworu Prof. Wicherkiewiczowi składam serdeczne podziękowanie za pomoc i cenne wskazówki i za pozwolenie ogłoszenia przypadków, które operował w krakowskiej klinice uniwersyteckiej jakoteż w swej lecznicy prywatnej.

Spis źródeł i artykułów oryginalnych przytoczonych w powyższej pracy:

1. Beer: »Lehre von den Augenkrankheiten« 1810.
2. Radius Walther: »Jaegers Handwörterbuch der ges. Chirurgie u. Augenheilkunde«. 1839. IV.
3. Mauthner: »Die optische Fehler des Auges« 1876.
4. Wicherkiewicz: Sprawozdanie roczne z prywatnej kliniki ocznej w Poznaniu za rok 1881.
5. Wood: »The American Journal of Ophthalmology«. 1890.
6. Vacher: Recueil d'Ophthalmologie 13-ème année 1889.
7. Fukała: Operative Behandlung der höchstgradigen Myopie durch Aphakie«. Graefes Archiv T. XXXVI. 1890.
8. Schroeder: St. Petersburger med. Wochenschrift Nr 4. 1894.
9. Fukała: »Beitrag zur Geschichte der operativen Behandlung der Myopie«. Arch. f. Aghk. 1894.
10. Pflüger: »Rapport sur la suppression du cristallin transparent«. 1899.
11. Brudzewski: »Obliczanie zmiany refrakcyi po wydobyciu soczewki z oka«. Postęp okulistyczny Nr 4. 1900.

12. Ostwalt: »Beitrag zur Dioptrik des Auges«. Archiv. f. Ophthalmologie T. LXIV. 1898.
13. Hirschberg: »Über die Verminderung der Kurzsichtigkeit durch Beseitigung der Krystalllinse«. Centralblatt f. Aghk. 1897.
14. Sattler: Sitzungsbericht Heidelberg. 1897.
15. Smith: »Extraction of cataracte in the capsule«. Archiv f. Ophthalmology 1905. XI.
16. Desmonceaux: »Traité des maladies des yeux et des oreilles«. Paris 1776.
17. Szili: »Über die Frage der Operation der Myopie mit Krankendemonstration«. Ungar med. Presse 1899. Nr 10.
18. Mohr: Bericht über die Sitzung des Budapester Aerztereins. Ung. med. Presse 1899 Nr 10.
19. v. Hippel: »Myopie-Operation und Netzhautablösung«. Deutsche med. Wechschrift. 1905. Nr 26, str. 1032.
20. Gelpke: Über die definitiven Erfolge der Phakolyse. Archiv f. Aghk. 1904. T. XLIX, Z. 2.
21. Voigt: »Über oper. Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit mittels der primitiven Linearextraction der klaren Linse und ihre Erfolge«. Graefes Arch. T. LIV. 1902.
22. Panse: Über Dauererfolge der oper. Behandlung der hochgradigen Kurzsichtigkeit. Zeitschrift f. Aghk. T. XV. Nr 2. 1906.
23. Klinckowstein: »Bericht über 50 von Prof. Haab ausgeführten Myopie-Operationen«. Inaug. Dissert. Zurich 1899.
24. Schmidt Rimpler: »Bemerkungen zur Behandlung der Myopie«. Ophthalm. Klinik. 1904. Nr 16.

Z c. k. uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Radey Dworu Prof.
B. Wicherkiewicza.

Kilka uwag o owrzodzeniach rogówkowych ze szczególnem uwzględnieniem »ulcus serpens«.

Podał

Dr EDMUND ROSENHAUCH.

Owrzodzenia rogówki były już bardzo dawno znane, ale dokładna ich ocena stała się możliwą dopiero od czasu, kiedy badania bakteriologiczne tych właśnie zmian rogówkowych poczęły stawać się coraz częstszymi.

Badania odnosiły się zarówno do zapaleń spojówkowych, jak i rogówkowych. Zwłaszcza zajęto się dokładnie temi ostatnimi, ze względu na niekorzystne skutki, jakie zmiany te w bystrości wzrokowej wywołują.

Pierwsze badania bakteryologiczne owrzodzeń rogówki wykazywały wpływ najbardziej podówczas znanych drobnoustrojów ropotwórczych, a więc gronkowców. Badania doświadczalne, w których zaszczepiano gronkowce w rogówkę królika (Leber, Strohmeier, Hoffmann, Hess, Fortunati, Silvestri i in.) dały obraz patologii powstawania ropnego nacieku rogówki i hypopyon, który śmiało możemy dziś jeszcze stosować do ropnych zapaleń rogówkowych człowieka, z tą jednak różnicą, że dziś zmieniły się nasze poglądy na etiologię tych zapaleń.

Na zmianę tych poglądów wpłynęły w pierwszym rzędzie badania Gasparriniego, Uhthoffa i Axenfelda.

W r. 1893 ogłosił Gasparrini pierwszą pracę o znaczeniu dwoinki zapalenia płuc, pneumokoka (Fränkel-Weichselbaum) w okulistyce. W pracy swej opisuje autor obok doświadczeń na zwierzętach wiele przypadków ropnego zapalenia rogówki, z których udało mu się wyhodować czystą kulturę tych drobnoustrojów. Doświadczenia te potwierdzili Basso i Guita.

W rok potem ogłosili Uhthoff i Axenfeld wyniki swych badań, rozpoczętych jeszcze w r. 1892, niezależnie od pracy Gasparriniego. I oni stwierdzili dość częstą obecność pneumokoków w sprawach ropnych rogówki. Nadmieniają jednak, że prócz tych drobnoustrojów mogli w ropnych zapaleniach rogówki stwierdzić obecność innych drobnoustrojów ropotwórczych, jak gronkowców, łańcuszkowców, ropotwórczych prątków. W badaniach swych doszli autorowie do przekonania, że pneumokokki napotyka się najczęściej w tych przypadkach zapaleń rogówkowych, które przybierają charakter pełzający, z szybkim wytworzeniem się hypopyon i zapalenia tęczówki, jednym słowem w przypadkach, które klinicznie noszą miano »ulcus serpens corneae«. Autorom tym udało się stwierdzić

w przeważnej ilości tych owrzodzeń prawie czystą hodowlę pneumokokków. W innych nie typowych owrzodzeniach rogówki napotymano inne, wyżej wspomniane drobnoustroje, a nadto w kilku przypadkach ropnego zapalenia rogówki stwierdzono obecność pleśni (*Keratomykosis aspergillina*).

Tak częsta obecność pneumokokków w typowych owrzodzeniach pełzających spowodowała postawienie wniosku, na który się dziś cały szereg autorów zgadza (Secondi, Cuénod, Bachi, Neumann, Panas, Hertel, v. Schweinitz, Vossius, Petit, Doetsch, Kibbe, Vallaudé, Velhagen, Römer, Horstmann, Mc Nab, Angus, Paterson, Calderaro, Nedden, Schmidt, Salvaneschi), że obraz patologiczny, który klinicznie nosi miano »ulcus serpens corneae« powodują prawie zawsze pneumokokki, i że na pozór niezłośliwe owrzodzenia, o ile w nich istnieją te drobnoustroje z czasem zwykły przybierać typowy charakter pełzający.

Nie zgadzałyby się z tą regułą dwa dość często spostrzegane przypadki: przy jaglicy występują czasem drobne owrzodzenia, które mimo to, że zawierają pneumokokki, pełzającego charakteru nie przyjmują i sprawy keratomalacji, podczas której niejednokrotnie udało się wykazać pneumokokki, a sprawa chorobowa nie była powierzchowną, lecz przeciwnie drażyła w głąb rogówki, niszcząc coraz to głębsze jej warstwy. Te dwie na pozór sprzeczne sprawy z postawionym powyżej wnioskiem tłumaczą badacze wyż wymienieni w ten sposób: w przebiegu jaglicy istnieje silne unaczynienie wskutek nowowytwarzających się naczyń przy brzegu rogówko-twardówkowym (*pannus trachomatosus*). Ono to jest silną bronią przeciw zakażeniu. Niektórzy autorowie, jak np. Augstein, wypowiadają przypuszczenie, że może sama sprawa jaglicowa, względnie dotąd nieznanne czynniki sprawę tę powodujące, pozostają w antagonistycznym stosunku do pneumokokków*).

*) W 35 owrzodzeniach rogówki podczas przebiegu jaglicy znalazł autor 4 razy pneumokokki, w owrzodzeniach które zupełnie nie miały typu pełzającego (*ulcus serpens*), a ustąpiły pod wpływem zwykłego leczenia stosowanego w jaglicy.

Na to słusznie Axenfeld odpowiada pytaniem, czemu nie przeciwdziała sprawa jaglicowa obecności pneumokokków w worku spojówkowym lub łzowym. Pierwszy sposób tłumaczenia tej sprawy zdaje się być prawdopodobniejszym. Drażnienie w głąb owrzodzeń, zawierających pneumokokki podczas keratomalacji u dzieci tłumaczą autorowie (Uthoff, Axenfeld) zmniejszoną odpornością tkanek w ogóle a więc i rogówki. Objawy bowiem rozmięczenia rogówki występują zazwyczaj u źle odżywionych, wyniszczonych organizmów dziecięcych.

W miarę coraz liczniejszych badań bakteryologicznych stwierdzano w typowych owrzodzeniach pełzających obecność także innych drobnoustrojów: *diplobacillus* (Petit) *diptobacillus* Moraxa-Axenfelda (Erdmann, Rochat, Paul, Augstein, Benedetti), *B. pneumoniae* Friedländera (Gourfein), *subtilis* (Nedden), *streptococcus* (Nedden), *b. proteus* (Krüger).

Axenfeld twierdzi, że w tych przypadkach musiały istnieć pewne znamiona, które nie zupełnie odpowiadały typowi klinicznego »ulcus serpens«. Zdaniem jego oprócz pneumokokka najczęściej jeszcze typowe owrzodzenie pełzające mogą wywoływać *diplobacilli*.

Gdzie mieści się źródło zakażenia pneumokokkami*) i co wpływa na pełzający charakter owrzodzenia »ulcus serpens«?

W prawidłowym worku spojówkowym mieszczą się dość często pneumokokki (Rymowicz w 100 badanych prawidłowych workach spojówkowych znalazł 9 razy pneumokokki, Heinersdorf w 5% badanych przypadków, Örtzen w 4%). Rzadziej wnoszą z sobą ciała obce raniące rogówkę te drobnoustroje lub ślina. Najczęstszym źródłem, z którego dostają się pneumokokki do worka spojówkowego są kanaliki i woreczek łzowy, zwłaszcza jeśli ulegają zmianom zapalnym (Gerstenberger znalazł w 12 badanych woreczkach łzowych 4 razy pneumokokki, w 30 przypadkach zapalenia wo-

*) Nie rzadkie bywają przypadki wrzodu pełzającego po ropniu rogówkowym przerzuto w ym, powstałym w zapaleniach, nawet lekkich, płuc.

reczka łzowego wykazał Brons 16 razy pneumokokki). Sama jednakże obecność tych drobnoustrojów nie wystarcza do wywołania zapalenia rogówki. Obok tego musi istnieć choćby minimalne uszkodzenie nabłonka rogówkowego, albowiem pneumokokki nie mogą tak, jak np. bakterye dyfteryi rozluźnić nabłonek działaniem wytwarzanych toksyn (Coppez).

Dlatego też nie należą do rzadkości przypadki, w których wskutek zapalenia ropnego woreczka łzowego, ropa zawierająca pneumokokki latami całemi opłukuje rogówkę, a do owrzodzeń mimo to nie przychodzi. Dopiero, gdy się do tego przyłącza jakiś uraz — (lub np. *Herpes*) rozwija się typowe owrzodzenie pełzające.

Skoro drobnoustroje te dostaną się do mięszu rogówki, rozmnażają się, ale skoro tylko nagromadzą się w większej ilości, tracą wiele energii życiowej, częścią obumierają i ulegają oddzieleniu, pozostałe zaś, osłabione nie są już zdolne do przedarcia się przez warstwy rogówki. Warstwy te stawiają im silniejszy opór i dlatego rozwijają się one wzdłuż warstw rogówkowych, powodując powierzchowne postępujące owrzodzenie (Axenfeld).

Römer zgadza się na ten pogląd, dodaje jednakże, że wchodzi tu w grę prawdopodobnie inne czynniki, jak np. pewne przeistoczenie, które ułatwia fermentacyjne działanie leukocytów, prowadzące do wyliminowania tkanki schorzałej a do nowowytworzenia bliznowatej. Zarówno zdanie Axenfelda, jak i przypuszczenie Römera a kwestyi tej ostatecznie nie załatwiają. Ostateczne rozstrzygnięcie tej sprawy należy na razie jeszcze do przyszłości.

Z innych drobnoustrojów, które się okazały chorobotwórczymi dla oka ludzkiego, zasługuje na uwagę b. błękitnej ropy (*b. pyocyaneus*). W kilku przypadkach opisanych w literaturze (Galenga, Bietti, Me Nab, de Bernardinis, Szczybalski, D. Smith) istniały bardzo zjadliwe prątki. Rogówka szybko ulegała obumarciu na większej przestrzeni, dno owrzodzeń było pokryte obficie nekrotycznymi masami rogówki. Nadto istniała silna chemoza, tak, iż sprawa choro-

bowa robiła wrażenie zapalenia ropnego całego oka (*pano-phthalmitis*). Czasem przybierało owrzodzenie charakter pieścielniowaty (*Ringabscess*).

Do łagodniejszych owrzodzeń rogówki, należą owrzodzenia wywołane przez prątki Neddena. W owrzodzeniach przybrzeżnych, półksiężycowatych, znalazł Nedden prątki, które ze względu na częstość występowania w tych obrazach i ze względu na chorobotwórczość doświadczalnie na rogówce królika stwierdzoną, słusznie uznaje się za czynnik przyczynowy tych owrzodzeń (Axenfeld). W podobnych owrzodzeniach przybrzeżnych t. zw. »kataralnych« znaleziono również prątki Koch-Weeks'a. Owrzodzenia te jednak są zwykle bardziej powierzchowne i prawie nigdy (o ile nie zachodzi zakażenie mieszane) nie przychodzi do ropnego zapalenia. Sam Nedden nie twierdzi też, jakoby wszystkie przybrzeżne owrzodzenia były spowodowane przez opisane przez niego prątki, przeciwnie sam autor opisuje przypadki przybrzeżnych owrzodzeń, w których wykazał np. gronkowce i inne drobnoustroje. Owrzodzenia ropne rogówki występujące w przebiegu dyfteryi zależą przede wszystkim od innych drobnoustrojów, którym dyfterya utworowała drogę w głąb rogówki, niszcząc przybłonek rogówkowy, wytworzonymi toksynami (Coppez). Same prątki dyfteryczne rzadko bardzo powodują ropienie w rogówce.

Podobnie rzecz się ma z drobnoustrojami rzeżączki. I tu pierwszorzędną rolę odgrywa zakażenie mieszane, aczkolwiek i same gonokokki niejednokrotnie już zniszczyły rogówkę, a nawet do tęczówki się przedostawały.

W badaniach bakteryologicznych owrzodzeń, występujących podczas jaglicy znalazł Augstein pneumokokki, diplobacyle i b. kserozy. Z 35 badanych przypadków, 18 razy wynik był ujemny, autor przypisuje te przypadki działaniu »jadu jaglicowego«.

Prócz tego wykazano w zapaleniach rogówki prątek grypy (Nedden, Knapp), a kilka razy udało się Bernardinemu wyhodować z powierzchownych ubytków rogówki

Streptothrix, która przeszczepiona na rogówkę królika dała jako wynik podobne owrzodzenia.

Osobną grupę w patologii rogówki tworzą ze względu na etiologię i przebieg owrzodzenia spowodowane przez pleśń (*Keratomykosis*). Dotąd znanych jest w literaturze 19 przypadków (Leber, Fuchs, Uhthoff, Axenfeld, Schirmer, Markow, Basso, Collomb, Gentilini, Ball, Wicherkiewicz, Kayser, Ellet, Johnson, Buchanan, Osterroth, Martin). Wszyscy autorowie, którzy sprawę tę opisywali, zwracają szczególną uwagę na następujące znamiona charakterystyczne: nacieczenie nieco nad powierzchnią wystające, suche, oddzielone jest od otaczającej zdrowej rogówki demarkacyjną rynienką*). Sprawa gojenia odbywa się w ten sposób, że rynienka demarkacyjna staje się coraz to wybitniejsza i w końcu wydziela nakształt sekwestru schorzałą część rogówki. Co do gatunków pleśni, jakie w owrzodzeniach tych znajdowano, to wyhodowano w przeważnej ilości przypadków *Aspergillus fumigatus*, dwa razy *Mucor mucedo* (Bono, Ball), raz *Penicillium glaucum* (Wicherkiewicz)**).

Leberowi udało się doświadczalnie wywołać znamienne owrzodzenia na rogówce królików przez zaszczerpienie *Aspergillus fumigatus*; do podobnych wyników doszedł Halberstma (*Aspergillus flavescens*), Rollet i Aurand (*Aspergillus niger*, *A. Wentii*, mniej *A. candidus*), Buchanan (*Penicillium*).

Pleśń nie są zdolne do samodzielnego przedarcia się przez zdrowy przybłonek rogówki, owrzodzenie wywołują one dopiero wówczas, gdy np. ciało obce, zawierające pleśń, zrani rogówkę lub nawet w niej ugrzęźnie (Uhthoff, Axenfeld, Kayser, Johnson). Znany jest wreszcie jeden przypadek owrzodzenia rogówki z hypopyon, wywołany przez drożdże (Rosahefe, Lundsgaard i Stoeber).

*) Czasem przybiera obraz znany z zapaleń skrofalicznych rogówki, *Keratitis fascicularis*, Axenfeld, Martin).

***) Wedle rozpoznania drobnowidowego w zakładzie prof. Bujwida.

Jak z wszystkich tych badań widzimy, obecnie musimy jeszcze zachować dla poszczególnych owrzodzeń rogówkowych nazwy, nadane im według przebiegu i postaci klinicznej, albowiem etiologia tych spraw nie jest jeszcze ustaloną. Widać w literaturze dążność do wyodrębnienia pewnych typów wrzodów rogówki i do określenia ich na podstawie wyników bakteriologicznych (*ulcus serpens* Axenfeld; owrzodzenie przybrzeżne Nodden). Jednakże z jednej strony badania te nie są ostatecznie rozstrzygnięte, z drugiej strony znamy cały szereg klinicznych typów ubytków rogówki, których etiologia jest bardzo jeszcze niejasna. Tak np. jako przyczynę owrzodzenia pierścieniowatego rogówki podaje Hanke *b. proteus fluorescens*, Mc Nab *b. pyocyaneus*, Morax i Axenfeld gronkowce, łańcuskowce i dwoinki zapalenia płuc (Fränkel).

Wprawdzie wszyscy badacze zgadzają się ze zdaniem Fuchsa, że ropień pierścieniowaty mogą wywołać tylko silne jady działające na rogówkę z przedniej komory (np. jako przetrzuty), mimo to jednakże postać ta nie przedstawia bakteriologicznie jednolitego typu.

Jeszcze mniej znana jest etiologia owrzodzenia »ulcus rodens«.

Ustalenie pewnych typów na podstawie danych bakteriologicznych ma tem większe znaczenie, że może w przyszłości posłużyć do zmiany leczenia tych spraw chorobowych. Dlatego to kładzie Axenfeld tak silny nacisk na badanie bakteriologiczne każdego owrzodzenia rogówki. Albowiem często pisze autor, niepokażne w początku ubytki, o ile w nich istnieją dwoinki zapalenia płuc, mogą w końcu rozwinąć się i wywołać groźne ze względu na skutki owrzodzenia. Badając bakteriologicznie, wiemy od razu z jakim wrogiem mamy do czynienia.

Z polecenia Rady Dworu Prof. B. Wicherkiewicza podlega od szeregu lat każde owrzodzenie rogówkowe w krakowskiej klinice ocznej ścisłemu badaniu bakteriologicznemu. Z jego też polecenia zabrałem się do zestawienia wyników tych badań.

Ważnym momentem badania bakteriologicznego wrzodów rogówkowych jest sposób otrzymywania materiału przeznaczonego do badania. Nie trudno tu bowiem o niedokładność również o szkodę dla badanego osobnika. Najlepszym okazał się sposób podany przez Axenfelda: zapomocą wyżarzonej igielki platynowej lub lancetki zbieramy cząstkę masy ropiastej owrzodzenia. Przy owrzodzeniach pełzających badamy naloty brzegu postępującego. Nie należy brać z wydzieliny powierzchniowej, gdyż bardzo często (o ile się o owrzodzenia pełzające rozchodzi) nie zawiera ona pneumokokków. Dwoinki te znajdują się zazwyczaj głębiej. Nie należy również silniej skrobać owrzodzenia, gdyż w ten sposób rozluźniamy tylko tkankę rogówkową i torujemy drogę dla drobnoustrojów. W każdym razie powinniśmy przed badaniem oko znieczulić roztworem kokainy, a po otrzymaniu odpowiedniej ilości materiału do badania, oko odpowiednio zaopatrzyć.

W ten też sposób postępowaliśmy podczas badań klinicznych. Ogółem badanych było 56 owrzodzeń rogówkowych*).

Z pomiędzy tych owrzodzeń, jakkolwiek przeważna ich ilość miała klinicznie wygląd owrzodzenia pełzającego, tylko niewielkiej liczbie dostało się to miano.

Wszelkie owrzodzenia niezgadające się z typem podanym przez Axenfelda dla »*ulcus serpens*« oznaczono, jako *ulcus corneae cum hypopyo*, bądź jako *ulcus, infiltratio corneae*.

Badanie bakteriologiczne owrzodzeń przybrzeżnych, kataralnych wykazywało: *b. xerosis*, gronkowce białe, cytrynowe i złociste.

Z owrzodzeń, które możnaby nazwać owrzodzeniami pełzającymi, które jednak nie odpowiadały wszystkim znamionom typu *ulcus serpens* (np. dno nacieczone, brak bliźnowacenia jednej strony owrzodzenia obok postępu sprawy chorobowej ze strony drugiej, zbyt późne pojawienie się *hypopyon* i t. p.)

*) Badania te przeprowadzali: dr Jadwiga Matusiewicz, dr B. Rzegociński i autor. Między temi owrzodzeniami niema ani jednego na le rzeżączki, dyfteryi ani jaglicy.

udało się wyhodować w przeważnej ilości przypadków (14 razy) gronkowce białe, prócz tego gronkowce złociste (5), cytrynowe (2), dwoinki zapalenia płuc (6), łańcuszkowce (5), *diplobacillus* Morax-Axenfeld (1) i *b. xerosis* (1).

W 11 przypadkach typowego »ulcus serpens« znaleziono dwoinki zapalenia płuc (8 razy, z tego raz obok gronkowca białego, raz obok łańcuszkowca), *diplobacillus* Morax-Axenfeld (2 razy, z tego raz obok *micrococcus catarrhalis*) i gronkowce białe (1).

Pomimo więc zachowania wszelkich ostrożności (zaleconych przez Axenfelda) przy ocenianiu kliniczmem owrzodzenia pełzającego, jak i przy zdejmowaniu materiału z tych ubytków, badanie bakteryologiczne nie we wszystkich przypadkach »ulcus serpens« wykazało dwoinki zapalenia. Dwoinki te wywołują w przeważnej ilości przypadków typ owrzodzenia pełzającego, ale zauważyć trzeba, że z jednej strony dość często stosunkowo pojawiają się w typowych owrzodzeniach pełzających obok pneumokoków inne drobnoustroje ropotwórcze (łańcuszkowce, gronkowce), z drugiej strony w owrzodzeniach odbiegających swym wyglądem zewnętrznym od typu »ulcus serpens corneae« niejednokrotnie udało się wykazać dwoinki zapalenia płuc. Wreszcie stwierdzono w typowym »ulcus serpens« brak zupełny dwoinek zapalenia płuc, natomiast napotkano raz na *diplobacillus* Morax-Axenfelda, drugi raz na gronkowce białe. Na pytanie zatem, jak dalece do obrazów klinicznych zapaleń rogówkowych (o ile polegają na osiedleniu się drobnoustrojów) szczególna bakteryologiczna etyologia się odnosi, odpowiedź brzmi podobnie, jak przy przeróżnych zapaleniach spojówki, że i tu nie ma bezwzględnych, bakteryologicznie jednolitych typów. Jak tam, tak i tu wpływają na powstawanie objawów klinicznych bądź wrażliwość, odporność, siła reakcyi tkanki, bądź też rodzaj i głębokość ewentualnych urazów, bądź wreszcie ilość i jadowitość drobnoustrojów. Łącząc się wzajemnie z sobą w rozmaity sposób różne te czynniki przyczyniają się do różnorodności objawów klinicznych.

Na koniec kilka słów jeszcze o leczeniu wrzodów rogów-

kowych, stosowaniem w klinice ocznej Rady Dworu Prof. Wicherkiewicza*):

Jeśli przyczyną owrzodzenia jest cierpienie spojówki lub woreczka łzowego, leczy się stale w odpowiedni sposób dane cierpienie. Od kilku lat stosuje się leczenie, podane przez Radcę Dworu Prof. Wicherkiewicza (zwłaszcza w przypadkach »ulcus serpens«). Raz lub dwa razy dziennie zakrapla się do oczu roztwór *Pyoktanini coerulei* (1:500—200), a odbywa się to w ten sposób, że roztwór ten pozostaje w styczności z dnem owrzodzenia przez kilka minut, tak że może wnikać z łatwością we wszystkie zagłębienia i zaułki owrzodzenia; można to łatwo uskutecznić przez znieczulenie oka roztworem kokainy i ustalenie powiek za pomocą rozwórki. Bezpośrednio potem zapuszcza się do worka spojówkowego roztwór dioniny (2%—10%). Dionina działa tu pomyślnie, jako *lymphagogum*, a do pewnego stopnia jako środek kojący ból (*analgeticum*). Nadto używa się naturalnie atropiny, wzgl. *piloc.* przepłukiwań antyseptycznych, ciepłych okładów, ewentualnie podspojówkowych wstrzykiwań (*Hydrargyrum oxycyanatum* 1:10,000 lub NaCl 2—10%). Owrzodzenia pełzające goją się pod wpływem tego leczenia bardzo dobrze, a czas leczenia ulega wybitnemu skróceniu. W bardzo tylko uporezywych przypadkach uciekamy się do energicznej galwanokaustyki. Hypopyon, które mimo ciepłych okładów nie okazuje skłonności do wessania, usuwa się zapomocą *paracentzy*. Przecięcia rogówki (Keratotomia-Saemisch) obecnie się już tylko rzadko używa — z powodu obawy uwięznięcia tęczówki i następowej jaskry — zresztą wyżej podane środki w zupełności nam wystarczają.

W ostatnim roku stosowano też w kilku przypadkach owrzodzenia pełzającego, w których bakteriologicznie stwierdzono obecność dwoinek zapalenia płuc, wielowartościową surowicę przeciwpneumokokkową Römera. Spostrzegano dotąd jednak zbyt mało przypadków, aby można o jakichś stanowczych mówić wynikach. W jednym zaledwie przypadku

*) K. W. Majewski, Aertztliche Cntrl.-Ztg. Wiedeń, 1903. T. XV.

pod wpływem kilkakrotnych wstrzykiwań hypopyon się zmniejszało, jednak w końcu przyszło do przebiccia, a przez otworek w rogówce ropa z przedniej komory odpłynęła. W pozostałych przypadkach hypopyon się bądź nie zmniejszało, bądź rosło, a nacieczenie postępowało. Ponieważ sprawa się przeciągała, a wybitnego zwrotu ku polepszeniu nie widziano, przystąpiono do paracentezy rogówki. Po usunięciu hypopyon, (w 1 przypadku nadto po przypaleniu nacieku postępującego) zakraplano oko w wyżej podany sposób pyoktaniną, dioniną, atropiną i zastosowano opaskę spirytusową. W krótkim czasie wrzód się oczyścił, zabliznił tak, iż chory mógł klinikę opuścić.

Jak dotąd leczenie surowicą owrzodzeń pełzających (w których istnieją pneumokokki) jest jeszcze bardzo ograniczone. Axenfeld radzi używać surowicy obok zwykle stosowanych środków w przypadkach groźnych, gdzie się rozchodzi np. o jedyne oko i t. p., gdyż może ona leczeniu pomagać. A nadto poleca stosowanie surowicy w przypadkach mniejszych owrzodzeń, łagodniejszych, w których leczenie oczekujące choremu nie szkodzi. Być może, że uda się w przyszłości innymi sposobami udoskonalić leczenie surowicą owrzodzeń rogówkowych, powstających na tle dwoinek zapalenia płuc.

JW Panu Radey Dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi składam za zachęcenie do niniejszego tematu i za wskazówki wyrazy serdecznego podziękowania.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Ctrblt. f. pr. Aghk. 1907. Z. 4. (Ref. Dr L. Gruder).

Obrazy wziernikowe. (Augenspiegel-Bilder). Prof. J. Hirschberg i dr O. Fehr w Berlinie.

Zmiany na dnie oka, spowodowane urazami zapomocą odłamka żelaznego i następującą operacją magnesem, mało dotychczas były uwzględniane na obrazach wziernikowych.

Pierwszy przypadek dotyczy kowala, któremu do prawego oka przez twardówkę wleciał odłamek żelazny. Na siatkówce widać było odłamek. Sideroskop dawał wynik dodatni. Przy pomocy magnesu H a a b a i ręcznego H i r s c h b e r g a wydostano odłamek 3 mm długi, 2 mm szeroki i 17 mg ciężki; przebieg leczenia prawidłowy. Po dwóch miesiącach obraz wziernikowy był następujący: Tarcz nerwu wzrokowego, główne naczynia i przeważna część siatkówki prawidłowe, środki łąjące przezroczyste. W miejscu dawnego ciała obcego widać biało-niebieskawą bliznę, otoczoną rąbkami barwikowym. Obwodowo od tej blizny trójkątna przestrzeń siatkówki odbarwiona i z licznymi punkcikami barwikowymi, spowodowanymi przecięciem mniejszej odnogi tętniczej przy wpadnięciu odłamka do oka. Wypustki tej blizny niebieskawej sięgają daleko do obwodu siatkówki. Odczepienia siatkówki ani krwotoków nie było widać.

Ślusarzowi wpadł odłamek żelazny przez ranę w brzegu rogówko-twardówkowym w głąb oka. Przy pomocy zabiegów zwykłych obu magnesami wyjęto odłamek 5 mm długi i 2 mm szeroki, 16 mg ciężki. W miesiąc po urazie widać wziernikiem niebieskawo białą piramidę, sięgającą do ciała szklistego, odpowiednio do miejsca dawnego ułamka. Obok krwotok zadawniony. W dolnej połowie początki oderwania siatkówki. Pole widzenia wykazywało odpowiednie braki.

Trzeci przypadek wykazuje znamienne postępowe zmiany barwikowe, które powoduje urazowy odłamek przez zamknięcie tętnic na siatkówce, chociaż nawet odłamek szczęśliwie został usunięty.

W miesiąc po urazie otrzymano wziernikiem następujący obraz: *Arteria nasalis inferior*, wraz z dwoma boczными odgałęzieniami, zupełnie zatkana i zmieniona w białą linię. *Arteria nasal. inferior* bardzo zwężona. *Arteria nasal. inferior* wchodzi w dobrze odgraniczone pole, otoczone rąbkami barwikowym. W tem polu widać ciała obce wyraźnie.

W prostym obrazie widać dokładnie, jak odłamek przygniata, względnie przecina delikatne odgałżenie tęlnicze, widoczne jako biała linia i jak $1\frac{1}{2}$ mm sterczy ponad powierzchnię siatkówki.

Znanymi zabiegami (magnes Haaba i Hirschberga) wyjęto odłamek żelazny $\frac{5}{4}$ mm szeroki. Przebieg leczenia prawidłowy.

Po dziesięciu miesiącach wzornikiem widać: w ciałku szklistem grubsze męty. Tarcz nerwu wzrokowego widoczna, lecz nie całkiem wyraźna. Następnie ogniskowe zapalenia dwojakiego pochodzenia t. j. niebieskawe ognisko z rąbkami barwikowym, pochodzące od dawnego ciała obcego, i ognisko, zależne od zamknięcia naczynia krwionośnego na siatkówce, w postaci osadu barwikowego na obwodzie siatkówki. W dolnej części siatkówki (na obwodzie) resztki wybroczynowe. *Arteria nasalis superior*, z razu tylko znacznie zwężona, tarcz zmieniona jest w białą linię, na równi z *art. nas. inferior*.

Po dalszych sześciu miesiącach, a więc po półtora roku od urazu, ciągle jeszcze były widoczne wyżej wspomniane wybroczynowe resztki.

Z. 5. (maj 1907).

Torbiel śluzowy oczodołu o oleistej treści. (Eine Schleimcyste der Orbita mit ölartigem Inhalt). Dr Sperber w Ołomuńcu.

Chory 52 l. od pięciu miesięcy czuje ból na prawem oku. Od dwóch miesięcy widzenie podwójne. Badanie wykazuje: prawa gałka przesunięta ku zewnątrz, nieco ku przodowi. Ruchy gałki ku wewnątrz lekko ograniczone, podwójne widzenie. Narośl jest kulistej postaci, pokryta skórą prawidłową, od wewnętrznej ściany oczodołu nie da się odgraniczyć, wykazuje wyraźne chęłbotanie, nie da się przez ucisk zmniejszyć, ani przez kaszlanie zwiększyć. Na ucisk nie ma bólu. Ku tyłowi narośl nie da się również ograniczyć i robi wrażenie torbiela, z treścią płynną i sięgającego w tył ku oczodołowi. W sąsiedniej jamie nosowej żadnych nie było zmian. Gałka zresztą zewnątrz i wewnątrz prawidłowa. Lewe oko prawidłowe.

W narkozie, sposobem Schleicha, przecina się skórę; widać, iż ściana jej jest bardzo cienką i przezroczystą. Punkcya próbna wykazuje treść lekko mętną, żółtawo-zieloną, płynną i bez zapachu. Ścianę narośli przecina się i wypuszcza się znaczną ilość płynu. Sondą przekonano się, iż ściana narośli jest wielkości jaja kurzego i przylega do wewnętrznej ściany oczodołu. Jama, wypełniająca narośl, sięga od wewnętrznej ściany oczodołu w tyle ku dołowi i posiada ściany zupełnie gładkie. Wewnętrzna ściana spada

niewo ku jamie nosowej, nie posiada jednak żadnego do niej otworu. Ponieważ było niemożliwym wyjąć całą cienką ścianę torbiela bez naruszenia jej treści, odstąpiono od zupełnego wycięcia go, lecz zeszywszy otwór woreczka przy wejściu zrobiony z brzegami skóry, zostawiono przetokę.

Po 6 miesiącach otwór przetoki zupełnie był zabliźniony i ciecz więcej się już nie nagromadzała.

Chemiczny rozbiór wykazuje torbiel śluzowy.

Następuje zestawienie odnośnej literatury. Autor utrzymuje, iż torbiel ten powstał ze śluzowego woreczka (*Schleimbeutel*) oczodołu, przyczem treść tegoż zmieniła się w zawartość o konsystencji oliwistej. Interesującym jest fakt, iż wynik operacyjny, chociaż polegający na jednorazowym utworzeniu torbiela z następującem osączeniem był trwałym.

Przekrwienie zastoinowe na usługach okulistyki. (Die Stauungshyperämie im Dienste der Augenheilkunde). Dr Robert Hesse w Graeu.

Autor zastosowywał przekrwienie zastoinowe przy *ulcus serpens* różnego rodzaju bez wyjątku.

We wszystkich przypadkach prócz przekrwienia zastoinowego zastosowywał dwa razy dziennie atropinę; żadnej zaś kauteryzacji, ani jodoformu, ciepłych okładów i t. p.

Kloszów szklanych do ssania, podanych dla zabiegów okulistycznych, używał autor w następujący sposób:

Czas trwania 5—10 minut, później 30 minut z przerwami 10-minutowymi, każdym razem dwa razy dziennie. Nasadzenie klosza szklanego odbywało się przy otwartych pdwiekach, tak że działanie ssania skierowane było wprost na gałkę. We wszystkich przypadkach następowała prawie natychmiastowa ulga w bólach głowy i oka. Funkeye oka po upływie choroby były odpowiednio do blizn, przeważnie w środku rogówki położonych i ograniczyły się z tego powodu na rozpoznawaniu ruchów ręki lub liczeniu palców. Poczucie światła na 6 m zawsze było dobre.

Z 23 tymi zabiegami leczonych przypadków, trzy razy nie otrzymał autor żadnych dodatnich wyników. W tych trzech przypadkach istniało jednak powikłanie ze strony przewodu nosowego (*Blennorrhoea sacci lacrymalis*). W pozostałych przypadkach dodatni wpływ metody ssania był widoczny. Tyczyło się to szczególnie przypadków wojnych od *blennorrhoea sacci lacrymalis*,

Szczególnością uwagę autora zwracała nadzwyczajna czystość i cienkość blizny, wpływające następnie znacznie na siłę wzroku.

Autor dla dokładności wyników wykluczał wszelkie inne

środki i zabiegi lecznicze, sądzi zaś, że metoda ssania w połączeniu ze znanymi już zabiegami może znacznie przyczynić się do otrzymania korzystniejszych, niżeli dotychczas wyników leczenia wrzodów rogówki (*ulcus serpens*).

Die ophthalmologische Klinik, 1907. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 8. *Przyczynek do leczenia oderwania siatkówki.*
(Zur Behandlung der Netzhautablösung). Bonte z Tourcoing.

Autor podaje krótki zarys dotychczas używanych sposobów leczenia oderwania siatkówki. Już sama wielka liczba tych metod dowodzi, że żadna z nich nie daje pewnych wyników. Za najbardziej uzasadniony i stosunkowo najskuteczniejszy środek uważa podspojówkowe wstrzykiwania silnych rozczyńców soli, które na mocy praw osmozy powodują przenikanie płynu wysiękowego z pod odczepionej siatkówki przez twardówkę na zewnątrz. Używać jednak należy rozczyńców 30^o/_o z dodatkiem akoiny dla zmniejszenia bólu. Prócz tego ważne znaczenie przypisuje spokojnemu leżeniu w łóżku na wznak przez przeciąg 5—6 tygodni. Na zakończenie leczenia poleca ognipunkturę twardówki w okolicy oderwania, przez to bowiem powstają zrosty między naczyniówką a siatkówką, zapobiegające ponownemu oderwaniu się tejże.

Samo przez się rozumie się, że istniejące w danym przypadku skazy ogólne, jak gościec, dna, kiła i t. p. wymagają równoczesnego leczenia.

Nakoniec przytacza autor przypadek szczęśliwie w krótkim czasie wyleczonego rozległego odczepienia siatkówki na tle krótkowzroczności, głównie zapomocą podspojówkowych wstrzykiwań soli.

Nr 9. *Przyczynek do porównawczej fizjologii oka.*
(Zur vergleichenden Physiologie des Auges). Raehlmann.

Porównawcza anatomia i embryologia przyczyniły się w wysokim stopniu do postępu nauk biologicznych w ogóle. Porównawcza fizjologia pozostała jednak za nimi o wiele w tyle. Aby się choć w części przyczynić do wypełnienia panujących tu braków autor podjął badania szczegółowe nad fizjologią oka niższych zwierząt, w szczególności złożonego (wielokrotnego) oka członkonogów. Owady patrzą oczyma złożonemi z wielkiej liczby osobnych w płaszcz barwikowy otulonych komórek, zanikniętych z przodu tworem soczewkowatym, a zakończonych komórką nerwową (*rhabdoma*), prze-

chodzącą bezpośrednio w osobne włókna nerwu wzrokowego. Zdaniem autora, w każdym z tych miniaturowych oczek odbija się inna część widzianego przedmiotu, ta mianowicie, która się znajduje na przedłużeniu osi danej komórki wzrokowej. Z powodu braku wszelkiego urządzenia akomodacyjnego, poszczególne te części składowe obrazu zarysowują się niewyraźnie i wzajemnie przykrywają się kręgami rozproszenia, ale zato jasność obrazu jest wielka i większa niż u zwierząt kręgowych zdolność rozróżniania ciał i przedmiotów znajdujących się w szybkim ruchu. Tę zdolność już dawno zoologowie zauważyli u owadów, jakoteż u niektórych niższych zwierząt żyjących w morzu we większych głębokościach. Autor przeprowadza analogię pomiędzy tą budową i tą fizjologią oczu owadzieh, a budową i własnościami czynnościowymi obwodowych części siatkówki ludzkiej. I tu mniejszą wyrazistość obrazków wynagradza delikatniejsze odczuwanie różnic w oświetleniu, oraz większa łatwość śledzenia przedmiotów ruchomych w porównaniu z okolicą plamki żółtej.

Nr 10. *Dalszy przyczynek do porównawczej fizjologii oka.* (Zur vergleichenden Physiologie des Auges). Raehlmann.

Autor w dalszym ciągu rozpatruje fizjologię złożonego oka członkonogich, mianowicie rozbiera okoliczności, które przemawiają za istnieniem poczucia barw u owadów. Że niektóre owady, jak pszczoły, mrówki, pewne rodzaje motyli, muszą do pewnego stopnia rozróżniać zabarwienie przedmiotów, o tem świadczą liczne spostrzeżenia entomologów. Istnieniem poczucia światła można też tylko objaśnić znane zjawisko *mimicry* tak często u niższych zwierząt spotykane. Chodzi tylko o to, jak pogodzić zdolność rozróżniania barw z nader prostą budową oczu owadzieh. Tutaj powołuje się autor na badania anatomiczne zoologów, którzy wykazali, że u większości członkonogich *rhabdoma* każdej poszczególnej komórki ocznej przewodzące światło do nerwu wzrokowego składa się z szeregu cienkich, przezroczystych płytek, płaszczyznami prostopadle do osi oka ułożonych i różnie światło załamujących. Wiadomo, że płytki takie częściowo promienie świetlne przepuszczają, częścią zaś odbijają je od swych granicznych powierzchni. Wskutek interferencyi fal świetlnych, odbitych od następujących po sobie płytek, powstając ze światła białego kolory interferencyjne, których jakość zależy od grubości płytek i od ich współczynników załamania. Na podstawie swych obliczeń dochodzi R. do wniosku, że niektóre motyle widzieć muszą wszystko w jednym, ale niejednako wysyconem kolorze, mniej więcej tak jak oko ludzkie widzi świat przez szkło barwne. Wszystkie przedmioty przedstawiają się wtenczas w kolorze

tego szkła, ale te, które rzeczywiście tę samą lub podobną barwę co szkło posiadają, występują jaskrawiej i z większą niż inne jasnością. Tak się przedstawiają oczom motyla »nastrojonym« na pewną tylko barwę niektóre kwiaty, liście etc. dostarczające im pokarmu, lub służące za miejsce spoczynku czy schronienia.

Revue générale d'Ophtalmologie. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 4. *Zajmujący okres w historii poznania zaćmy.* (Une période intéressante de l'histoire de la cataracte). H. Dor.

Jest to ustęp z dłuższej pracy historycznej tegoż autora, odnoszącej się do historii pojęć o chorobach soczewki u Egipcyan, Żydów, Greków, Szkoły aleksandryjskiej, Rzymian i Arabów, poczem zajmuje się autor dalszym rozwojem tych pojęć we wiekach średnich, poczynając od Bartischa, który pierwszy napisał dzieło o zaćmie w języku niemieckim. Praca ta w całości wchodzi w skład wielkiej francuzkiej encyklopedyi oftalmologicznej (tom VII). Zarys kończy się streszczeniem polemiki między Sichelem a Malgaignem co do sposobu powstawania zaćmy i konkursem dla rozstrzygnięcia patogenezy zaćmy, ogłoszonym następnie przez redakcyę Annales d'Oculistique. W konkursie tym z trzech ubiegających się (Duval, Hoering, Strieker) zwycięstwo odniósł Hoering. Wykazał on istnienie zaćmy torebkowej, a powstanie zaćmy starczej odniósł do pierwotnej sklerozy, która może następnie ustąpić miejsca zmięczeniu (fakohydropsya).

Nr 5. *Otok ropny jamy czołowej.* (La mucocele fronto-orbitaire). Rollet.

Praca ta stanowi również jeden z rozdziałów *Encyclopédie française d'Ophtalmologie*. Autor podaje szczegółowy opis obrazu klinicznego przebiegu i następstw śluzowego otoku jamy czołowej. Objawy tego cierpienia są dostatecznie znane. Ponieważ pod wpływem nacisku śluzowej treści wypukła się najrychlej najeieńsza, dolna ściana jamy czołowej, która jest zarazem górną ścianą oczodołu, przeto gałka oczna ulega przemieszczeniu, powstaje podwójne widzenie, a nawet przez ucisk na nerw wzrokowy może i wzrok być zagrożony, przeto cierpienie to w wysokim stopniu zajmuje i oftalmologów. Powstanie otoków śluzowych jamy czołowej przypisują niektórzy autorowie (Valude) pierwotnemu, wrodzonemu

zwężeniu kostnego kanału, który stanowi połączenie między jamą czołową i nosową. W ten sposób można by jednak tłumaczyć tylko przypadki otoku śluzowego, którego początki sięgają już wczesnej młodości. Rollet jest zatem innego zdania. Jako pierwotną przyczynę wzmożonego wydzielania śluzu i zbytniego gromadzenia się tegoż w jamie czołowej, przyjmuje on nieżytowe zapalenie błony śluzowej wyścielejającej tę jamę i tejże samej natury obrzmienie błony wyścielejającej przewód łączący ją z jamą nosa. Kostne wyrostki i znaczne nieraz zgrubienia uważa za zmiany następowe. Otok śluzowy jamy czołowej nawet w przypadkach lżejszych jest cierpieniem poważnym, zawsze bowiem zachodzi niebezpieczeństwo, że ze śluzowego może się przemienić w ropny.

O wrażliwości mięsożernych (psa) i przeżuwaczy na jad kiłowy. (Über die Empfänglichkeit der Fleischfresser (Hund) und der Wiederkäuer für experimentelle Syphilis). E. Bertarelli. (Centrbl. für Bakt. T. XLIII. Z. 8).

Po udalem przeszczepieniu jadu kiłowego ludzkiego na rogówkę królika, a następnie jadu króliczego kilkakrotnie przeszczepianego na rogówkę małpy, zabrał się Bertarelli do przeszczepienia tego jadu na rogówkę psa i owcy. Użył do tych doświadczeń jadu kiłowego 7 razy przeszczepianego z rogówki jednego królika na rogówkę drugiego. Zarówno u psa, jak i u owcy otrzymał wynik dodatni. Zrazu zadana ranka zablizniła się, a dopiero po upływie około 2 tygodni wystąpiły zmiany kiłowe na rogówkach szczepionych zwierząt. Zarówno w preparatach z wydzieliny tych owrzodzeń, jak i w samej tkance zmienionej rogówki znalazł autor liczne krętki blade, w rogówce nadto naciek złożony z drobnych okrągłych komórek. Próbował też autor przeszczepić jad kiłowy na rogówkę świni, ale dotąd jeszcze nie otrzymał pewnych wyników.

Na zakończenie swej pracy podaje Bertarelli ciekawy przypadek. W jednej klatce znajdowały się 2 króliki: jeden z nich okazywał zmiany kiłowe na rogówce, drugi miał zrazu oczy zdrowe (był on użyty do innego doświadczenia z jadem wścieklizny).

Po niejakiem czasie pokazało się na rogówce drugiego królika lekkie zmętnienie, które stawało się coraz wybitniejszym, aż wreszcie rozwinęło się typowe zapalenie rogówki. Gąbkę tę zbadano mikroskopowo, a cząstkę zmienionej rogówki przeszczepiono na rogówkę innego królika, i wywołano u niego tym sposobem kiłowe zmiany

na rogówce. Badanie mikroskopowe wykazało krętki blade w wielkiej ilości. Przypadek ten uważa autor za przypadek naturalnego zakażenia kiłowego.
Edmund Rosenhauch.

Objawy chorobowe oczne podczas przebiegu zakażenia trypanosomami. (Manifestations oculaires au cours des Trypanosomiasés, Annales de l'institut Pasteur. T. XXI. 1907). V. Morax.

Zdaniem autora wikłają objawy chorobowe oczne dość często chorobę spowodowaną zakażeniem trypanosomami. Objawy te najwybitniej występują na rogówce, dając obraz zapalenia mięszoowego (*kératite interstitielle*). Rogówka traci polysk, staje się białawą lub szarawą i przybiera wygląd porcelanowy. Te zmętnienia zajmują albo całą rogówkę, albo tylko pewne jej części. Nadto widać dość często wchodzące na rogówkę naczynia. Po dłuższym lub krótszym czasie objawy te mogą przeminać nie zostawiwszy żadnych trwałych zmian. Zakażenie rogówki może przyjść do skutku w dwojaki sposób: drogą zewnętrzną przez zniszczenie nabłonka rogówkowego, lub wewnętrzną, drogą naczyń krwionośnych.

Morax badał też przebieg tych spraw chorobowych doświadczalnie na psach i kotach, którym wstrzyknięto w jamę otrzewnową krew zakażoną trypanosomami. W 1—2 miesiące występowały zazwyczaj już wyżej opisane objawy oczne, a po krótkim czasie przechodziły (wśród światłowstrętu i łzawienia, jednakże bez objawów zapalenia spojówki lub powiek) albo zupełnie nie pozostawiając śladu, lub tylko lekkie zmętnienia. W jednym tylko przypadku rogówka owrzodziła i nastąpiło przebicie wrzodu do przedniej komory. Autor kładzie wybitny nacisk na szybkość znikania tych objawów ocznych i zgadza się ze zdaniem Emassiana i Mignona, którzy o sprawie tej piszą: »Toujours fugaces, toujours bénignes, ces altérations disparaissent sans laisser de trace de leur apparition... On reste étonné de voir ce cortège important de troubles oculaires apparaître et disparaître en si peu de temps (*quelques jours*) et présenter une bénignité si remarquable.

Badając histologicznie oczy, wykazujące wyżej podane objawy, znalazł autor w rogówce blaszki jej obrzękłe, naciek drobnokomórkowy (leukocyty) i liczne drobnoustroje (trypanosomy). Nadto w kilku przypadkach stwierdził w przedniej komorze wysięk włóknikowy, naciek komórkowy w tęczówce, ciałku rzęskowym i ciałku szklistem. Zmiany w naczyniówce, siatkówce i nerwie wzrokowym były podobne, występowały jednak o wiele słabiej.

Edmund Rosenhauch.

III. ROZMAITOŚCI.

Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie od 22—25 lipca.

XVII. Sekeya okulistyczna. (Ciąg dalszy).

27. Dr Fukala (Wiedeń): »O leczeniu niektórych chorób ocznych«.
28. Dr Maciesza (Płock): »Polskie podręczniki szkolne z punktu widzenia higieny oka«.
29. Tenże: »Statystyka ślepoty w Królestwie Polskiem«.

Demonstracye:

9. Doc. Bednarski (Lwów): »Przedstawienie przyrządu służącego do badania obrazków zdwojonych«.

Zjazd niem. lekarzy i przyrodników odbędzie się w Dreźnie od 15—21 września. Sekeya okulistyczna zapowiada się w tym roku weale dodatnio.

Sposób fotografii barwnej.

Mimo wszelkich udoskonaleń, jakich doznała sztuka fotograficzna od czasów Daguerre'a, zawsze dotąd dawał się odczuwać brak możności fotograficznego oddawania barw. Najwspanialsze zdjęcia nie mogą się zbliżyć do ideału reprodukcji, ponieważ oddają tylko rozkład i ilość, a nie jakość światła. Nie brakło jednak usiłowań rozwiązania trudnego problematu fotografii barwnej. Ponieważ powstanie negatywu zależy od redukcji soli srebrowej, dającej ton ciemny lub czarny, ale nigdy barwny, więc o tem, aby światło słoneczne mogło wytworzyć i pozostawić na kliszy trwałe barwne obrazy fotografowanego przedmiotu nie można było ani marzyć. Zwyczajnym sposobem dają się poszczególne kolory odróżnić na zdjęciu fotograficznym tylko dzięki różnicom w jasności.

Tak więc udało się Becquerelowi w r. 1848 odtworzyć na dokładnie wygładzonej płycie srebrnej widmo słoneczne, ale był to tylko szereg jaśniejszych i ciemniejszych pasów. Trzeba było pójść inną drogą. Nie mogąc za pomocą światła wydobyć na kliszy odcieni barwnych, należało zniewolić energię świetlną do rozdzielania gotowych, zawartych w kliszy barwików lak, aby wiernie oddawały kolory fotografowanych przedmiotów. W r. 1868, równocześnie i niezależnie od siebie dwaj francuzi Gros, poeta i Ducos

de Hauron, fizyk, podali sposób fotografowania zapomocą trzech barwnych ekranów. Oparli się oni na prawie Maxwella i Younga mieszanania barw widnowych i przez złożenie trzech negatywów zdjętych kolejno z tego samego przedmiotu przez trzy przezroczyste, trzema zasadniczymi kolorami zabarwione ekrany, otrzymywali ostatecznie dyapozytyw, przedstawiający przedmiot fotografowany w naturalnych barwach. Wykonanie jednak takich zdjęć następczo było tyle trudności, a same zdjęcia pozostawiały tyle do życzenia, że sposób ten nie mógł się spopularyzować i pozostał tylko sztuczką laboratoryjną. Profesor Sorbony Lipmann przedstawił paryzkiej akademii umiejętności w r. 1891 na zupełnie innej zasadzie oparty sposób fotografii barwnej. Skorzystał mianowicie ze zjawiska interferencyi fal świetlnych. Zdjęcia jednak jego metodą otrzymane są niewyraźne, zbyt błyszczące na powierzchni, czem przypominają stare daguerotypy, a barwy na nich mienia się zależnie od nachylenia obrazu ku światłu podobnie, jak barwy interferencyjne baniek mydlanych.

Metoda Lipmanna nie rozwiązała zatem zagadnienia.

Dzisiaj nauka może się poszczycić wielkim postępkem w dziedzinie fotografii barwnej dzięki świeżo ogłoszonemu odkryciu braci Lumière z Lyonu, znanych, pomysłowych twórców udoskonalonego kinematografu. Wyszli oni z tej samej zasady, na której oparli swoją metodę Cros i Hauron, ale udoskonalili ją znakomicie i umożliwili wprowadzenie fotografii barwnej w użycie praktyczne.

Postaram się objaśnić w krótkości metodę braci Lumière.

Wiadomo od czasów Maxwella, że trzy barwy z sześciu barw zasadniczych widma zmieszane razem tworzą doskonałą barwę białą np. barwy pomarańczowa, zielona i fioletowa. Temi barwami przepojone były trzy odrębne ekrany Haurona. Bracia Lumière zdołali na jednej płycie szklanej, wszystkie te trzy zasłony barwne połączyć, a to w następujący sposób: Użyli do tego skrobii ziemniaczanej przesianej i roztartej tak subtelnie, że średnica poszczególnych ziarenek nie przekracza 10—12 μ . Trzy równe poreye tej mączki zabarwiają trzema odpowiednio dobranymi barwikami na kolor pomarańczowy, zielony i fioletowy. Ziarna skrobii nie tracą przez to zabarwienie swej przezroczystości. Te trzy różne zabarwione mączki miesza się następnie zupełnie równomiernie i mieszaniną tą, która wydaje się mlecznie białą, powleka się polerowaną tafelę szklaną tak, żeby poszczególne ziarenka leżały obok siebie, a nigdy na sobie. 1 mm² zawiera 8—9,000 ziarenek w jednej warstwie ułożonych. Ażeby pomiędzy poszczególnymi różnobarwnymi ziarnkami nie mogło przechodzić światło białe, przestrzenie między nimi zdołano szczerlnie wypełnić niezmiernie miłym proszkiem

węglowym. Prócz tego ziarnka skrobii zostają zapomocą specjalnej procedury rozgniecione, jakoby rozwałkowane na cieniutkie płytki, przez co powierzchnia ich zwiększa się na koszt wolnych przestrzeni, a zarazem zwiększa się ich przezroczystość. Pod mikroskopem przedstawia się ta warstwa skrobii jak różnobarwne gęsto rozsiane *confetti* na czarnem tle węglowego proszku. Opisaną warstwę skrobii powleka się cienkim pokładem odpowiednio dobranego werniksu, na który przychodzi dopiero warstewka możliwie najczulszej bromożelatyny. Tak przygotowaną kliszę nazywali bracia Lumière kliszą autochromatyczną.

Ażeby wytłumaczyć sobie, jakim sposobem na tej kliszy otrzymać możemy barwny dyapozytyw fotografowanego przedmiotu, najlepiej, jeśli poddamy analizie zdjęcie dokonane z przedmiotu o barwach prostych i silnie wyrażonych. Weźmy jako przykład bukiet złożony z róż pąsowych, białych i żółtych. Pamiętajmy, że barwy widma rozdzielają się na trzy pary wzajemnie się uzupełniające: pomarańczowa i niebieska, zielona i czerwona, fioletowa i żółta. Na podstawie praw optyki barwne promienie odbite od kwiatów naszego bukietu ulegną w autochromatycznej kliszy różnym losom. Promienie czerwone odbite od róż pąsowych zostaną zre-sorbowane i zatrzymane przez zielone ziarnka skrobii. Bromek srebra po za temi ziarnkami nie ulegnie więc redukcji. Promienie te przejdą natomiast przez ziarnka pomarańczowe i fioletowe i w tych miejscach bromożelatyna zezernieje. Na kliszy trzymanej pod światło zobaczymy fotografie róż pąsowych tylko przez ziarnka skrobii zielone, bo tylko po za nimi żelatyna zachowała swoją przezroczystość. Będą to zatem róże zielone. Promienie żółte od róż żółtych przejdą tylko przez ziarnka pomarańczowe i zielone i zredukują bromek srebra w odpowiednich miejscach. Czarne strąty srebrne, niby okiennice, zasłonią pomarańczowe i zielone okienka. Ziarnka fioletowe, które zatrzymają promienie żółte i uchronią odpowiednie miejsca bromożelatyny od redukcji, sprawią, że na kliszy róże żółte wyjdą w kolorze fioletowym. Promienie odbite od róż białych przejdą przez wszystkie ziarnka skrobii. Bromek srebra zredukuje się wszędzie i na kliszy powstaną róże czarne. A jak wypadną liście? Promienie zielone przejdą przez okienka tejsze samej barwy, zostaną zaś częściowo zatrzymane przez płytki pomarańczowe i fioletowe, mianowicie o tyle, o ile zawierają one w sobie barwę czerwoną. Z tego powodu, jak już łatwo pojąć, powtarzając poprzednie rozumowania, powstaną na kliszy liście czerwone.

Ten dziwny bukiet jest oczywiście negatywem. Dla uzyskania pozytywnego obrazu nie posługujemy się zwyczajną metodą powtórnego naświetlania, gdyż tą drogą uzyskane zdjęcia nie są

bynajmniej zadawadniająco. Korzystamy natomiast ze znanego sposobu rozpuszczania i wytrawiania zredukowanego bromku srebra zapomocą zakwaszonego rozczywn nadmanganianu potasowego, przez co wszystkie miejsca czarne odzyskują przezroczystość. Po dokładnem wypłukaniu wywołujemy następnie obraz powtórnie w pełnem świetle dziennem zapomocą diamidofenolu, kwasu pyrogallusowego i azotanu srebra, przyczem czernieją wszystkie te miejsca bromożelatyny, które poprzednio były przezroczyste. Każdy zrozumie, że w ten sposób odwraca się obraz barwny na kliszy pod światło trzymanej i powstaje pyszny dyapozytyw bukietu róż w naturalnych barwach. Łatwo również zrozumieć, że nie tylko barwy proste, ale wszelkie najsubtelniejsze odcienie mogą być dzięki opisanej płycie autochromatycznej wiernie wedle oryginału odtworzone. Każde bowiem ziarnko skrobii odpowiednio do składu mieszanego światła barwnego, barwą swoją w stosownej mierze do reprodukcji się przyczyni.

Tak więc dzięki pomysłowości braci Lumière mamy obecnie możność stwarzać fotograficzne zdjęcia wyposażone całym przepychem barw, w jakie się stroi otaczająca nas przyroda. Dyapozytywy barwne nadają się wybornie do rzucania obrazów na biały ekran zapomocą przyrządów projekeyjnych, a gdy jeszcze technika postąpi o dalszy krok i umożliwi reprodukcję barwnych fotogramów w niezliczonych odbitkach na papierze, wtedy problem fotografii barwnej do niedawna jeszcze uważany za utopię zostanie ostatecznie rozwiązany.

K. W. Majewski.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Okulista oddziału ocznego warszawskiego szpitala dla dzieci Dr Dobrzański Aleksander obchodził w dniu 23 b. m. 50-letni jubileusz doktorskiej pracy.

Redakcyja przesyła czcigodnemu jubilatowi serdeczne życzenia długiej jeszcze pracy zawodowej w czerstwym zdrowiu.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Jakób Ellinger w Ołwocku.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁLABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Lipiec.

—* ROCZNIK DZIEWIĄTY. *—

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

O gruźlicy przedniej części gałki ocznej.

Podał

Dr K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

Gruźlica oka i części otaczających je bynajmniej do zbyt rzadkich cierpień nie należy, niema też żadnej części składowej w oku, którą moglibyśmy uważać za zupełnie niepodległą gruźlicy. Jedne z nich ulegają cierpieniu rzadziej, inne częściej. Do ostatnich należą spojówka, a jeszcze bardziej trakt jagodówkowy. W tylnej części traktu tego sprawę spostrzeżono już bardzo dawno, gdyż jest ona bardzo zwyczajnym objawem gruźlicy prosowatej. Uczestniczyć w niej również może przednia część traktu, lecz o przypadkach tych, które stanowią tylko jeden z bardzo licznych objawów cierpienia ogólnego w pracy niniejszej mówić nie będziemy, ponieważ mamy na celu podać opis gruźlicy przedniej części oka, jako sprawy miejscowej.

Jak częstem jest to cierpienie — orzec trudno, chociażby już z tego powodu, że ściśle ustalonych poglądów na sprawę właściwie dotąd jeszcze nie mamy. Najwięcej przypadków spostrzegano dotąd w klinice w Wyreburgu. Czy z tej przyczyny, że, jak utrzymuje Bach (Arch. f. Augenh. XVIII, 1, str. 36) w dolnej Frankonii gruźlica szczególnie jest rozpowszechnioną, czy też z powodu, iż rozpoznawano tam postacie te chętniej, niż gdzieindziej, większą przywiązując wagę do miejscowych objawów klinicznych i mniej licząc się ze stanem ogólnym. Michel np. jest zdania, iż 50% wszystkich przypadków zapalenia tęczówki są natury gruźliczej. Natomiast Horner (Gerhardt Handh. d. Kinderkrankheiten 1882) spostrzegał gruźlicę tęczówki raz jeden tylko u 4000 chorych, Velhagen (Klin. Monntrbl. f. Augenh. 1894) zaś u 8000 chorych nie widział jej ani razu.

A jednak objawy zapaleniu gruźliczemu przedniej części gałki właściwe znane są od bardzo dawna. Już w XVIII stuleciu spostrzegano przypadki guzów, które z tęczówki powstawały, lecz dopiero Lincke w swej pracy (*Tractatus de fundo medullari oculi* Leipzig 1834, str. 156) podał opis dokładny przypadków spostrzeganych przez Maître-Jean, Lawrence, Rittericha, Siehela i Praëla. Spostrzeżenia dotyczyły dzieci, miały ze sobą to wspólne znamię, iż nowotwory w tęczówce powstałe rozrastały się stopniowo a rychło, przedziurawiały gałkę, poczem następował zanik jej. Rzeczą jest godną uwagi, iż w przypadku Michela dziecię zmarło na *phthisis mesaraica*. Sam Lincke spostrzegał kilka podobnych przypadków. Rzeczą jest również godną uwagi, iż Mackenzie (*Traité pratique des maladies de l'oeil* T. II) przyznawał w tych utworach *tubercules scrophuleux*.

Przez dłuższy czas nie znajdujemy wzmianki o nowych spostrzeżeniach. Graefe (Arch. f. Ophth. Bd. VII, 2, 1860) spostrzegł u 1-letniego dziecka przy złogach na tylnej powierzchni rogówki i tylnych przyczepinach okrągły guz na tęczówce, który dotykał prawie rogówki. Wecierania szaruchy nie pomogły, więc wycięto cząstkę guza i dano do zbadania Vircho-

w owi, który rozpoznał ziarniniak. Ostatecznie nastąpił zanik gałki. W 6 lat później opisał Graefe (Arch. f. Ophthalm. XII, 2) podobny zupełnie przypadek; gałkę wyłuszczone. Właściwie pierwszy sprawę gruźliczą w tęczówce, już wyraźnie jako takową, opisał Gradenigo (Annales d'oculistique 64 str. 174, 1870). Drobne, pół prosa wielkości, węzełki znajdowały się początkowo w tylnych warstwach rogówki i w tęczówce prawego oka, później powstawały również w lewym oku. Dziecię zmarło we 3 miesiące później, a przy sekcji znaleziono sprawę gruźliczą we wszystkich narządach.

Lecz właściwie opis dokładny sprawy gruźliczej w przedniej części oka zawdzięczamy dopiero Perls'owi (Arch. f. Ophth. XIX, 1). U 1½-letniego dziecka w tęczówce lewego oka powstał białawo-żółty węzełek 2:3 mm wielkości, a w rogówce żółtawe nacieczenie — wkrótce była ona cała zaćmiona, ku obwodowi żółta, okolica rąbka obrzękła na tęczówce i w komorze—ropa. Po kilku tygodniach dziecko zmarło na sprawę prosowatą. Miało tu miejsce gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Rzeczą jest godną uwagi, iż Jacobsohn w przypadku tym rozpoznał klinicznie kilaka.

Jeszcze w 6 lat później Haab (Arch. f. Ophth. XXV, 4 1879) opierając się na 12 spostrzeganych przez siebie przypadkach, pierwszy podał obraz kliniczny cierpienia i wskazywał co do rozpoznania.

Odtąd przybyło bardzo wiele spostrzeżeń i obecnie mamy w literaturze przeszło 166 dokładnie opisanych przypadków, do których dodam 3 własne spostrzeżenia.

1. A. N., 5-letni, badany 15. I. 1904. Lewe oko zupełnie zdrowe, prawe od 4 miesięcy łzawiło, był znaczny światłowstręt. Powieki prawidłowe; spojówka twardówki silnie nastrożkięta. Na tylnej powierzchni rogówki złogi, w warstwach jej głębokich zaćmienia o tyle wszakże nieznaczne, iż stan komory przedniej dokładnie zbadać można. Otóż górna część jej jest znacznie zwężoną, dolna część wcale nie istnieje, a to z powodu, iż przeistoczona w masę guzowatą tęczówka ku górze jest bardzo zbliżoną do rogówki, ku dołowi zaś nawet bezpo-

średnio do niej przytyka. Źrenica zupełnie niewidoczna. W obrębie dolnego wycinka ku zewnątrz od rąbka spojówki twar-dówka na przestrzeni 1 cm jest mocno nastrzyknięta i nieco obrzękła. Gałka miękka, wrażenie światła żadne prawie. Gru-czoły przeduszne obrzękłe. Po za tem stan ogólny najzupeł-niej zadowolniający, rodzice zdrowi.

Po upływie 3 dni dziecię zaczęło uważać się na bardzo silne bóle. Dokonałem wyłuszczenia gałki. Szczepienie do ko-mory przedniej królika dało po 4 tygodniach gruźlicę tęczówki. Badanie drobnowidowe gałki wykazało sprawę gruźliczą w tę-czówce, w kącie komory, w wyrostkach rzęskowych i w prze-wodzie Petit'a. Do tej chwili dziecię cieszy się dobrem zdro-wiem.

2. P. R., 2-letnia, bardzo wycieńczona, 4. III. 1904. Pra-we oko zdrowe. Lewe łzawi od 3 miesięcy. Spojówka powiek i gałki prawidłowa. Na tylnej powierzchni rogówki ku dołowi złogi. Źrenica niewidoczna. W dolnej części tęczówki guz żół-tawo-szarawy przeszło 4 mm średnicy mający; zajmuje pas rzęskowy tęczówki i dochodzi do dna komory. Ku zewnątrz i ku wewnątrz dokoła guza na powierzchni tęczówki po kilka drobnych szarawych węzłków. Źrenica wcale nie poddaje się działaniu atropiny. Ojciec dziecka zmarł przed miesiącem na gruźlicę płuc. Obrzęk wszystkich prawie gruczołów chłonnych; w wierzchołku prawego płuca oddech niewyraźny. Po trzech tygodniach guz znacznie się zwiększył, zajmował cały prawie kąt dolny komory przedniej, ku górze sięgał brzegu źrenicznego, średnica wynosiła przeszło 7 mm. Objawy zapalne powstały przed tygodniem i wzmagaly się z każdym dniem, gałka była jednak miękka. Dokonałem wyłuszczenia gałki. Po upływie roku dziecię żyło i cieszyło się względnie dobrem zdrowiem; stan późniejszy niewiadomy.

3. P. L., 6-letni. 2. V. 1900. Lewe oko zdrowe. W pra-wem oku przed tygodniem powstały objawy zwykłego zapa-lenia tęczówki. Po 3 dniach na całej przedniej powierzchni tęczówki powstały bardzo liczne (przeszło 40), drobne, szarawe węzłki o wiele liczniejsze i bardziej do siebie były zbliżone

w rzęskowym pasie tęczęwki. Objawy zapalenia tęczęwki nie były zbyt silne; źrenica wkrótce zupełnie uległa działaniu atropiny, po 3 tygodniach ustąpiło zapalenie, znikły też same węzélki. Gruczoły przeduszne były obrzękłe, w wierzchołkach płuc oddech niewyraźny, matka cierpi na gruźlicę płuc. W 8 miesięcy później znowu powstało zapalenie tęczęwki, znowu pojawiły się węzélki, lecz było ich znacznie mniej, a po 4-ch tygodniach ustąpiło zapalenie, znikły też węzélki. Później nie widziałem dziecka aż do 15. II. 1906. Przez ten czas zapalenie tęczęwki powtarzało się jeszcze 3 razy. Badanie wykazało: żyły rzęskowe nastrzyknięte, rogówka cokolwiek matowa, źrenica zupełnie zarosnięta, na powierzchni tęczy zgoła żadnych węzélków ani też śladów po uprzednich pozostałych. Gałka bardzo twarda, $V=0$, częste bóle w skroni. Dokonałem wyłuszczenia gałki.

Wygląd dziecka kwitnący, sprawa w płucach i obrzęk gruczołów ustąpiły.

Badanie drobnowidowe nie wykryło żadnych zgoła zmian swoistych, po węzélkach żadnych zmian nie zostało, w niektórych tylko miejscach w bardzo naogół zanikłej tęczęwce (i ciele rzęskowym) warstwa tylko barwikowata przytykała bezpośrednio do przedniej błony granicznej. Matka dziecięcia zmarła przed 2 laty na gruźlicę płuc.

Ciekawe są dane dotyczące płci i wieku, mianowicie u mężczyzn 68 przypadków, u kobiet 80, czyli 46,0% i 54,0% o wiele zatem częściej.

Co do wieku:

Wcześniej 1 roku i do 10 lat	59, czyli 37,4%
Od 1 roku i do 10 lat	58, > 36,5%
Od 10 lat i do 20 lat	41, > 26,1%
a po 30 roku życia	5, > 3,1%

Wypada więc, że cierpieniu wyłącznie prawie ulegają osobniki do 30 roku życia.

Zwykle cierpieniu ulega jedno tylko oko. Z pomiędzy 166 przypadków cierpienie obustronne miało miejsce tylko w 17.

Zdawaćby się mogło, że obfitość spostrzeżeń ułatwia może opis ogólny. Tak wszakże nie jest, a to ze względu na wielką różnorodność postaci klinicznych, w których cierpienia gruźlicze występują. O wiele jest prostszą budowa spojówki, a jednak w jednej z prac uprzednich (o gruźlicy spojówki, Postęp okulistyczny 1904) wykazałem, iż gruźlica błony tej bynajmniej nie da się ująć w te 4 formy, które chciał zakreślić dla niej Sattler.

Dokładniejszy opis kliniczny gruźlicy tęczówki pierwszy podał Haab. Odróżniał on 2 postaci: 1) drobną, gdy ułożone w tęczówce drobne węzłki po krótkim czasie znikają, oko zaś powraca do stanu prawidł, lub też powstaje przewlekłe zapalenie, które do utraty wzroku i kształtu gałki prowadzi i 2) postać o utworach większych, gdy rozrosty tkanki gruźliczej rozsadzać mogą gałkę, która później zanika, cierpienie występuje tu w postaci guzów. Haab też pierwszy zwrócił uwagę na obrzmienie gruczołów chłonnych przeduszných i podszczękowych. Podział taki został mniej więcej powszechnie przyjęty.

Gdy sprawa jest rozlaną rzecz tak się przedstawia. Cierpienie występuje na razie w postaci zapalenia ostrego tęczówki lub też tęczówki i ciała rzęskowego. Obrzmienie spojówki gałkowej, rogówka często zaćmiona, ciecz wodna zamglona, na tylnej powierzchni błony Descemeta często spostrzegać się dają złogi. Barwa tęczówki zmieniona, rysunek jej niewyraźny, zawsze prawie tylne przyczepiny. Żrenica zawsze skurczona i często przez wysięk zajęta, niekiedy bywa ropa w komorze przedniej, a w 2 przypadkach spostrzegano wynaczynienie do komory. Typowy objaw stanowią węzłki wielkości ziarnka prosa, lub mniejsze jeszcze na przedniej powierzchni tęczówki. Są one nieco wydatne nad powierzchnią, lub na równi z nią ułożone, może być ich więcej lub mniej — od jednego i kilku do kilkudziesięciu. Świeżo powstałe mają barwę szarawo-różową, która później staje się białawą, a nawet żółtą. Ta ostatnia zmiana następuje przy zserowaceniu. Jakkolwiek węzłki mogą powstawać w rozmaitych miejscach, nawet obok samego brzegu żrenicznego, to jednak częściej znajdujemy je w dolnej

połowie tęczówki, chociaż bynajmniej nie wyłącznie, jak utrzymywał Haab, nadto najczęściej w pasie jej rzęskowym. Okoliczność ta miała miejsce w 77 przypadkach, w 7 węzłki znajdowały się jednocześnie w żrenicznym i w rzęskowym pasie, w 10—obok brzegu żrenicznego. Po krótkim przeciągu czasu węzłki mogą znikać, lecz natomiast powstają nowe, które również krótko istnieć mogą, lecz mogą też rozrastać się i zlewać ze sobą, tworząc twory znacznej objętości, tak dalece, iż tęczówka cała może być przeistoczona w jedną masę, która zupełnie prawie wypełnia komorę przednią, powierzchnia jej wszakże w tych razach nigdy gładką i jednolitą nie bywa, lecz widoczne są na niej rozmaitej wielkości i postaci guzy. Węzłki zwykle występują tylko na tęczówce, jednakże dość często powstają one również w kącie komory przedniej, mianowicie miało to miejsce w 33 przypadkach, a wielkość ich znacznym ulegała zmianom. Węzłki spostrzegano również niekiedy w okolicy rąbka pod spojówką, a w 4-ch przypadkach typowe węzłki znajdowały się w samej rogówce.

Ta ostatnia częściej innym ulegała zmianom. Zaćmienia jej spostrzegano w 34 przypadkach, były one powierzchowne, najczęściej głębokie, w niektórych przypadkach o znamionach zapalenia śródmiaższowego. W tych razach to ostatnie cierpienie odgrywać zdawało się główną rolę, zmiany zaś w samej tęczówce mniej wybitnie występowały. W jednym przypadku miało miejsce ropienie rogówki, w 3—wrzody. Złogi na tylnej powierzchni błony Descemeta spostrzegano w 35 przypadkach.

W niektórych przypadkach objawy znacznie się różniły. Mianowicie w 13 przypadkach węzłki spostrzegano li tylko w kącie komory przedniej, przyczem jednocześnie występowały objawy *Iritis serosa*, w 3 zaś przypadkach cierpienie występowało li tylko w postaci *Iritis serosa*. Dalej w 6 przypadkach główny objaw cierpienia stanowiło *hypopyon*, w tęczówce w 2 tylko z tych przypadków znajdowały się 2—3 bardzo drobne węzłki.

O ile sprawa zajmuje li tylko tęczówkę, postać gałki,

nawet gdy rozrosty tkanki gruzliczej całkowicie prawie wypełniają całą komorę przednią, zmianom nie ulega. Przeciwnie o wiele częściej następuje później zmniejszenie jej objętości— zanik gałki. O ile z opisów podanych wnosić możemy, cierpienie li tylko tęczówki miało miejsce w 114 z opisanych przypadków, w 50 zaś mieliśmy sprawę jednocześnie w ciele rzęskowem.

Jeśli przy cierpieniu samej tylko tęczówki zawsze spostrzegamy łzawienie, bóle rzęskowe, światłowstręt i znaczne upośledzenie wzroku, to przy jednoczesnym udziale ciała rzęskowego objawy te o wiele wyraźniej występują, nadto w okresach wcześniejszych, gdy ciecz wodna mało jest zamgloną, a stan źrenicy umożliwia wziernikowanie, spostrzegać się dają zaćmienia w przedniej części ciała szklistego. Stan zapalny tak dalece może być znaczny, że w 2 przypadkach cierpienie miało wszelkie znamiona ropnego zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Nadto sprawa w ciele rzęskowem wywołuje zmiany w postaci powierzchni przedniej części gałki. W niektórych przypadkach (3) powstaje tylko garbiec częściowy. Częściej jednak w pobliżu rąbka daje się spostrzegać miejsce bardziej błękitne zwykle ku dołowi, lub ku dołowi i ku wewnątrz lub zewnątrz, rzadko bardzo ku górze. Wkrótce w miejscu tem powstaje wydatność, coraz bardziej wyraźna, powstaje w niej spiczastość, aż wreszcie następuje przedziurawienie gałki. Przez otwór powstały wypaść mogą nie tylko tęczówka, lecz nawet soczewka; w jednym przypadku (Wagenmann) (Arch. f. Ophth. XXXII, 4) wraz tęczówką wypadło ciało rzęskowe. Przedziurawienie następuje zwykle w jednym miejscu, lecz znany jest przypadek (Haaba 13), w którym nastąpiło ono w 3 miejscach jednocześnie. Z opisanych przypadków przedziurawienie nastąpiło w 11, w 2-ch uprzedziło je tylko wczesne wyłuszczenie gałki. Gdy nastąpiło przedziurawienie, tkanka gruzlicza rozrasta się na powierzchni bardzo rażno, tworząc guzy, opisane przez dawnych badaczy jako *fungus*, które mogą ulegać zanikowi.

Prócz tej rozlanej postaci, względnie łagodnej, jak wyka-

zał już Haab, daje się spostrzegać postać zupełnie odmienna, o wiele złośliwsza, gdy cierpienie powstaje w postaci guza, czyli samotnego gruzelka. Przypadków takich mamy 25. Co do wieku:

od 1 do 10 . . .	18,	czyli	72,0%
od 10 do 20 . . .	6,	»	24,0%
po 20-stym roku . . .	1,	»	4,0%

Zatem ledwo nie wyłącznie cierpienie to panuje w pierwszym dziesiątku lat wieku. Postacie te znane są również dla naczyniówki i niedawno zebrałem ogłoszone przypadki, do których dodałem własne spostrzeżenie (O guzach gruzliczych naczyniówki, Postęp okulistyczny 1905) w spojówce oka utwory gruzlicze również przybierają niekiedy postać guzów.

Samotny gruzelek tęczówki ma wszelkie znamiona nowotworu. Objawy zapalne o wiele bywają słabsze, gruzelków drobnych może nie być, lub też spostrzegać się one dają jako satellity w okolicy wielkiego gruzelka. Virchow pierwszy określił je jako ziarniniaki, lecz już Manfredi (Annali di Oftalm. Vom III. str. 439, 1873) przyznał w nich wprost utwory gruzlicze, co potwierdzał później Haab. Mogą być one znacznej wielkości—od $\frac{1}{8}$ wielkości aż do utworów, które zupełnie wypełniają komorę przednią; rosną one bardzo prędko, a przedziurawienie gałki może nastąpić już po 3 tygodniach. W ogóle przebieg gruzlicy przedniej części gałki bywa powolny i szybki. Ostatni jest właściwy postaciom guzowym. Przeciwnie postaci o drobnych węzełkach ciągnąć się mogą do 3 lat i dłużej.

Rozpoznanie opiera się przeważnie na obecności węzełków, które spostrzegamy w przeważnej ilości przypadków. Nie zapominać jednak, iż gruzlica może występować w postaci zapalenia śródmiąższowego, lub *iritis serosa*, a węzełków może prawie lub wcale nawet nie być. Rzecz prosta, iż przy rozpoznaniu różniczkowem należy mieć na uwadze inne rodzaje cierpień tęczówki, przy których również węzełki powstawać mogą. Głównie wchodzi tu w rachubę białaczka i przymiot. W białaczce węzełki mają barwę bardziej jednolitą, a nadto

cierpienie to do bardzo rzadkich należy. Rozpoznanie różniczkowe gruźlicy przedniej części oka sprowadza się głównie do odróżnienia jej od przymiotu. Już w przypadku przez Perlsa opisanym, Jacobsohn przy badaniu klinicznym rozpoznał cierpienie jako przymiotowe. Rozpoznanie cierpienia, jako gruźliczego dopomaga obecność objawów gruźliczych w innych częściach ciała, jak znowu dla przyznania cierpienia jako przymiotowego konieczne są inne jeszcze objawy przymiotu. Okoliczność ta jest nader wielkiej wagi, gdyż jeśli możliwą jest gruźlica przedniej części gałki bez żadnych, dostępnych przynajmniej dla badania klinicznego innych objawów gruźlicy, to znów przy osutkach przymiotowych zawsze mieć możemy inne jeszcze objawy przymiotu w ustroju, wiele też dać mogą wywiady.

Po za tem węzłki gruźlicze najczęściej znajdują się w dolnej połowie tęczówki, przeważnie w pasie rzęskowym, nadto u młodych osobników i rosną szybko; natomiast osutki i kilaki powstają zwykle w pasie źrenicznym, rosną powolniej i nadto—w wieku późniejszym, po 20-stym roku życia. Dalej różnica zachodzi jeszcze co do barwy węzłków, które w przymiotcie są białe, w gruźlicy — szarawo-czerwone i tylko później (przy zserowaceni) — białe, nawet żółte. Jeśli cierpienie gruźlicze występuje w postaci nietypowej, wskazówek udzielić może stan ogólny, a więcej jeszcze chyba przebieg dalszy cierpienia. Najważniejszą okoliczność stanowi przy rozpoznaniu (również przy rokowaniu) wiek chorego.

Gdy cierpienie występuje w postaci guza, może zachodzić podejrzenie co do mięsaka. W tym razie bardzo ważną okoliczność stanowi ucisk śródgałkowy, który przy gruźlicy prawie zawsze bywa zmniejszony i tylko w 3 przypadkach był zwiększony.

Szkoła wyreburska o wiele się dalej posunęła przy rozpoznaniu gruźlicy, przyznając takową w każdym zapaleniu tęczówki powstałym u osobników gruźlicą w tej lub innej postaci dotkniętych—przykład ten nie znalazł jednak naśladowców. W niektórych wątpliwych przypadkach stosowano leczenie

wcieraniami szaruchy, wychodząc zapewne z zasady rozpoznania *ex juvantibus*. Postępowanie takie na największą chyba zasługuje naganę w przypadkach, które gwałtownie leczenia tego nie wymagają u osobników, chociażby tylko podejrzanych o gruźlicę, a to ze względu na niszczący wpływ na odżywianie. Stosowano je w 5 przypadkach, a z tych w 3 wypadło dokonać później wyłuszczenia gałki.

Co się tyczy ogólnego stanu zdrowia przy gruźlicy przedniej części gałki, to:

Wyraźne suchoty płuc lub cierpienie szczytów miały miejsce	w 37 przypadkach
Obrzęk gruczołów	» 12 »
Owzrodzenie skóry	» 1 »
Spina ventosa	» 1 »

Jeśli dodamy do tego 20 przypadków bardzo wyraźnego dziedzicznego usposobienia, wypadnie, iż z pomiędzy 166 przypadków w 71, prawie w 43% stan ogólny był niepomyślny, mianowicie mieliśmy do czynienia z osobnikami, cierpiącymi na gruźlicę w innych narządach. Były to objawy bądź co bądź wyraźne, wiemy jednak, jak często w ustroju znajdują się ukryte gniazda gruźlicze, nie dostępne do zbadania. W 9 przypadkach nastąpiła śmierć. W 1 we trzy miesiące na gruźlicę prosowatą, w 3 na suchoty płuc, w 4 w 1—4 po dokonaniem wyłuszczenia gałki, a z tych w 3 przyczyną śmierci było gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Pierwsi badacze niejednokrotnie chcieli przyznać w gruźlicy przedniej części oka sprawę pierwotną. Obecnie rozstrzygnąć to miała już statystyka. W 43% dokładniej spostrzeganych przypadków mieliśmy wyraźne wskazówki lub podejrzenia co do zakażenia gruźliczego innych części organizmu, w 5,5% zejście śmiertelne. Dodać do tego należy, że większą część przypadków spostrzegano czas krótki, że zatem zejść śmiertelnych po pewnym czasie znacznie więcej chyba było. Jakkolwiek zatem w 95 przypadkach stan ogólny nie budził

podejrzeń co do gruźlicy, lecz mogły być jeszcze cierpienia ukryte, a wobec tego 43% wyraźnych cierpień wobec krótkiej obserwacji przypadków stanowią liczbę bardzo poważną dla rozstrzygnięcia pytania, czy cierpienie było pierwotnem, czy też wtórnem — na korzyść ostatniego twierdzenia. Znamy np. przypadek, w którym jednocześnie z powstaniem gruźlicy w tęczówce żadnych zmian w innych narządach nie znaleziono, a jednak po upływie 2 lat powstała gruźlica w płucach. Dodamy jeszcze, że w 17 przypadkach mieliśmy cierpienie w obu oczach, a powstało ono bądź jednocześnie, bądź w drugiem oku później — rzecz prosta, iż zarazek znajdował się tym razem we krwi.

Mamy jednak przypadek przez Castenholz'a (Dies. München 1885) opisany, w którym w 4 miesiące po wyluszczeniu gruźliczej lewej gałki, zachorowało na gruźlicę prawe oko. Tu dla cierpienia możliwą być mogła inna droga współczulna. Lecz najpierw przeciąg czasu był za długi, następnie, jak wkrótce obszerniej przytoczę, przy cierpieniu gruźliczem przedniej części jagodówki, część jej tylna w cierpieniu nigdy prawie nie uczestniczy. Wypada zatem, że i w tym i w innych podobnych przypadkach, zarazek znajdował się w ustroju samym, w oku zaś sprawa powstała później, czyli była wtórną. Twierdzenie Calderaro (Clinica oculistica r. 1902, str. 977), jakoby gruźlica tęczówki w 85% była wtórną, a w 15% pierwotną, nie opiera się na faktycznych danych. Najprawdopodobniej sprawa zawsze jest wtórną.

Jaki też wpływ wywiera gruźlica przedniej części oka na pozostałe części jego i na stan ogólny ustroju, czyli, i o ile jest możebnem uogólnienie sprawy? Na pierwsze pytanie możemy odpowiedzieć, że tylko w 9 przypadkach mieliśmy jednocześnie sprawę, nadto bardzo niewybitną w tylnej części oka, mianowicie w naczyniówce i siatkówce i 2 razy w tarczy nerwu wzrokowego. W jednym tylko przypadku (2-gi Samelsohna, Sitzungsber. d. Ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1879 str 7) miało miejsce wyraźne posunięcie się sprawy z przedniej

części gałki na pochewki nerwu wzrokowego i dalej na opony mózgowce.

O wpływie na stan ogólny gałki gruźliczej, jako ogniska, z którego sprawa może się rozpowszechnić, nie wiemy, może już z tego powodu, iż w 72 przypadkach na 166 dokonano wyłuszczenia gałki, co, rzecz prosta, usunęło wpływ jej na ustrój.

Rokowanie, o ile dotyczy oka samego, prócz chyba postaci bardzo łagodnych, o których niżej powiemy, jest dla oka samego wątpliwe, dla życia zaś również co najmniej wątpliwe, gdyż jakkolwiek znamy przypadki, które były spostrzegane przez czas dłuższy (nawet do 14 lat), przy czem zarówno stan oczu jakoteż całego ustroju zmianom niepomyślnym nie ulegał, to jednak już wyżej powiedziałem, że już jednocześnie z gruźlicą przedniej części gałki mieliśmy objawy gruźlicy w innych częściach ustroju, występowały też one później.

Prócz wyżej wymienionych 2 postaci gruźlicy przedniej części gałki—węzełkowej i guzowej—dodać wypada jeszcze jedną postać, wprowadzoną ze względów zupełnie praktycznych, mianowicie tak zwaną osłabioną gruźlicę tęczówki (*abgeschwächte Iristuberculose*). Pierwszy wprowadził ją Leber (Ueber abgeschwächte Tuberculose des Auges, Sitzungsbericht der Ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1891, str. 44). W przypadkach przeważnie o bardzo drobnych węzełkach, które rosły bardzo powoli, przebieg był długi i bardzo łagodny, następowało nawet zupełne wyzdrowienie. Prócz Lebera, przypadki takie opisali Haab (l. c.), Haensell (Arch. f. Ophthalm. XXV, 4), Samelsohn (l. c.), Braileg (Brit. medic. Journ. II p. 668) Van Duyse (Arch. d'Ophthalm. XII p. 478, 1892) i inni. Niektórzy (np. Vossius) nie przyznawali w nich cierpienia gruźliczego. Leber jednakże w jednym przypadku dokonał irydektomii, a w wyciętej części tęczówki nie tylko znaleziono gruzelki, lecz nadto dokonano szczepienia królikowi z dodatnim wynikiem. W jednym przypadku Leber spostrzegł, iż węzełki zlewały się razem, tworząc guz, który zajmował $\frac{1}{3}$ tęczówki, a jednak po 8 miesiącach guz znikł zupełnie, pozostawiając

tylko po sobie twardzielowe zapalenie rogówki. W 10-m przypadku H a a b a dobrowolnie ustąpił dość znacznych rozmiarów ziarniniak tęczówki. Główne znamię przypadków gruźlicy tej kategorii stanowi zatem bynajmniej nie wygląd kliniczny, lecz tylko dziwnie łagodny przebieg. Do tej kategorii zaliczyć również należy 11 przypadków spostrzeganych przez Fonsagrivos (Iritis d'origine tuberculeuse. Thèse 1905), a które wyodrębnił on pod nazwą postaci zapalnej. Przypuszcza on, iż w tych przypadkach na tkanki działał tylko jad od prątków pochodzący, lecz nie same prątki. Pomijając to przypuszczenie, jak też wytłumaczyć możemy ten dziwnie łagodny przebieg, czy w istocie zarazek był słaby?—chyba nie, przyczyny szukać raczej należy w większej odporności ustroju.

(Dok. nastąpi).

Przyczynek do nauki o uszkodzeniach przedniej części gałki ocznej kwasem siarczanym.

Podał

Dr med. JAN HOENE.

(Czytane na posiedzeniu Kijowskiego Optalmicznego Towarzystwa
z 3 kwietnia 1907 r.).

Wobec szerokiego zastosowania kwasu siarczanego w przemyśle, i częstego stosunkowo używania tego środka żrącego w celach zemsty osobistej lub walki partyjnej, oczekiwać by należało, że przypadkowe czy umyślne urazy oka spowodowane tym środkiem, należą do częściej spostrzeganych. Wszak kroniki skandaliczne większych miast zawierają częste wzmianki o przypadkach tego rodzaju, przyczem uszkodzenie przyrządu wzrokowego stanowi najczęściej główny cel zbrodniczego zamysłu. Pomimo tego jednak w okulistycznej literaturze nie posiadamy dokładnego opisu anatomopatologicznej sprawy zapa-

lenia gałki ocznej spowodowanej wymienioną oparzeliną, jak również, pomimo usilnych poszukiwań, nie znalazłem żadnych statystycznych danych, dotyczących częstości podobnych urazów. Osobiście w ciągu swej wieloletniej działalności praktycznej, oprócz niżej opisanego, zaledwie spostrzegałem 4 przypadki uszkodzenia gałki ocznej kwasem siarczanym. Ponieważ kliniczny ich przebieg przedstawiał pewne właściwości, interesujące zwłaszcza z anatomopatologicznego punktu widzenia, przeto opracowanie tej sprawy wydaje mi się zupełnie usprawiedliwionem.

W podręcznikach chorób ocznych, w opisach spraw chorobowych spowodowanych działaniem chemicznych żrących środków, znajdujemy przeważnie uogólnione wskazówki o ciężkich następstwach takich uszkodzeń, bez określenia jednak pojedynczych zjawisk wywołanej nimi sprawy chorobowej. Tak w pierwszym wydaniu Graefego-Semisch'a (odpowiedni rozdział 2-go wydania dotąd nie wyszedł), powiedziano, że chemicznymi lub termicznymi czynnikami mogą być spowodowane rozlane oparzeliny przedniej części gałki ocznej, przy czem kwasy mineralne, a szczególnie kwas siarczany, często warunkują podobne uszkodzenia. Dokładniej są tylko opisanemi uszkodzenia oka niegaszonym wapnem. Z innych podręczników wspomnę Arlt'a, który wzmiankuje, że chemicznie lub termicznie działające środki, w zależności od stopnia natężenia ich działania, powodują powierzchowne lub głębsze uszkodzenia tkanek przedniej części gałki ocznej, z następczem ich owrzodzeniem, bliznowatym ściąganiem, i ostatecznym zrośnięciem naprzeciwko siebie leżących powierzchni owrzodzeń. Odnośnie do rogówki, to w przypadkach jej uszkodzenia, możemy liczyć na wyjaśnienie tylko w razie bardzo powierzchownych oparzelin. W razie głębiej sięgającego uszkodzenia, mającego wygląd skrzepniętego białka, następuje zupełny rozpad tkanki rogowej, a zgorzelinowe ogniska oddzielają się następczo przez ropienie. O zmianach następczych głębiej położonych części oka niema żadnej wzmianki. W podręcznikach: Majer'a, Szokalskiego, Chodina, Man-

delstamm'a, Weckera, Kleina, Fuchsa, Michela Berry, Moraxa, sprawa uszkodzenia gałki ocznej środkami, żrącemi ogranicza się do wskazania na niebezpieczeństwo zmętnienia rogówki i nieodłączne następcze zrośnięcie przeciwległych owrzodziałych powierzchni łącznicy gałki ocznej i powiek. Tylko Schweigger wspomina, że w uszkodzonych częściach rogówki może dojść do ropnych zapaleń, które rozszeregając się mogą obejmować całą tę błonę i przechodzić na tęczęwkę i jagodówkę, w następstwie czego może uleść ropnemu zapaleniu cała gałka oczna (*panophthalmitis*). Nieco więcej szczegółowym jest Praun w opisie chemicznej oparzeliny rogówki, stwierdzając, że zależnie od stopnia i głębokości działania kwasu wytworzona zgorzelina oddziela się odgraniczającem zapaleniem od powstałego owrzodzenia, które zbliżnia się ostatecznie za pośrednictwem obfitych naczyń krwionośnych t. zw. łuszczyki gojącej (*pannus reparatorius*) z pozostawieniem stałego zmętnienia. Niekiedy przy głębokiem zgorzelinowem ognisku może dojść do przedziurawienia rogówki z wszystkimi następstwami tego stanu, a także wytworzyć się zapalenie ciała rzęskowego z następczem zmarszczeniem gałki ocznej. Przy rozległych zgorzelinach rogówki mogą także następować powikłania zapaleniami tęczęwki z tylnymi zrostami.

Jak widzimy z powyższego zestawienia, wiadomości nasze o sprawach chorobowych gałki ocznej wywołanych żrącym działaniem H_2SO_4 , nie są jeszcze dosyć szczegółowo wyjaśnione, szczególnie odnośnie do przyczynowego związku pojedynczych zjawisk, spostrzeganych w odpowiednich przypadkach. Ponieważ w spostrzeganych osobiście uszkodzeniach oka tego rodzaju, zauważyłem pewne odrębności i właściwości ich przebiegu, przeto sądzę, że dokładny opis klinicznego przebiegu ostatniego mojego przypadku nie będzie pozbawionym naukowego i praktycznego znaczenia, zwłaszcza, że przebieg jego posiada niewątpliwie znamiona przypadkowego doświadczenia patologicznego i pod względem klinicznym przedstawia wiele szczegółów, charakteryzujących to ciężkie uszkodzenie oka.

1 maja 1906 r. około godz. 8-ej wieczorem 42-letniemu krawcowi S. z naczynia o szerokim otworze, chlusięto w twarz gryzącym płynem, którym oblane zostały twarz, oczy i część szyjowa, przyczem przeważnie ucierpiała lewa połowa twarzy. Natychmiastowo poczuł on silny ból gryzący w oczach i zalanych częściach, tak, że tylko przy pomocy przechodniów został doprowadzonym do pobliskiej apteki, gdzie przybyłe pogotowie ratunkowe zastosowało pierwszy opatrunek, polegający na obfitem przemyciu porażonych części roztworem sody i obłożeniu ich kompresami zmoczonymi w tymże roztworze. Mniej więcej w 1 $\frac{1}{2}$ godziny po wypadku, widziałem chorego, mocno zaniepokojonego oświadczeniem lekarza pogotowia, że obydwa oczy zostały uszkodzone, i że grozi mu zupełna ślepotą. Rzeczywiście przy pierwszych moich oględzinach stan chorego przedstawiał się nader rozpaczliwie. Skóra czoła, powiek, nosa, części szczęki, a także lewego podbródka i szyi, silnie opalona żrącym płynem, była opuchniętą, czerwonobrunatną, w wielu miejscach, szczególnie na górnych powiekach, nosie i podbródku naskórek odstawał, tworząc mniej lub więcej rozległe pęcherze; na szyi zaś, widocznie wskutek przylegania zlanego płynem części ubrania i bardziej przez to natężonego działania, prawie na całej przestrzeni od krtani aż do potylicy skóra miała wygląd białego pergaminu. Rozejrzenie ubrania i bielizny przekonało mnie, że miejsca zlane płynem rozlażyły się w strzępy, były czerwonawo zabarwione i przedstawiały wszelkie cechy działania H_2SO_4 . Oczy chorego były przyknięte, samowolnie nie mógł ich otworzyć uskarżając się na silny ból i światłowstręt. Tylko z pewnym wysiłkiem udało mi się ostrożnie podnieść górną powiekę i rozejrzeć się w gałkach ocznych, przyczem znalazłem: Prawa rogówka o równej powierzchni była w całym obszarze równomiernie zamgloną, a tylko u obydwóch jej brzegów, zewnętrznego i wewnętrznego sterczały nad powierzchnią dwie białe oparzelinowe plamy, o obwodzie mniej więcej 2 do 3 milimetrów, przyczem wewnętrzna była nieco większą od zewnętrznej. Przez zamgloną rogówkę mogłem jednak rozróżnić znaczne zwężenie źrenicy przy prawidłowej ko-

morze przedniej. Łącznica prawej gałki ocznej w całej swej rozciągłości przedstawiała się porcelanowo białą, a powiek, o ile ją można było obejrzeć przy danych warunkach, mętną, bladą, niejako pomarszczoną i zeskróbnioną. W znaczniejszym jeszcze stopniu było uszkodzone lewe oko, albowiem przez środkową część rogówki, przechodziła poprzeczna, zupełnie nieprzezroczysta, stercząca nad powierzchnią biało-żółtawa pręga, około 3 milimetrów szeroka, nieprzerwanie przechodząca od zewnętrznego brzegu ku wewnętrznemu i bezpośrednio łącząca się z łącznicą gałki, która również i w tem oku odznaczała się bardziej jeszcze wybitnym porcelanowym wyglądem z zupełnym zanikiem naczyń krwionośnych. Nad i poniżej środkowej pręgi oparzelinowej, pozostała rogówka była rozlanozmętniała, o równomiernej, jednak gładkiej powierzchni. Przednia komora i w tem oku była zachowaną, a zwężona źrenica zakryta środkowym zmętnieniem rogówki. Prawem okiem poszkodowany rozróżniał palce i większe przedmioty, przedstawiające się jednak we mgle, w lewym zaś istniało tylko poczucie światła.

Tak więc na podstawie tych danych oględzin chorego, nie ulegało wątpliwości, że oprócz rozległego uszkodzenia skóry, wywołanego chemicznie działającym żrącym płynem, niewątpliwie kwasem siarczanym, były także uszkodzenia gałek ocznych w postaci ogniskowych zgorzeli rogówek i oparzeliny łącznicy, bardziej rozległych w lewym aniżeli w prawem oku. Uszkodzenia skóry w przeróżnych jej odcinkach przedstawiały wszystkie trzy stopnie patologiczne oparzeliny (zacerwienie, pęcherze, zamartwicę), a i oczów przedstawiały się bardzo poważnie. Rokowanie utrzymania nieupośledzonego wzroku w prawem oku było nader wątpliwem, lewe zaś oko uważałem za stracone.

Ponieważ przebieg gojenia uszkodzeń skóry i prawego oka, nie przedstawiał żadnych nieprawidłowych zjawisk, przeto podaję go tylko w ogólnych zarysach. W oku tem następnego już dnia znalazłem źrenicę mocno rozszerzoną pod wpływem zastosowanej maści atropinowej (2%), ogniskowe zgorzeli ro-

gówki oddzieliły się na trzeci dzień z pozostawieniem dość głębokich owrzodzeń z najzupełniej przezroczystym dnem. Po 10 dniach owrzodzenia te wypełniły się i nastąpiło zagojenie ich, bez wytworzenia unaczynienia, i pozostawienia jakichkolwiek zmętnień. Bezpośrednio po oddzieleniu zgorzelin, zamglona rogówka przejaśniła się, i ze strony głębokich błon składowych oka nie mieliśmy żadnych powikłań. Porcelanowy wygląd łącznicy powoli zanikał, błona ta ożywiała się, a po tygodniu były już objawy umiarkowanego nieżyłowego zapalenia, które powolnie ustąpiły i po 3 tygodniach oko to przedstawiało się najzupełniej prawidłowo z zachowaniem swej całkowitej pod każdym względem sprawności. Odnośnie do skóry, to wyrównanie jej uszkodzeń, w zależności od postaci oparzeliny przeciągało się do 6 tygodni, przyczem na powiekach wystąpiły owrzodzenia z bujającą i krwawiącą ziarniną, które zagoiły się nieznacznie powierzchownymi bliznami. Najdłużej trwała sprawa gojenia na skórze szyi, która miejscami uległa rozpadowi aż do tkanki podskórnej, a powstałe stąd owrzodzenia pozostawiły nieforemne blizny, w początkach nieco utrudniające ruchy głowy.

Mniej pomyślnem było zejście uszkodzenia lewego oka. Przez pierwsze trzy dni wyżej opisany wygląd jego pozostawał niezmiennym, a źrenica pomimo obficie stosowanej maści atropinowej nie rozszerzała się. Dopiero przy wieczornym opatrunku 3 maja zauważyłem, że poprzeczna zgorzelina mniej sterczy nad powierzchnię, a 4 maja nastąpiło oddzielenie z pozostawieniem głębokiego owrzodzenia o przezroczystym dnie. Pomimo oddzielenia zgorzeliny, rozlane zamglenie rogówki nie ustępowało, powierzchnia jej stawała się nierówną, jakby pokłutą, co szczególnie było wyraźnem w górnej jej połowie. Po przez owrzodzenie, z oddzieleniem zgorzeliny, stała się widoczną źrenica, która wykazywała nieco wydłużoną postać, nie rozszerzała się jednak w następstwie wytworzenia tylnych przyczepów tęczęwki. Wówczas też mogłem stwierdzić, że w obrębie zwężonej, nieprawidłowej źrenicy torebka soczewkowa uległa zmętnieniu, a prócz tego, że na jej powierzchni osadzają się drobne włóknikowe skrzepy. Tegoż dnia wieczorem (4 maja),

przy wspólnem oglądaniu chorego z dr Mandelstammem, mogliśmy już wyraźnie rozróżnić gwiazdkowate zmętnienie samej soczewki, w postaci znanej figury Purkiniego. W cieczy przedniej komory ocznej nie zauważyliśmy tegoż dnia wyraźnych wysięków, a łącznica powieki była bladą, zeskrómnioną, gałki zaś ocznej martwego biało porcelanowego wyglądu. W tym czasie chory zupełnie nie skarżył się na bolesność oka, a nawet rozróżniał pokazywane mu palce.

Następnego dnia (5 maja), przy ogólnym nie zmienionym wyglądzie, zauważyłem, że w dolnej części komory osiada żółtawy wysięk, czyniący wrażenie złogów włóknikowych na błonach Descemeta i tęczowej. Wysięk ten powolnie się zwiększając i gęstniejąc zajmował coraz większą przestrzeń w dolnej połowie komory i 11 maja przedstawiał w postaci stożkowatej, wierzchołkiem swym zakrywając otwór źreniczny, i szeroką podstawą wypełniając dolny odcinek komory. Soczewka była znowu zupełnie niedostępną, wobec wypełnienia otworu źrenicznego gęstymi włóknikowymi osadami, poruszenia głowy chorego nie wywierały żadnego wpływu na położenie i postać wysięku, co wskazywało na ścisłe przyleganie i łączność jego z tęcząwką. Dr Mandelstamm powtórnie w tym czasie oglądając chorego (11 maja), najzupełniej podzielił mój pogląd, że mamy tu do czynienia z obfitym włóknikowym osadem. Przez wszystkie te dni, pozostałe części oka dostępne badaniu nie przedstawiały żadnych wybitniejszych zmian, tylko rogówka, jednakowo rozlano zamglona stawała się na powierzchni coraz mniej gładką, owrzodzenia jej na całej prawie powierzchni powolnie pogłębiały się, zachowując przytem zupełną przepuszczalność światła i nigdzie nie pokrywając się jakimkolwiek szarawym lub ropnym nalotem. 13 maja rogówka okazała się więcej zamgloną, przyczem zamglenie to nasuwało się z górnych jej brzegów i czyniło wrażenie tłuszczowego nalotu, nierównomiernie rozpostartego po powierzchni. Wieczorem tegoż dnia zmętnienie było więcej jeszcze wyraźnem, i przy badaniu bocznem oświetleniem, wyraźnie składało się z oddzielnych żółtawych plamek, jakby zbiorników kropli tłuszczowych, nie-

Jednolicie rozrzuconych pomiędzy blaszkami rogówkowemi, opuszczających się swoim ciężarem od góry ku środkowi. Jednocześnie zauważyłem, że źrenica stawała się szerszą, wysięk zaś w przedniej komorze skurczył się w dolnej swej części, odstając od tęczówki, która też po dłuższym okresie stała się w dolnej części widoczną. 14 maja pojedyncze żółte plamy na rogówce zlały się ze sobą, tworząc prawie jednolite żółte zmętnienie, zajmujące górną połowę rogówki aż do brzegu poprzecznego głębokiego owrzodzenia. Wysięk w poprzedniej komorze zniknął prawie zupełnie i tylko resztki jego były jeszcze widoczne w obrębie coraz więcej rozszerzającej się źrenicy. Wyznaję, że następnego dnia (15 maja) byłem formalnie zdumionym niezwykłym i nieoczekiwanym wyglądem lewego oka. Na biało porcelanowem tle wytworzonym przez łącznicę i białkówkę odbijała rogówka na całym obszarze ze zwiększonym blaskiem, bez śladów zmętnień i prawie zupełnie równą powierzchnią. W przedniej komorze nie było żadnych śladów wysięku, a źrenica była ad maximum rozszerzoną. Dopiero przy dokładnem badaniu lupą i bocznem oświetleniem mogłem się zorientować w tem na pierwszy rzut oka nieco zagadkowym zjawisku. Okazało się bowiem, że z całej rogówki pozostała tylko zupełnie przezroczysta, silnie światło odbijająca tylna jej warstwa, błona Descemeta. Wewnętrzny rąbek rozszerzonej zupełnie źrenicy był zgrubiałym wskutek przylegania do brzegów tęczówki silnie skrzywionych, nierównych, żółtawych pasek, widocznie pozostałości rozerwanej torebki soczewkowej. Całe dno komory ocznej w otworze źrenicznym było usiane ciemno bursztynowemi nieforemnymi drobnymi cząsteczkami rozpadłej, zwyrodniałej soczewki, przy wziernikowaniu dno oka nie przeświecało, a poczucie światła, jakkolwiek w bardzo słabym stopniu dotąd zachowanem, w dniu tym ostatecznie zaniknęło.

Przez cały powyższy przeciąg czasu wydzieliny z worka łącznicowego były nader ograniczone i przy zmianie opatrunków przedstawiały się w postaci przezroczystego gęstego śluzu, czasami z przymieszką pojedynczych drobnych blaszek,

oddzielających się z powierzchni rogówki. Zeskórniały wygląd łącznicy pozostawał dotąd bez zmiany, i dopiero po raz pierwszy 13 maja dostrzegłem w okolicy wewnętrznego kąta na miejscu przechodzenia jej w skórę nagle wytworzoną głęboką szczelinę, krwawiącą przy dotyku. Ostrożnie podejmując górną powiekę, której odwrócenie ze względu na stan oka było niemożliwe i zbyt ryzykowne, zauważyłem, że i na łącznicy powiekowej pojawiły się pojedyncze ziarninowe wyniosłości, przy zachowaniu jednak poprzedniego zmartwiałego wyglądu łącznicy gałki ocznej i zeskórnienia na dolnej powiece. Ogólny stan chorego był względnie zadowolniającym, zwłaszcza po uzyskaniu pewności, że prawe oko pozostanie w stanie sprawności. Lewe oko było zupełnie niebolesne, nawet przy dotyku, i chory niejednokrotnie mi oświadczał, że bardziej odczuwa pod opatrunkiem uszkodzenia skóry powiekowej, aniżeli oka.

Opisany wygląd gałki ocznej z dnia 15 maja, utrzymywał się do 17 maja prawie bez zmiany, następnie zaś na przestrzeni odpowiadającej szparze powiekowej. Przezroczysta błona Descemeta poczęła w środkowej swej części wydymać się, wystając ku przodowi w postaci poprzecznego pasa. Następnym dni przezroczystość jej coraz więcej zanikała, wystawanie ku przodowi zwiększało się, a jednocześnie zmarszczała się i malała cała gałka oczna. Ostatecznie uległa zupełnemu rozpadowi i błona Descemeta, a przednią część gałki ocznej, odpowiadającą rogówce stanowiła tęczówka pokryta wysiękowymi nalotami i zmartwiałymi resztkami błony Descemeta. Zmarszczanie się gałki ocznej stawało się coraz widoczniejszym, na łącznicy występowały ziarninowe rozrosty, załamki jej coraz więcej wypełniały się ziarniną i powolnie następowało zrastanie się łącznicy powiekowej ze znacznie zmniejszoną lewą gałką oczną. Gdym wyjeżdżał czasowo z Kijowa w połowie czerwca, cała ta sprawa zablizniana znajdowała się jeszcze w pełnym biegu. Oglądając następnie chorego dopiero w drugiej połowie sierpnia, znalazłem zupełne zrośnięcie obu brzegów powiekowych z szczątkową gałką oczną, a także głębokie zakłęśnięcie rowka pod łukiem brwiowym. Przez po-

wiekę wyczuwała się gałka oczna mniej więcej wielkości orzecha łaskowego, przy ucisku palcami miękka i niebolesna. Choremu dokuczają tylko łzawienie z lewego oka, które rzeczywiście przesączało się u wewnętrznego kąta dość obficie. Z biegiem czasu, widząc chorego zimową porą dowiedziałem się, że łzawienie to o wiele się zmniejszyło, a prawe oko zachowuje się najzupełniej prawidłowo, pozwalając mu dalej zawodowo pracować.

(Dok. nastąpi).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophthalmologie. R. 1907. (Ref. K. W. Majewski).

Nr 3.

O znamionach klinicznych i patologicznych nieżyty wiosennej. (Clinique et anatomie pathologique du calarrhe printanier). P a c h e f f.

Nieżyt wiosenny zdarza się w Bułgarii względnie często. W ostatnich 7 latach na oddziale ocznym szpitala Aleksandra w Sofii spostrzegano 93 przypadki tej choroby. Autor poddał przypadki te wszechstronnemu badaniu pod względem klinicznym, jakoteż anatomiczno-patologicznym i doszedł do wniosków następujących:

1) Wśród zmian, występujących zwłaszcza na rąbku spojówkowym na pierwszy plan wysuwają się zmiany naczyniowe, polegające na zgrubieniu ścian naczyń, na bujaniu komórek śródbłonkowych, przytem gałązki naczyniowe nowo wytworzone dochodzą aż do warstwy przybłonkowej. Uderza również dyapedeza leukocytów, które tworzą rodzaj płaszcza dookoła naczyń.

2) W zależności i wskutek rozrostu naczyń przychodzi po dłuższym czasie do wytworzenia tkanki włóknistej, zawierającej także włókna elastyczne. Tkanka ta uzyskuje wreszcie przewagę nad innymi, stanowiąc ostateczną zmianę, do jakiej cierpienie prowadzi.

3) Skoro choroba zaczyna się od naczyń, to wnosić należy, że przyczyną jej jest jakiś czynnik oddziaływający szkodliwie na ściany naczyniowe.

4) Usposobienie limfatyczne (zołzowe) zwiększa wprawdzie skłonność do nieczytu wiosennego, ale zdaniem autora ani zołży, ani żadna inna skaza ustrojowa ogólna nie stanowi wyłącznej przyczyny tego cierpienia. Z przyczyn miejscowych światło słoneczne pozostaje niewątpliwie w ścisłym związku z tą chorobą oczną, i albo zwiększa jej nasilenie, albo przynajmniej przy istniejącej skłonności przyspiesza jej powstanie.

O ulepszeniu podkładu dla protezy ocznej przez wszczepienie oka króliczego. (De l'amélioration de la prothèse oculaire par la greffe d'un oeil de lapin). Lagrange.

Autor zastrzega się przeciwko temu, jakoby jego operacya miała mieć na celu zastąpienie oka wyjętego okiem przeszczepionem pod względem kosmetyki i zewnętrznego wejścia. Jego zamiarem było tylko ulepszyć podkład, względnie stworzyć żywy, dostatecznie duży i możliwie ruchomy kikut dla protezy ocznej. Doświadczenia na operowanych przez siebie przypadkach pouczyły go, że oko przeszczepione po upływie tygodni i miesięcy zmniejsza się co do swej objętości i na to z góry liczyć potrzeba. Potem jednak dalszym już nie ulega zmianom. W wyjątkowych tylko przypadkach zanik wszczepionej gałki postępuje dalej i prowadzi do zupełnego wessania oka, przez co oczywiście czynnik operacyi zostaje unicestwiony. Jest to też jedyny zarzut, który Lagrange przyjmuje i za słuszny uważa. W przeważnej jednak większości przypadków przeszczepienie daje wynik zupełnie zadowolniający. W obecnym artykule podaje on opis przypadku operowanego przed 28 miesiącami, w którym wszczepione oko królicze dziewczynce 9 letniej zmalało wprawdzie o $\frac{1}{3}$ swej objętości w pierwszych miesiącach po operacyi, od tego czasu jednak wcale się już nie zmienia. Jest dostatecznie twarde, niebolesne i wybitnie ruchome. Artykuł ilustrują 3 fotografie operowanej dziewczynki.

Zależność postaci równikowego obwodu soczewki od przyczepienia włókien więzadełka Zinna. (Influence d'insertion des fibres zonulaires sur la forme de l'équateur du cristallin). Terrien.

Już Magnus i Topolański wykazali, że obwód soczewki nie przedstawia gładkiego i regularnego łuku, lecz okazuje pewnego rodzaju falistość. Wedle Magnusa nierówności te mają zależeć od nagromadzenia się surowiczego płynu w niektórych miejscach pod torebką. Byłyby to zatem niejako przezroczyste pęcherzyki. Topolański przypisuje natomiast wypuklenia na równiku soczewki pociąganiu wywieranemu przez włókna więzadełka Zinna.

Autor na podstawie własnych badań mikroskopowych skłania się do tego ostatniego przypuszczenia, przekonał się bowiem, że wyrostki na obwodzie soczewki ułożone są mniej więcej naprzemian z wyrostkami ciała rzęskowego, a więc naprzeciw zagłębień między tymi wyrostkami. Wiadomo zaś, że włókna więzadełka odchodzą właśnie od zagłębień ciała rzęskowego, dążą zatem wprost do wypukłości na obwodzie soczewki. W miejscach tych pod torebką nie znalazł autor wcale płynu surowiczego, lecz tylko składniki tkanki soczewkowej, ściśle do torebki przylegające. Widoczna zatem, że wypuklenia te są mechanicznem następstwem napięcia i pociągania ze strony włókienek więzadełka. Za tą hipotezą przemawia także i ta okoliczność, że nierówności na obwodzie soczewki w oczach nadmiarowych są znaczniejsze w miarowych i w krótkowzrocznych, co się tłumaczy wyższym stopniem napięcia akomodacyi.

Widzenie połowiczne niezupełne z zachowaniem widzenia naosiowego, wskutek silnego urazu zadanego czaszce. (Hémianopsie incomplète ou anopsie en quadrant avec conservation des champs visuels maculaires à la suite d'un traumatisme grave du crâne). Schevensteen.

U pewnego murarza, któremu spadł na potylicę ciężara 30 kg. przyszło do załamania kości potylicznej ze znacznem uszkodzeniem kory mózgowej. Wyłamana część kości została usunięta, rana w oponie twardej oczyszczona, poczem wszystko zagoiło się, przez rychłozrost. Pozostał tylko pod bliźną skórną otwór w kości przez który wyczuć można było tętnienie mózgu. Badanie wzroku wykazywało obustronnie prawidłową bystrość naosiową i prawidłowe dno oka, natomiast pole widzenia było na obu oczach lekko współśrodkowo zwięzione, a prócz tego poczucie światła było zmiesione w obu dolnych lewych kwadrantach. Wycinki te szczytem swym nie dochodziły jednak do środka pola widzenia. Ponieważ ubytek dotyczył lewej strony każdego pola widzenia, czytanie nie sprawiało choremu żadnych trudności.

Żrenica skacząca w przypadku anizokoryi i zaburzeń naczynioruchomych połowy twarzy. (Hippus persistant coïncidant avec de l'inégalité pupillaire et des troubles vasomoteurs de la face). M. Roch.

Autor rozróżnia cztery różne typy skaczącej żrenicy: hippus, zależny od toru oddechowego, hippus rytmiczny, wywołany czynnością w tęczęwce zawartych zwojów nerwowych hippus, zależny od ośrodków nerwowych, będący wygórowaniem prawidłowych ru-

chów źrenicy, wreszcie hippus, jaki powstaje w przypadkach porażeni nerwu okoruchowego w okresie powrotu do stanu prawidłowego. Autor spostrzegł u 67-letniej kobiety szybkie rytmiczne zmiany wielkości źrenicy: w dziesięciu sekundach zwężała się źrenica średnio siedm. razy. Długość jej średnicy wahała się między 3—5 mm. Równocześnie po tej samej stronie twarzy istniały objawy zadrażnienia nerwu współczulnego, które można było odnieść albo do zagęszczenia w szczycie płuc, albo do istniejącego także powiększenia gru zołu tarczykowego. Autor wprowadza w przypadku tym skaczącą źrenicę w związek przyczynowy z podrażnieniem nerwu współczulnego.

Nr 4.

O etyologii zezu. (De l'étiologie du strabisme). Lagrange i Moreau.

Na podstawie wielkiej liczby ścisłych spostrzeżeń doszli autorowie do przekonania, że w największej liczbie przypadków towarzyszą zezowi wady refrakcyi (81%). W tem prawie połowa (38%) nie wykazuje oprócz wady refrakcyi żadnych zgoła innych wpływów bądźto osobistych, bądź dziedzicznych, co do którychby w myśl istniejących teorii odnieść można powstanie zezu. W pozostałych przypadkach (43%) oprócz wady refrakcyi dały się wykazać pewne skazy ogólne, zmiany w układzie nerwowym, obciążenie dziedziczne i inne podobne zaburzenia, którym można było przypisać rolę czynników usposabiających. Wreszcie w pozostałych przypadkach zez wywołany był wyłącznie bądź to przez dziedziczność, bądź też przez ogólne usposobienie neuropatyczne, bo badanie oczu samych, nie wykazywało żadnych błędów refrakcyi.

Sposób zapisywania różnych stanów refrakcyi i nastawienia oka. (La formule des états de réfraction et des mises au point de l'oeil). B. Straub.

Autor wykazuje, jak niewłaściwym jest sposób określania stopnia wady refrakcyi zapomocą liczby dyoptryi, opatrzonej znakiem + albo —. Myopię oznacza się powszechnie w artykułach okulistycznych i podręcznikach znakiem ujemnym, a hypernutropię znakiem dodatnim, choć znaki te odnoszą się tylko do szkieleń wyrównawczych, są więc zatem sprzeczne z rodzajem wady. Autor zaleca prosty a zupełnie uzasadniony sposób określania i zapisywania wad refrakcyi i tak np. skyopię, wynoszącą 4 D wyraża symbolem: Em + 4 D. Istotnie bowiem w tym wypadku tamliwość oka jest o 4 D silniejsza od prawidłowej, hypermetropia

wynosząca np. 2 D oznacza wzorem: $E_m - 2 D$. Ogólny wzór zatem dla wad refrakcyi będzie:

$$R = E_m \pm n D.$$

Tęsam sposób zapisywania nadaje się bardzo dobrze do określania niezborności, muszą być tylko podane kierunki osi głównych. Drobną tą reformą, jaką autor zaleca, ma zwłaszcza pod względem dyktacyjnym niezaprzeczoną wartość, ułatwia bowiem studentom wdrażającym się dopiero w trudności optyki fizyologicznej zrozumienie tak istoty wad refrakcyi, jak i sposobu ich wyrównania.

Tęsamym przez autora podanym wzorem możemy wyrazić każde chwilowe nastawienie oka na punkt blizki, czyto zapomocą szkła, czy zapomocą wysiłków akomodacyi. Np. oko, które wpatruje się w punkt 20 cm. odległy okazuje łamliwość: $E_m + 5_0 D$. Takie przedstawienie rzeczy może nam ułatwić objaśnienie pojęcia *puncti proximi* i szerokości akomodacyjnej.

O pewnej mało znanej postaci zaćmy powikłanej.
(Sur une forme peu connue de cataracte compliquée). Purtscher.

Autor podaje opis 4 spostrzeżeń własnych niezwyklej postaci zaćmy u czterech osób, z których trzy stanowią rodzeństwo. U wszystkich uderzała twardówka swoją cienkością z powodu której przeświecała barwą siną. Przednia komora niezwykle głęboka, tęczówka o rysunku zupełnie zatartym okazywała na przedniej powierzchni jedną tylko okrężną zmarszkę. Soczewka szarobiałej barwy zaćmiona bądź to całkowicie, bądź też tylko w zakresie warstwy korowej. Wiek chorych dochodził do lat 30. Autor wprowadza zmiany oczne w związek przyczynowy z drgawkami, które chorzy jego w dzieciństwie mieli przechodzić. Przebieg operacyjny po większej części nie był prawidłowy. Już przy operacyi przychodziło do wypływu rozwodnionego ciała szklanego, a potem występowały objawy zapalne (*cyclitis*), jaskrowe, a wreszcie oderwanie siatkówki. Powikłania te przypisać należy nieprawidłowym stosunkom anatomicznym.

O torbielach przybłonkowych spojówki (Des cystes épithéliaux de la conjonctive). Cosmettatos.

Torbiele przybłonkowe spojówki mogą powstawać na różnej drodze. Istnieją też różne teorie, odnoszące się do ich patogenyzy. I tak mogą to być odsznurowane gruczoły Krausego, albo zmienne gruczoły rzekome Henlego. Rogman i Ginsberg przypuszczają powstanie torbieli drogą przewlekłego zapalenia spojówki. Bałłaban objaśnia powstanie licznych torbielków w dolnym za-

łanku spojówkowym przez wrośnięcie wypustek przybłonkowych w tkankę podspojówkową i rozptyw środkowych komórek, wypełniających te wypustki. Autor na podstawie własnych badań mikroskopowych skłania się do przypuszczenia Rogmana, że przewlekły stan zapalny powoduje przerost i zmarszczenie się warstwy przybłonkowej. Brzegi powstałych w ten sposób zmarszczek, poroździelanych głębokimi nieraz rowkami i zaułkami w miarę dalszego przerostu stykają się ze sobą, a wreszcie pod wpływem sprawy zapalnej zlepiają i zrastają się zupełnie. Odcięte w ten sposób rowki i jamki wypełniają się wkrótce zatrzymaną wydzieliną, powiększając się przez to znacznie, tworząc w ten sposób mniejsze lub większe torbiele surowiczą lub śluzową treść zawierające.

Nr 5.

Wyłuszczenie guzów oczodołowych z zachowaniem gałki ocznej przez krzywolinijne cięcia skórne. (Extirpation de tumeurs orbitaires avec conservation de l'oeil, par les incisions cutanées curvilignes). Rollet.

Na podstawie trzech, operowanych przez siebie nowotworów pozagałkowych oczodołu wykazuje autor, że nie jest rzeczą konieczną uciekać się do sposobu Krönleina, ażeby dokonać doszczętnego wyłuszczenia guza z zachowaniem gałki ocznej. Robi on cięcia łukowate, skórne na odpowiedniej przestrzeni wzdłuż brzegu oczodołowego, najlepiej dołem zewnątrz, sięgające do samej kości, od której oddziela powięź oczodołową tak, aby się dostać pod załankiem spojówkowym w głąb oczodołu i worka spojówkowego nie rozciąć. Po odchyleniu gałki ocznej zapomocą odpowiedniej łyżki bez przecinania mięśnia prostego zewnętrznego, można bez wielkiego trudu zorientować się w częściach chorych i nowotwór wyłuszczyć. Jeżeli się cięcie robi od wewnątrz, wtedy trzeba odciąć boczek mięśnia skośnego górnego, oraz odchylić ku dołowi woreczek łzowy. Cięcia w powyższy sposób wykonane pozwoliły autorowi dostać się narzędziami i dosięgnąć wzrokiem do najgłębszych części w samym szczyście lejka oczodołowego położonych.

Oko bielców. (L'oeil des albinos). Lagleyze.

Jest to pierwsza część większej monografii, w której autor gromadzi wszystkie nasze dotychczasowe wiadomości o bielactwie oka (*albinismus oculi*). Rozpoczyna opisem prawidłowych stosunków rozkładu barwika w oku ludzkim. U noworodków tęczęwka bez wyjątku prawie posiada barwę niebieską. W pierwszym roku życia następuje zazwyczaj zmiana tej barwy. Po drugim roku życia zabarwienie tęczęwki bywa ostateczne i przez całe dalsze życie

niezmienne. Do rzadkich wyjątków należy, ażeby tęczówka po 10 roku życia zmieniła jeszcze barwę, nie mówiąc oczywiście o przypadkach patologicznych. Co do barwika zawartego w siatkówce i naczyniówce, to służy on do zaciemnienia powierzchni wnętrza gałki ocznej, co jest koniecznym warunkiem każdej optycznej ciemni. Brak barwika w oku może być zmianą miejscową, albo też częściowym objawem bielactwa ogólnego (*albinismus universalis*), następnie może być zupełnym, jeśli barwika niema w oku wcale, lub częściowym, gdy gałka oczna jest tylko w barwik uboga. Następny rozdział poświęca autor historii pojęć o bielactwie i o geograficznem rozmieszczeniu tej teratologicznej nieprawidłowości. Na podstawie całej dotyczącej literatury przychodzi on do wniosku, że klimat w powstaniu tej zmiany nie odgrywa żadnej roli, ani też barwa skóry zależna od rasy. Zład też bieleców spotykamy we wszystkich częściach świata, we wszystkich podniebiach i wśród wszelkich ras ludzkich. Przy tej sposobności przytacza autor różne fantastyczne wierzenia ludów dzikich. Tak np. w niektórych okolicach Afryki istnieje przekonanie, że bielecy przychodzą na świat z kobiet czarnych zapłodnionych przez goryle, inne szczepy murzyńskie przypisują w tych razach ojcostwo dyabłu, którego wyobrażają sobie białym, dalej leśnym demonom, a nawet gwiazdom spadającym. Bielecy u ludów dzikich są w pogardzie. Murzyni córki swe wydają za nich niechętnie, tożsamo dziewczęta dotknięte bielactwem prawie nigdy nie znajdują mężów. W ostatnim ustępie tej części swej swej pracy przechodzi autor nomenklaturę bardzo różnorodną i klasyfikację poszczególnych przypadków bielactwa.

Składniki upostaciowane krwi, a rozpoznanie etyologiczne zapalenia tęczówki. (Les éléments figurés du sang. et le diagnostic étiologique des iritis). Terrien i Cantonnet.

Autorowie przytaczają 38 spostrzeżeń zapalenia tęczówki, w tem 19 przypadków *iritis* na tle przymiotu, 12 na tle ostrych zakaźnych chorób ogólnych, a 7 z innych przyczyn (gościec stawowy, urazy, zapalenie współżeluzne). We wszystkich tych przypadkach przeprowadzili dokładne badanie krwi, które wykazało w przypadkach syfilitycznych skład krwi odpowiadający wybitnej niedokrewności przy prawidłowej ogólnej ilości leukocytów, z przewagą jednakże leukocytów jednojądrzastych. W przypadkach zapalenia tęczówki w przebiegu lub po przejściu ostrych zapaleń ogólnych, ilość krwinek czerwonych nie jest zmniejszona, ale zachodzi wybitna leukocytoza, przyczem stosunek leukocytów jedno- do wielojądrzastych bywa niezmienniony, albo też ulega zmianie na korzyść wielojądrzastych. Wobec często spotykanych trudności rozpoznawczych,

gdy chodzi o etiologię niektórych przypadków zapalenia tęczówki przyczynę ten do badań klinicznych zaczerpnięty z badań ogólnych nie jest bez wartości.

Dalsze badania nad unerwieniem ruchowem tęczówki.
(Contribution à l'étude de l'innervation motrice de l'iris). Dubois, Castelain.

Autorowie przeprowadzili szereg doświadczeń na psach i formułują następujące wnioski:

1) Równoczesne przecięcie nerwu współczulnego i okoruchowego jest warunkiem koniecznym i wystarczającym dla znieślenia odruchowego zwężenia źrenicy przez podrażnienie jakiegoś nerwu czuciowego, czy też kory mózgowej.

2) Wynika z tego, że nerw trójdzielny jako czuciowy nie odgrywa w wywiązaniu tego odruchu żadnej roli.

3) Podrażnienie prądem elektrycznym nerwu okoruchowego w miejscu, gdzie on z podstawy mózgu wychodzi wywołuje zwężenie źrenicy.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1907. Nr 11 i 12. (Referent K. W. Majewski).

O przebiegu pierwszego badania przypadków ambulatoryjnych. (Ueber den Gang der Erstuntersuchung ambulanter Fälle). Krusius z Marburga.

Wobec wielkich postępów, jakie w ostatnich czasach poczyniła metodyka badania okulistycznego, jest rzeczą bardzo pożądaną, a przy większym ruchu chorych wprost konieczną przyzwyczaić się do zachowywania stałego i niezmiennego porządku i stałej kolei, w jakiej się poszczególne sposoby badania przechodzi. Inaczej łatwo pominąć niejedną ważną szczegół, przez co powstają braki w historyach i opisach chorób. Braki takie, pomijając już to, że mogą być przyczyną niedokładnego lub niezupełnego rozpoznania, niemile przede wszystkim odczuwa ten, kto na podstawie materiałów klinicznych ma potem opracować jakiegokolwiek zagadnienie naukowe. Autor podaje wzór drukowanych szematów, jakie obowiązują w marburskiej klinice okulistycznej. Szematu takiego trzymać się tam muszą asystenci, elewi i praktykanci przy pierwszym badaniu wszystkich chorych, u których cierpienie nie ogranicza się do zmian zewnętrznych, lub dodatkowych części oka, lecz gdzie chodzi o zmiany czynnościowe, zmiany na dnie oka, błędy refrakcyjne,

zaburzenia nerwowe etc. Szemat marburski składa się z dwóch wzorów: Pierwszy zawiera rubryki, które w każdym przypadku muszą być wypełnione, jak: badanie wzroku, refrakcyi i akomodacyi, badanie astygmiometryczne, zapomocą wziernika, zapomocą skiaskopii, badanie źrenic sposobem Bacha etc., drugi zaś obejmuje sposoby badania, które należy przeprowadzić warunkowo, zależnie od rodzaju choroby i innych szczegółowych wskazań. Tu np. należy badanie pola widzenia, poczucia barw, badanie równowagi mięśniowej metodą Maddoxa, badanie zapomocą lupy Westien-Zehendera. Podział na te dwa wzory ma tę dobrą stronę, że z jednej strony wyklucza przy pilności i dobrych chęciach personelu rażące braki w historych chorób, z drugiej zaś strony nie krępuje badających zbyt i nie naraża ich na niepotrzebną stratę czasu.

Leczenie surowicami i fermentami metalicznymi w okuliście. (Serothérapie und die Metall-Fermente in der Augenheilkunde). Darier.

Autor, który się mieni nowatorem na polu lecznictwa okulistycznego i propagatorem nowych środków i nowych sposobów leczenia, omawia w tym artykule głównie wartość surowic uodporniających, jakie w ostatnich czasach zaczęło używać także w okuliście. Pierwsze miejsce zdaniem jego zająć musi surowica przeciwbłonicza Behringa i Roux'a, którą wstrzykuje we wszystkich przypadkach błoniczych, lub nawet rzekomo błoniczych zapaleń oka, z jednej strony jest ona bowiem zupełnie nieszkodliwą, a z drugiej skuteczność jej w błonicy została już dowiedzioną po nad wszelką wątpliwość. Co więcej przekonał się D. o niezmiernie korzystnym wpływie surowicy przeciwbłoniczej także w przypadkach zakażenia całkiem innej natury. Tak np. nie mogąc na czas dostać przeciw pneumokokowej surowicy Roemera zastosował w całym szeregu przypadków wrzodów pełzających rogówki surowicę Roux'a, i skutek był równie pomyślny. Inym razem w przypadkach zakażenia wnętrznego ciała szklistego po operacyi zaćmy, to znów w przypadku głębokiego zranienia gałki ocznej, powikłanego zakażeniem, surowica przeciwbłoniczna odrazu zmieniła korzystnie groźny obraz choroby.

Autor wnosi z tego, że swoistość surowic nie jest koniecznym warunkiem ich leczniczej skuteczności.

W przekonaniu tem utrwaliło go jeszcze inne ryzykowne nawet doświadczenie, jakie mimowoli na pewnym swym chorym wykonał. Oto przez pomyłkę aptekarza zastosował zamiast suro-

wicy przeciwbłoniczej surowicę przeciwłęczową, ale mimo tego wpływ tej ostatniej na przebieg zakażenia ocznego okazał się równie zbawiennym. Te dziwne napozór fakty objaśnia D. w następujący sposób: Wprowadzenie do krwiobiegu środków uodparniających tkanki przeciw tak silnym jadom, jak jad błonicy lub łęczowy sprawia, że ustroj wytwarza nietylko swoiste, ale wszelakie inne niweczniki zdolne do skutecznej walki z różnego rodzaju zakażeniami. Z tego wynika, że surowica Roux'a najskuteczniejsza oczywiście w błonicy, okazuje się jednak nie mniej skuteczną w zakażeniach ropnych rzeączkowych i w różnych infekcyach mieszanych. W dalszym ciągu staje autor w obronie nowej tuberkuliny TR, którą, zdaniem jego, niesłusznie potępiają liczni badacze, zna bowiem przypadki gruźlicy ocznej z literatury i z własnego doświadczenia, gdzie tuberkulina i pod względem rozpoznawczym i pod względem leczniczym dobre oddała usługi. Nakoniec poświęca kilka uwag śródżylnym wstrzykiwaniom kollar голу, podając, że wstrzykiwaniami temi ma zwyczaj uzupełniać leczenie surowicze zakaźnych zapaleń ocznych. Dodać wreszcie należy, że mimo całego zaufania do surowicy przeciwbłoniczej i do następowych wstrzykiwań kollar голу, nie zamiedbuje nigdy energicznego leczenia miejscowego.

Przypadek załamania rogówki. (Ein Fall von Infractio corneae). K. W. Majewski.

Ogłoszone po polsku w »Postępie okulistycznym«. R. 1906. Nr 11.

Podrażnienie zapalne leżówki i ciała rzęskowego po zaszczepieniu ospy. (Iridozyklitische Reizung nach Vakzination). Michaeler.

Z powodu panującej w okolicy epidemii ospy dał się pewien 56-letni mężczyzna zaszczepić. Ospa przyjęła się, dostał miernej gorączki, a we dwa tygodnie wystąpiły objawy zapalne na oku lewym: światłowstręt, łzawienie, nastrzyknięcie rzęskowe, zwężenie źrenicy i bardzo znaczna bolesność dotykowa. Nazajutrz przyłączył się do tego dość znaczny obrzęk spojówki gałkowej. Wszystkie te objawy pod wpływem ciepłych okładów i leczenia dyetetycznego w ciągu kilku dni ustąpiły, a równocześnie ustąpiło podniesienie ciepłoty, podniesienie tętna, oraz ogólne osłabienie. Wobec braku jakiegokolwiek poszlak co do kily i innych chorób ogólnych, mogących stanowić tło dla takiego zadrażnienia leżówki i ciała rzęskowego wprowadza autor cierpienie oczne w związek przyczynowy z dokonaniem szczepienia ospy.

Ze spostrzeżeń lekarskich chirurgicznych i anatomicznych Laurentego Heistera. Rostok 1753. (D. Laurentius Heisters medizinische, chirurgische und anatomische Wahrnehmungen. Rostock 1753), Alexander z Norymbergi.

Jest to przyczynek do historii pojęć o istocie zaćmy. Autor przytacza dosłownie spostrzeżenie zrobione przez Heistera w r. 1709, a ogłoszone dopiero w r. 1753, na mocy którego dowiódł on, wbrew panującemu wówczas przekonaniu, jakoby zaćma była błonką, wydzieloną przez ciecz wodną i zasłaniającą źrenicę, że zaćma nie jest niczem innym, jak tylko soczewką, która utraciła swoją przezroczystość. Spostrzeżenia tego dokonał Heister na pewnym żołnierzu, który zginął z rui odniesionych w bitwie, i u którego przed śmiercią rozpoznał zaćmę w jednym oku, a po śmierci oko to wyjął i zbadał anatomicznie. Zresztą Heister przyznaje, że już przed nim Bōrhawe w Holandyi i dwaj Francuzi Maître Jean i Brisseau tensam fakt anatomiczny u człowieka i zwierząt stwierdzili.

Klinische Monatsbl. f. Augenhellkunde. 1907. Nr 2. (Referent Dr Liebermann).

O pierwotnej gruźlicy spojówki gałki ocznej. (Primäre Tuberculose der Conjunctiva bulbi). W. Reis.

W przeciwieństwie do gruźlicy spojówki powiekowej, która rozwija się w postaci pojedynczych, rozszianych gruzełków gruźlica spojówki gałki ocznej występuje zazwyczaj jako jednolity naciek. W ogóle o ile gruźlica spojówki gałki, jako następstwo schorzenia okolicznych części jest zjawiskiem dosyć częstym, to pierwotną gruźlicę spojówki gałki ocznej spotyka się stosunkowo rzadko. Taki przypadek pierwotnej gruźlicy spojówki gałki opisuje autor u 16-letniej dziewczyny. Powstał u niej jednolity naciek na twardówce, a badanie mikroskopowe wyciętego skrawka wykazało gruźlicę.

O paliatywnej trepanacji czaszki w przypadkach nieuleczalnych nowotworów mózgowych celem zapobieżenia ślepotie. (Ueber die Palliativtrepanation bei inoperablen Hirntumoren zur Vermeidung drohender Erblindung). A. Saenger.

W przypadkach nowotworów mózgowych, w których operacja radykalna jest niemożliwą radzi autor trepanować czaszkę, by tym sposobem zmniejszyć ciśnienie śródczaszkowe. Zwłaszcza w przy-

padkach tworzącej się już lareczy zastoinowej zabieg powyżej wspomniany doniosłe ma znaczenie, gdyż zastoina z gałek ocznych znika, a wzrok się poprawia. Jako miejsce najodpowiedniejsze do operacji jest, zdaniem autora *os parietale*.

Rzadki obraz dna ocznego. (Ein seltener Augenspiegelbefund). P. Knapp.

U 11-letniej dziewczynki stwardniały naczynia naczyniówki w okolicy plamki żółtej otaczając ją na kształt *caput Medusae*. Etiologii cierpienia autor wykazać nie był w stanie.

Dwa przypadki amblyopii z powodu zatrucia z okresową zupełną ślepotą, lecz nie na tle zatrucia nikotyną lub alkoholem. (Ueber 2 Fälle von chronischer Intoxikations-Amblyopie, mit vorübergehender vollständiger, aber nicht durch die Alcoholresp. Taback - Intoxication bedingter Erblindung nebst Sectionsbefund). T. Tjoda.

Autor opisuje przypadki oślepienia. Przyczyną śmierci w pierwszym z nich było zapalenie otrzewnej, w drugim rak żołądka. Jady powstające w ustroju były przyczyną ślepoty.

Badania kliniczne nad nawrotami erozyi. (Klinische Studien zur Frage der recidivierenden Erosion). Kaufmann.

Mimo najodpowiedniejszego leczenia erozya daje często nawroty. Przez odpowiednie leczenie można jednakże ilość nawrotów zmniejszyć. W tym celu autor zaleca następujący sposób leczenia. Przedewszystkiem usunięcia z leczenia tego cierpienia kokainy, jako środka szkodliwie na przybłonek rogówkowy działającego. W przypadkach świeżego zranienia usunięcie resztek uszkodzonego przybłonka, dionina, opatrunek, etc. W przypadkach nawrotów usunięcie przybłonka z chorego miejsca, pędzlowanie chorego miejsca świeżą nierozcieńczoną wodą chlorową, a dalsze leczenie jak świeżej erozyi. Dopiero jeżeli ten sposób postępowania nie prowadzi do celu, galwanokaustyka.

O nieprawidłowym przyczepie wewnętrzznego mięśnia prostego oka. (Ueber eine abnorme Insertion des Rectus internus). Prof. B. Wicherkiewicz.

Ogłoszone po polsku w Postępie okulistycznym (R. 1906. Z. 10. str. 309).

Wiener Medic. Wochenschrift. Nr 24. (Ref. Dr Piotr Geisler).

Widzenie mgliste u chorych na jaglicę. (Das Nebelsehen der Trachomatösen). Dr Falla.

W wielkiej ilości przypadków chorzy na jaglicę nie widzą dobrze, chociaż rogówka i środki łamiące są czyste. Dotychczas nie zwracano baczniejszej uwagi na zaburzenia w widzeniu tylko dlatego, ponieważ jaglica występuje po największej części u ludzi biednych, których wymagania co do dokładnego widzenia są skromne. Zaburzenia te występują w ten sposób, że chorzy wszystko widzą zamglone. Część ich widzi stale jakby przez mgłę, inni tylko czasowo, np. rano po przebudzeniu albo ku wieczorowi. Przy przedmiotowym badaniu znajdujemy, że zresztą przezroczysta rogówka traci swój jasny połysk a także odbłask nie jest tak żywy jak na zdrowym oku. Przy dobrem ogniskowym oświetleniu widzimy szczególnie u bardziej mglisto widzących, że rogówka jest delikatnym zmętnieniem pokryta. Drugi szczegół występuje przy wziernikowaniu, a mianowicie dno oka jest zawsze przyćmione. Badanie na kolory wykazało, że tacy chorzy nie rozróżniają koloru jasno-niebieskiego od szarego. W miarę poprawienia się stanu chorobowego wyjaśnia się również dno oka i chory lepiej widzi, a po wyleczeniu jaglicy znikają również zaćmienia na dnie oka.

W przypadkach, w których na obydwóch oczach jaglica jest jednakowo rozwinięta występuje zwykle widzenie mgliste w równej mierze, a peryodyczne widzenie mgliste występuje w obydwóch oczach w jednym czasie i trwa jednakowo długo. Zdarza się jednak, że jakkolwiek oczy są w jednakowym stopniu chorobowo zajęte, występuje trwałe widzenie mgliste w różnym stopniu i wskutek tego widzenie na obydwóch oczach jest nierównomiernie obniżone. Może się także zdarzyć, że peryodyczne widzenie mgliste na obydwóch oczach w różnych okresach czasu występuje, albo występuje tylko na jednym oku.

Autor się przekonał na licznych przypadkach, że widzenie mgliste tem silniej występowało i trwało dłużej, im bardziej spojówka gałkowa była chorobowo zmieniona.

Zmętnienia rogówkowe polegają na drobnokomórkowym nacieku warstwy przybłonkowej rogówki. Autor tłumaczy sobie peryodycznie występujące widzenie mgliste w ten sposób, że produkty bakteryologiczne dążą do warstwy rogówkowej i zaćmiewają ją, a następnie zostają wessane.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1. Paryzkie Towarzystwo okulistyczne.

Posiedzenie z 4-go grudnia 1906.

Terrien i Hubert. *Wrodzone obustronne przemieszczenie soczewki w trzech, względnie czterech pokoleniach.*

Autorowie przedstawiają 3 chore, babkę, matkę i córkę. U wszystkich stwierdza się obustronną *ectopia lentis congenita*. Soczewki przemieszczone są ku górze i na zewnątrz. Refrakcyja w źrenicach w obrębie soczewki wynosi 18 do 20 (Mp.), po za granicami soczewki Mp. = 6—8 D. Innych nieprawidłowości wrodzonych oczy nie przedstawiają. Bystrość wzroku u chorych obniżona w granicach 0,1 do 0,2. Ojciec babki miał również od dzieciństwa źle widzieć, tożsamo jej siostra. Wskazuje to, że taka sama wrodzona zmiana zachodziła w dawniejszych pokoleniach tej rodziny. Ze względu na brak włókienek więzadełka Zinna w części źrenicy bezsoczewkowej należy u tych chorych przyjąć za przyczynę ektopii zaburzenie w rozwoju tegoż więzadełka. W przeciwieństwie do zwicnięcia urazowego, które łączy się zazwyczaj z zaćmieniem soczewki, tu we wszystkich przypadkach soczewka była przezroczystą. Z tego powodu uważają autorowie wszelki zabieg operacyjny za przeciwwskazany.

W dyskusji przytacza Terson przypadek przez siebie spostrzegany obustronnego wodocza (*buphtalmus*) ze zwicnięciem soczewek ku górze zewnątrz. Matka chorego okazuje wodocze bez zwicnięcia. Wielka śmiertelność dzieci w rodzinie przedstawionej przez Terrien'a nasuwa podejrzenie, czy nie zachodzi tu przymiot dziedziczny dający tak często powód do powstawania wrodzonych nieprawidłowości.

Blanluet i Caron. *Porażenie mięśnia odwodzącego po znieczuleniu lędźwiowym stowainą.*

U 51-letniego chorego, który nigdy nie przechodził kiły, ale cierpi na nerki wykonano operację guzów krwawnicowych w znieczuleniu lędźwiowym zapomocą stowainy, wstrzykniętej w ilości 0,05 g. Bezpośrednich objawów zatrucia nie było. Piątego dnia po operacji wystąpiły bóle w karku i głowie i utrzymywały się przez dni 14. Ósmego dnia dostał chorey wymiotów i wnet potem zaczął się skarżyć na podwójne widzenie. Badanie wykazało obustronnie prawidłową bystrość wzroku i refrakcyę, a tylko porażenie nerwu odwodzącego oka lewego i odpowiednie dwuwidzenie równoimienne.

Wobec braku jakichkolwiek innych danych etyologicznych trzeba porażenie to odnieść do znieczulenia stowainowego. Dotąd ogłoszono w niemieckiej literaturze 10 podobnych przypadków, z których 9 odnosi się do porażenia nerwu odwodzącego w następstwie znieczulenia łądźwiowego zapomocą stowainy lub też nowokainy. W przypadku autora stan w ciągu 10 dni się poprawił, a potem utrzymywał się do końca obserwacji bez zmiany.

W dyskusyi Póchin objaśnia bliżej mechanizm powstania tej zmiany chorobowej przez działanie stowainy, rozpuszczonej w płynie mózgowodzeniowym na jądro nerwu odwodzącego u podstawy mózgu.

Monthus. *Keratitis interstitialis annularis w przebiegu zakaźnego gościa stawowego.*

U 21-letniego młodego człowieka wystąpiła obustronna *keratitis interstitialis annularis*. Naciek pierścieniowaty uległ szybko rozpadowi i zamienił się na okrężne owrzodzenie. Tę postać zapalenia mięszowego rogówki opisał pierwszy Voisin. Pfister i Grünert spostrzegali również podobne przypadki, a mianowicie wrzodziejący rozpad nacieków. Chory przedstawiony cierpi równocześnie na bardzo bolesną *polyarthriti*s dużych stawów i okazuje zmiany w sercu, a zarazem objawy kiły dziedzicznej.

Rochon Duvigneaud przedstawia preparaty skrzyżowania nerwów wzrokowych z przypadku wodogłowia z zupełną ślepotą.

Terson. *Rokowanie w przypadkach mięsaka barwikowego naczyńiówki.*

W rokowaniu ma tutaj sprawa przerzutów daleko większe znaczenie niż sprawa nawrotów miejscowych. Terson operował 10 przypadków mięsaka barwikowego przez wyłuszczenie oka z głębokiem wycięciem nerwu wzrokowego, z tegoż 6 przypadków mógł spostrzegać dłużej niż przez lat 3. Jeden chory, u którego nawet dość późno operacja została wykonana, cieszy się już dziesiąty rok dobrem zdrowiem. W innym przypadku już w rok po enukleacyi wystąpiły przerzuty w wątrobie. Inni są dotąd zdrowi. Widać z tego, że można po należyte wykonanej operacyi w pewnej ilości przypadków spodziewać się trwałego wyleczenia. Zachodzą tu niewątpliwie osobnicze różnice, bo nieraz najbardziej rozrośnięte mięsaki dają pod względem utrzymania życia dobre wyniki po enukleacyi. Następujące okoliczności mają dla rokowania rozstrzygające znaczenie: 1) Barwa. Silnie barwikiem przeładowane, melanotyczne mięsaki dają o wiele gorszą prognozę niż mięsaki bezbarwne (*leucosarcomata*). 2) Budowa histologiczna. Mięsakio krągło-

szego ze wszystkich tu zebranych, który zarówno na polu pracy społecznej jak i naukowej położył nieocznione zasługi. Tym człowiekiem jest Radca Dworu Prof. Wicherkiewicz. (Burzliwe oklaski).

Na przewodniczących następnych posiedzeń proponuje: Drów Ziemińskiego z Warszawy, Niegolewskiego z Poznania, Kozłowskiego z Kijowa i Kolińskiego z Łodzi; na sekretarzy: Drów Bałłabana ze Lwowa i Macieuszę z Płocka. (Przyjęto).

Przewodnictwo obejmuje R. Dw. Prof. Wicherkiewicz, dziękuje serdecznemi słowy za zaszczyt, że dostał mu się on w udziale od swoich. Sądzi, że pochlebne słowa Prof. Macheka niezasłużenie mu się dostały. Robi co może, czy wyniki są tak dodatnie, osądzenie nie do niego należy, ale to może zapewnić, iż mu na dobrych chęciach nie zbywa.

Siedm lat minęło od ostatniego zjazdu, widzi niestety, ilu od tego czasu ubyło w naszych szeregach: nie ma już dra Gałęzowskiego, dra Cywińskiego sen., dra Strzeмиńskiego, dra Rymowicza, który takie rokował dla nauki nadzieje i dra Talki Józefa, którego nie brakło prawie na żadnem naukowem specjalistów zebraniu, wreszcie teraz opuścił nas cichy pracownik dr Langie. Pamięć ich uczcili zgromadzeni przez powstanie. Po tem pośmiertnem wspomnieniu otwarł przewodniczący posiedzenie.

Na wstępie wygłosił:

1) R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz z Krakowa swój referat: »Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego«, przemawiał mniej więcej tak:

»Długo okulistyka polska pozostawała w powijkach, zaledwie kilku ludzi wybitnych zajmowało się tą specjalnością, a i ci po większej części prace swe ogłaszali w pismach obcych, zwłaszcza, gdy własnego rodzimego nie posiadali. A jednak potrzeba nam rozwoju tej gałęzi wiedzy i sztuki lekarskiej na szerokich ziemiach polskich nie tylko ze względów naukowych i humanitarnych, bo dzięki wzmagającemu się przemysłowi dzięki przyspieszonemu tętnu życia naszego mnożą się choroby tego najcenniejszego z naszych przyrządów zmysłowych, ale i ze względów państwotycznych. One to powinny na nas wkładać obowiązek czuwania nad tem, byśmy się nie dali wyprzedzić obcym, tak na stanowiskach naukowych i praktycznych, jakoteż i w stykaniu się z naszą ludnością, potrzebującą pomocy lekarskiej.

Już w r. 1884 na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, gdzie pierwszą utworzyliśmy sekcję okulistyczną na tym zjeździe, w pogawędce z tymi, po których dziś pozostało nam już tylko wdzięczne wspomnienie (Szokalski, Rydel, Talko), podjęliśmy myśl utworzenia Towarzystwa, ale teren był jeszcze nieprzygotowany, siły za słabe, bo pracowników za mało. Myśl ta podjęta została na nowo na sekcji okul. na zjeździe krakowskim dn. 23. VII. 1900. Gdy dr Kramsztyk po stawieniu wniosku

prof. Macheka zmierzającego do zwalczania jaglicy tak w wojsku jak w kraju proponował utworzenie »Towarzystwa dla zwalczania jaglicy«, referent, proponując utworzenie Tow. okulistów polskich pragnął, by ono i powyższemi wnioskami zamierzone zadania objęło w swój program. Wniosek referenta był jednomyślnie przyjęty. Dr Talko idąc dalej proponował, by »Postęp okulistyczny« stał się organem Towarzystwa mającego się utworzyć, a wreszcie powierzono referentowi opracowanie statutu. Tenże uprosił sobie do komisji statutowej dr Kramsztyka i prof. Macheka.

I upłynęło znowu lat siedm, nie powiem chudych, boć one pod względem okulistycznym zaznaczyły się pewnym dorobkiem, ale pod względem zabiegów utworzenia owego Towarzystwa, mającego rozprószone siły okulistyczne zespolić i wzmocnić.

Dziś zdaje mi się chwila nadeszła, gdzie nie tylko możemy myśleć o utworzeniu Towarzystwa, ale gdzie się to stało już koniecznością. Liczba znakomicie przygotowanych okulistów znacznie wzrosła, posiadamy już dwie katedry okulistyczne, a da Bóg, przybędzie trzecia w Warszawie, prócz tego mamy dużo samodzielnych pracowników, a nowe pracownie okulistyczne przybywają. Potrzeba więc wymiany zdania, potrzeba zobopólnego porozumiewania się, potrzeba możności tłumaczenia tego, czego słowo pisane wyłomaczyć nie może dostatecznie, potrzeba sposobności pokazania wyników czy to nowego sposobu leczenia, czy też operowania wzgl. badania i t. d. Jednem słowem potrzeba nam środowiska naukowego, by rozprószone siły zjednoczyć do wspólnego dzieła, by nadać większego znaczenia naszym pracom, większej powagi naszej nauce. Ież to takich prac prawdziwie ważnych pozostaje literą martwą właśnie dlatego, że nie doznały należytego objaśnienia żywym słowem, należytego zrozumienia i wyjaśnienia wątpliwych, czy sprzecznych rzeczy. Tłumaczyć korzyści Towarzystwa dziś, gdzie ich coraz więcej powstaje, a dawne coraz więcej się rozwijają, byłoby chyba zbyt cennem w tem zgromadzeniu.

To też nie będę tracił słów, ale przypuszczając, że się Panowie wszyscy za utworzeniem Towarzystwa okulistycznego polskiego oświadczyli, przedkładałam wypracowany przeze mnie, a później po porozumieniu się z dr Kramsztykiem częściowo zmieniony statut, którego bynajmniej nie uważam za idealny, a który chętnie poddaję i krytyce i zmianom, bo nie o ojca projektu chodzić nam powinno, ale o to, by to dziecko miało warunki rozwoju.

Na kilka atoli momentów chciałbym zwrócić uwagę: Mianowicie najprzód, by przynależenie było dozwolonem nie tylko samym okulistom, ale każdemu interesującemu się tą nauką lekarzowi. Nawet ci, którzy rzecz traktują może nie naukowo, nieraz jako szarlatani, czasami z pozoru, czasami rzeczywiście, powinni być dopuszczeni do turnieju naukowego, nie powinni być wykluczeni. Wszak czytamy ich wywody, postfu-

komórkowe są najniebezpieczniejsze. 3) Okres choroby w czasie operacji. Operacja we wczesnym okresie może zapewne ochronić od miejscowych nawrotów, ale zabezpieczenia przeciw przerzutom nie daje niestety najwcześniejszy nawet wykonany zabieg. 4) Rodzaj i sposób operacyjnego zabiegu. Terson poleca wyluszczenie gałki ocznej z głębokim wycięciem nerwu wzrokowego. 5) Wiek chorych. Wbrew twierdzeniom Hill-Griffitha u osobników młodych istnieje o wiele większa skłonność do przerzutów niż u starszych. 6) Zawartość glikogenu w nowotworze. Wykazanie glikogenu w postaciach barwikowych o wiele trudniejsze niż w mięsach bezbarwikowych, nie udaje się czasem wcale, bo nowotwory te nie zawierają go czasem zupełnie, lub tylko w początkowych okresach swego rozwoju.

W dyskusji opowiada Péchin o 75-letnim chorym, któremu wyjął przed 18 laty prawe oko z powodu *melanosarcoma chorioideae*. Wkrótce potem wystąpił nawrót miejscowy w oczodole, gruczoły limfatyczne nie były jednak zajęte. Naciek nowotworowy został usunięty i od tego czasu operowany ma się zupełnie dobrze.

Cantonnement i Cérise. *Samoistnie powstałe aneurysma arteriovenosum orbitae.*

Kobieta 80 letnia. Wśród silnych bólów powstał nagle trzeszcz oka lewego. Badanie wykazało tętnienie wystającej gałki ocznej, którą można było przez jednostajny ucisk odprowadzić częściowo w głąb oczodołu. Auskultacja wykazywała w oczodole wyraźne szmery. W 3 tygodnie nagle zejście śmiertelne. Sekcya wykazała jako przyczynę śmierci stwardnienie naczyń wieńcowych serca. W lewym oczodole między nerwem wzrokowym, a mięśniem prostym górnym *aneurysma arteriovenosum*, do którego od zewnątrz dochodzi rozdęty pień żylny. W kierunku ku *fissura orbitalis inferior* odchodzi od tętniaka workowaty uchyłek. *Carotis interna* w swym przebiegu przez *sinus cavernosus* okazuje ampłkowate rozszerzenie, przez co początek tętnicy ocznej przesunięty ku górze. W literaturze znane są tylko dwa podobne przypadki (Critchett i Morton).

Landolt. *Przedstawienie chorej ze szczególnego rodzaju zapaleniem spojówki.*

Chora cierpi od pewnego czasu na jednostronne zapalenie spojówki ze znacznym obrzękiem gruczołów przyuszných i podszczękowych. Cierpienie ogranicza się tylko do górnej powieki, rozwinęło się szybko i bez bólów. Bakteryologiczne badanie wydzielin dało wynik ujemny. Autor zamierza wyciąć kawałek spojówki dla zbadania histologicznego.

Jocqs. *Szczególna postać zapalenia twardówki.*

23-letnia dziewczyna zgłosiła się do leczenia z powodu małego guzka sklerytycznego. Guzek znajdował się w odległości 6—7 mm od brzegu rogówki, był wielkości małego ziarna grochu, a powstał szybko bez bólów. Spojówka w okolicy guzka była lekko nastrzyknięta. Rogówka i tęczęwka bez zmian. Żadnego obciążenia dziedzicznego. Wywiady w kierunku przebytych chorób ujemne, w szczególności kiła wrodzona lub nabyta wykluczone. Zastosowano masę żółtą. W miesiąc później wygląd oka znacznie się zmienił. Pierwotny guzek wyraźnie się powiększył, a powyżej i poniżej powstały 4 nowe guzki ułożone na łuku równoległym do brzegu rogówki. Guzki te sino-czerwone okazywały na samym szczycie barwę białawą. Spojówka pomiędzy nimi nastrzyknięta. Nie okazują ani samoistnej, ani dotykowej bolesności. Tęczęwka i rogówka bez zmian, gruczoły limfatyczne niezajęte. Przyroda cierpienia nie jest jasną. Być może zachodzi tu zapalenie twardówki na tle reumatycznym. Autor zalecił jednak na wewnątrz rtać, a miejscowo adrenalnę. Stan oka nieco się poprawił.

W dyskusyi Terson zwraca uwagę, że każdy guzek zapalny w tkance przytwardówkowej można zeszkobać bez szkody dla chorego, aby uzyskać materiał do badania mikroskopowego.

Darier stwierdza u przedstawionej chorej znamiona kiły dziedzicznej na pierwszych zębach trzonowych. Za kiłę dziedziczną przemawia także zaznaczająca się skuteczność rtacji.

Jocqs nie sądzi, żeby zeszkobanie ogniska episklerytycznego było dla oka zabiegiem zupełnie obojętnym. Darierowi odpowiada, że jedynie na nieprawidłowości zębów trzonowych nie opierałby jeszcze rozpoznania kiły dziedzicznej.

[Według Ophthalm. Klinik.].

K. W. Majewski.

2. Z sekcji okulistycznej X. zjazdu lekarzy i przyrodników
we Lwowie.

W lipcu 1907 r.

(Ref. Dr Rosenhauch).

Posiedzenie I. 22. VII. 1907. godz. 4. po poł.

Posiedzenie zagają gospodarz sekcji okulistycznej Prof. Machek. Wita zebranych, cieszy się, widząc lekarzy ze wszystkich trzech zaborów, tak licznie zebranych, jestto dobrą zapowiedzią wyniku pracy tego zjazdu.

Na przewodniczącego pierwszego posiedzenia proponuje najgłodniej-

szego ze wszystkich tu zebranych, który zarówno na polu pracy społecznej jak i naukowej położył nieocenione zasługi. Tym człowiekiem jest Radaca Dworu Prof. Wicherkiewicz. (Burzliwe oklaski).

Na przewodniczących następnych posiedzeń proponuje: Drów Ziemnińskiego z Warszawy, Niegolewskiego z Poznania, Kozłowskiego z Kijowa i Kolińskiego z Łodzi; na sekretarzy: Drów Bałłabana ze Lwowa i Macieszę z Płocka. (Przyjęto).

Przewodnictwo obejmuje R. Dw. Prof. Wicherkiewicz, dziękując serdecznemi słowy za zaszczyt, że dostał mu się on w udziale od swoich. Sądzi, że pochlebne słowa Prof. Macheka niezasłużenie mu się dostały. Robi co może, czy wyniki są tak dodatnie, osądzanie nie do niego należy, ale to może zapewnić, iż mu na dobrych chęciach nie zbywa.

Siedm lat minęło od ostatniego zjazdu, widzi niestety, ilu od tego czasu ubyło w naszych szeregach: nie ma już dra Gałęzowskiego, dra Cywińskiego sen., dra Strzemińskiego, dra Rymowicza, który takie rokował dla nauki nadzieje i dra Talki Józefa, którego nie brakło prawie na żadnem naukowym specjalistów zebraniu, wreszcie teraz opuścił nas cichy pracownik dr Langie. Pamięć ich uczcili zgromadzeni przez powstanie. Po tem pośmiertnem wspomnieniu otwarł przewodniczący posiedzenie.

Na wstępie wygłosił:

1) R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz z Krakowa swój referat: »Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego«, przemawiał mniej więcej tak:

»Długo okulistyka polska pozostawała w powijakach, zaledwie kilku ludzi wybitnych zajmowało się tą specjalnością, a i ci po większej części prace swe ogłaszali w pismach obcych, zwłaszcza, gdy własnego rodzimego nie posiadali. A jednak potrzeba nam rozwoju tej gałęzi wiedzy i sztuki lekarskiej na szerokich ziemiach polskich nie tylko ze względów naukowych i humanitarnych, bo dzięki wzmagającemu się przemysłowi dzięki przyspieszonemu tętnu życia naszego mnożą się choroby tego najcenniejszego z naszych przyrządów zmysłowych, ale i ze względów państwotycznych. One to powinny na nas wkładać obowiązek czuwania nad tem, byśmy się nie dali wyprzedzić obcym, tak na stanowiskach naukowych i praktycznych, jakoteż i w stykaniu się z naszą ludnością, potrzebującą pomocy lekarskiej.

Już w r. 1884 na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, gdzie pierwszą utworzyliśmy sekcję okulistyczną na tym zjeździe, w pogawędce z tymi, po których dziś pozostało nam już tylko wdzięczne wspomnienie (Szokałski, Rydel, Talko), podjęliśmy myśl utworzenia Towarzystwa, ale teren był jeszcze nieprzygotowany, siły za słabe, bo pracowników za mało. Myśl ta podjęta została na nowo na sekcji okul. na zjeździe krakowskim dn. 23. VII. 1900. Gdy dr Kramsztyk po sławieniu wniosku

prof. Macheka zmierzającego do zwalczania jaglicy tak w wojsku jak w kraju zaproponował utworzenie »Towarzystwa dla zwalczania jaglicy«, referent, proponując utworzenie Tow. okulistów polskich pragnął, by ono i powyższemi wnioskami zamierzone zadania objęło w swój program. Wniosek referenta był jednomyślnie przyjęty. Dr Talko idąc dalej zaproponował, by »Postęp okulistyczny« stał się organem Towarzystwa mającego się utworzyć, a wreszcie powierzono referentowi opracowanie statutu. Tenże uprosił sobie do komisji statutowej dr Kramsztyka i prof. Macheka.

I upłynęło znowu lat siedm, nie powiem chudych, boć one pod względem okulistycznym zaznaczyły się pewnym dorobkiem, ale pod względem zabiegów utworzenia owego Towarzystwa, mającego rozprószone siły okulistyczne zespolić i wzmocnić.

Dziś zdaje mi się chwila nadeszła, gdzie nie tylko możemy myśleć o utworzeniu Towarzystwa, ale gdzie się to stało już koniecznością. Liczba znakomicie przygotowanych okulistów znacznie wzrosła, posiadamy już dwie katedry okulistyczne, a da Bóg, przybędzie trzecia w Warszawie, prócz tego mamy dużo samodzielnych pracowników, a nowe pracownie okulistyczne przybywają. Potrzeba więc wymiany zdania, potrzeba zobopólnego porozumiewania się, potrzeba możności tłumaczenia tego, czego słowo pisane wytłumaczyć nie może dostatecznie, potrzeba sposobności pokazania wyników czy to nowego sposobu leczenia, czy też operowania wzgl. badania i t. d. Jednem słowem potrzeba nam środowiska naukowego, by rozprószone siły zjednoczyć do wspólnego dzieła, by nadać większego znaczenia naszym pracom, większej powagi naszej nauce. Heż to takich prac prawdziwie ważnych pozostaje literą martwą właśnie dlatego, że nie doznały należytego objaśnienia żywym słowem, należytego zrozumienia i wyjaśnienia wątpliwych, czy sprzecznych rzeczy. Tłumaczyć korzyści Towarzystwa dziś, gdzie ich coraz więcej powstaje, a dawne coraz więcej się rozwijają, byłoby chyba zbyt cieniem w tem zgromadzeniu.

To też nie będę tracił słów, ale przypuszczając, że się Panowie wszyscy za utworzeniem Towarzystwa okulistycznego polskiego oświadczyli, przedkładał wypracowany przeze mnie, a później po porozumieniu się z dr Kramsztykiem częściowo zmieniony statut, którego bynajmniej nie uważałem za idealny, a który chętnie poddaję i krytyce i zmianom, bo nie o ojca projektu chodzić nam powinno, ale o to, by to dziecko miało warunki rozwoju.

Na kilka atoli momentów chciałbym zwrócić uwagę: Mianowicie najprzód, by przynależenie było dozwolonem nie tylko samemu okulistom, ale każdemu interesującemu się tą nauką lekarzowi. Nawet ci, którzy rzecz traktują może nie naukowo, nieraz jako szarlatani, czasami z pozoru, czasami rzeczywiście, powinni być dopuszczeni do turnieju naukowego, nie powinni być wykluczeni. Wszak czytamy ich wywody, posłu-

chajmy więc ich, a wtenczas będziemy mieli sposobność sprostować, co niewłaściwe, zachęcić tam, gdzie chęci prawdziwej do pracy naukowej niema, lub też przeciwnie zły, wadliwy. Takowa przybrała kierunek.

Powtóre, chodzi o miejsce zjazdów Towarzystwa. Sądzę, że przykład towarzystwa Heidelbergskiego, a dalej i tow. okulistów francuskich, zbierających się zawsze w tem samym miejscu i ustalonym raz na zawsze, już do naśladownictwa zachęcić powinien, gdyby tego była jeszcze potrzeba. Co do miejscowości inicjatywę postawie musimy innym.

Dalej chodziłoby o porę, która zjazdom towarzystwa najlepsze dawałaby widoki powodzenia. Sądzę, że wobec tego, że w miesiącu grudniu i styczniu ruch chorych ocznych stanowczo bywa najmniejszym, przynajmniej u nas, najprędzej nam się oddalić od domowych zagród, najprędzej zajęcia zawiesić można. Skoro siedliskiem Towarzystwa i zjazdów obierzemy którą ze stolic naszych, będzie to dla kolegów na prowincyi mieszkających zachętą przy tej sposobności zapoznać się czy to ze zbiorami naukowymi, artystycznymi, historycznymi, czy też by w teatrze odświeżyć ducha, uraczyć oko i ucho dobrimi produkcjami.

W końcu jeszcze jedna uwaga. Rozwój towarzystwa a z niem rozwój nauki polskiej nie może się obyć bez własnego organu. W nim nie tylko ześrodkowywać się powinny prace polskich warsztatów naukowych, ale organ ten powinien być zwierciadłem tego, co towarzystwo działa, a zarazem archiwum poważniejszych publikacji polskich okulistów.

W końcu referent rozdaje zgromadzonemu odbitki statutu.

W dyskusyi zabierają głos:

Prof. Machek: Myśl założenia takiego towarzystwa uważa za bardzo dobrą; proponuje wybrać komisję złożoną z 5 członków: Drów Ziemińskiego, Niegolewskiego, Bednarskiego, Kozłowskiego i referenta, któraby się zajęła przejrzeniem projektu statutu i odpowiednio wnioski przedłożyła na posiedzeniu we środę dn. 24 lipca.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz zgadza się na ten wniosek.

Na wniosek Dra Bałłabana listę podaną przez Prof. Macheka przyjęto *en bloc* i wniosek uchwalono.

2) Dr Kramsztyk (Warszawa) »O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okuliście i o potrzebie reformy«.

Z powodu nieobecności autora Prof. Machek rozdaje między zgromadzonych odbitki, które Dr Kramsztyk wraz z usprawiedliwieniem przesłał na jego ręce. Prof. Machek prosi o przeczytanie tej broszury i odkłada dyskusję na jedno z następných posiedzeń.

3) Dr Ziemiński (Warszawa) Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych »Walki ze ślepotą« warszawskiego Towarzystwa higienicznego.

Przedstawia kwestyonaryusz w sprawie ślepoty. W obszernem sprawozdaniu, w którym porównuje dane statystyczne co do ślepoty dochodzi

do wniosku, że w Królestwie Polskiem ilość ociemniałych, nawet mimo poważnych braków w higienie nie tylko w porównaniu z Rosyą, ale nawet w porównaniu z niektórymi krajami kulturalnymi ma mniejszą odsetkę. Mimo to walkę ze ślepotą w Królestwie Polskiem uważa za nagłącą, albowiem w całej Europie—prócz Rosyi—jedynie tylko Królestwo Polskie wyróżnia się tem, że ślepotą zamiast, żeby się z biegiem czasu zmniejszała, przeciwnie wyraźnie się rozszerza. Na 100,000 mieszkańców liczba ślepych wynosiła:

W Królestwie Polskiem . . .	w r. 1886 — 70	w r. 1896 — 75
» Galicyi	» » 1880 — 88	» » 1900 — 66
» Szlasku austriackim . . .	» » » — 85	» » » — 44
» » pruskim	» » » — 84	» » » — 64
» W. Ks. Poznańskim . . .	» » » — 83	» » » — 71

Latające oddziały okulistyczne nie wiele pomagają. Zło jest nie okresowe, a więc i pomoc nie powinna być okresowa. Dlatego proponuje: zakładanie szpitali i ambulatoryów na prowincyi, praktyczne kształcenie lekarzy i reformę nauki okulistycznej w uniwersytetach, zadržającą w kierunku więcej praktycznym a nadto zakładanie sanatoryów jaglicowych pozamiejskich*).

W dyskusyi zabierają głos:

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz zapytuje prelegenta, czy w statystyce ociemnień np. z powodu zaniku nerwów uwzględniono etiologię. Mogły tu bowiem działać różne czynniki, jak np. kiła, kleszcze użyte podczas porodu, środki używane w czasie ciąży (opiaty) i porodu (sporysz), i in. Ma to też różne znaczenie ze względu na profilaktykę.

Prof. Machek nie dziwi się, że o dokładną statystykę w Rosyi trudno, ze względu na stosunki tam panujące. I w Galicyi robiono statystykę ociemnień; graficzną statystykę wystawiono w głównym pawilonie wystawy. Mimo to, że ma się w Galicyi do czynienia z ludźmi inteligentniejszymi, trudno jest o etiologię, bo ludzie ci często podają do Namiestnictwa przez wójta, że ociemnieli bez podania przyczyny. Nadto często zachodzą symulacye w celach żebractwa. Czasem zaś przy najlepszych chęciach i chorego i lekarza nie można dojść prawdziwego powodu ślepoty. Dlatego, sądzi mowca, należy w statystyce umieścić rubrykę: powód nieznany.

Dr Macieszka wskazuje na różnice rasowe pod względem ślepoty. Ze statystyki wynika, że liczba oślepięć jest największą u Rosyan, mniejszą u Litwinów, a jeszcze mniejszą u Polaków. Dalej np. żydzi o wiele częściej zapadają na jaskrę, niż chrześcijanie i t. d.

Doc. Bednarski podaje wyniki statystyki w szpitalu św. Zofii we

*) Dokładniejsze daty i szczegóły patrz »Zdrowie« 1907. nr. 7.

Lwowie. Na 1809 dzieci było ociemniałych 43. W liczbie tej 13 z powodu zmian wrodzonych, 10 z powodu zapalenia pryszczkowego, reszta miała za powód zapalenia tryprowe, odrę, zapalenie płuc z przerzutem w oku, urazy i in. Nadto daje projekt, aby w statystyce oddzielnie traktowano oślepięcie jednego oka i obydwu ócz.

Prof. Machek, odpowiadając Drowi Maciesze, sądzi, że może raczej odgrywają tu rolę czynniki kulturalne, a nie rasowe. Bo już np. w Galicyi zachodniej jest mniej oślepień, niż we wschodniej, gdzie, jak wiadomo, poziom kulturalny jest niższy. Choć nie zaprzecza do pewnego stopnia wpływów rasowych. I on też dostrzegł, że jaskra częściej się zdarza u żydów.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz również jest tego zdania, że trzeba uwzględnić czynniki rasowe, istotnie jaskra częściej występuje u żydów. Podobnie rzecz się ma z zapaleniem ropnem woreczka łzowego. Ale obok czynników kulturalnych i rasowych trzeba uwagę zwracać na zasobność, bo i ten względ odgrywa poważną rolę w statystyce oślepień.

Dr Ziemiński sądzi, że rolę tu odgrywa istotnie nie rasa, ale kultura i powołuje się na statystykę w Królestwie Polskiem. Co się tyczy częstości jaskry u żydów, to kto wie, czy nie ma tu pewnego znaczenia spostrzeżenie dra Muttermilcha, który zauważył niechęć do noszenia szkieł u żydówek (z silną hypermetropią); może to przyczynia się do powstawania u nich jaskry.

4) Dr Bałaban (Lwów) »Wartość wstrzykiwań podspójwkowych i ich teorya«.

Przedstawia w zarysie historię wstrzykiwań podspójwkowych. Wspomina o iniekcjach soli kuchennej, sublimatu, jodypiny, jodoformu, pyoktaniny, kollargolu, hetolu, żelazosinku potasu i in. Jak doświadczenia Wesselego stwierdziły, nie dostaje się do wnętrza gałki po tych iniekcjach nic zgoła, albo jeśli coś, to chyba w dawkach homeopatycznych. Zastrzykiwania podspójwkowe sprowadzają odczyny zapalne, z naczyń wydostają się w tkankę liczne ciała białe. I to jest »*punctum saliens*« iniekcji podspójwkowych. W sprawach ostrych zapaleń ocznych są wstrzykiwania podspójwkowe przeciwwskazane, zalecane są natomiast w cierpieniach atonicznych przewlekłych. Co się tyczy wyboru płynu, to autor uważa kwestyę tę za rzecz drugorzędnej wagi. W każdym razie nie radzi wstrzykiwać sublimatu, gdyż środek ten działa zbyt drażniąco, a do tych samych, a nawet lepszych wyników prowadzą iniekcye soli kuchennej fizyologicznej. Dobre są one w krwotokach, w *ulcus serpens*, *keratitis parenchymatosa* i in.

Sposób użycia iniekcji: Płyn i strzykawka muszą być sterylizowane, a igła wyżarzona. (Do sterylizacji przedstawia nie wielki, a praktyczny podręczny aparat własnego pomysłu). Przed iniekcją zapuszcza do worka spojówkowego albo samą kokainę, lub mieszaninę kokainy ze

suprareniną. O ile osoby są wrażliwe, można do wstrzykiwanego płynu dodać akoiny i ilość płynu stopniowo zwiększać. Ilość wstrzykiwań zależy od rodzaju choroby. Przy głębokich chronicznych zmianach na dnie oka radzi autor dokonać 20—30 iniekcji, a po pewnej przerwie seryę tę powtórzyć.

W dyskusji zabierają głos:

Radca Dworu Prof. Dr Wicherkiewicz zwraca uwagę na pewne nieścisłości historyczne mianowicie, że pierwszym, który wstrzykiwania do okulistyki wprowadził był nie Darier, ale jego szef Abadie, autorem zaś iniekcji *hydrargyri oxycyanati* był Chibret.

Dr Ziemiński sądzi, że wstrzykiwania podspojówkowe przy *ulcus corneae cum hyppopyo* nie są lepsze od diomyi.

Dr Koliński spostrzegł pomyślne wyniki po iniekcjach *hydrargyri oxycyanati* w rozpaczliwych przypadkach »*ulcus rodens*«. Iniekcje sublimatu nie pomagały.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz przytacza jeden przypadek *ulcus rodens* jeszcze podczas swego pobytu w Poznaniu spostrzegany. Leczenie najróżnorodniejsze, nawet i antiluetyczne nie pomogło. Chory po kilku miesiącach przerwał kurację, by po 2-ach latach zgłosić się z podobną zmianą oku drugim. Chory ten silnie zbudowany, bez jakiegokolwiek znamion chorób konstytucyjnych, znacznie podupał ogólnie. Zastosowano dobre odżywienie, a gdy wrzód mimo stanowczego leczenia okrążył środek rogówki, uciekł się mowca do syndesmoplastyki. Wynik zabiegu był dobry. Po kilku miesiącach spojówka, pod którą wrzód się zagoił, cofa się i odsłoniła środek rogówki, który przestał być przezroczystym, oko było ocalone. Iniekcje strychniny stosuje mowca również podspojówkowo i chwali je bardzo, albowiem stosowany środek ten w licznych przypadkach nie wywołał nigdy intoksykacji, która po wstrzykiwaniach skroniowych nie należy przecież do rzadkości.

Dr Markowski radzi przed wstrzykiwaniami podspojówkowymi wprowadzać pod spojówkę celem znieczulenia 1—2 przedziałek Pravatzu 5% alypiny.

Dr Ziemiński miał także w swej praktyce przypadek »*ulcus rodens*« ten prawdziwy *eruz ophthalmologorum*. Iniekcje podspojówkowe soli nie pomogły. Lepszy wynik dała transplantacja spojówki. Na razie wynik był bardzo dobry, ale po 2 latach nastąpiła recydywa, a gdy się i tę udało usunąć, nawrót drugi wystąpił po kilku miesiącach. Sądzi, iż w chorobie tej mają znaczenie nieznanne jeszcze czynniki ogólnej natury i że od ich leczenia zawisł wynik pomyślny tych owrzodzeń.

Prof. Machek spostrzegł pomyślne skutki po wstrzykiwaniach podspojówkowych w sprawach chronicznych, ale widział też i złe. Pewna chora cierpiąca na *retino-chorioiditis centralis* czytała przed iniekcjami Sn. 2,0. Po wstrzykiwaniach: 0. Po jakimś czasie takasama zmiana

i satyryczne, o którym świadczy np. zbiorek szkiców obyczajowych p. t. »Z doświadczeń i spostrzeżeń lekarza« (1904), poświęcony ś. p. prof. Jordanowi. Prócz wymienionych wyszło z pod pióra ś. p. Langiego całe mnóstwo okolicznościowych, ulotnych artykułów w prasie lekarskiej i codziennej.

Na prawdziwą wdzięczność kolegów zasłużył sobie ś. p. Langie tem, że włożył wiele energii i pracy w doniosłe dzieło materialnej organizacyi naszego stanu lekarskiego. Był on jednym z twórców i inicjatorów »Samopomocy«, której celom do ostatka służył dzielnie czynem, słowem i piórem. Ś. p. Jordan był głową i duszą tego towarzystwa, a dr Langie był w tem dziele jego prawą ręką, to też śmierć obu ciężką jest dla »Samopomocy« stratą. Za rozprawę p. t. »Położenie materialne lekarzy praktyków w miastach« otrzymał ś. p. Langie nagrodę na konkursie literackim »Głosu lekarzy« (1904). W dowód zaufania i uznania położonych zasług wybrali go koledzy do Izby lekarskiej zach. galicyjskiej, w której do śmierci piastował urząd sekretarza. Między innymi wypracował on dla wydziału tej Izby na zeszłoroczny wiec Izb w Krakowie referat w sprawie funduszu pensyjnego dla lekarzy.

To krótkie zestawienie naukowej, literackiej i społecznej działalności zmarłego kolegi dowodzi, że choć żył zbyt krótko, ale pożyteczną pracą życie wypełnił. Choć się mało udzielał i raczej był zamkniętym w sobie, cieszył się jednak powszechną sympatją dla wypróbowanej prawości charakteru, dla gorącego zajęcia się dołą ogółu lekarzy i dla sumiennego spełniania obowiązków na zajmowanych przez siebie stanowiskach. Cześć jego pamięci!

K. W. Majewski.

W ostatniej chwili dowiadujemy się, że znany okulista duński Prof. Hansen Grut umarł w Kopenhadze w 74 roku życia.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁABANA, DOC. DRA BĘDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHIEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Sierpień.

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

O gruźlicy przedniej części gałki ocznej.

Podał

Dr K. RUMSZEWICZ

w Kijowie.

(Dokończenie).

Jeśli gruźlica przedniej części gałki posiada bogatą kazuistykę, to jeszcze bardziej poszczycić się może szeregiem prac doświadczalnych nad rozwojem jej u zwierząt, które bardzo się przyczyniły do wyświeetlenia sprawy, a sztucznie wywołana gruźlica tęczówki stała się jednym z najpoważniejszych sposobów rozpoznania samej sprawy. Villemin pierwszy (Étude sur la tuberculose, Paris 1865) udowodnił, że gruźlica daje się przenieść na zwierzęta, zapomocą szczepienia wytworów zapaleń gruźliczych. Dla doświadczeń używano przeważnie królików i swinek morskich. Szereg też ich wykazał, iż po szczepieniu powstają w tkance węzełki i zapalenia miejscowe, później ogólne cierpienie do gruźlicy ludzkiej zupełnie podobne. Rozwój sprawy wymaga pewnego czasu (okres wy-

legania). Produkta wzięte od tego zwierzęcia wywołują po przeszczepieniu takie same cierpienia u innych zwierząt. Cohnheim (Schlesische Gesellsch. f. vaterländ. Cultur 13 Juli 1877) miał szczęśliwą myśl wprowadzenia cząstek tkanki gruźliczej do komory przedniej, co dało możność śledzenia za rozwojem sprawy. Otóż po objawach przez uraz wywołanych, cząstki wprowadzone zupełnemu prawie ulegały wchłonięciu, poczem po upływie tygodnia na tęczęwce występowały węzélki, coraz większe a liczniejsze (do 30—40), które później serowaciały. U świnek przebieg sprawy znacznie był krótszy. U zwierząt, które przeżyły kilka miesięcy, przy seceyi znajdował zmiany gruźlicze w płucach, niekiedy w innych narządach, czyli sztucznie wywołana gruźlica miejscowa była powodem uogólnienia sprawy.

Po Cohnheimie bardzo licznych doświadczeń dokonał Haensell (Arch. f. Ophth. XXV, 4. 1870), pod kierunkiem Lebera. Posługiwał się ropą gruźliczą ze stawu kolanowego, wystrzegając się zanieczyszczenia przez przymieszki gnilne. Dokonał doświadczeń na królikach i świnkach. Wprowadzoną do komory przedniej cząstkę otaczał włóknik; wchłonięciu ulegała ona zwykle po upływie tygodnia, poczem u świnek 12 dnia, a u królików 15, 20 i 30-go, tęczęwka ulegała przekrwieniu, potem występowały na niej szarawe węzélki, które rozrastały się i dotykały rogówki; barwa stawała się białawą, na powierzchni tęczęwki powstawały naczynia. Dalej następowało rozszerzenie przedniej części gałki, przedziurawienie jej i rozrost tkanki na powierzchni, z następczem zserowaceniem. Cały przebieg sprawy trwał u królików przeciętnie 3 miesiące, u świnek 1½. Badanie drobnowidowe w okresie początkowym wykryło tylko nacieczenie drobnokomórkowe. Węzélki również zanim były szarawe, składały się tylko z komórek okrągłych, gdy barwę białawą przybierały pojawiały się większe komórki do przybłonkowych podobne. Jeszcze później węzélki przeistaczały się w zupełne gruzełki — stanowiły je przeważnie komórki epiteloidalne z olbrzymiami w środku. Po wstrzykiwaniu ropy 12—26 dnia zawsze powstawały gruzełki na tęczęwce,

po zastrzyknięciu do rogówki miejscowe typowe objawy, do spojówki i pod spojówką to samo. Wprowadzenie cząstek tęczówki do jamy brzusznej wywoływało zapalenie otrzewnej. U 2 świnek po 3 miesiącach nastąpiło ogólne zakażenie gruźlicą.

Baumgarten (Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1882, str. 274) dowiódł nadto, iż nietylko wytwory otrzymane od zakażonych przez szczepienie zwierząt, lecz nawet krew ich do komory przedniej przeszczepiona zawsze prawie daje typowe zakażenie oka, później ogólne.

Schuchardt (Virch. Arch. 88, str. 28, 1882) przede wszystkim przekonywał się uprzednio, czy cząstki do komory wprowadzone w istocie były gruźlicze. Doświadczeń dokonał przeważnie na świnkach, w 2 przypadkach na psach. Wyniki były dodatnie, chociaż bardzo często powstawały silne objawy zapalne, z istotą sprawy nie wspólnego nie mające, następowało wszakże zserowacenie. Okres wylegania trwał bardzo długo, około 6 tygodni. Uogólnienie sprawy również bardzo długiego wymagało czasu. Sprawa najczęściej pozostawała miejscową, o tyle przynajmniej długo, że w jednym przypadku ognisko zserowaciale pozostawało bezkarnie przez całe 350 dni, co dla krótkiego wieku zwierzęcia stanowi okres bardzo długi.

Dokonane przez Kocha odkrycie prątka gruźliczego ułatwiło późniejsze badania. Baumgarten (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1883, nr 42), po wprowadzeniu cząstki tkanki gruźliczej prątki zawierającej do komory przedniej już nazajutrz przekonał się, że ilość prątków zwiększyła się, pojawiały się więc później na tęczęwce i rogówce, a 6-go dnia były już bardzo liczne. W miejscach, gdzie tworzyły liczniejsze grupy, powstawały dokoła komórki o cechach epiteloidalnych również w grupy ułożone i dalej stopniowo rozwijały się postaci przejściowe do typowych gruzełków. 10—12 dnia sprawa była już widoczną dla gołego oka. Pagenstecher i Pfeiffer (Berl. klin. Wochenschr. nr 19, 1883) wprowadzali do komory przedniej królika wydzielinę ze spojówki osobnika cierpiącego na toczeń. Z 4 doświadczeń 3 wypadły pomyślnie, w 2 zaś zna-

leziono prątki. Mniej pomyślne były wyniki doświadczeń, dokonanych przez Cornila i Leloira (Arch. de physiologie norm. et pathol. nr 3, 1884), gdyż z 3 przypadków udały się tylko w jednym.

Lagrange (Soc. française d'ophthalm. 1898), zastrzykując do szyjnej tętnicy królika hodowle prątków gruźliczych, potrafił wywołać gruźlicę w trakcie jagodówkowym, zwłaszcza prosowatą gruźlicę tęczęwki. Doświadczeń tych na większą skalę dokonał Stock (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageheft. 17, 1903). Wstrzykiwał on królikom (21) prątki w bulionie po 0,5—1 ctn do żyły brzegowej ucha. Gruźlica gałki następowała zawsze, chociaż objawy jej nie zawsze były jednakowe. W naczyniówce po 10—16 dniach zawsze były zmiany, chociaż nie zawsze klinicznie stwierdzone, w postaci gniazd. Gniazda te niekiedy znikwały, to znów następowało w nich zserowacenie. Do poważniejszych spraw gruźliczych bardziej są skłonne przednie części jagodówki, położone w okolicy równika. Zmiany w ciele rzęskowym u zwierząt klinicznie trudno zbadać, ulegało ono jednak cierpieniu bardzo trudno. Przy badaniu anatomicznem, obok rozlanego nacieczenia, występowały węzółki, które jednakże nie miały typowej budowy, gdyż stanowiły tylko okrągłe komórki, pomiędzy którymi rzadko się pojawiały epiteloidalne i olbrzymie; zserowacenia nie bywało. Co do zmian w tęczęwce to 10—16 dnia na powierzchni jej powstają wydatności wielkości czasem $\frac{1}{6}$ tęczęwki, odpowiadają one nacieczeniom, które zajmują całą grubość. Twory mogą uleść zupełnemu wchłonięciu, lecz również po 3—4 dniach, prawdopodobnie gdy zakażenie jest silniejsze, a mniej odporne, powstają z nich drobne szarawo-czerwone gniazda, które stopniowo się rozrastają. Gniazda takie mogą zresztą powstać bezpośrednio, bez tworzenia się uprzedniego wyniosłości. Węzółki—gruźki składają się jednak tylko z okrągłych komórek. Gdy się zwiększają, przybierają barwę bardziej białą, jednocześnie stanowią już je komórki przeważnie epiteloidalne i olbrzymie, daje się nawet spostrzegać tkanka łączna, zatem sprawa wchodzi na drogę gojenia. Gdy zwierzęta żyją długo

(najdłużej żył królik 260 dni) powstają jeszcze nowe a liczne węzłki, a w końcu tęczówka zupełnie jest przez nie pokryta. Dopiero gdy sprawa w tęczówce tak daleko zajdzie, zachorowuje rogówka, zwykle po upływie 120 dni, w postaci zapalenia śródmiaższowego. Błona Descemeta i śródbłonek jej zmianom nie ulegały, w rogówce gruzełki typowe nie powstawały, cierpienie też jej, zdaniem Stocka, spowodowane jest li tylko przez toksyny. Jak dalece jest wielką predylekcyą sprawy gruźliczej dla naczyńówki, dość jest powiedzieć, że w pochewkach nerwu wzrokowego tylko 4 razy miało miejsce nieznaczne zresztą pomnożenie jąder, w nerwie zaś wzrokowym i w siatkówce zmian nigdy nie było.

Rozwój sprawy gruźliczej jest zupełnie odmienny przy zastrzykiwaniu do naczyń, zatem przy załęgu wewnętrznym, niż przy załęgu zewnętrznym—zastrzykiwaniu do ciała szklistego lub do komory przedniej. W ostatnim przypadku następują bardzo silne objawy zapalne, a w końcu utrata oka. Przeciwnie przy załęgu wewnętrznym, przez wstrzykiwania do naczyń wywołanym, sprawa powstaje w postaci łagodnej, z wyraźnym usposobieniem do wygojenia. Gdy u królików w narządach wewnętrznych (płuca, nerki) przy gruźlicy sztucznej spostrzegano zawsze zserowacenia, Stock raz jeden tylko znalazł znaczniejsze zserowacenie w naczyniówce. Na okoliczność tę, zdaniem jego, dwa się składają czynniki: 1) wprowadzenie zarazka przez krew—prątki znajdują się tu w naczyniach, przeto wpływ ich niszczący na tkanki znacznie słabnie; 2) w oku mogą być odmiennie warunki odżywiania, ułatwiające odporność tkanek. Cały przebieg sprawy upoważnia Stocka do przyznania w przypadkach swoich tak zwanej złagodzonej gruźlicy.

W drugiej pracy swej w tej materji (Bericht über die XXXII Versammlung d. ophth. Gesellschaft zu Heidelberg, str. 297, 1905), Stock u królika, który, jak się zdawać mogło, zupełnie wyzdrowiał ze zapalenia gruźliczego tęczówki, wywołanego przez zastrzyknięcie do krwi hodowli prątków, dokonał irydektomii, a cząstkę wyciętą tęczówki wprowadził do

komory przedniej zdrowego królika. Po 14 dniach powstała gwałtowna sprawa gruźlicza ze zserowaceniem. Dowodzi to, jak wielka zachodzi różnica pomiędzy wprowadzeniem zarazka przez krew, a bezpośrednio do tkanek, jak dalece pierwsza droga jest łagodniejszą. Dowodzi to doświadczenie zarazem, że po zupełnem napozór ustąpieniu sprawy gruźliczej, w tkance pozostać jednak mogą prątki zupełnie zdolne do dalszej niszczącej pracy. Okoliczność ta tłumaczy nadto łatwość powstawania w pewnych przypadkach nawrotów. O ile ciecz wodna zawiera zarazek? Baumgarten i Coppez utrzymywali, iż ciecz wodna wcale prątków nie zawiera. Przeciwnie Gourfein (Ecole médicale de la Suisse romane, 1903) wywołała u królików i świnek gruźlicę tęczówki przez wstrzykiwanie do komory przedniej cieczy wodnej od dzieci cierpiących na gruźlicę tęczówki.

Przytoczone tu wyniki prac doświadczalnych, licując najzupełniej ze spostrzeżeniami klinicznymi bezwątpienia przelały wiele światła na wytlumaczenie samej sprawy u człowieka. W znacznej też mierze uzupełniły one wyniki otrzymane przez badania patologo-anatomiczne gruźlicy tęczówki i części przyległych. Pierwszy wprowadził na porządek dzienny sprawę »ziarniniaków« tęczówki Rosas, badając drugi przypadek Graefego. Był to krok nader ważny, zwłaszcza, że spostrzegł on wyraźnie, iż sprawa nie wspólnego z przymiotem nie miała; znalazł on komórki olbrzymie. Virchow, badając pierwszy przypadek Graefego, przyznał w nim utwór o budowie tkanki łącznej, zawierając »Mylloplates«, nie wypowiedział się jednak o istocie sprawy, tłumacząc się zbyt małym doświadczeniem co do guzów tęczówki. Pierwszy sprawę gruźliczą w tęczówce już wyraźnie jako taką, opisał Gradonigo (l. c.). Dokładniejszy opis podał Perls (l. c.). Tęczówka miała grubości 1,5 mm, powierzchnię jej pokrywała ropa. Nacieczeniu uległy również przetwór Fontany i ciało rzęskowe. W wyrostkach rzęskowych znajdowały się liczne węzółki. Badanie drobnovidowe wykazało typową budowę gruźliczą. Gruzełki gruźlicze w tęczówce opisał również Koster

(Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1873, str. 521), a Manfredi (l. c.) nie tylko udowodnił w 2 przypadkach gruźlicy tęczówki, lecz, co najważniejsza, wypowiedział się stanowczo, iż utwory opisane uprzednio jako ziarniniaki tęczówki, stanowią utwory gruźlicze. W przypadku swoim znalazł nadto gruzelki typowe w ciele rzęskowym i w rogówce. Weiss (Arch. f. Ophthalm. XXIII, 2, str. 141, 1877) opisał przypadek, w którym żółtawe węzłki występowały na tęczówce jako sprawa zupełnie miejscowa, a jednak miały one budowę prawdziwych gruzelków. Angelucci (Klin. Monatsbl. f. Augenh. 1878, str. 521) opisał przypadek guza barwy żółtawej w komorze przedniej powstałego, który następnie przedziurawił gałkę w okolicy rąbka. Był to guz gruźliczy, powstały prawdopodobnie w przestworze Fontany.

Z ogłoszonych później wyników dokładniejszego badania 56 przypadków, wraz z 3 moimi, możemy ustalić następujące zmiany anatomo-patologiczne. W przypadkach, gdy gruzelki są większe i zlewają się później ze sobą, tęczówka częściowa lub cała bardzo jest zgrubiałą (często 10 i więcej razy) powierzchnia jej guzowata, pokryta niekiedy wysiękiem, który może całkowicie wypełniać komorę. Składa się z mieszaniny włóknika i kulek krwistych lub też z istoty zserowaciałej. Na tęczówce lub w istocie jej znajdują się gruzelki, często mniej więcej zserowaciałe, przeważnie w pasie jej obwodowym. Ku przodowi rozrosty dochodzić mogą do rogówki, wypełniając nadto kąt komory przedniej. Ku tyłowi tęczówka zrastać się może z soczewką. Ciało rzęskowe uczestniczy w sprawie lub nie; mogą w niem powstawać węzły gruźlicze do 10 mm w średnicy. Od ciała rzęskowego tkanka gruźlicza posuwać się może do twardówki, przeważnie w okolicy przestworów Schlemma i Fontany. Często rozrost tkanki gruźliczej tak bywa znaczny, że postać gałki ulega zmianom, powstają występy w kształcie guzów, często też następuje przedziurawienie gałki, a wtedy tkanka gruźlicza występuje na powierzchnię.

W którym mianowicie miejscu następuje przedziurawienie? Zdaniem większości badaczy—w obrębie rąbka spojówko-

wego. Costa Pruneda w 2 swoich przypadkach (Arch. f. Ophthalm. XXVI, 3, 1881.) znalazł je w rogówce. Wagenmann w swoim przypadku (l. c) — w obrębie rąbka, właściwie już nawet w twardówce, a w tem określeniu swoim za jedynie dokładną wskazówkę słusznie uważał miejsce przyczepienie ścięgna mięśnia nastawniczego. Utrzymywał on, iż gniazda gruzlicze przeżerają twardówkę, wrastają do niej przeważnie wzdłuż naczyń, a sprawa może dojść nawet do spojówki. W moich 2 przypadkach rzecz się miała nieco inaczej. W pierwszym z nich tkanka gruzlicza zupełnie wypełniała dokoła przetwór Fontany. W przednim i tylnym pierścieniach sprężystych Schwalbego miało miejsce bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe. W bardzo zaś wielu miejscach znajdowały się znacznych rozmiarów typowe gruzelki, które przechodziły już na ścianę zewnętrzną przewodu Schlemm'a. Dalej ku zewnątrz i ku tyłowi pomiędzy blaszkami białkówki znajdowały się gniazda tkanki drobno-komórkowej, w której ułożone były na cięciu 2—3 gruzelki. W twardówce gniazda takie były ułożone we 2—3 warstwy, łączyły się one jednakże ze sobą, najbardziej zaś ku powierzchni posunięte znajdowały się nie tylko w warstwie nadtwardówkowej, lecz nawet w tkance samej spojówki gałki. Gniazda te równolegle jedno nad drugim i obok siebie położone posuwały się znacznie ku tyłowi, nawet do okolicy rąbka zębatego siatkówki. Żadnego stosunku w ułożeniu ich do naczyń lub nerwów znaleźć nie mogłem. To samo miało miejsce w 2-gim moim przypadku, w którym nastąpiło przedziurawienie, różnica na tem tylko zależała, iż gniazda gruzlicze jakkolwiek mniej ku równikowi posunięte, ku zewnątrz od rąbka spojówki zajmowały całą grubość twardówki, przetarły spojówkę i zaczęły rozrastać się na powierzchni gałki. Rozrost ten powstrzymywało wyłuszczenie gałki. Gniazda zatem gruzlicze w 2 moich przypadkach kierowały się w stronę twardówki, lecz nie rogówki.

W tęczówce gruzelki powstawać mogą we wszystkich jej warstwach. Co do drobnych węzełków z wielu stron podawano w wątpliwość gruzliczą ich istotę, wszelako takową

udowodnili anatomicznie Bongartz i Bach, to samo widziałem w 2-gim moim przypadku. Jeśli gruźelki znacznie się rozrastają, a tęczęwka jest zgrubiałą i wypełnia całą prawie komorę przednią, wówczas początkowej budowy jej trudno nawet dopatrzeć się. W pierwszym przypadku moim zdawać się mogło, iż tęczęwka wypełniała całą komorę przednią. Przy badaniu jednak anatomicznem rzecz się miała inaczej. W górnej połowie przetwór Fontany wypełniały bezpośrednio obok siebie położone znacznej wielkości typowe gruźelki Langhansa. W bardzo zgrubiałym pasie rzęskowym mieliśmy tylko bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe, W pasie żrenicznym zgrubienie o wiele jeszcze znaczniejsze występowało już w postaci guzów, 2—3 nacięcia, z których każdy znów składał się z 2—3—4 gruźelków drobnych, które stanowiły jakby jedną całość. O brzegu żrenicznym nie mogło być mowy; tęczęwka stanowiła jedną guzowatą masę, w której ocalały wszakże, lecz ułożone zupełnie nieprawidłowo pęczki włókien zwieracza. Miejsce żrenicy wskazywało tylko zagłębienie w środku tęczęwki. W dolnej połowie tęczęwki, w obrębie pasa żrenicznego mieliśmy bardzo drobne gruźelki, zgrubienie zaś tęczęwki pochodziło wskutek odczepienia przedniej jej błony granicznej przez wysięk. Pomiędzy błoną tą a tęczęwką powstała sieć o mniejszych i większych pętlach, wytworzonych w części przez cienkie pęczki luźnej tkanki łącznej, w części nawet tylko przez komórki podścieliska jej, których wyrostki łączyły się ze sobą. Były tu też bardzo liczne, dość grube niekiedy naczynia krwionośne. Na wysokości $\frac{1}{3}$ powierzchni przedniej tęczęwki, zgrubiała przednia błona graniczna przeginała się ku tylnej powierzchni rogówki i zrastała się z nią niżej średnicy poziomej. W pewnym miejscu powierzchnia jej znowu się zrastała, wskutek czego powstawał jakby torbiel. Zatem pozostawała wolną tylko bardzo wązka górna część komory przedniej. Pod przybłonkiem barwikowym znajdowała się warstwa z bardzo obfitem nacieczeniem drobnokomórkowem, a w niej bardzo nieliczne gruźelki Schüppela, pod tylną zaś powierzchnią rogówki na błonie Descemeta znajdowała się

bardzo rozwinięta warstwa drobno-włóknistej tkanki z bardzo obfitą ilością drobnych okrągłych komórek, a w niej nieliczne bardzo drobne gruzelki. Dalej ku obwodowi znajdowały się już w miejscu odpowiadającym przestworowi Fontany i całkowicie go zastępujące znacznych rozmiarów gruzelki Langhansa, które zajmowały nadto okolice przewodu Schlemma, kierując się dalej w stronę spojówki i twardówki, jak to wyżej opisałem. Nie dość na tem, obok samego brzegu rzęskowego, nacieczenie drobnokomórkowe, przetarłszy tylną warstwę barwikową, zajmowało w części przestwór Petita. Tu również znajdowały się drobne gruzelki, w których nadto napotkać można było komórki olbrzymie barwik zawierające. Dalej ku tyłowi, zupełnie już odosobnione, chociaż dość liczne komórki okrągłe można było spostrzedz aż do miejsca tylnego przyczepienia więzadła Zinna, chociaż nigdy nie przechodziły one na zewnętrzną jego powierzchnię. Przyczepiny tylne w przypadku tym nie były znaczne. Znane są jednak przypadki, gdy rozrost tkanki gruzliczej odsuwać może soczewkę, dalej może nastąpić przetarcie jej torebki, lecz i w tym razie w istocie jej daje się spostrzegać tylko nacieczenie drobnokomórkowe. Więzadło Zinna również poniekąd staje na przeszkodzie dalszemu rozwojowi sprawy. W ciele rzęskowym najbardziej opiera się zniszczenia mięsien zastawowawczy. W ciele szklistem spostrzegano niekiedy nacieczenie drobnokomórkowe, przeważnie w okolicy wyrostków rzęskowych, w wyjątkowych tylko razach ropne nacieczenie całego ciała.

Zmiany w rogówce, prócz bardzo rzadkich przypadków owróżdzenia jej, najczęściej zupełnie przypominają zmiany przy zapaleniu jej śródmiąższowem i tylko w 4 przypadkach znalaziono w niej prawdziwe gruzelki; mogą one powstawać również w rąbku. Błona Descemeta zmianom nie ulegała; w komórkach śród błonki jej w 1-szym moim przypadku znalazłem znaczny rozrost w pewnych miejscach — prawdopodobnie odpowiadały one złogom na tylnej powierzchni rogówki tak często przy sprawie gruzliczej spostrzeganych.

Na szczególniejszą zasługuje uwagę okoliczność, że spr-

wa gruźlicza zawsze prawie ogranicza się przednią częścią gałki, nie przechodząc na tylną. Wytłumaczyć to mogą najpierw odosobniony poniekąd układ naczyniowy przedniej części gałki, głównie jednak zdaje się kierunek prądu soków w oku. Jednocześnie sprawę gruźliczą w tylnej części gałki spostrzegano tylko w 9 przypadkach, w siatkówce — w 5, jednocześnie w przewodzie Petita — w 2, w 2 zaś przypadkach jednocześnie w tarczy nerwu wzrokowego, we właściwej naczyniówce w 3, w ciele szklistem w 2. Na wyróżnienie zasługują spostrzeżenia Baumgartena i Köhlera. Pierwszy z nich znalazł razu jednego, iż gruźlica ze spojówki przeszła na rogówkę, przedziurawiła ją, poczem na tęczówce zaczęły powstawać ziarniny, które znów później na zewnątrz wyrastać zaczęły. W przypadku Köhlera gruźlica z twardówki przeszła na przednią część traktu jagodówkowego.

Ze wszech miar zasługuje na uwagę 2-gi przypadek Samelsohna (l. c.). U 6-letniego dziecka węzełkowe zapalenie tęczówki lewego oka wygoiło się w ciągu 2 miesięcy, lecz niebawem powstał gruzełek w naczyniówce, objawy mózgowie, a po dziesięciu dniach śmierć. Badanie drobnowidowe wykazało zanik sprawy w tęczówce, lecz natomiast świeżą sprawę w ciele rzęskowym, zmiany w pochewkach nerwu wzrokowego i gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Bezpośrednio więc sprawa z przedniej części oka przeszła na opony. Najbardziej drobiazgowo badanie wszystkich narządów nie wykazało żadnych zgoła zmian w ustroju. Wypadałoby zatem, że mieliśmy w tym przypadku w istocie pierwotną gruźlicę gałki, stanowiłby on prawdziwe *unicum**).

Przypadki wyleczenia zupełnego nawet gruźlicy przedniej części gałki bynajmniej do wyjątków nie należą. Pierwszy

*) Prątki znaleziono w 15 przypadkach, nie udało się ich znaleźć w 10, wątpliwe wyniki otrzymano w 2 przypadkach. Szczepienie do komory przedniej zwierząt udało się w 13 przypadkach, nie udało w 2. W innych przypadkach rozpoznanie anatomiczne opierało się na typowej budowie tkanek.

przypadek wyleczenia opisał Verneuil w r. 1879, później opisali je Haab (w 4), Haensell (w 2), Michel, Van Duyse, Wecker, Leber i inni, razem przeszło 30 przypadków. Leczenia w gruncie rzeczy nie stosowano żadnego, było ono przeważnie dyetetyczne, zadawano też niekiedy środki cieszące się opinią przeciwgruźliczych.

Stosowano dalej leczenie operacyjne. Wycięcia guzów z pomyślnym skutkiem dokonano w 4 przypadkach, w jednym nastąpił wprawdzie zanik gałki. Usunięcia guzów zapomocą właściwej irydektomii dokonano z pomyślnym skutkiem w 7-u przypadkach.

O wiele częściej jednak leczenie operacyjne dawało wyniki bardzo niepomyślne. Wycięcia guza dokonano niepomyślnie w 5 przypadkach: w 2 z nich wypadło następnie wyłuszczyć gałkę z powodu, iż po nieudanej próbie guzy bardzo się szybko rozrastać zaczęły. Irydektomii dokonano ze złym skutkiem w 8 przypadkach. W jednym tylko nastąpił zanik gałki, we wszystkich innych wypadło dokonać wyłuszczenia z powodu szybkiego rozrostu bezpośrednio po operacji. W jednym przypadku (Alexander) zarazek widocznie był przeszczepiony do rany operacyjnej, w innym znów (Wolpe) cząstka tkanki, która odpadła od guza podczas operacji, upadła na dno komory przedniej i dała powód do powstania nowego guza. Niepomyślnem również było dokonane w 1 przypadku (Leidholdt) wyrwanie tęczówki.

Wypada zatem, że wycięcie guzów gruźliczych tęczówki samo przez się lub połączone z irydektomią rzadko prowadzi do celu, przeciwnie wdanie się operacyjne częściej bywa bodźcem do tem szybszego rozwoju sprawy. Powtarza się tu to samo, co ma zawsze miejsce po przedziurawieniu gałki. Środków tych zatem lepiej wyrzec się stanowczo.

Pozostaje najbardziej radykalny środek—to wyłuszczenie gałki. Kiedy mamy go stosować? Przeważająca większość badaczy stanowczo wypowiada się przeciwko niezwłocznemu wyłuszczeniu, ponieważ sprawa gruźlicza może ustąpić sama przez się, nawet z zupełnem wyzdrowieniem. Gdybyśmy mogli przy-

znać w gruźlicy przedniej części oka sprawę pierwotną, wówczas może chętniej przystępowałibyśmy do wyłuszczenia gałki, tusząc, że usuwamy w ten sposób ognisko dla ustroju w każdym razie szkodliwe. Lecz z faktów, któreśmy wyżej przytoczyli, wypada, że cierpienie to przynajmniej prawie zawsze jest wtórnem, że zatem usuwając jedno ognisko zostawiamy w ustroju inne. Inaczej rzecz się ma, gdy zachodzi obawa przedziurawienia gałki; wówczas trudno się namyślać, gdyż cierpienie w tym razie nietylko trwa dłużej, lecz rozrost znaczniejszym o wiele się staje. Dalej stanowczo wypowiedzieć się musimy przeciwko wrywaniu tęczówki i wypatroszeniu gałki, których to operacyi na szczęście w 2 tylko przypadkach dokonano. Nie zapominajmy, że otwierając jednocześnie liczne naczynia, torujemy przez to samo drogi nowe do wchłonięcia zarazka. Wyłuszczenia gałki dokonano dotąd w 72 przypadkach.

Obok operacyjnego leczenia gruźlicy tęczówki, już od dawna zaczęto stosować środek w r. 1890 przez Kocha podany — tuberkulinę. Jak wiemy, pierwsze próby zastosowania środka tego w celu leczniczym wypadły bardzo niepomyślnie, patologo-anatomowie zaś z Virchowem na czele zwrócili uwagę na okoliczność, że zastrzykiwania przez wywołane silne podrażnienie tkanek, mogą być powodem uruchomienia prątków, a przez to nietylko szybszego szerzenia się sprawy, lecz nawet uogólnienia sprawy początkowo umiejscowionej. Słuszną więc poniekąd była obawa stosowania środka tego przy cierpieniach oka, które zdawały się mieć wszelkie znamiona sprawy miejscowej. Jednak doświadczenia już z dawną tuberkuliną wypadły pomyślnie. Dokonali ich Königshöfer i Maschke (D. med. Wochensch. nr 2, 1891), Wagner (Münch. med. Wochensch. 1891, str. 266), Landgraf (Berl. klin. Wochensch. nr 11, 1891, Leber (l. c. str. 34) i Haase (Ueber Tuberculose des vord. Tractus uvealis. Diss. Kiel 1893). Obawy co do stosowania silnie działającej dawnej tuberkuliny przeniesiono również na nową T. R., chociaż nie mogło ulegać wątpliwości, iż środek ten wywołuje oddziaływanie daleko słabsze i co za

tem idzie mało mógł być posądzony o uogólnienie sprawy, zwłaszcza, że doświadczenia dokonane ze środkiem tym przy innych cierpieniach zdawały się wszelkie usuwać obawy. Następnie w literaturze znajdujemy dość liczne wzmianki o stosowaniu tuberkuliny, lecz tylko w celu rozpoznawczym. Pierwszy zastosował ją u człowieka Zimmermann (Die ophth. Klinik 1898, str. 144). Następnie Schieck (Arch. f. ophth. Bd. L, str. 247) w obszernej pracy, w której zestawiał wszystkie prawie opisane uprzednio przypadki gruźlicy przedniej części oka i opisał dokładnie 5 przypadków, w których zastosował zastrzykiwania tuberkuliny TR, zaczawszy od 0,05 mgr, podnosząc dawkę najpierw co 2, potem co 3 dni o 0,05, dochodząc nawet do 5,0 mgr, mniej więcej w ciągu od 3—5 tygodni do 3 miesięcy, w ciężkich przypadkach znacznie dłużej. Gorączkowania nigdy prawie nie było, natomiast następowało miejscowe oddziaływanie tkanek, narosłe początkowo się zwiększały, w jednym przypadku wystąpiła nawet ropa w komorze przedniej. Lecz później wszystkie objawy ustępowały i następowało wyleczenie ze wzrokiem od 0,1 nawet do 0,6.

Przed trzema laty ogłosił swą pracę v. Hippel (Arch. f. Ophthalm. LIX, str. 1, 1904), pod kierunkiem którego pracował Schieck. V. Hippel ostrzega przed silnymi dawkami i znacznym zwiększaniem ich, gdyż w tych warunkach następowało pogorszenie. Przy dłuższem systematycznym użyciu nawroty są rzadkie. Opisał szczegółowo 10 przypadków. Postacie były ciężkie, a wyniki leczenia świetne—w 3 przypadkach $V = 0,8$ (!), w innych był słabszy głównie z powodu błon pozostałych w obrębie zrenicy. Przypadki były spostrzegane po kilka, prawie do 10 lat, bez nawrotów. Słuszny więc wyprowadza wniosek, iż tuberkulina TR stanowi dzielny środek leczniczy, który nie jedną gałkę nietylko od wyłuszczenia obroni, lecz zupełnie dobry wzrok zapewnić jej może.

W późniejszej swej pracy (Sitzungsbericht d. ophth. Gesellschaft zu Heidelberg 1905, str. 136) v. Hippel podał wyniki leczenia tuberkuliną jeszcze 14 nowych przypadków gruźlicy przedniej części oka, dość ciężkich, w których je-

dnakże z wyjątkiem jednego wyniki leczenia najzupełniej były pomyślne, chociaż w trudnych przypadkach doradza dokonać więcej, nawet 60 wstrzykiwań.

Doświadczenia nad działaniem tuberkuliny przy sztucznie wywołanej gruźlicy tęczówki u zwierząt niezawsze jednakowe dawały wyniki. Początkowo stosowano dawną tuberkulinę. Dönitz (Deutsche med. Wochenschrift 1891, str. 128) upewniał, iż tuberkulina stanowi pewny środek przy leczeniu sztucznej gruźlicy. Podobne wyniki otrzymał również Sattler (Deutsche med. Wochensch. 1892, nr 1 i 2). Znowu Baumgarten (Festschrift f. R. Virchow Bd. III, str. 82, 1892) wywołując możliwie łagodne zapalenie tęczówki, po tuberkulinie spostrzegał bardzo silne oddziaływanie, co się zaś tyczy tkanek gruźliczych, to mógł się tylko przekonać, że się łatwiej od podstawy oddzielały, lecz wyleczenia nie spostrzegał. Ujemne wyniki otrzymali również Samagira (Virch. Arch. Bd. 129, str. 357, 1892), Alexander (Centralbl. f. prakt. Augenh. str. 161, 1891), Baas (Arch. f. Ophth. XXXIX, 4. str. 178) i Gasparini i Mercant (An. di oftalm. XX. str. 128, 1891). Z nową tuberkuliną pierwszy dokonał doświadczeń Zimmermann (l. c.)—wyniki wypadły pomyślnie, zaprzeczyli im jednak Baumgarten i Walz (Centralbl. f. Bacteriologie XXIII, str. 587, 1898), którzy przyszli do wniosku, iż małe dawki pozostają bez skutku, wielkie zaś pogarszają sprawę. Schieck (l. c.) wywoływał sztuczną gruźlicę tęczówki, wprowadzając do komory przedniej królików przetartą hodowlę prątków. Wyniki doświadczeń tych były następujące: 1) Tuberkulina RT nie uodparnia; 2) nie jest w stanie wyleczyć każdy przypadek; 3) przebieg sprawy pod jej wpływem jest łagodniejszy; 4) skutek występuje mniej wyraźnie z powodu, iż sprawa sama przez się wyleczyć się może. Różnica z działaniem jej u ludzi a u zwierząt polega na tem, iż u pierwszych powstaje ona przez wyłąg wewnętrzny, prątki więc rozwijają się nie na powierzchni, lecz w tkance samej, tuberkulina zaś wywołuje znaczniejsze w niej oddziaływanie. Przy sztucznej zaś gruźlicy u zwierząt prątki najpierw trafiają w większej znacznie ilości,

znajdują się na powierzchni tęczówki otoczone przez nieliczne komórki, dla walki przeto z prątkami warunki o wiele są tu trudniejsze.

Przyczynek do nauki o uszkodzeniach przedniej części gałki ocznej kwasem siarczanym.

Podał

Dr med. JAN HOENE.

(Czytane na posiedzeniu Kijowskiego Oftalmicznego Towarzystwa z 3 kwietnia 1907 r.).

(Dokończenie).

Wnosząc ze swych spostrzeżeń, dany przypadek przedstawia typowe uszkodzenie oczów H_2SO_4 . W prawem oku mieliśmy tylko powierzchowne przybrzeżne zgorzeliiny rogówki i łącznicy, w lewem zaś ciężką postać uszkodzenia oka. Kliniczny przebieg sprawy przedstawiał się w tem oku w postaci postępującej martwiny błony rogowej, powikłanej plastycznym zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, które doprowadziły do zmarszczenia i zaniku gałki ocznej. W porównaniu ze znanymi nam podobnymi sprawami chorobowymi, w pojedynczych swych objawach, posiada on jednak wiele znamion wybitnych, któremi przyczynia się do wyjaśnienia wielu zjawisk anatomii patologicznej oka, i z tego też punktu widzenia, zasługuje, zdaniem mojem, na szczególowsze rozpatrzenie. W całej tej sprawie chorobowej, spowodowanej ściśle określonym momentem przyczynowym, o najzupełniej aseptycznym przebiegu, widzimy szereg stopniowo rozwijających się zaburzeń odżywiania pojedynczych tkanek oka, które ostatecznie doprowadzają do zburzenia całego przedniego odcinka gałki. Prócz tego, widzimy, że jak we wszystkich patologicznych sprawach ogniskowych, tak i przy uszkodzeniach gałki ocznej żrącymi środkami, na-

stępuje dążenie żywych otaczających tkanek do wydalenia zgorzelinowego ogniska, wytwarza się więc walka odczynowa w celu wyrównania naruszonej sprawności fizyologicznej, a wynikiem tej walki albo zupełne odnowienie upośledzonych tkanek, lub też stopniowe zamieranie i zwyrodnienie bezpośrednio nie uszkodzonych składowych ich części.

Z ogólnej patologii wiemy, że niszczące działanie t. zw. środków żrących, przy zetknięciu się z tkankami organicznymi, polega na odciągnięciu z nich płynu wodnistego, przez co następuje skrzepnięcie zarodni, sucha zgorzel i zanik naczyń, doprowadzających soki odżywcze. W zależności od jakości, ilości i czasu ich działania, natychmiastowo następuje powierzchowna lub głębsza zgorzel, a części nią dotknięte nie mogą już odzyskać swej sprawności i muszą być wydalonymi z ustroju zwiększoną żywą pracą sąsiednich otaczających tkanek. W ogólnych więc zarysach anatomo patologiczny przebieg każdego takiego urazu musi się składać z następujących okresów: 1) natychmiastowo następująca na miejscu zetknięcia zgorzelina; 2) odgraniczające zapalenie dążące do wydalenia ogniska zgorzelinowego i 3) okres regeneracji t. j. odnowienia zniszczonej tkanki, jeżeli anatomiczne umiejscowienie zgorzeliny będzie temu sprzyjało, lub też następcze zwyrodnienie, jeżeli warunki urazu wykluczają możliwość odnowienia porażonej tkanki. W zależności od jakości żrącego środka, czas trwania 2 i 3 okresu może być nader zmiennym, a kliniczny przebieg, pojedyncze objawy i zejście nader różnorodnymi. Odnośnie do oka, to powyższa istota działania żrących środków staje się bardziej jeszcze zawikłaną w skutek niejednorodnej anatomicznej budowy narządu wzrokowego, składającego się z oddzielnych błon, posiadających różne źródła odżywiania i nader odmienne właściwości fizyologiczne. Nie mając zamiaru w niniejszej pracy różniczkowego rozpatrywania działania poszczególnych środków żrących, ograniczam się tylko rozbiorem działania SH_2O_4 na części składowe przedniej części gałki ocznej, o ile w praktyce życiowej mogą one podlegać bezpośredniemu działaniu tego środka.

Z natury rzeczy wynika, że najczęściej ulega tej oparzelinie łącznica galki i powiek, przyczem wadła budowa tej błony w części galkowej nie może się oprzeć niszcącemu działaniu H_2SO_4 , i ulega zupełnemu zniszczeniu, wraz z przebiegającymi w niej naczyniami krwionośnymi i tkanką nadtwardówkową (*episclera*) a przy wnikaniu większych ilości kwasu w worek łącznicowy zostaje też uszkodzoną i sama twardówka. Wywołane tem utrudnienie lub wstrzymanie krążenia jest główną przyczyną porcelanowego, martwego wyglądu galki ocznej, a w razie uszkodzenia większych naczyń krwionośnych, przebiegających w nadtwardówkowej tkance, musi bezwarunkowo nastąpić także upośledzenie odżywiania odpowiednich części galki ocznej, otrzymujących swą surowicę odżywczą z tych naczyń, pomimo, że bezpośrednio nie ulegały one niszcącemu działaniu kwasu. Powstałe ztąd przeszkody w krwiobiegu nie łatwo mogą być wyrównanemi, najczęściej następuje martwicowy rozpad łącznicy, przy czem jeżeli sprawa zamierania przeniknęła w głębsze warstwy podłącznicowe, odnowienie ich może być dokonaniem tylko przez wytworzenie owrzodzeń z bujającą ziarniną i następczemi bliznami, co jednak wobec stosunkowo małej ilości czynnych komórek w utkaniu twardówki wymaga dłuższego okresu czasu. Ztąd też w odpowiednich przypadkach widzimy bardzo powolny przebieg sprawy zagajania, a martwy wygląd oka przedłuża się całymi tygodniami. Zupełne zaś wyrównanie uszkodzeń łącznicy bez owrzodzeń może nastąpić tylko przy powierzchniowych oparzelinach nie sięgających do właściwego utkania tej błony, i w żadnym razie nie dochodzi do czynnych objawów zapalnych o większem natężeniu.

W miejscu zetknięcia kwasu siarczanego z rogówką natychmiastowo powstaje ściśle ograniczone zmętnienie w postaci białej, sterczącej nad powierzchnią płamy, wytworzonej zgorzelinowym strupem. Prawie bezpośrednio potem naokoło strupieszalego ogniska występuje rozlane, mniej lub więcej wyraźne zamglenie, szybko rozszerzające się po całej rogówce, które w razie pomysłnego zejścia ustępuje dopiero po odpadnięciu strupa. Objaw ten więc jest wtórną czynnością organiczną

i niema znaczenia bezpośredniego oddziaływania kwasu na nabłonek lub miąższ rogówki, a jest wynikiem odczynu zapalnego towarzyszącego każdemu urazowi tej błony. Jeżeli bowiem szklaną pałeczką z wiszącą kropelką 10 krotnie rozcieńczonego sprężonego kwasu, dotykać będziemy rogówek świeżo wyłuszczonej oczów zwierząt (wołów, królików, psów i kotów), to następuje natychmiastowe ściśle odgraniczone zniszczenie nabłonka i błony Bowmana, które też zaraz odpadają od miąższu rogówki. Więc już na zasadzie powyższego spostrzeżenia stanowczo możemy powiedzieć, że wzmiankowane zamglenie w żadnym razie nie zależy od bezpośredniego uszkodzenia nabłonka, który jest niezmiernie wrażliwy i tylko w miejscach zetknięcia ulega zupełnemu zniszczeniu, tembardziej, że połączenia H_2SO_4 z ciałami białkowymi nie wykazują żadnej skłonności do oddziaływania na otaczające swobodne białko. Łatwo o tem możemy się przekonać dodając do epruwetki zawierającej przezroczyste białko jaja kurzego, lub też wodne roztwory jego, kroplami H_2SO_4 . Na miejscu zetknięcia obu płynów następuje natychmiastowe skrzepnięcie białka, w postaci sporych, pęczniejących białych skrzepów, ściśle odgraniczających się od pozostałego przezroczystego płynu, i zwolna opadających na dno. W ciągu całej doby skrzepy te nie okazują najmniejszego wpływu na przezroczystość pozostałego płynu białkowego, który pomimo dodawania kwasu, cały ten czas zachowywał pierwiastkowy obojętny odczyn i nie barwił niebieskiego papieru lakmusowego. Również cały szereg spostrzeżeń, wprawdzie tylko pośmiertnych, na oczach zwierzęcych przekonał, że H_2SO_4 nie posiada własności przenikania w miąższ rogówkowy. Tak, kropla kwasu puszczonej na przezroczystą rogówkę, powoduje natychmiastowo na miejscu zetknięcia ściśle odgraniczone białe zmętnienie, sterczące nad powierzchnią wskutek nasiąkania wytworzonego skrzepu, z zupełnym zniszczeniem nabłonka i błony Bowmana, a otaczająca rogówka poza sferą bezpośredniego działania kwasu, zachowuje poprzednią nieposzlakowaną przezroczystość. W tych też warunkach ciecz przedniej komory oka zachowuje swój obojętny odczyn,

co wskazuje, że przez rogówkę kwas nie przedostaje się do cieczy komory. Pod tym względem przekonałem się, że nie wszystkie warstwy rogówkowego ustroju zachowują się jednako. Jeżeli bowiem ostrożnie usunąłem przednie warstwy aż do błony Descemeta, bacząc na zachowanie jej całości, to kropla kwasu z łatwością przenikała do cieczy komory, która w tych warunkach wykazywała wybitny kwaśny odczyn. Czerwone zabarwienie lakmusowych skrawków, otrzymawałem także dotykając nimi błonę Descemeta, jeżeli parę kropli pod rząd puszczałem na oznaczone miejsce rogówki, uważając aby kwas nie rozlewał się po otaczającej, od pierwszego zetknięcia, nie zmętniałej części. Osiągałem to przez wgłębienie poprzednio wyciętej przedniej części rogówki. Widocznie, że po przez wytworzony strup, kwas dosięgał coraz głębszych warstw, a doszedłszy aż do błony Descemeta, przenikał ją. Możemy również przekonać się o odmiennem zachowywaniu się na działanie H_2SO_4 błony Descemeta, w porównaniu z pozostałymi warstwami rogówki, zanurzając świeżo wyciętą rogówkę w kwas, przyczem widzimy, że niezwłocznie cała rogówka silnie zmętnieje, znacznie, przynajmniej dziesięciokrotnie, grubieje i zmniejsza swój obwód o połowę. Już po krótkiej chwili z łatwością nożykiem i igłą możemy ją rozdzielać na pojedyncze blaszki i oddzielić od pozostałego mięszu błonę Descemeta, przyczem w porównaniu do pozostałych silnie zbielałych warstw, błona ta zachowała stosunkowo przezroczystość swoją. Jakkolwiek w składzie chemicznym błony rogowej znajdują się tylko ślady czystego białka, a ustrój jej pod względem chemicznym przynależy do t. zw. ciał białkowatych (klejo- i śluzorodnych — pierwszych około 80%, a wtórych około 20%), nie mniej jednak wiemy z chemii fizyologicznej, że chemiczne odczyny tych substancji odnośnie do H_2SO_4 , nie przedstawiają znaczniejszych różnic w porównaniu z czystym białkiem. Na zasadzie też pewnego doświadczenia ze spostrzeganych u ludzi przypadków, możemy też, powyżej opisane, na obumarłych zwierzęcych rogówkach zauważone zjawiska działania H_2SO_4 , spożytkować jako bezsprzeczny dowód, że o wnikaniu kwasu

w miąższ rogówkowy i wywołaniu tem rozlanego zamglenia nie może być mowy. Pod tym względem H_2SO_4 znacznie się różni od żrących środków z grupy soli metalowych (wapno, kamień piekielny, sole ołowiane i t. p.), które przeciwnie, jak to wykazały badania Lebera, Knies'a, Guillery'ego, Kriukowa, zur Neddena, szybko wnikają w komórki miąższowe rogówki, tworząc w nich nierozpuszczalne osady według jednych autorów, albo też płynne, lecz nie przezroczyste połączenia chemiczne. Przed wielu laty badając doświadczalnie sprawy zapalne rogówki, a również w celach sądowo-lekarskich ekspertyz wytworzenia plam sztucznych na rogówkach zwierząt, przekonałem się o wnikaniu roztworów soli metalowych w miąższ tej błony, i osiadania w nim nierozpuszczalnych złogów, z których w pewnej części swych doświadczalnych przypadków mogłem zeszkrobywaniem oczyścić zmętniałą rogówkę.

Sądzę więc, na podstawie powyższych, w części doświadczalnych, a w części ogólnych danych anatomii patologicznej, że rozlane zmętnienia towarzyszące ogniskowym zgorzelinom wywołanym działaniem H_2SO_4 , stanowią objaw swojego odczynowego zapalenia miąższowego, którego podstawą anatomiczną, zgodnie z pracami Reklinsghausena, byłoby obfite nagromadzenie komórek wędrownych z przesiąkaniem pomiędzy pojedyncze blaszki rogówki stężonych płynów białkowych. Zmienione przez to warunki wzajemnego układu pojedynczych warstw oddziałują też na załamywanie się promieni światła i również powodują ogólne zamglenie całej błony. Biorąc zaś pod uwagę zauważony fakt, że w przypadkach z pomyślnem zejściem z odpadnięciem zgorzeli, następuje zupełne przejaśnienie rogówki, bardzo też być może, że rozlane to zamglenie jest spowodowane uciskiem napęczniałych ognisk na nieuszkodzone warstwy ustroju rogówki, przez co również naruszonym zostaje prawidłowy układ blaszek rogówkowych. W takim razie rozlane to zamglenie odpowiadałoby anatomicznie zmętnieniom pojawiającym się w następstwie ucisku na gałkę oczną, lub też występującym w cza-

się ostrych i podostrych napadów jaskry. Sprawa ta potrzebuje jednak jeszcze wyjaśnienia przez doświadczalne drobnowidowe badania, których nie mogłem dokonać dla braku czasu.

Oдноśnie do dalszego przebiegu porażenia rogówki wywołanej oparzeliną kwasem siarczanym, na mocy swych spostrzeżeń zaznaczyć muszę wybitnie aseptyczny charakter sprawy chorobowej i pomimo pozornie ciężkich warunków, możliwość odnowienia zniszczonej tkanki, bez pozostawienia śladu przebytego urazu. Takie jednakże pomyślnie zejście wówczas tylko będzie możliwem, jeżeli nie zostały uszkodzonymi drogi doprowadzające do rogówki surowice odżywcze. W razie przeciwnym, w zależności od naruszenia warunków fizyologicznej równowagi przyływu i odpływu materiałów odżywczych, następują rozmaite patologiczne postacie zwyrodnienia rogówki, charakter których będzie odpowiadał natężeniu upośledzenia odżywiania. Jeżeli zaś nastąpi zupełne przerwanie przemiany ustroju, niechybnie doprowadzi to do zamierania, strupieszenia całej rogówki. Bądź co bądź jednak nie będziemy mieć ropnego charakteru zapalenia, jak to opisują autorzy, a jeżeliby kiedykolwiek to nastąpiło, to należy je uważać jako przypadkowe powikłanie, nie mające bezpośredniej zależności z uszkodzeniem rogówki przez H_2SO_4 .

Z fizjologii wiemy, że odżywianie się błony rogowej oka, nie posiadającej własnych naczyń krwionośnych, odbywa się za pośrednictwem końcowych gałązek przednich długich tętnic rzęskowych, przebiegających w podłącznicowej tkance i tworzących naokoło rąbka rogówki okrężne sploty. Z tych to splotów przesącza się surowica odżywcza, stanowiąca główne źródło odżywiania, która prócz tego jednak podtrzymuje się jeszcze połączeniami z naczyniami limfatycznymi twardówki, a w tylnych warstwach osmotycznymi tokami z cieczy przedniej komory (Leber, Knies, Kriukow). Wobec takiego ustroju dróg odżywczych, różnorodne warstwy rogówkowe, pomimo zniszczenia głównych odżywiających tętnic, mogą przez pewien czas opierać się grożącemu im niebezpieczeństwu, i sprawa zamierania odbywa się stosunko bardzo powolnie. Jak widzie-

liśmy w opisanym przypadku zejście w prawem i lewem oku było najzupełniej odmienne, co tłumaczy się różnicą w ilościach H_2SO_4 , przedostałego się do worka łącznicy. Znacznie większe ilości przeniknęły do lewego oka, i prócz tego dopełniały się spływającym z czoła i powiek, przesączającym się przez szczelinę powiekową, co spowodowało zwiększanie się natężenia działania, a tem samem i zakres spustoszenia, przyczem niezależnie od bezpośredniego uszkodzenia rogówki w postaci poprzecznej zgorzeliny, nastąpiło głębokie zniszczenie podłącznicowych naczyń krwionośnych. W następstwie też ulegały powolnemu zamieraniu, pozbawione dopływu odżywczego materiału, pojedyncze blaszki błony rogowej, które też powolnie oddzielały się warstwa za warstwą w przeciągu czasu około 3-ech tygodni, przy zupełnym braku ropienia. Ostatecznie najbardziej odporną okazała się błona Descemeta, odżywiana cieczą komory, aż nareszcie, wobec innych jeszcze powikłań, mianowicie zanikowego zmarszczenia ciała rzęskowego, i ta błona uległa całkowitemu zniszczeniu.

Współtowarzyszące temu powolnemu zamieraniu rogówki zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego, było też spowodowane niewątpliwie przeniknięciem H_2SO_4 do komory oka, przez zniszczone zgorzeliną, sięgającą prawie błony Descemeta, warstwy rogówki. Na to bezpośrednie działanie kwasu na tęczówkę wskazują szybko powstałe zlepienia jej z torebką soczewki, a także i zmiany zauważone w samej soczewce. W pewnej części na powstanie sprawy zapalnej w przedniej części naczyniówki mogły także wpływać zaburzenia w krwiobiegu wywołane zniszczeniem naczyń podłącznicowych, których pojedyncze gałązki przebijają twardówkę i łącząc się z gałązkami tylnych długich tętnic rzęskowych, wraz nimi wytwarzają wielki splot tętniczy tęczówki. Nie mniej jednak głównym czynnikiem wywołującym zapalenie było bezpośrednie działanie kwasu na tęczówkę i ciało rzęskowe, który przedostawszy się do cieczy komory, chemiczne swe działanie wywierał zarówno na przednie odcinki błony naczyniowej jak też i na soczewkę. Przemawiają za tem zmiany soczewki, które wytworzyły się pra-

wie bezpośrednio po oparzelinie. Stwierdzenie faktu przesiąkania kwasu przez strupieszalą rogówkę wydaje mi się zasługującym na szczególniejszą uwagę, wobec wyżej przytoczonych doświadczalnych danych wyników działania H_2SO_4 na rogówki zwierzęce, co dowodzi, że podobnie zachowują się i żywe rogówki ludzkie, a mianowicie, że przy głębiej sięgającej oparzelinie kwas swobodnie przenika błonę Descemeta, nie niszcząc takowej. Powstałe na takiej podstawie zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego odznaczało się również aseptycznością i plastycznością swoją, i w objawach swych najzupełniej odpowiadało spostrzeżeniom doświadczalnym Lebera nad zapaleniami głębokich części oka bez współdziałania chorobotwórczych drobinek. Obfita wydzielina przeważnie z komórek nabłonkowych wyrostków rzęskowych i wysięki zapalne z przedniej powierzchni tęczówki, pobudzone bezpośrednim działaniem H_2SO_4 , stanowiły też istotę nagromadzenia się włókniaka w cieczy komory, który krzepnąc i osiadając w komorze spowodował t. zw. hypopyon. Skrzepy włóknikowe ciężarem swym opadały w dolne części komory, a zwiększając się coraz to nowymi osadami, stopniowo wypełniły całą dolną połowę komory ocznej aż do otworu źrenicowego. Stożkowaty układ tych osadów wskazuje, że głównem ich źródłem były wyrostki rzęskowe, przyczem skrzepy tworzyły się przy przechodzeniu przez otwór źrenicowy do przedniej komory i osadzając się na tęczówce i błonie Descemeta, zlepiały się z nimi tworząc nieruchome przy poruszeniach głowy nagromadzenia włóknikowe w komorze. W miarę uśmierzania sprawy zapalnej tęczówki i zwyrodnienia ciała rzęskowego, zmniejszyły się włóknikowe wydzieliny, dolne zaś warstwy osadów przetwarzały się chemicznie, i w takiej postaci mogły być wydalonymi z komory przez układy limfatyczne kątów komory w t. zw. więzach grzebieniastych i przestworach Fontany. Ponieważ jednak zwykłe drogi wywodowe z komory ocznej, jak kanały Schlemma i Petita, były uszkodzone działaniem H_2SO_4 , to i sprawa wydalenia zawartości komory nie mogła odbywać się prawidłowo. W istniejących warunkach musiałyby nastą-

pięć albo wstrzymanie się sprawy wydalania ze zwiększeniem zawartości komory i powstałem z tego powodu podwyższeniem ciśnienia śródocznego przy objawach ostrej jaskry, lub też sprawie wydalania musiały współdziałać inne jeszcze warunki, które zastępczo przeciwdziałały zwiększaniu się ciśnienia wśródocznego. Wnioskując z faktu, że jednocześnie ze zmniejszeniem się hypopyon'u pojawiły się pomiędzy blaszkami rogówki złogi tłuszczowe, musimy przyjąć pomiędzy temi zjawiskami przyczynowy związek, wzajemną ich zależność, i cząsteczki tłuszczu osiadłe w miąższu rogówkowym uważać za tłuszczowe zwyrodnienia wysięku włóknikowego, w tej postaci wyprowadzonego z komory ocznej. Że tak było w istocie najzupełniej potwierdza wygląd oka z dnia 15 maja, gdy z oddzieleniem się tłuszczowych złogów i zmartwiałych blaszek rogówkowych, nie pozostało żadnych śladów wysięku w cieczy komory. W danym więc przypadku znajdujemy najzupełniejsze stwierdzenie w oku ludzkim, dotąd nieco jeszcze spornych doświadczalnych wyników Knies'a i teorii jego powstawania jaskry, a z anatomico-patologicznego punktu widzenia wyjaśnienie, dotąd zagadkowego tworzenia się różnorodnych złogów w patologicznie zwyrodniałym miąższu rogówki. Wydaje mi się jednak bardzo prawdopodobnem, że pewne zmiany w błonie Descemet'a, zwłaszcza w śródbłonkowym jej utkaniu, stanowią główny warunek takiego przenikania zawartości przedniej komory w miąższ rogówki, co należałoby jeszcze odpowiednimi drobnowidowemi badaniami stwierdzić.

Co się zaś tyczy zmarszczania i zmniejszania objętości gałki ocznej, to patologiczne te sprawy stanowią zwykły wynik wysięków zapalnych o większem nateżeniu w ciałku rzęskowym, przyczem niewątpliwie i pozostałe części błony naczyniowej, a również ciało szkliste i siatkówka ulegały zwyrodnieniu i przyjmowały czynny udział w tej sprawie. Wysięki zapalne w tych częściach oka odznaczają się, jak wiadomo, wybitnie rozplenną dążnością, tworząc uorganizowane nacieczenia komórkowe, które ulegają następnie zwyrodnieniu, skurczają się bliznowato, przez co powodują zmniejszanie się

objętości gałki ocznej i jej zanik. Nie będziemy jednak rozstrząsać szczegółowo tych spraw chorobowych, ponieważ w danym przypadku nie były one dostępnymi bezpośrednio spostrzeganiu.

Pozostają nam jeszcze do omówienia zauważone w ustroju soczewkowym zmiany, które były wynikiem zmienionych warunków przesiąkania płynów w organach śródocznych, spowodowanych obecnością H_2SO_4 w cieczy przedniej komory. Zwiększony odpływ z soczewki doprowadził do zróżniczkowania oddzielnych warstw włókienek soczewkowych, przez co nastąpiło zaćmowe ich zwyrodnienie. Niewątpliwie działaniu kwasu podlegały także i komórki nabłonkowe, których udział czynny w zwyrodnieniu soczewki klinicznie objawił się w zmętnieniu torebki soczewkowej. Następczy układ gwiazdowy włókien soczewkowych stanowi znane zjawisko spowodowane anatomicznym ich ustrojem, rozpadnięcie zaś na drobne bezkształtne cząsteczki o ciemno-żółtym zabarwieniu wskazuje, że przyczyną zwyrodnienia było gwałtowne wysiękanie płynu z soczewki pod wpływem działania SH_2O_4 . Zauważona w danym przypadku sprawa rozpadowa wielce przypomina i odpowiada zmianom spostrzeganym doświadczalnie przy poddawaniu soczewek wysuszeniu przez nagrzewanie ich, co potwierdza, że przyczyną zwyrodnienia było obfite odciąganie płynów z ustroju soczewkowego. Co się zaś tyczy torebki soczewkowej, to poucza nas anatomia patologiczna, że błona ta nie podlega czynnym zmianom zapalnym, odznacza się odpornością i biernością swoją we wszelkich patologicznych sprawach, rozgrywających się w gałce ocznej. Według Greeffa, opierającego się na spostrzeżeniach Beckera, Müllera i Wagenmana, błona ta może ulegać tylko zgrubieniom lub zcieńczeniom, nie posiadającym jednak znamion samodzielnych przemian anatomicznych. Tak, zgrubienia jej powstają w następstwie osiadania na niej wysięków szklitych pochodzących z patologicznie zmienionych nabłonkowych komórek soczewki, zcieńczenia zaś zanikowe towarzyszyły zastarzałym zaćmom ze złożami wapieniemi. Na zasadzie opisanych w naszym przypadku objawów,

należy przyjąć, że działanie kwasu spowodowało pewne roz-więczenie i osłabienie odporności tej błony, w następstwie czego nastąpiło rozerwanie się jej pod wpływem zwiększonego nacisku rozszerzającej się przytwierdzonej do niej tęczówki (zapalnymi wysiękami). Stosunkowo dość znaczny okres czasu, przeszło dwa tygodnie, który upłynął od porażenia oka do rozerwania torebki, tłumaczy się do pewnego stopnia natężeniem sprawy zapalnej w tęczówce, która nie ulegała działaniu atropiny. Z chwilą uśmierzania jej, działanie atropiny było skuteczniejsze, źrenica rozszerzała się rozrywając torebkę soczewkową, której pozostałości w postaci silnie skręconych łasmo-wych pasemek, silnie przylegały do źrenicznych brzegów tę-czówki. Wyznaję, że podobnego, do pewnego stopnia samoistnego rozerwania się torebki soczewkowej, spowodowanego zapalnymi czynnikami śródocznymi, osobiście nigdy nie spostrzegałem, jak również w oftalmicznej literaturze nie spotkałem się z opisem odpowiedniego objawu.

* * *

Trochę może nazbyt obszerny rozbiór danego przypadku uzasadnia się niezwykłością jego i szeregiem, szczególnie pod względem anatomo-patologicznymi, znamiennych zjawisk. Na zasadzie spostrzeganych przypadków łącznie z krytycznym ich rozbiorem, dochodzę do wniosku, że oparzeliny gałki ocznej H_2SO_4 , odznaczają się pewnymi właściwościami, którymi odróż-niają się od uszkodzeń innymi środkami żrącymi, szczególnie z grupy środków metalicznych. W ogólnych zarysach właści-wości te polegają na ściśle ograniczonym niszczącym działa-niu kwasu siarczanego li tylko do miejsca bezpośredniego zet-knięcia się z gałką oczną, i aseptyczności powstałej tym spo-sobem zgorzeli, następczy zaś przebieg kliniczny i anatomo-patologiczny charakter porażenia, uzależnia się od zmiany wa-runków odżywczych tkanek gałki ocznej, wywołanych pier-wiastkowym uszkodzeniem. Jeżeli dopływowe drogi odżywcze nie zostały bezpośrednio uszkodzonymi, to następuje zupełne odnowienie rogówki z zachowaniem zupełnej sprawności oka.

W przeciwnym razie następują różne sprawy zapalne, zależne od stopnia zaburzenia odżywiania, które pomimo aseptycznego przebiegu, ostatecznie mogą doprowadzić do zupełnego zniszczenia gałki ocznej. Klinicznie i fizyologicznie swoiste działanie H_2SO_4 na oddzielne warstwy ustrojowe rogówki i pokrewne z nimi zarodowe tkanki, wyraża się nader niejednolicie. Tak nabłonek i błona Bowmana ulegają natychmiastowemu zniszczeniu, właściwy miąższ rogówki tworzy z kwasem połączenia chemiczne, nie posiadające siły żywotnej, które następnie muszą być z ustroju wydalonemi. Prawie zupełnie odporną jest błona Descemeta, która stosunkowo mało się zmienia od działania kwasu, lecz przepuszcza go do komory ocznej. Pochłania więc zapaleniami śródocznych części, o ile one są zależnemi od urazu, są wyłącznie wywołanemi również bezpośredniem działaniem kwasu na naczyniówkę i soczewkę, który przez błonę Descemeta przenika do cieczy komory ocznej i tym sposobem wywiera swoje niszczące, zgubne dla oka działanie. Rokowanie więc w każdym oddzielnym przypadku musi się liczyć z warunkami i doniosłością zaburzenia odżywiania, spowodowanego pierwotną zgorzeliną, określenie których nieraz jest bardzo utrudnionem, zwłaszcza odnośnie do obszaru porażenia tkanki podłącznicowej, zawierającej w sobie główne tętnice przednich odcinków gałki ocznej. Z poprzednio spostrzeganych w różnych okresach mej działalności lekarsko-okulistycznej czterech przypadków, w jednym było porażenie obydwóch oczów, a w pozostałych tylko jednego oka. We wszystkich tych przypadkach zejście było względnie pomyslnem, albowiem nie nastąpiła utrata wzroku, a tylko w jednym pozostało częściowe zrośnięcie gałki ocznej z powieką, które następnie było usunięte drogą operacyjną. Były to więc przypadki w których rozmiary uszkodzenia rogówek i łącznicy gałki, podobnie jak w prawem oku ostatniego, opisanego powyżej, nie sięgały głębiej, oszczędzając podłącznicowe tętnice. Jako pewną wskazówkę przy rokowaniu uważam zachowanie się zamglenia rogówki po oddzieleniu pierwotnej zgorzeliny,

jeżeli bowiem nastąpi przejaśnienie jej, to możemy spodziewać się utrzymania oka w stanie względnie pomyślnym.

* * *

Odnosnie do stosowanego w podobnych urazach leczenia, to pierwszym wskazaniem teoretycznym będzie usunięcie nadmiernego kwasu, i w tym celu zastosowuje się zwykle obfite przemywanie oka ługowymi roztworami (sody 2%). W rzeczywistości jednak teoretyczne to zobojętnienie kwasu nie daje się przeprowadzić, albowiem najczęściej w chwili podania pierwszej pomocy zwykle kwas już jest zobojętniony, przez połączenia swoje z tkankami organicznymi. Nie mniej jednak okłady sodowe przynoszą choremu ulgę, łagodząc dokuczające mu uczucie palenia. Następne leczenie musi być wyczekującym i ograniczyć się do łagodzenia bólów, ochrony oka od wtórnych zakażeń, ostrożnego usuwania oddzielających się cząstek zgorzeliowych i przeciwdziałania powikłaniom ze strony tęczówki. Dla zadosyćuczynienia tym wskazaniom, oprócz opatrunku z maścią borową, w miarę potrzeby kilka razy dziennie zmienianego, stosowałem, po oczyszczeniu worka łącznicowego wata sterylizowaną owiniętą na pałeczce szklanej i zmoczoną słabym roztworem borowym, maść atropinową (1 do 2%) z dodatkiem pierwszego dnia kokainy lub innego środka znieczulającego. Gdy bolesność oka ustąpi, co następuje zwykle na drugi, lub trzeci dzień, stosowanie kokainy powinno być utrzymywanem ze względu na ujemne jej oddziaływanie na zdolność odżywczą rogówki. Wskazania do bardziej czynnego działania występują dopiero w okresie pojawienia się owrzodzeń na łącznicy gałkowej, przyczem wcześniej już należy zastosować przeszczepianie łącznicy dla uprzedzenia zrostów powieki z gałką, co ostatecznie stanowi nie łatwe zadanie, wobec zmurszałego wyglądu otaczającej łącznicy i przedstawia obszerne pole dla pomysłowości chirurga okulisty. W naszym ostatnim przypadku zastosowanie jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego nie mogło być dokonaniem, wobec zburzenia przedniej części gałki ocznej i zupełnego zniszczenia zarówno

łącznie powiekowej jako też i gałkowej. Ponieważ cała przednia część gałki ocznej uległa rozpadowi, pozostała zaś zmniejszona, szczątkowa gałka była miękką i na ucisk niebolesną, a sympatyczne zapalenie pozostałego oka nieprawdopodobnem, to zdecydowałem się nie przedsiębrać żadnego zabiegu operacyjnego, zwłaszcza, że uszkodzony pragnął go uniknąć, i nie wiele by zyskał na problematycznej możliwości korzystania z oka sztucznego. Nie mniej jednak w przyszłości należy się nam liczyć z możliwą koniecznością zastosowania wyłuszczenia szczątkowej gałki, i w razie odmiennych warunków, uwzględnienia życzenia lub potrzeby używania sztucznego oka. W takim przypadku, sądzę, będzie odpowiednim zabiegiem, po oddzieleniu powiek i wyłuszczeniu, zastosowanie przeszczepienia płata skór nego ze skroni i czoła dla pokrycia oczodołu i umożliwienia noszenia sztucznego oka, wraz z ewentualnem dopełnieniem przeszczepienia łącnicy zwierzęcej. Przed wielu laty zabieg taki zastosowałem pomyślnie w przypadku rakowego zniszczenia powiek i oczodołu.

Literatura.

Oprócz wymienionych podręczników chorób ocznych posiłkowałem się następującemi pracami:

Praun: Die Verletzungen des Auges 1899.

Schwalbe: Anatomie der Sinnesorgane 1887.

Silex: Ueber das Wesen der glaucomatösen Hornhauttrübung. (Archiv. für Augenheilkunde 1901).

Leber: Die Bedeutung der Bacteriologie für die Augenheilkunde. (J. Internationaler Ophthalmologen Congress). Referat. 1888.

Kniess: Ueber die vorderen Abflusswege des Auges und die künstl. Erzeugung des Glaucom. (Archiv für Augenheilkunde 1894).

Ulrich: Zur Ernährung der Hornhaut. (Archiv für Augenheilkunde 1898).

Guillery: Anatomische und mikrochemische Untersuchungen über Kalkund Bleitribungen des Auges. (Arch. für Augenheilkunde 1906).

zur Nedden: Ueber die Actiologie und Therapie der Kalkund Bleitribungen der Hornhaut. (Archiv für Augenheilkunde 1907).

Greeff: Pathologische Anatomie des Auges. (1902—1906).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1907. Nr 6. (Referent K. W. Majewski).

Grypa, a wypadek przy pracy. (Grippe et accidents du travail). Rohmer.

Zakażenie ustroju prątkami Pfeiffera może dawać powód, jak wiadomo, do najrozmaitszych powikłań ze strony oczu. Niema prawie części narządu wzrokowego, w którejby nie opisywano już zaburzeń na tle przebytej influenzy. Znane są również przerzuty ropne do jagodówki, kończące się zwykle zropieniem całej gałki ocznej. Autor przytacza taki właśnie przypadek, ciekawy z tego względu, że opierając się na wywiadach można było mylnie przypisać utratę oka, a potem i życia wypadkowi przy pracy. U 14-letniego robotnika metalurgicznego, który podawał, że odprysk żelaza utkwiał mu w oku prawem, rozwinęła się w ciągu 24 godzin po tym rzekomym wypadku ropna *panophthalmitis*, z powodu której autor gałkę wyłuszczył. Bezpośrednio jednak pojawiły się objawy ropnego zapalenia opon mózgowych, i chorey w kilka dni potem umarł. Szczegółowe badanie anatomiczne wyjętej gałki ocznej nie wykazało ani żadnego zewnętrznego uszkodzenia, ani ciała obcego. Z ropy, wypełniającej całe wnętrze gałki, wyrosły gronkowce złociste w czystej hodowli. Tesame bakterye wykazano również w ropie zebranej przy seceyi na oponach mózgowych. Autor wyklucza tutaj jakiegokolwiek uszkodzenie oka, a tembardziej ciała obce, natomiast przyjmuje przerzutową *panophthalmitis*, która bądźto wystąpiła równocześnie z początkami takiegoż zapalenia opon mózgowych na tle influenzy, lub też była dla tej *meningitis* punktem wyjścia. Autor zwraca uwagę na zachodzące tutaj stosunki etyologiczne i zaleca lekarzom znawcom orzekającym w przypadkach, gdzie chodzi o ubezpieczenie lub odszkodowanie, pamiętać o możliwości zakażenia prątkami grypy w przypadkach zaburzeń ocznych, które robotnicy nieraz przypisują urojonym lub zmyślonym uszkodzeniom doznanym przy pracy.

O przyrodzie i mechanizmie wydzielania cieczy wodnej. (De la nature et du mécanisme de production du liquide endo-oculaire). Scalfinci.

Na podstawie własnych badań doświadczalnych twierdzi autor, że ciecz wodna nie jest limfą, lecz wytworem życiowej czynności

komórek, przybłonka wyścielającego wyrostki rzęskowe. Po zniszczeniu tego przybłonka wydzielanie cieczy wodnej ustaje. Wydzielanie to, jak się zdaje, nie ulega wcale wpływowi nerwów wydzielniczych, jak to ma się rzecz z wydzielaniem śliny lub soku żółtkowego. Głównym zjawiskiem dowodzącym tego sposobu wytwarzania cieczy wodnej jest przechodzenie do przedniej komory soli mineralnych, a w szczególności chlorku sodowego w ilości wystarczającej do przyciągania i zatrzymywania na mocy praw osmozy takiej ilości wody, że przez to w komorze tej utrzymuje się dość znaczne i stałe ciśnienie hydrauliczne, którego mechanizm wyświetliły badania Bottazziego i Sturchia.

Oko bielców. (L'oeil des albinos). Lagleyze.

Jest to druga część większej monografii o bielactwie oka. Autor omawia szczegółowo symptomatologię, etiologię, genezę, rokowanie i leczenie nawet tej wrodzonej zmiany ocznej. Jest to pracowite zestawienie rzeczy, po większej części znanych. Na podniesienie zasługuje zapatrywanie autora odnośnie do etiologii *albinismus*, że wada ta występuje często u potomków rodziców o bliskim stopniu pokrewieństwa. Wykazuje mianowicie, że w niektórych okolicach, gdzie z jakichkolwiek przyczyn małżeństwa między krewnymi częściej się zdarzają, bielactwo wogóle, a w szczególności *albinismus oculorum* częściej się spotyka. W rozdziale o rokowaniu przytacza zajmujące przypadki, gdzie w oczach od urodzenia pozbawionych barwika wyjątkowo pojawiał się tenże w latach późniejszych. Są to jednak zdarzenia niezmiernie rzadkie. Mówiąc o postępowaniu leczniczem, wspomina o usiłowaniu zmniejszenia światłowstrętu, który tutaj w odróżnieniu od fotofobii chorobliwej nazywa heliofobią, zapomocą latuacyi rogówki, z pozostawieniem części naprzeciw źrenicy. Jest to jednak sposób zgoła niedostateczny, bo oślnienie zależy głównie od przechodzenia światła przez twardówkę a nie tyle przez tęczówkę.

O entoptycznym sposobie badania zmian w głębi oka. (De la méthode entoptique comme méthode de diagnostic). Fortin.

Badanie przedmiotowe plamki żółtej, najważniejszej pod względem czynnościowym części oka, przedstawia niemałe trudności już z tego powodu, że jest to bardzo mała cząstka dna oka. Z tego powodu zaleca autor u osób inteligentnych podmiotowy, ale bardzo dokładny sposób badania przez wywoływanie zjawisk entoptycznych. Metodą tą po uzyskaniu pewnej wprawy można wykryć zmiany w rogówce, w soczewce, zaćmienia w ciele szklistem, wreszcie sia-

tkówkę, a mianowicie w jej części środkowej. Bardzo dokładne obrazy entoptyczne plamki żółtej uzyskał autor przy wpatrywaniu się przez niebieską tafłę szklaną w lampę ręciovą Cooper-Hewitha. Patrząc w światło to przez soczewkę wypukłą o średnicy 12 cm tak trzymaną przed okiem, aby dawała jednostajny wielki krąg jasno-niebieski otrzymujemy w obrębie tego kręgu szczegółowy obraz anatomiczny własnej plamki żółtej w znacznym powiększeniu. Poszczególne czopki przedstawiają się jak regularne przegródki w plastrze miodu. Widać też na obwodzie plamki żółtej otaczającą ją wieniec ostatnich włosowatych rozgałęzień naczyń siatkówkowych. Wszystko to robi wrażenie delikatnego preparatu histologicznego, barwionego błękitem metylenowym. Autor podaje także sposoby wywoływania obrazów krążenia i ruchu ciałek krwi we włosowatych naczyniach siatkówki. Zastosowanie tych wszystkich sposobów może być oczywiście tylko ograniczone ze względu na trudność spostrzegania wymienionych wyżej zjawisk i odróżnienia obrazów prawidłowych od zmian patologicznych.

Ophthalmology. (Milwaukee). Vol. III. Nr 4. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Przypadek keratitis e lagophthalmo badany anatomopatologicznie. (Notes of a Case of Keratitis e Lagophthalmo with Pathological Findings). Fred. T. Tooke (Montreal).

Istnieją dwie postaci zapalenia rogówkowego tak dalece zbliżone do siebie pod względem obrazu klinicznego, choć różne co do etyologii, że niektórzy autorowie uważają je za jedną i tęsamą chorobę. Są to: *keratitis e lagophthalmo* i *keratitis neuroparalytica*. Ze względu za zachodzące tutaj różnice zapatrywań bliższe poznanie obu tych postaci chorobowych zwłaszcza pod względem anatomo-patologicznym bardzo jest pożądane. Autor miał sposobność spostrzegać wybitną *keratitis e lagophthalmo* u osobnika, który zmarł na *neoplasmia cerebelli*. W 6 godzin po śmierci wyłuszczył mu gałki oczne dla przeprowadzenia badania anatomicznego. Na podstawie porównania swych wyników z opisanymi pod względem anatomicznym przypadkami *keratitis neuroparalytica*, skłania się autor do zapatrywania tych, którzy uważają te dwie postaci jako odrębne jednostki chorobowe. Mimo różnic w etyologii odznaczają się obie zmiany tą wspólną właściwością, że pierwszym ich objawem jest wysychanie przybłonka rogówkowego. Omawiając

szczególony anatomiczne przy *keratitis e lagophthalmo* podkreśla bujanie i podział karyokinetyczny komórek warstwy właściwej rogówki i brak w głębszych warstwach jakichkolwiek drobnoustrojów. Jest to zalem, zdaniem jego, nie *keratitis infectiosa*, lecz *irritativa*.

Wrodzona szpara naczyńiówki ku górze. Włókna rdzienne nerwu wzrokowego. (Coloboma of the Chorioid Upward. Opaque Nerve Fibers). George S. Derby (Boston).

Wrodzona szpara naczyńiówki zwrócona ku górze należy do rzadkości. Autor pomimo bardzo starannego przeszukiwania literatury znalazł tylko 3 przypadki typowe: Rindfleisch, Hippla i Langa. Prócz tego wspomina o przypadkach zbaczających nieco od typu opisanych przez Fuchsa, Johnsona i Jodkę-Narkiewicza. Sam spostrzegł w bostońskim szpitalu ocznym u 20-letniej kobiety na jednym oku znaczną szparę wrodzoną naczyńiówki postaci okrągłej równej trzem średnicom tarczy, znajdującą się tuż po nad tarczą. Duża ta biała plama o granicach ostrych dość silnie pigmentowanych okazywała zagłębienie wynoszące 4—5 dyoptryi. Na uwagę zasługuje obecność włókien rdzennych, otaczających szerokim wieńcem tak łarcz nerwu wzrokowego, jakoteż opisaną szparę. Prócz tego istniało w soczewce również wrodzone częściowe zaćmienie przedniej torebki. Potwierdza to znany fakt, że różne wrodzone nieprawidłowości często się na jednym oku spotykają. Z pośród teorii służących do objaśnienia genezy ku górze zwróconych szpar naczyńiówki przytacza autor zapatrywania Köllikera, Manza i Vossiusa, że powstają one z niezarośnięcia prawidłowo położonej szpary zarodkowej oka, które jednak w czasie rozwoju płodowego uległo skręceniu około osi strzałkowej o 90°. Daleko prawdopodobniejszem wydaje się jednak przypuszczenie Van-Duysa, potwierdzone przez Ammona, Warnatza Emmerta i in., wedle których powstają niekiedy nadliczbowe szpary zarodkowe oka, które nie zamknąwszy się tworzą następnie nie typowo ułożone *colobomata* naczyńiówki.

Ślepi i ich stosunek do prawa cywilnego i przepisów religijnych. Zagadnienia prawne wynikające z pewnych uszkodzeń ocznych na podstawie talmudu. (The Blind and Their Relation to Religions and Civil Law. Some Eye Injuries Involving Legal Questions in Talmudic Literature). Aaron Brav (Filadelfia).

W artykule tym podaje autor szereg prawno historycznych uwag o stanowisku społecznem ślepych u starożytnych Hebrzejców. Prawo Mojżeszowe uszczuplało wprawdzie w pewnej mierze

zakres ich przywilejów, nie mogli mianowicie pełnić niektórych urzędów publicznych i religijnych, ale równocześnie uwalniało ich od wielu ciężarów publicznych i zapewniało różne ulgi i należne im z powodu ich fizycznego upośledzenia. Dalej omawia kary wymierzane za uszkodzenia oczu, odszkodowania, jakie w tych razach przyznawano, surowe kary, jakim podlegali niezręczni operatorowie, wreszcie rozbiiera krytycznie wyznawaną przez Hebrejczyków zasadę: »Oko za oko«.

Keratitis dendritica. (Dendritic Keratitis). J. Charles (St. Louis).

Należy rozróżnić dwie postacie drzewkowate zapalenia rogówki. Jedna jest następstwem pęcherzyków, które pękając tworzą drobne ubytki zlewające się ze sobą dendrytycznie. Jest to najczęściej *herpes corneae*, który, jak wiadomo, występuje zwykle w przebiegu różnych zakaźnych chorób gorączkowych. Druga postać przychodzi do skutku przez rozpad drobnych guzków na powierzchni rogówki. Wedle doświadczenia autora to guzkowe zapalenie rogówki występuje wyłącznie prawie w przebiegu zimnicy. Przypuszcza on, że wskutek działania toksynu przychodzi do zwyrodnienia zakończyn nerwowych w rogówce, co prowadzi do odczynu zapalnego ze strony tkanki otaczającej te zakończenia. Możliwą jest także, zdaniem jego, rzeczywista *neuritis* drobnych rozgałęzień nerwowych, która prowadzi do zmian troficznych i do zatkania kanalików i przestworów limfatycznych, upośledza odżywienie i prowadzi w pewnych punktach do powierzchownego rozpadu tkanki rogówkowej. Oprócz *keratitis herpetica*, którą pierwszy opisał Horner i *keratitis papulosa malarica* opisanej przez Kippa, znaną jest także, dzięki badaniom Hausen-Gruta, postać grzybkowa względnie bakteryjna, gdzie w guziekowatych naciekach można wykazać obecność drobnoustrojów. Autor jednak tę postać oddziela od dwóch pierwszych, które, zdaniem jego, są wyrazem zmian w zakończeniach czuciowych nerwów rogówki.

Revue générale d'Ophthalmologie. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 6. *Patogeneza i leczenie radykalne podwinięcia powieki górnej wskutek jaglicy.* (Pathogénie et cure radicale de l'entropion granuleux de la paupière supérieure). Dr A. Cange (z Algieru).

Trzy składniki anatomiczne biorą udział w powstaniu podwinięcia powieki na tle jaglicy: mięsień obrączkowy, błona śluzowa

spojówki i chrząstka powiekowa. Mięsień przyczynia się tylko do-
datkowo i przemijająco przez swój skurez do pogorszenia już istnie-
jącego podwinięcia. Spojówka ulega pod wpływem jaglicy głębokim
zmianom anatomicznym tak co do swego przyblonka, jak i warstwy
podśluzowej. Przyblonek w prawidłowym stanie cylindryczny, zmie-
nia się na płaski, brukowy i jest usiany wysepkami łącznotkanko-
wymi, które są bliźniami po ziarnach jagliczych i okazują wielką
skłonność do kurczenia się. Tkanka podśluzowa ulega prawdziwej
marskości (*cirrhosis subepithelialis*) skutkiem stwardnienia bliźno-
watego ziarn i tkanki pomiędzy ziarnami. Chrząstka zmienia się
chorobowo bądź wskutek bezpośredniego wnikięcia sprawy jagli-
czej od strony spojówki, bądź wskutek zakażenia wstępującego
drogą gruczołów Meibom'a. Zmiana chrząstki może dotyczyć
krzywizny jej powierzchni przedniej, albo całej postaci, albo wresz-
cie jej zbitości. W pierwszym wypadku wystarcza tarsotomia zwy-
czajna, w drugim zaleca autor tarsektonię klinową, a w trzecim
wskazane są różne rodzaje marginoplastyki.

*Osączkowanie włosowate przedniej komory w przy-
padkach podwyższenia ucisku śródocznego i zależnych od
tegoż bólów.* (Le drainage au crin de la chambre antérieure contre
l'hypertonie et la douleur). Rollet.

Autor podał już sposób przeprowadzenia sztywnej nitki (*crin
de Florence*) przez przednią komorę w celu wyprowadzenia z niej
ropy w przypadkach *ulcus corneae hypopyon* lub zanieczyszczonych
zranień i t. p. Sposób ten w takich razach okazał się bardzo sku-
tecznym. Obecnie przytacza dwa przypadki jaskry, w jednym ura-
zowej, w drugim samoistnej, gdzie w podobny sposób wykonane
osączkowanie przedniej komory sprowadziło najpierw obniżenie
ucisku śródocznego, a potem powrót do napięcia prawidłowego.
Bóle ustąpiły w obu przypadkach odrazu, nitka pozostawała w przed-
niej komorze przez kilka dni. Robi on nożem Graefego punkcye
i kontrapuncyę na dolnym obwodzie brzegu rogówkowego. Sztywny
włos daje się przez oba te otwory z łatwością, nie zaczepiając
o tęczęwkę przeprowadzić, a obydwaj jego wystające końce przy-
twierdza się przylepcem do skóry policzka. Zbytecznie dodawać,
że wykonując zabieg ten w przypadkach niezakażonych trzeba
z podwójną ścisłością dbać o aseptykę.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Z sekcji okulistycznej X. zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie.

W lipcu 1907 r.

(Ref. Dr Rosenhauch).

(Ciąg dalszy).

Posiedzenie II. 23. VII. 1907. godz. 9. rano.

Przewodniczący Dr Ziemiński z Warszawy.

1) Prof. Dr Machek (Lwów): »Uszkodzenie narządu wzrokowego wobec ubezpieczenia od wypadków ze szczególnem uwzględnieniem ustawy austriackiej«. (Temat ogólny).

W sprawie tej ważna jest znajomość 5-tego paragrafu ustawy austriackiej.

Chorego wynagradza się zazwyczaj rentą.

Gdy ktoś straci 100% bystrości wzrokowej, wypłaca mu się rentę 60% jego dochodu, przyczem zauważyć należy, że najwyższa renta wynosi 1440 koron.

Np. ktoś pobiera 4 kor. dziennie, chcąc otrzymać sumę roczną mnożymy 4 przez 300 = 1200. Jeśli człowiek ten utraci 100% bystrości, otrzyma zatem 60% = 720 koron.

Renty te na ogół są dość niskie.

Najczęściej zwracają się władze do okulisty z zapytaniem, ile % bystrości wzrokowej chory utracił. Na takie pytanie trzeba np. sądowi odpowiedzieć. Z powodu tak postawionego pytania zachodzi często nieporozumienie. Pytanie to należałoby zmienić w ten sposób: Jak wysoką jest szkoda ze względu na zdolność zarobkowania. W interesie chorych, celem zapobieżenia krzywdzie należy szkodę tę oznaczyć w odsetkach.

Jak to określić?

Oznaczyć, o ile ucierpiało pole widzenia, bystrość wzrokowa, zmysł bryłowości—to łatwe. Inna rzecz, gdy się rozchodzi o oznaczenie wielkości szkody, jaką chory poniósł. To rzecz wcale nie łatwa. Tu trzeba indywidualizować!

Np. gdy murarz straci zmysł bryłowości, to poniósł on stanowczo mniejszą szkodę, niż gdyby stratę tę poniósł rzeźbiarz. Należy w każdym przypadku uwzględnić warunki miejscowe, konkurencji, zawód, wiek (ze względu na ewentualną zmianę zawodu) i t. p.

Lecz indywidualizowanie może zaprowadzić na bezdroża i dlatego należy się opierać na podstawach naukowych.

W przypadkach utraty obu ócz, strata wynosi 100%, na to się wszyscy godzą.

Trudniejsza sprawa, gdy chodzi o utratę jednego oka.

Co człowiek wtedy traci?

Szulisławski określił stratę tę na 0,9 bystrości wzrokowej, czyli wyrażając tę liczbę procentowo: około 8%.

Lecz tu chodzi o ogólną szkodę, jaką chory poniósł, i tę trzeba uwzględnić.

Trzeba uwzględnić szkodę społeczną i indywidualnie każdego przypadku traktować; np. ślusarz otrzymuje dekret, aby nazajutrz objąć posadę maszynisty kolejowego. Jak wiadomo wymagana jest w tym przypadku bystrość wzrokowa obuoczna = $\frac{1}{6}$. Przypadek sprawia, że przed wstąpieniem wpada mu w oko odprysk żelaza, wskutek czego bystrość wzrokowa tego oka spada do $\frac{1}{12}$. Wskutek tego traci posadę. Jakkolwiek strata ta procentowo wyrażona byłaby minimalną, to jednakże należy tu zwrócić uwagę na szkodę, jaką chory poniósł i tę wynagrodzić.

Zmiana zawodu jest również szkodą zwłaszcza, gdy dany osobnik jest w podeszłym wieku. Należy również zwracać uwagę na oszpeconie jakie za sobą pociąga utrata oka. Np. młode dziewczę noszące wapno, traci wzrok na jednym oku. Jakkolwiek zdolność zarobkowania pozostaje ta sama, to jednak dziewczę to poniósł szkodę i tę należy wynagrodzić. Przy utracie jednego oka Magnus określa szkodę procentowo = 18–33%. Różni okuliści różnie się na tę sprawę zapatrują. Prelegent jest zdania, że przy stracie jednego oka renta nie powinna być niższą jak 33%. Gdy szkoda jest mniejszą niż utrata całego oka, należy cyfrę tę odpowiednio modyfikować. Jak się prelegent na liczny materiał mógł przekonać, przy bystrości wzrokowej = $\frac{1}{60}$, bryłowość zupełnie nie cierpi. Szkada zatem wynosi tu mniej niż 33%. Chociaż dany osobnik na zdolności do zarobkowania nie traci, poniósł jednak szkodę, i tę trzeba w danym przypadku ocenić przynajmniej na 10%. Trzeba się również nad tem zastanowić, czy w przypadku *luxatio lentis* nie należałoby liczyć się z następowem ewentualnem podniesieniem się ciśnienia wśrodocznego. Jeśli bystrość wzrokowa jest upośledzona na obu oczach należy stratę ocenić przynajmniej na 33%.

Ale i tu należy indywidualizować.

W końcu należy też mieć na uwadze sprawy narządów dodatkowych oka, jak np. *strabismus*, podwinięcie powieki, *trichiasis* i in.; w tych bowiem przypadkach nie możemy chorego zmusić do operacji.

W dyskusji zabierają głos:

R. Dw. Prof. Dr Wicherkiewicz. Mówca mając doświadczenie w tym względzie, gdyż zajmował się bardzo często temi sprawami przez lat 18 w Poznaniu, uważa przy ocenianiu tych przypadków za ważne czynniki następujące: trzeba uwzględnić zarówno szkodę chwilową jak

i następową. Przy stracie jednego oka ocenia szkodę na 33%, przy stracie obu oczu na 100%. W przypadkach *lucratio lentis* wypada oznaczyć stratę bystrości wzrokowej oka uszkodzonego, a zarazem zaznaczyć, jakie to ewentualnie może za sobą pociągnąć skutki. Mówca nie może się zgodzić na lekceważenie przez niektórych autorów utraty jednego oka, jak to wynikało z rozprawy na zjeździe międzynarod. w Lucernie. Bo, gdy np. ktoś posiadając 200 tysięcy kor., straci 100 tys. to może jeszcze żyć przyzwoicie z renty pozostałego kapitału, gdy i drugie 100 tys. straci staje się, nie posiadając innej możliwości zarobkowania, żebrakiem. Ważną dalej jest rzeczą ocenienie stanu przed uszkodzeniem. Np. ktoś miał plamkę środkową rogówki, lub zez, lub anisometrię. Należałoby to uwzględnić. Dlatego w ubezpieczeniach wypadałoby, by nikomu krzywda się nie działa, zbadać każdego ubezpieczającego się zaraz na wstępie. Należy nadto dążyć do tego, ażeby w razie utraty obu oczu wysokość przyznanej renty obliczoną była w całości, a nie jak dotąd tylko 60%.

Dr Dudziński zwraca uwagę na ocenianie podobnych wypadków u kolejarzy, u których bardzo często konieczną jest zmiana zawodu.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz przy tej sposobności zwraca uwagę na następującą ewentualność: przed przyjęciem do służby kolejowej nie badano dokładnie aspiranta na barwy. Pełni on szereg lat beznagannie służbę zewnętrzną. Po 10 czy 20 latach urzędnik ponownie z urzędu badany okazuje się daltonistą, ale zapewnia, że zawsze tak samo widział i widzi i przypadku nieszczęśliwego nie spowodował. Jak ten wypadek ocenić? Należy żądać zadośćuczynienia, jeżeli ze szkodą swą służbę zmienić musi.

Doc. Bednarski zaznacza, że najniższy procent przy utracie jednego oka powinien być 20%.

Dr Koliński prosi prelegenta o ułożenie tych dat w tabelę, zwłaszcza, co się tyczy drobnych uszkodzeń, bo tutaj indywidualizacja jest bardzo trudna. W kolizji są zwłaszcza lekarze fabryczni. Np. robotnik dostał jaglicy, potem wskutek tej choroby przyłącza się leukoma. Kto tu winien i kto ma płacić?

Dr Bałaban sądzi, że w przypadkach, gdy oko nie jest dotknięte, nie należałoby oceniać straty bystrości wzrokowej, lecz tylko szkodę ze względów kosmetycznych.

Z powodu przeciągania się dyskusji zamknięto na wniosek przewodniczącego dyskusję z uwzględnieniem zapisanych do głosu.

W odpowiedzi drowi Kolińskiemu zaznacza dr Ziemiński, że w przypadku, gdy robotnik nabawił się jaglicy, za to fabrykant nie odpowiada. Co się tyczy tablicy to w Rosyi istnieje tablica Jostena dla określeń jednorazowego wynagrodzenia, od której nie ma odwołania.

Reasumując całą dyskusję zaznacza prelegent, iż zgadza się ze zdaniem przeważnej ilości mówców na określenie szkody równej 33%.

przy utracie jednego oka (z uwzględnieniem wahań). Wypowiada przekonanie, że również zmiany takie, jak *sympblepharon*, *trichiasis*, *ektropion* powinny być wynagradzane.

2) Dr Górski (Piotrków): »O niesieniu pomocy lekarskiej chorym na oczy na prowincyi w Królestwie Polskiem«.

Pomoc lekarska oczna w Królestwie Polskiem, składa się ze specjalistów w większych tylko miastach przebywających, ze sanatoryjów i lecznic dla mniej zamożnych. Istnieją nadto oddziały latające, o których prelegent bardzo ma pochlebne mniemanie.

Zwłaszcza wydatnem jest działanie tych oddziałów na prowincyi, gdzie nie ma ani szpitali, ani ambulatoryjów, ani też specjalistów.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Ziemiński, który jest przeciwnikiem oddziałów latających. Sądzi, że lepiej byłoby, gdyby tych pieniędzy (a wiele ich wychodzi), które się na latające oddziały wydaje, użyto na stypendya dla lekarzy celem wykształcenia ich w okulistyce. Lekarze ci mogliby następnie jako specjaliści stale osiąść na prowincyi.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że sprawa poruszona a obchodząca Królestwo i dla nas nie jest obojętną, ale sądzi, że przyznając rację bytu oddziałom latającym dla odległych prowincyi Rosyi, nie można uznać ich konieczności dla Królestwa. Podaje dalej, że nie jest pewnym, czy panowie jadący, jako kierownicy tych oddziałów, posiadają odpowiednie wykształcenie specjalne. Przed niedawnym bowiem czasem zwrócił się do wydziału lek. U. J. ks. Lubomirski z prośbą o przedstawienie kandydatów, którzyby byli uzdolnieni do prowadzenia takich oddziałów latających, z czegoby wnosić wypadało, że Królestwo nie posiada dostatecznych sił.

Racyonalniejszym byłoby, zdaniem prof. W., zakładać szpitale na prowincyi, gdyż należy postępować tak, *ne quid detrimenti res publica capiat*.

Dr Zachorski również nie jest zachwycony działalnością oddziałów latających na Litwie i przemawia za stypendyami, jako lepszym środkiem dla zapobieżenia złemu.

Dr Kozłowski sądzi, że oddziały latające nie pociągają za sobą w Rosyi tak wielkich kosztów. Lekarz-kierownik pobiera 100 rubli miesięcznie. A koszta jednego chorego wynoszą mniej więcej około 8—15 kopiejek. Sądzi on, że istotnie byłoby lepiej, gdyby można chorych do szpitali przysyłać, ale np. w jego okolicy jest na 7 gubernii 20 łózek dla chorych na oczy. Dokąd ich więc posyłać? Sądzi przeto, że działalność oddziałów latających jest tam wprost konieczną, zbawienną.

Doc. Bednarski nie widzi szkodliwego działania oddziałów latających. Jest zdania, że przynoszą one, acz małą, to jednak niezaprzeczoną korzyść.

Prelegent zgadza się w końcu na stypendya, byleby tylko dano lekarzom tym sp. sobność do fachowego wykształcenia się.

Na wniosek przewodniczącego przeniesiono dalsze odczyty na posiedzenie popołudniowe, i uchwalono, aby posiedzenie z dnia 26. VII. przed południem przenieść na 25. VII. po południu.

Posiedzenie III. 23. VII. 1907. godz. 4 po poł.

Przewodniczący Dr Niegolewski (Poznań).

1) Dyskusya w sprawie statutu przyszłego Towarzystwa polskich okulistów. (Temat ogólny prof. Wicherkiewicza).

Imieniem Komisji zdaje sprawę. doc. Bednarski i odczytuje zmiany, jakie wybrana Komisya w statucie zaprowadziła.

Wywiązała się obszerna dyskusya, która zajęła prawie całe kilkogodzinne posiedzenie. Brali w niej udział kilkakrotnie: R. Dw. prof. Wicherkiewicz, prof. Machek, doc. Bednarski, dr Ziemiński, dr Kozłowski, dr Koliński. Jednorazowo: dr Maciesza, dr Niegolewski, dr Markowski, dr Bałłaban i dr Górski.

Po uchwaleniu statutu zastanawiano się nad miejscem następnego zjazdu okulistów.

Dr Maciesza proponuje Kraków.

Doc. Bednarski proponuje Warszawę lub Poznań lub jakiegokolwiek inne miasto.

Prof. Machek proponuje na zjazd następny Kraków, na przyszły Warszawę, Poznań.

Na wniosek prof. Macheka uchwalono, aby następny zjazd okulistów odbył się w Krakowie.

Co się tyczy czasu, to uchwalono na wniosek R. Dw. Prof. Wicherkiewicza: grudzień 1908 r.

Następnie wybrano Komisję celem zajęcia się ostatecznem zredagowaniem przyjętych zmian statutu przyszłego Towarzystwa.

W skład Komisji weszli:

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz (Kraków).

Prof. dr Machek (Lwów).

Doc. dr Majewski (Kraków).

Doc. dr Bednarski (Lwów).

R. ces. dr Bałłaban (Lwów).

Komisya ta ma się zająć również zwołaniem następnego zjazdu.

Prof. Wicherkiewicz dziękuje zebranych za okazany interes w sprawie założenia proponowanego Towarzystwa i prosi o jednanie członków. Na wniosek przewodniczącego obrano R. Dw. Prof. Wicherkiewicza prezesem przyszłego zjazdu.

2) Dr Zion (Lwów) przedstawia chorego: »Przypadek ruchomego ciała w przedniej komórce oka«.

W przedniej komórce oka lewego widać ruchome ciało, barwy ciemno-brunatnej, wielkości małego ziarnka konopi. Brak objawów podrażnienia. Dolny brzeg tęczęwki w obrębie źrenicy okazuje niewielki ubytek.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz uważa ciało za odłamek barwika jagodówki przy *ectopia uvulae*.

Przy silnym ruchu, mogła drobna cząstka uleść oderwaniu.
Doc. Bednarski uważa tę zmianę również za wrodzoną.

Posiedzenie IV. dn. 24. VII. godz. 9-ta przed poł.

Przewodniczy dr Kozłowski (Kijów).

Wykłady wygłosili:

1) Dr Rosenhauch (Kraków): »Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko« (część doświadczalna);

tenże w zastępstwie nieobecnej dr J. Matusewiczówniej (Kraków): »Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko« (część kliniczna).

Pracą tą zajął się prelegent wraz z p. dr. Matusewiczówną za zachętą i licznymi wskazówkami R. Dw. prof. dra Wicherkiewicza, w którego klinice pracę wykonano.

Autorowie obrali za cel zbadać, jak zachowują się tkanki poszczególne pod wpływem długotrwałych wkraplań przetworów nadnercza do worka spojówkowego lub pod wpływem podspojówkowych wstrzykiwań, czy i jakie zmiany wywołują te zabiegi w anatomicznej budowie spojówki, rogówki, tęczęwki, ciała rzęskowego i t. d., po jakim czasie występuje działanie tych przetworów na spojówce i kiedy ustępuje, czy przetwory te pomagają wessaniu atropiny, homatropiny, pilokarpiny i innych leków. Prelegent zaznacza, że praca niniejsza ma stanowić tylko tymczasowe doniesienie, albowiem dalsze doświadczenia są w toku, następnie podaje dotychczasowe wyniki badań:

1) Zakraplanie słabych roztworów przetworów nadnercza do worka spojówkowego królika nawet kilkomiesięczne lub kilkakrotne wstrzykiwania podspojówkowe, wybitniejszych trwałych zmian anatomicznych w spojówce nie wywołują.

2) Wyciąg nadnercza nie potęguje działania atropiny i homatropiny u ludzi.

3) Potęguje działanie pilokarpiny u królików.

4) Działanie wyciągu nadnercza występuje wybitnie na spojówce ludzkiej w krótszym lub dłuższym czasie, zależnie od różnych czynników (np. stany chorobowe spojówki i t. d.).

5) Nastrzyknięcie rzęskowe po wkropleniu roztworu wyciągu nadnercza do worka spojówkowego u ludzi nie ustępuje.

6) Wskazaniem jest stosowanie tych przetworów w przypadkach przekrwienia spojówki, przy wszelkich operacjach na gałce i spojówce,

przed wypalaniem lub wyciskaniem ziarn jaglicy, w zapaleniach skrofulicznych spojówki i w przypadkach *exophthalmus pulsatorius* i t. d.

7) Nie należy ich stosować w owrzodzeniach rogówkowych atonicznych.

8) W przypadkach ostrych zapaleń tęczówki i ciała rzęskowego nie stosowalibyśmy na razie również tego środka do worka spojówkowego ze względu na prawdopodobne wywołanie przekrwienia następczego tych narządów.

9) W wielu wypadkach zakropienie spojówki jednego oka wyciągiem nadnercza powoduje zblednięcie spojówki drugiego oka.

W dyskusyi zabierali głos:

Dr Witaliński radzi, aby króliki te zachować i nadal im wstrzykiwać przetwory nadnercza, a po dłuższym czasie obserwować, czy te podspojówkowe iniekcye nie wywołają zmian w tętnicach głównych.

Dr Bałłaban sądzi, że zanemizowanie spojówki powoduje następowo jej przekrwienie i tłumaczy to wpływem na nerwy naczyńioruchowe. Przetwory nadnercza są znakomitym środkiem w operacyach. Starał on się mianowicie zastąpić tymi środkami nerkozę podczas enukleacji. W tym celu używał specjalnie zakrzywionych igieł i wstrzykiwał adrenalinę z kokainą. Zaznacza, że miał znakomite wyniki, że adrenalina dodana do kokainy, zwiększa działanie znieczulające tej ostatniej. Poleca ten sposób gorąco.

Prof. Machek sądzi, że jest rzeczą prawie pewną, iż zblednięcie spojówki pod wpływem przetworów nadnercza powoduje przekrwienie części głębszych w oku. Zwraca też uwagę na jeden fakt z praktyki. Chora z zapaleniem ciała rzęskowego utraciła poczucie światła pod wpływem przetworów nadnercza. Dlatego nie radzi tych przetworów używać tam, gdzie jest śródoczne ciśnienie podwyższone, przy *cyclitis* i *iritis*. Przy operacyach zwłaszcza w praktyce prywatnej oddaje bardzo dobre usługi.

2) Dr Witaliński (Kraków): »Zaćma czarna pod względem etyologicznym, mikrochemicznym, histologicznym i prognostycznym«.

Pierwszy opisał i operował zaćmę czarną w r. 1698 Maitre Jan, otrzymując po reklinacji wynik bardzo dobry. Później Janin (3 takie zaćmy operował) i wielu innych autorów starało się w rozmaity sposób wytłumaczyć szczególne zabarwienie zaćmy czarnej.

Jedni przypuszczali, jak to i później v. Graefe twierdził, że zabarwienie to sprawia barwik krwi wynaczynionej przesiąkły do miąższu soczewki; drudzy uważali za przyczynę inne ciała chemiczne bądź organiczne, czasem nawet zorganizowane, bądź nieorganiczne (np. barwik jagodówki, barwik swoisty podobny do barwika włosów, melanina, tlenek manganu, tlenek żelaza i t. p.). Byli tacy, którzy upatrywali przyczynę w zagęszczeniu i rzec można zrogowaceniu tkanki soczewkowej.

Pytanie to rozstrzygnąć było rzeczą trudną, bo zaćma czarna przydarza się bardzo rzadko. Na 1401 zaćm starczych, operowanych w klinice okulistycznej U. J. w ostatnich 5 latach znaleziono zaledwie u 3-ch osób zaćmę czarną (1 w r. 1904, 2 w 1905). Czytując dawne opisy zaćm czarnych przekonywamy się, że autorowie zaćmy rozmaitego pochodzenia byle tylko zabarwione czarno nazywali szumnie *cataracta nigra*.

Już dawniej usiłowali niektórzy przeprowadzić jakiś podział, lecz dopiero niedawno Speciale-Cirincione w Palermo, podając jeden wypadek zaćmy prawdziwej czarnej, przysłużył się sprawie, wydzielając stanowczo zaćmy czarno zabarwione, powstałe skutkiem krwotoku wewnątrzgałkowego, spowodowanego już to urazem, już też zmianami chorobowymi i nazwał je *cataracta haemorrhagica*. Zaćma taka powstaje, a właściwie jej barwa, przez przesiąkanie i osadzanie się w soczewce barwika krwi wynaczynionej; zazwyczaj idzie w parze z taką zaćmą niedowidzenie lub zupełna ślepotą, stąd wynik operacji zazwyczaj bardzo mierny lub żaden. Przeciwnie, operując zwykłą zaćmę czarną, osiągamy wynik bardzo dobry, a ile nie umniejszą go zmiany znajdujące się na dnie ocz przy myopii. Najczęściej bowiem zaćmie czarnej towarzyszy wzrok krótki i to znacznego stopnia.

Drugim błędem przy tworzeniu niektórych hipotez powstawania zaćmy czarnej było to, że autorowie nie zwracali wcale uwagi na nadzwyczajną zbitość tkanki tylko na samo jej zabarwienie. Zaćma czarna może schnąć kilka lat, a wielkość jej prawie zupełnie nie ulegnie zmianie.

Z każdej połowy 2 zaćm czarnych porobił prelegent całe serye skrawków, i w żadnych tak barwionych jak i niebarwionych nie dostrzegł ani śladu jakiegokolwiek złogów barwиковych. Obie te zaćmy pochodziły od osób mających wzrok krótki, lecz żadne z operowanych ocz nie było dotknięte krwotokiem śródgałkowym. Tylko sam miąższ był nadzwyczaj zbity do tego stopnia, że budowa i rysunek soczewek niemal aż do samych wierzchnich warstw były prawie zupełnie zatarte. Próby chemiczne np. Teichmann'a, badanie wyciągów w spektroskopie, samej tkanki pod mikrospektroskopem dały wynik ujemny, barwika krwi nie udało się wykazać. Również nie można było wykazać istnienia połączeń żelaza, lub obecności barwika jagodówkowego.

Mając bardzo wielką ilość zaćm rozmaitych odcieni starał się prelegent ułożyć z nich szereg, poczynając od jasno-szarej, niebieskiej aż do bardzo silnie brunatnej twardej; między tą ostatnią, a zaćmą czarną, opisaną wyżej, powstała luka co do siły zabarwienia i twardości. Pomimo tej luki, prelegent jest bardzo skłonny do przypuszczenia, o ile godzi się z 2 tylko wypadków jakieś ogólniejsze wnioski wyciągać, że zaćma czarna powstaje jedynie przez zgęstnienie niejako zrogowacenie samej tkanki soczewkowej bez współudziału barwika krwi lub innych ciał po za nią leżących.

W celu porównania wykonał prelegent całe serye skrawków ze zaćm twardych o rozmaitym nasyceniu barwy. Pod mikroskopem nie można było zauważyć innej różnicy jak tylko tę, że odcień zaćm czarnych wydawał się więcej wysycony, wskazując na większą zbitość miąższu.

O budowie histologicznej, składzie chemicznym, sposobie powstawania zabarwienia zaćmy czarnej mamy pewne dane. Nie ma jednak u autorów prawie żadnej wzmianki co się tyczy samej etyologii zaćmy czarnej, dlaczego u pewnych osobników powstaje. Nie wiemy, jaką rolę gra w tem dziedziczność, przebyte ogólne cierpienia organizmu, wiek. Nie umiemy podać, czy u osób z zaćmą czarną wcześniej niż zazwyczaj poczęła zanikać sprężystość soczewki, a może tylko szybciej postępowała. Należałoby stwierdzić, czy przypadkiem bujanie przybłonka torebki soczewki nie jest szybszem niż zwykle.

Dalej czy zawsze towarzyszy zaćmie czarnej wzrok krótki i czy przypadkiem nie powstaje zaćma czarna tylko w takich wypadkach, gdzie myopia powstała przez zwiększenie siły łamiącej osrodków oka a nie przez wydłużenie osi.

Dalsze badania, które prowadzi prelegent, może rzucić światło jakieś na tę sprawę.

3) Prof. dr Ziembicki (Łwów) przedstawia chorą, młodą dziewczynę, u której ubytek górnej powieki pokrył skórą wziętą z ramienia z mostkiem. Chora już przez 2 tygodnie trzyma rękę ponad głową umieszczoną w odpowiednim aparacie. Transplantowana skóra przyjęła się i dziś odtętnie się mostek skórny łączący powiekę ze skórą ramienia.

W dyskusyi nad tą demonstracją zabierali głos:

Prof. Wicherkiewicz nie przeczy, że wynik operacyjny osiągnięty metodą dokonaną przez prof. Ziembickiego jest znakomity, ale wobec trudności zabiegu i przykrości dla operowanego daje pierwszeństwo metodzie przeszczepienia łam, gdzie nie można wziąć płata mostkowego z otoczenia powiek, płatów wolnych sposobem Wardswortha i Wolffa. Tu winien jednakże płąt być o wiele większym od właściwego ubytku wobec tego, iż kurczenie się płata późniejsze bywa znacznem; przy ubytkach powierzchniowych nawet znacznych metoda Thierscha daje dobre wyniki a technicznie jest łatwą do przeprowadzenia.

Prof. Machek dodaje, że przyjęcie się płata przeszczepianego zależy od gleby, na jaką transplantujemy. Inaczej jest, gdy gleba jest suchą, a inaczej gdy sucha, zbliznowaciała. Opisuje przypadek, jaki spostrzegł jeszcze podczas asystentury w Krakowie. Pewien robotnik hutniczy, epileptyk, wpadł w piec podczas ataku, skóra całej twarzy była zupełnie zbliznowaciała i dlatego następowe transplantacye się nie przyjęły.

Dr Kozłowski używa do transplantacyi na powiekach skóry z napletka prącia (o ile możności dzieci żydowskich po obrzezaniu). Po-

leca ten sposób ze względu na cienkość, elastyczność i odpowiednie zabarwienie skóry.

W dyskusji nad referatem dra Witalińskiego zabierają głos:

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz opierając się na doświadczeniu przypuszczał, że zaćmę czarną przedewszystkiem powodują krwotoki wewnętrzzgałkowe. Sądząc z badań dra Witalińskiego, nie odpowiadałoby to temu przypuszczeniu. Jednakże w 2 przypadkach zaćmy wybitnie czarnej z prywatnej praktyki, po operacji stwierdzić można było dawne wynaczynienie krwawe w ciałku szklistem i w siatkówce. Dlatego nie uważa badań dra Witalińskiego za ukończone, ale radzi dalsze na obszerniejszym materiale przeprowadzić.

Dr Górski miał również w swej praktyce jeden przypadek zaćmy czarnej. Chory miał poczucie światła, projekcyę złą, wynik operacyi był zły.

Dr Bałłaban operował jeden przypadek zaćmy czarnej z dobrym wynikiem.

Zwraca uwagę, że zaćma czarna składa się tylko z jądra, kory nie posiada, zdarza się najczęściej u ludzi starych. Zauważył też, że badaniem histologicznem da się w takich zaćmach wykazać zwyrodnienie szkliste i mączkowate.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz podaje, że zaćmy z dużem, twardem, ciemnem jądrem nie należą do rzadkości, ale nie o te się rozchodzi. Nazwa »czarna zaćma« odnosi się do zaćm istotnie czarnych, atramentowo-czarnych, a nie do brązowych.

Prelegent reasumując dyskusyę zaznacza, że istotnie trzeba podzielić katarakty ciemne na: *haemorrhagica*, *brunescens* i *nigra*.

W odpowiedzi drowi Bałłabanowi dodaje, że badał zaćmy na zwyrodnienie skrobiowate, ale go nie stwierdził. Na zwyrodnienie szkliste jeszcze nie badał, ale dokona tych badań, za poddanie tej myśli dziękuje drowi Bałłabanowi.

(Dok. nastąpi).

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr J. A. de Abren Fialho mian. prof. okul. w Rio de Janeiro.

Dr G. Cirincione prof. nadzw. w Palermie mian. prof. zwycz. okul.

Dr Gatti w Neapolu habilitował się tamże dla okulistyki.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁLABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWYNSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Wrzesień

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przecięcie mięśni prostych dla zapobieżenia objawom zapalenia sympatycznego i dla względów kosmetycznych*).

Podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Wychodząc ze założenia, iż przy zanikaniu chorej gałki ciśnienie mięśni prostych wywołuje owe charakterystyczne wręby, które z gałki mniej więcej kulistej robią postać podobną do paki przewiązanej, przypuszczając dalej, że ucisk mięśniowy na gałkę sprawia podrażnienie nerwowe, które przy sprzyjających okolicznościach może przenieść się odruchowo na oko drugie i wywołać wzgl. podtrzymywać zapalenie sympatyczne, postanowiłem wyzyskać ten pogląd praktycznie w razie wskazania antisympatycznego, gdyby enukleacja była przez chorego lub rodzinę chorego wzbroniona.

Sposobność do zastosowania tej operacji zastępczej nie

*) Wedle odczytu, wygl. na X. zjeździe lek. i przyr. we Lwowie.

dała też długo na siebie czekać, bo przedstawił mi się w dn. 10. XI. 1902 wieśniak, Jan Jaćmierski, 66 l., który przed 4-ą laty stracił przez uderzenie lewe oko a od kilku tygodni coraz silniejszą miał mgłę przed okiem prawem.

Stan ócz był następujący:

Lewe gałka cała zanikła do połowy, na dotyk bolesna, z rogówki pozostały zaledwo ślady, a w kierunkach mięśni prostych znamienne widać wręby podłużne.

Prawe oko przedstawia stan przewlekłego zapalenia tęczówko-rzęskowego ze zrostami tylnymi i drobnopylkowym zaćmieniem ciała szklonego, uniemożliwiającem osiągnięcie obrazu wyraźnego z dna oka. Wpro. $\frac{6}{18}$ Mp. 1-75 Sn. 1 przez 3 na 22 cm. Chorego przyjęliśmy do kliniki i rozpoczęliśmy kurację energiczną przeciw sympatycznemu zapaleniu prawej gałki a po bezskutecznem poleceniu, by chory pozwolił sobie wyjąć gałkę zanikłą. Gdy jednak mimo to zapalenie uietylko nie ustępowało ale nawet wznagało się a wzrok tak dalece podupadł, iż chory już tylko palce na metr mógł rozpoznawać ponownie wyjęcie gałki zanikłej poleciliśmy.

Nie mogąc chorego jednak nakłonić do poddania się operacyi wyłuszczenia gałki zaproponowałem mu przecięcie wszystkich czterech prostych mięśni, przedstawivszy choremu ważność zabiegu zupełnie wykluczającego niebezpieczeństwo wszelkie a usuwającego ból zanikłej gałki.

Po należytem kokainowaniu przeciąłem mięśnie w zwykły sposób praktykowany przy operacyach zezu. Spojówka pomiędzy pojedynczemi mięśniami pozostała oczywiście nienaruszona, a po przecięciu wszystkich mięśni prostych założyłem tyleż szwów spojówkowych. Otóż bezpośrednio po operacyi oko zaraz więcej wystąpiło ku przodowi, a wręby twardówki przez mięśnie spowodowane zmniejszyły się, by później zupełnie zniknąć, a nadto, bolesność gałki niebawem się zmniejszyła, by po kilku dniach zupełnie ustąpić. W miarę zaś lepszego stanu gałki operowanej i oko sympatyzowane lepiej reagowało na środki zastosowane, tak, że nietylko przedmiotowo stwierdzić to było można, ale i chory sam ze zadowoleniem podnosił

lepszy wygląd oka i poprawę wzroku, który oczywiście wobec zmian w ciałku szklistem nie mógł szybko się podnieść. Jednak objawy sympatyzowane zapalne ustępowały z każdym dniem, a po kilku tygodniach, gdy oko zbiałało i wzrok do tego podniósł się stopnia, iż chory rozpoznawał palce na 4—5 m, mogłem go wypuścić z opieki.

Co chorego zaś przedewszystkiem cieszyło, to ustąpienie bólu w lewem oku i lepszy tegoż wygląd. Gałka nie była ani tak zmniejszona ani tak wpadnięta, a niewątpliwie później wykonane zabarwienie pozostałej rogówki więcej jeszcze do upiększenia gałki przyczyni się. Winienem jeszcze zaznaczyć, iż ruchy operowanej gałki wcale nie były upośledzone.

Przypadek ten względnie korzystny zachęcił nas do dalszych prób tam, gdzie do tego nawinęła się sposobność. Oczywiście na razie nie śmieliśmy ani zachęcać chorych do poddania się tej operacji, gdzie nie było do tego absolutnego wskazania, ani też zastąpić nią enukleacyi, gdzie też zdawała nam się koniecznie potrzebną. Tem się tłumaczy, że mimo ogromnego materiału, jakim rozporządzamy w naszej klinice, względnie w niewielu przypadkach operację tę wykonać mieliśmy należytą sposobność.

Operowaliśmy prócz powyżej przytoczonego przypadku jeszcze sześć innych, już to dla zaniku gałkowego z utratą pojedynczych gałki składników (*phthisis*), już to z powodu zanikania całej gałki, utrzymanej jako takiej, o ile tylko owe wręby mięśniowe i bolesność gałki, czy to na dotyk czy samoistnie występująca, dawały się we znaki. Nie będę nużył czytelników szanownych przytaczaniem szczegółów owych przypadków a ograniczę się tylko do określenia jednego bardzo znamiennego pod względem kosmetycznym, u młodej osoby, gdzie właśnie ten wzgląd nie małą odgrywał rolę.

Panna, J. F., 16 l., zgłosiła się do mnie w lutym bieżącego roku z powodu bólu w obu oczach, zwłaszcza zaś w lewem, które straciło wzrok w czasie, gdy jako małe dziecko miała jakąś ogólną chorobę gorączkową. Badanie wykazało co następuje: Lewe oko o $\frac{1}{4}$ mniejsze od prawego, górą i dołem

wybitne wręby mięśniowe, przednia komora głęboka, gdyż tęczówka atroficzna wraz z białą błoną, zasłaniającą źrenicę, cofnięta ku tyłowi. Napięcie gałki obniżone znacznie (bo—3) a gałka na dotyk bolesna. $W = 0$.

Prawa gałka prawidłowa, ale z wybitnemi znamionami gałki krótkowzrocznej. $W_{pro} = \frac{6}{36}$ Mp. 16·5.

Dn. 21. II. wykonałem tenotomię wszystkich prostych mięśni. Nazajutrz gałka nieco więcej od prawej wystawała, co jednakże w następnych dniach wyrównało się. Wręby znikły, to samo bolesność tak tej jak i drugiej gałki, a ruchomość operowanej gałki nie pozostawiała nic do życzenia.

Gdy dn. 11. V. po raz ostatni chorą widziałem, dobry skutek utrzymał się, jak to fotografia wykazuje, z której nawet trudno rozpoznać, które oko było operowanym.

I w innych przypadkach wynik był zadawalniającym, lubo może mniej wybitnym aniżeli w dwóch powyżej przytoczonych.

Pod względem techniki operacja jest łatwą do wykonania, a w ostatnim czasie zaprowadziliśmy małą odmianę, która nam się praktyczną być zdaje.

Po kokainowaniu wzgl. zastrzyknięciu pod spojówkę nowokainy z adrenaliną obcinamy spojówkę tuż przy rogówce wzgl. jej pozostałości i podminowawszy ją należyte przecinaemy ścięgna mięśniowe jedno po drugim tuż przy twardówce, a także i boczne wpochwienia, tak by cały mięsień był należyte cofnięty ku tyłowi. Następnie zakładamy przez brzeg odłączonej spojówki szew kapciuszkowy, który jednak tylko o tyle ściągamy, o ile tego potrzeba, by spojówkę zbliżyć do rogówki. Opaskę zakładamy na kilka dni, a następnie jednym przecięciem nitki szew usuwamy.

Przebieg gojenia, jak dotychczas, bywał zupełnie dobrym, ruchliwość gałki operowanej w niczem nie ucierpiała, a nawet tam, gdzie było zboczenie gałki (zez) takowe równocześnie dało się usunąć.

Jakiż więc skutek, jaka korzyść tego zabiegu?

W pierwszej linii niewątpliwie kosmetyczny, gdyż gałka występuje ku przodowi nieraz wyrównując się z drugą pod tym względem, a ruchliwość gałki staje się prawidłową i o ile dotychczas osądzić było można zanik dalej nie postępował, a nawet jak w dwóch przypadkach pozostałe poczucie światła stało się pewniejszym i projekcja światła lepszą. Wynik więc czynnościowy lubo zaledwo dostrzegalny jednak dopuszczający nadzieję, że w korzystniejszych przypadkach może i tu da się więcej coś osiągnąć.

Skutek kosmetyczny zamierzony już był przez Weckera (La clinique ophthalm. Nr 10, 1902) i zdaje się również z dobrym wynikiem.

Nam chodziło o rzecz nie równie ważniejszą, t. j. o usunięcie wpływu ujemnego na drugą gałkę. I tu widzimy, że wręby mięśniowe tak w gałce skurczonej (*phthisis bulbi*) jako też zanikającej (*atrophia*) wyrównują się, a bolesność ustępuje.

Dwie okoliczności, które stanowczo ujemny na drugie oko miewają wpływ.

Widzimy w jednym przypadku, jak rzeczywiście sympatya wywołana i rozwinięta silnie, przestaje się rozwijać i jak oko pod wpływem dalszego leczenia uspakaja się. Czy to *post hoc ergo propter hoc*, któżby śmiał wnioskować z jednego przypadku, ale rzucamy myśl, zachęcając do dalszych doświadczeń i spostrzeżeń, bo tylko szereg wielki takich długo spostrzeganych przypadków może nam pod tym względem dać wskazówkę czy przypuszczenie tak, zdaje się, zrozumiałe, jest uzasadnione.

Że nie wszystkie enukleacje zastąpić będziemy mogli tenotomią wieloraką to się samo przez się rozumie, bo gałki zawierające narośl, lub ciało obce wzgl. pasożyta będziemy musieli poświęcić, ale pozostanie nam jeszcze bardzo wiele takich, które uda nam się zachować, choćby one nie były już nie warte pod względem czynnościowym, a jednak niebezpieczne ze względu na sympatyczny wpływ.

Operacja ta ważną będzie zawsze tam, gdzie mamy do

czynienia z przesądem czy uprzedzeniem a tam ona właśnie najczęściej będzie wskazana.

Oby przyczyniła się do zmniejszenia cierpień fizycznych i często z nimi złączonych moralnych naszych bliźnich.

II. SPOSTRZEŻENIA KLINICZNE.

Czasowy nystagmus, wywołany przez polipa w uchu.

Przed kilku laty w miesięczniku okulistycznym rosyjskim*) opisałem porażenie nerwu odwodzącego lewostronne, spowodowane wyłącznie zapaleniem lewego ucha zewnętrznego: przypadek, o ile mi się zdaje, jedyny w literaturze.

Obecnie podaję do wiadomości czytelników przypadek *nystagmus* czasowego obu gałek ocznych, wywołany polipem prawego ucha.

Wprawdzie kilka takich wypadków już poprzednio opisano. Między innymi Schwartz**) w roku 1878 opisał *nystagmus* lewostronny przy ropnem zapaleniu lewego średniego ucha, Kipp widział 3 przypadki, Burkner spostrzegł *nystagmus* przy przemywaniu ucha, Urbantschitsch także opisuje jeden przypadek, trwający nawet kilka lat po wyleczeniu ucha.

Przypadek, jaki spostrzegałem w tym roku, zasługuje na szczególną uwagę: *nystagmus* obu gałek ocznych mógł być wywołany dowolnie, jak to niżej opiszę i zupełnie ustąpił wraz z usunięciem przyczyny.

Uczennica niżnienowogrodzkiego instytutu, Z. T., 12 lat, wątłej budowy, błąda, zwróciła się do mnie 1-go marca r. b z powodu ropnego wysięku z prawego ucha. Choroba trwa

*) Wiest. Oftalm. 1899, str. 16.

**) Handbuch der Ohrenh. t. XVII, str. 459.

już 4 lata i bierze początek od czasu skarlatyny, jaką chora przechodziła w dość ciężkim stopniu, mając lat 8. Do tego czasu jednak ucha nie leczyla wcale.

Ostatnich kilka tygodni uczuwa silne bóle głowy z prawej strony, w karku i w wyrostku sutkowym prawym; prócz tego od czasu do czasu uczuwa strzykające bóle w chorem uchu, miewa czasami zawroty głowy.

Przy badaniu wziernikiem w zewnętrznem uchu — spora ilość cuchnącej ropy gęstej, po usunięciu której stwierdziłem twór polipa wielkości ziarnka grochu. Widzialna część bębenka blado-czerwona, mało zgrubiała i znacznie wypukła. Chłodną petlą usunąłem polipa tuż przy samym bębenu. Otwór w *membr. tymp.* — mały. Zapomocą kwasu chromowego, natopionego na cienki zgłębnik przypaliłem pozostałą część polipa, widzialną przez otwór i naznaczywszy leczenie ucha, zamówiłem chorą po kilku dniach do siebie. Po tygodniu znowu stwierdziłem ropy w uchu dużo, polip znowu wyrósł po nad powierzchnię bębenka. Siostra miłosierdzia, z którą chora przyszła do mnie, zakomunikowała mi, że u mej pacjentki, gdy chora ucho zatka szczelnie palcem, zjawiają się jakieś dziwne ruchy w obu oczach: gałki oczne skaczą. Rzeczywiście, gdy tylko chora, na moje żądanie, zatkała szczelnie prawe ucho, obie gałki oczne zaczęły się dość prędko i miarowo poruszać w kierunku poziomym od linii środkowej na prawo i napowrót. Ruchy te trwały cały czas, póki ucho było zatkane i odrazu znikaly po odetkaniu ucha. Gdy ucho nie było zatkane żadnych zmian w oczach nie zauważyłem. Zrenice dość duże, zupełnie jednakowej wielkości, na światło reagują prawidłowo. Ruchy oczne zupełnie prawidłowe: ani jawnego ani ukrytego zezania niema $Visus = 1$. Na dnie oka żadnych zmian. *Refr. emtp.* Tylko *nystagmus* powstawał za każdym razem, gdy chora szczelnie zatykała ucho.

Ponieważ polip był już dość znacznej wielkości, znowu go usunąłem chłodną petlą i, jak to uczyniłem poprzednio, przypaliłem kwasem chromowym pozostałe resztki ziarniny. Gdy chora znowu, po usunięciu polipa, zatkała mocno ucho,

nystagmus już nie wystąpił mimo ponownych prób. Kilka razy jeszcze polip odrastał i zawsze, po zatkaniu chorego ucha, powstawał *nystagmus*; po usunięciu zaś polipa *nystagmus* nie mógł być wywołany najszczelniejszym zamknięciem.

W końcu kwietnia bóle w uchu się wzmogły, zjawido się znaczne nasilenie bólów w głowie, karku i *proc. mast. dex.*, wskutek czego usunąłem całego polipa, wyskrobałem łyżeczką wszystką ziarninę w jamie bębenkowej i wyjąłem zczerniałą zupełnie młoteczek. Od tego czasu polip nie odrastał, drżenia oczu nie można było wywołać przez najszczelniejsze zatkanie ucha. Zupełnie ustały bóle w uchu, jak również i bóle głowy i karku. Niewielki wysięk ropny jeszcze trwał jakiś czas, lecz i ten wkrótce znikł zupełnie, otwór w bębunku zarósł, dziewczynka wyzdrowiała.

Niżnijnowogród, 25. VIII. 1907.

Dr med. *Edward Szymański.*

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augeneheilkunde. T. LVI. Z. 3. (Referent dr Bałaban).

Anatomiczne i mikrochemiczne badania nad zmełnieniami rogówki przez wapno i ołów. (Anatomische und mikrochemische Untersuchungen über Kalk und Bleirübungen der Hornhaut). Dr Guillery.

Autor sprowadzał na rogówkach królików oparzenia ołowiem i wapnem i badał następnie histologicznie i mikrochemicznie działanie obu tych środków. Postępował on przy tem w ten sposób, że pocierał powierzchnię rogówki pędzelkiem umaczanym w świeżo przygotowanym roztworze wapna. Przy tem uważał, aby nabłonek nie został uszkodzonym. Przekonał się, że powstała przez oparzenie wapnem plama jest trwała, a w jej miejscu jest rogówka zupełnie znieczuloną i skłoną do powstania wrzodu.

Autor stara się obalić przestarzałe zapatrywanie, które w nowszych czasach było popieranem także przez Neddena, jakoby przyczynę zmętnienia powstałego na rogówce wskutek oparzenia wapnem, było tworzenie się t. z. *Calcium carbonatum*.

Badał on dokładnie odnośnie w tym kierunku spostrzeżenia Neddena i przekonał się, podobnie jak Andree, że zmętnienia rogówki, powstałe wskutek oparzenia wapnem, tworzą się przez połączenia organiczne. A mianowicie, podczas gdy nie powiodło się nigdy wykazać mikrochemicznie wapna w postaci kryształów gipsowych, badania histologiczne uwydatniły, że tak wapno jak i ołów bardzo szybko rozprzestrzeniają swe działanie przez rogówkę w głąb oka. Przybłonek rogówki jest o wiele więcej odpornym dla wchłaniania rozczywnów solnych ołowiu, aniżeli dla wapna, które przez rogówkę z łatwością się przedostaje w głąb oka. Szczególnie uwydatniało się to przy badaniu histologicznem rogówki nadżartej przez nasycony rozczywn oclanu ołowiowego, przyczem błona Descemeta była miejscami czarną, miejscami zaś brunatną lub też żółtawą. Gdy także niebarwione preparaty poddał autor działaniu kwasu solnego, powstawały kryształy chlorku ołowianego, które się rozprzestrzeniały w głąb, przez całą rogówkę aż do błony Descemeta. Że te kryształy nie były węglanami ołowiu (*Bleicarbonate*), to wynika z braku powstawania przy tem gazu. Inne odczyny, służące do wykazania ołowiu, dały również odczyny dodatnie (siarkan amonowy, kwas chromowy. Najczęstszą przyczyną powstania zmętnień w rogówce wskutek ołowiu, są nadżarcia w przybłonku rogówki, przy równoczesnem działaniu ołowiu. Przy tem przedostaje się ołów w wielkiej ilości i bardzo rychło w głąb rogówki. A także przy oparzeniach powstałych przez zwykłe pocieranie pędzlem zamaczanym w rozczywie ołowiu pojawiały się bez poprzednio istniejącego nadżarcia głębokie białe blizny. W 3 dni po takim zabiegu można było w cieczy wodnej wykryć ołów. Te i tym podobne badania wykazały, że jakkolwiek przybłonek rogówki przy podobnych próbach zmniejsza swoją odporność, to jednak w każdym razie jest on pewną ochroną przeciwko przedostaniu się ołowiu i wapna w głąb oka.

O jednym przypadku zatkania obu naczyń środkowych. (Über einen Fall von Verschluss beider Centralgefässe).
Dr Gross.

Autor opisuje przypadek zakrzepu żyły środkowej siatkówki, w którym, po upływie 3 tygodni, znikły wszystkie charakterystyczne objawy tego cierpienia, natomiast dał się spostrzegać zator środkowej tętnicy siatkówki.

Zapalenie siatkówki i naczyńiówki u człowieka, powstałe wskutek działania naftaliny. (Chorioretinitis beim Menschen, durch die Einwirkung von Naphthalin). Dr van der Hoeve.

Wskutek zatrucia naftaliną wystąpiło u pewnego chorego, badanego przez autora jednostronne zapalenie siatkówki i naczyńiówki z upośledzeniem bystrości wzroku ($\frac{5}{30}$) i ograniczeniem pola widzenia, w którym powstał przyśrodkowy brak. Na dnie oka znajdował się w okolicy żółtej plamki mały białawy złóg, który był podobny do kryształu. W innym zuowu przypadku spostrzegał autor z tej z tej samej przyczyny początkową zaćmę i pasenkowaty krwotok na dnie jednego oka.

Pręgi siatkówkowe. (Striae retinales). Dr Kröner.

Autor znalazł u pewnego chorego liczne bardzo długie i równomiernie szerokie, białawe pręgi, powstałe na dnie oka, jako następstwo uleczonego oderwania siatkówki. Pręgi te przebiegały bądź to równolegle do siebie, bądź to łączyły się wzajemnie, a okolone były nie licznym barwikiem.

O anatomicznej podstawie ociemnienia przy ropniu oczodołnym. (Über Anatomische Grundlage der Erblindung bei Orbitalphlegmonen). Dr Bartels.

Autor opisuje wynik badania anatomicznego zawartości oczodołu i początkowej części nerwu ocznego w jednym przypadku ropnia płata skroniowego i obustronnego ropotoku oczodołu, które to zmiany powstały w następstwie zakrzepu zatoki jamistej.

Znalazł on przy tem zaczopowanie żyły środkowej siatkówki powstałej po zapaleniu tej żyły. Czop (kwil 3·5 mm po za blaszką sitową nerwu wzrokowego. Tętnica środkowa była zaczopowaną wskutek świeżego zapalenia i to na długość 0·8 mm, a zaczopowanie to poczynano się 2·7 mm po za blaszkę sitową. Następnie znalazł on nekrozę nerwu wzrokowego po za blaszką sitową. Odpowiadającą właśnie miejscu, w którym nastąpiło zaczopowanie obu tych naczyń. Przy tem nie rozchodziło się o nekrozę drobnoustrójową lub ropną, lecz o zamarcie samej tkanki, powstałe przez niedostateczne jej odżywienie, właśnie wskutek zatkania naczyń krew doprowadzających i odprowadzających. W siatkówce znachodziły się małe zaczopowane naczynia, po za czem nie dawały się spostrzeżać żadne ważniejsze zmiany w naczyniach środkowych.

W obrazie klinicznym uważa autor za dziwne, że pomimo, iż zakrzep w przetoce jamistej powstał prawdopodobnie pierwotnie, to na dnie oka nie było objawów larezy zastoinowej, a powstała

ona dopiero równocześnie z ropniem płatu skroniowego. Na podstawie swych badań przychodzi autor do następujących wniosków:

1. Przy ropniu oczodołowym może nastąpić ociemnienie wskutek pozagałkowej nekrozy nerwu wzrokowego, która jest spowodowana przez zakrzep naczyń błony pajęczej i częściowe zacopowanie naczyń śródownych.

2. Wskutek powstania ubocznego krążenia może po za miejscem zacopowaniem i przed niem istnieć drożność w obu naczyniach. Wskutek tego mogą na tarczy wzrokowej oba naczynia, pomimo zatkania mieć prawidłowy wygląd.

3. Zewnętrzne mięśnie i nerwy gałki ocznej mogą pomimo długotrwałego ropnia oczodołowego pozostać nienaruszonymi.

Przyczynki do znajomości powstania pęknięć naczyńniówki. (Beiträge zur Kenntnis der Entstehung der Aderhautrupturen). Dr Beck.

Autor robił doświadczenia na 150 oczach u zwierząt świeżo ubitych, przy czem poddawał on oczy te urazowi wedle różnych teoryj o powstaniu pęknięcia naczyńniówki. Wynik tych badań był następującym. Pęknięcia samej naczyńniówki bez powikłań nie dało się nigdy osiągnąć. Jeżeli uraz był za gwałtowny, to pękała gałka oczna i to najczęściej na granicy rogówko-twardówkowej. Po większej części powstawało przy tem równocześnie pęknięcie naczyńniówki i korneoskłery i to od przodu ku tyłowi. Naczyńniówka pęka zazwyczaj w tem miejscu, gdzie tylne naczynia rzęskowe przechodzą z twardówki do naczyńniówki.

Spostrzeżenia nad zwichnięciem zwiolczatego jądra soczewki do przedniej komory. (Mitteilungen über Luxation des reclinirten Linsenkernes in die Vorderkammer). Dr Fischer.

Po upływie dwóch lat po operacyi zaćmy, przy której jądro soczewki w głąb ciała szklistego zwichniętem zostało, pojawiło się jądro soczewki w przedniej komorze i spowodowało powstanie następowej zaćmy. Wydobyte jądro zostało poddanem badaniu drobnowidowemu, przy czem było ono równomiernie zabarwionem i było pokryte licznymi rozmiękkłymi cząstkami kory.

Z. 4.

Okaleczenie rogówki przy wyjęciu płodu kleszczami, z opisem anatomicznym. (Eine Verletzung der Hornhaut durch Zangenentbindung mit anatomischem Benud). Dr Peters.

U noworodka, o którym autor donosi, spostrzegał on poprzeczne przerwanie lewej dolnej rurki łzowej. Rogówka tego oka była

jednostajnie zmętniały, w jej środku i to w głębokich warstwach znajdowały się 2 więcej zmętniałe pasemka, odległe od siebie o 4 mm i prawie równoległe przebiegające.

W 3 tygodnie później nastąpił *exitus letalis* wśród drgawek i wymiółów. Przedsiębrane badanie anatomiczne dało następujące wytłómaczenie powstania tych pasemek: Wskutek silnego przyparcia gałki ocznej do górnej ściany oczodołu został poziomy jej południk silnie napiętym, przez co powstały pionowe pęknięcia błony Descemeta w tkance rogówki. Pęknięcia te odpowiadały właśnie spostrzeganym klinicznie zmętniałym pasemkom.

Do znajomości wrodzonego położenia i zmian w postaci soczewki. (Zur Kenntnis angeborener Lage und Formveränderungen der Linse). Dr Beck.

Po poprzednim omówieniu odpowiedniej literatury, opisuje autor zwichnięcie i nieprawidłowe zmniejszenie soczewki, które spostrzegł u 27-letniej kobiety. A mianowicie była soczewka na oku prawem przesunięta ku dołowi i na wewnątrz, zaś na oku lewem na zewnątrz i ku górze. Obustronnie zaś był ucisk śródoczyny zwiększonym, a tarczy wzrokowe wyżłobione. Na oku prawem projekcja była niepewną, na oku lewem rozeznawała badana ruchy ręki tuż przed okiem. Autor zrobił na próbę na oku prawem iridektomię. Wkrótce po operacji, przy której ciała szkliste wypadło, wystąpił napad jaskry z wymiolarami, wreszcie wypadło ciało szkliste i soczewka.

O spostrzeganiu robaków w oku. (Ueber das Vorkommen von Würmern im Auge). Prof. Greef.

Autor spisał wszystkie spostrzeżenia o obecnym stanie naszej wiedzy co do pojawiania się robaków w oku. Dzieli on te spostrzeżenia na następujące grupy i opisuje znane i najważniejsze momenty co do morfologii i biologii tych pasożytów.

1. *Trematody.*

Nordmann i Gescheidt znaleźli w soczewce ludzkiej następujące pasorzyty: *Monostoma lentis* i *Distoma oculi humani*. Były one 0.3—1 mm długie. Autor zwrócił już oddawna na to uwagę, że pojawiające się u ryb częste zmętnienia w soczewce i ciała szklistem powstają prawie wyłącznie wskutek żyjących trematodów, Fuhrmann opisał taką epidemię zaćmy u pstrągów, powstałą wskutek larw trematodów należących do grupy holoktonidów. Przy badaniu zaćmy u pewnego rybaka, znalazł autor w korze soczewki dwa białe punkciki, które zdaniem autora wedle przedsiębranego badania drobnowidowego były trematodami. Sulzer

potwierdził spostrzeżenia autora co do pojawiania się tremalodów w soczewkach zwierząt własnymi badaniami u pstrągów (*Monoostoma lentis*).

2. *Cestodes* (Tasiemcy).

a) *Taenia solium*. Pierwotne siedlisko tasiemca znajduje się po większej części pomiędzy siatkówką a naczyniówką. Stąd dostaje się on do ciała szklistego i tutaj może pierwotnie powstawać i to z naczyń ciała rzęskowego. Wskutek nowoczesnej budowy rzeźni i wskutek oględzin mięsa znikł ten pasorzyt u nas w ostatnich czasach.

b) *Taenia alimococeni*. Wbrew dotychczasowemu zapatrywaniu udowodnił Werner na pewno istnienie echinokokka w głębi gałki ocznej. W ogóle spostrzegano dwa takie przypadki.

3. *Nematodes* (Nitkowce).

Tutaj należy *trichina spiralis*. Powoduje ona charakterystyczny obrzęk powieki, który powstaje przez dostanie się trychiny do mięśnia oczodołowego. W głębi gałki ocznej spostrzegano nitkowce nadto i to pod spojówką, w przedniej komorze, w soczewce i w ciałku szklistem. Zdaje się, że w oku pojawia się tylko *filaria loa*. Kuln obserwował wziernikiem filarię na dnie oka i wyjął ją żywą. Nitkowce pojawiają się często pod 3-cią powieką u ptaków szczególnie zaś u kur. Jeżeli się nie leczy takiego oka przez wkraplanie 1—3% roztworu kreoliny, to często następuje utrata gałki ocznej. Robak ten jest biały i pół cala długi.

O utrwaleniu postaci soczewki zapomocą zmrożenia.
(Ueber Fixierung der Linsenform mittels der Gefriermethode). Dr Fischer.

Wedle wskazówek Pflugka przesiębrał autor próby na oczach gołębi, chcąc się przekonać o ile w zmrożonych oczach da się wykazać dokładny kształt soczewki oka żywego. Przysiębrane badania na 55 oczach dały następujące wyniki: Autor nie mógł przekonać się o stałym pojawianiu się stożka na tylnej ścianie soczewki (*accommodative Conusbildung*), jak to Pflugk twierdził.

Zdawało się też autorowi, że zmrożona soczewka przybierała prawie zawsze postać kuli. Autor przychodzi w końcu do następujących wniosków:

1. Metodą mrożenia nie można wykazać kształtu soczewki przy różnorodnym stanie skurczu mięśnia rzęskowego.

2. Otrzymane tą metodą spostrzeżenia nie mogą służyć jako dowód, że w oku gołębia akomodacja odbywa się przez zwiększone napięcie się wiaźadła Zinniusa.

Przypadek kłowego zapalenia chrząstki powiekowej.
(Ein Fall von Tarsitis syphilitica). Dr Feilchenfeld.

Autor wyciął i badał kawałeczek chrząstki powiekowej u chorego na kłę, przy czem nie mógł wykazać *spirochaet*. Cała chrząstka była zajęta drobnokomórkowymi naciekami a częściowo też naciekami ograniczonymi.

Doświadczenia z tuberkuliną Kocha. (Erfahrungen mit dem Koch'schen Tuberculin). Dr Brückner.

Autor opisuje 38 przypadków, w których stosowano 53 zastrzykiwań tuberkuliny Kocha i 152 zastrzykiwań T. R. W poszczególnych przypadkach występowały miejscowe nie znaczące objawy podrażnienia, których przyczynę przy T. R. należy szukać w glicerynie, którą się używa do rozrzedzenia tej tuberkuliny. Z pomiędzy 35 przypadków, w których stosowano tuberkulinę, wystąpiło w 26 przypadkach zapalenie tęczówki lub tęczówki i ciała rzęskowego, 2 przypadki były powikłane z zapaleniem naczyńiówki, podczas gdy w 2 przypadkach wystąpiło zapalenie nerwu wzrokowego. U 17 osobników wystąpiły objawy ogólne z gorączką. Na podstawie badania sądzi autor, że pojawienie się ogólnego odczynu przy niezdecydowanej chorobie ocznej co do jej etyologii, niczego nie dowodzi, a mogłoby ono być tylko poparciem klinicznego rozpoznania. Pewnym dowodem jest tylko pojawienie się miejscowego odczynu. Reasumując objaśnia autor w kierunku rozpoznawczym, że na 26 przypadków zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego, w 13 przypadkach, t. j. w 50%, dała się wykazać reakcyja ogólna lub miejscowa. Z tych 26 przypadków było 15 podejrzaných klinicznie na gruźlicę. W 11 przypadkach dało się udowodnić na pewne tło gruźlicze. W kierunku leczniczym wstrzymuje się autor od wydania sądu, gdyż doświadczenia z T. R. są za szczupłe.

Archives d'Ophthalmologie. R. 1907. Nr 7. (Referent K. W. Majewski).

Skuteczny sposób leczenia zakaźnych wrzodów rogówki. (Un traitement efficace des ulcères infectieux de la cornée). Eperon (z Lozanny).

Sposoby leczenia zakaźnych wrzodów rogówki są liczne, ale w przypadkach złośliwych skuteczność ich jest przeważnie wątpliwa. Autor w szczególności wykazuje braki, jakie przedstawia galvano-

kaustyka wrzodów. Keratolomia sposobem Saemisch'a również we wielu razach zawodzi. Podano bardzo wielką liczbę środków antyseptycznych i żrących, które autor kolejno na poliklinicznym materiale wypróbował, żadnego jednak bez zastrzeżeń skutecznym nazwać nie może. Przypadek zrzucił, że przez pomyłkę dostarczono mu z apteki zamiast 20⁰/₀ rozczynu chlorku cynkowego, takiegoż rozczynu siarkanu cynku. Autor rozczyemu tego użył do przypalenia powierzchni i postępującego brzegu uporezywego i szybko się szerzącego wrzodu rogówki. Skutek był tak uderzający, że gdy się pomyłka wyjaśniła, pozostał już przy siarkaniu cynku i zastosował go z równie pomyślnym skutkiem w szeregu innych przypadków. Radzi on przed zastosowaniem siarkanu cynku znieczulić rogówkę kokainą, a następnie małym tamponikiem waty nawiniętej na koniec sondy i umaczanym we wzmiankowanym rozczywie wymaczać dno i brzegi wrzodu. Prócz tego należy stosować atropinę i ciepłe okłady, a w razie nagromadzenia się większego hypopyon wykonać paracentezę.

Leczenie jaskry przewlekłej zapomocą sklerotomii połączonej ze irydektomią. (Traitement du glaucome chronique par l'iridectomie et la sclérectomie combinées). Lagrange.

Na wstępie zaznacza autor swe stanowisko wobec ścierających się poglądów na istotę tak zwanej jaskry prostej (*glaucoma simplex*). Zdaniem jego na miano jaskry zasługują tylko te przypadki, w których istnieje choćby zaledwie wykazać się dające wzmoczenie ucisku śródocznego, lub nawet w których to wzmoczenie występuje tylko przemijająco. Jeśli jednak tego kardynalnego objawu brak zupełnie, wtedy zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego należy uważać za zanikowe i w tych przypadkach nie można wymagać skuteczności od leczenia operacyjnego, które autor przeciw przewlekłej jaskrze stosuje. Operacya, którą już w dawniejszych pracach swych zalecił i opisał, polega na połączeniu irydektomii ze sklerotomią. Autor zbija zarzuty, które go spotkały, zwłaszcza ze strony Abadie'go, a następnie uzupełnia dawną knzuistykę siedmiu nowemi spostrzeżeniami. Z tych 27 przypadków operowanych metodą skombinowaną cztery nie mogły być spostrzegane przez czas dostatecznie długi. W trzech przypadkach skutek zabiegu operacyjnego był niedostateczny. Z pozostałych 20 w 12 przypadkach bystrość wzroku po operacyi się podniosła, a w 8 pozostała stałą nie pogarszając się już dalej. Zdaniem autora jedynie połączenie irydektomii ze sklerotomią daje nam możność stworzenia trwałej blizny przesączającej, bez której o wyleczeniu jaskry mowy być nie może.

Uwagi o krwotokach naczyńiówkowych po urazie i po operacyi zaćmy. (Remarques sur les hémorragies sous-choroïdiennes traumatiques et sur les hémorragies expulsives) Terson.

W pracy tej zestawia autor porównawczo wyniki swych badań mikroskopowych w przypadku krwotoku naczyńiówkowego na tle urazu z przypadkami takiegoż krwotoku po operacyi zaćmy. Terson to właśnie jest autorem powszechnie już dziś przyjętej nazwy pooperacyjnego krwotoku naczyńiówkowego: *haemorrhagia chorioidealis expulsiva*. Przypadek urazowy odnosił się do pewnego handlarza wina, który uderzył się z wielką siłą w oko lewe końcem kija bilardowego. Przyszło do pęknięcia twardówki łukiem ponad rogówką, a przez ranę tę szeroko rozwartą sterczała w postaci krwią sączącego skrzepu wyciowana treść gałki ocznej. Obraz kliniczny zatem przypominał wielce krwotok naczyńiówkowy, jaki się zdarza w wyjątkowych razach po operacyi zaćmy lub po innych operacyach połączonych z otwarciem gałki ocznej. I pod względem mikroskopowym, oko bowiem zostało wyjęte, dały się wykazać daleko idące analogie. Jako jedyną różnicę podnosi autor zachowanie się samej naczyńiówki. W przypadku urazowym dało się wykazać w naczyńiówce jedno miejsce rozdarte, jako właściwe źródło krwotoku. Jest to właśnie miejsce, które najbardziej było na siłę urazu narażone. W przypadkach krwotoku pooperacyjnego badanie mikroskopowe poucza, że naraz w wielu miejscach naczyńiówka wskutek wylewającej się krwi ulega oderwaniu, czyli, że ogniska krwotoczne powstają naraz w większej liczbie. Różnicę tę tłumaczy ta okoliczność, że *haemorrhagia expulsiva* występuje u osób ze zmianami miażdżycowymi w układzie krwionośnym. Nagłe zatem zmniejszenie ciśnienia przez pęknięcie ścian gałki ocznej wywołuje naraz pęknięcie wielu naczyń naczyńiówkowych. Gwałtowny uraz spotkać może osobę z naczyniami zupełnie zdrowymi bez żadnej szczególnej skłonności do krwotoku, jasną jest więc rzeczą, że krew wylewa się tylko z miejsca bezpośrednio uszkodzonego.

Przyczynek do znajomości nieżyty wiosennego. (Contribution à l'étude de la conjonctivite périodique végétante, catarrhe printanier). Antonelli.

W pewnym przypadku wybitnego nieżyty wiosennego przeprowadził autor szczegółowe badanie histologiczne bardzo znacznych wyrosła, usadowionych na brzegu rogówki i wkraczających nawet, zwłaszcza u lewego oka, aż prawie w obręb wężkiej źrenicy. Na podstawie tych badań uważa on to cierpienie za rodzaj okresowej sprawy zapalnej, która kończy się przerostem, względnie hyper-

plazją błony śluzowej. Wszystkie części składowe tej błony, a także i warstwa podśluzowa, a więc *stratum episclerale* w postaciach gałkowych, a *stratum epitarsale* w postaciach powiekowych ulegają sprawie przerostowej, jakkolwiek w niejednakim stopniu. Unaczynienie części przerosłych bywa bardzo obfite. O przyrodzie zapalnej cierpienia świadczy znaczne miejscami nacieczenie drobnokomórkowe. Obecność glikogenu i zwyrodnienie szkliste, oraz tworzenie się rzekomych torbieli, wszystko to spotyka się często w wyrosłach znamienych dla nieżytno wioseunego, jak wogóle w nowo utworzonych tkankach pochodzenia zapalnego.

Oko bielców. (L'oeil des albinos). Lagleyze.

Jest to ostatnia część dużej monografii o bielactwie oka. Tu zajmuje się autor pewnymi jeszcze szczególnymi postaciami wrodzonych zmian barwikowych oka, omawia różne rodzaje heterochromii, a wreszcie wspomina o niektórych ciekawych spostrzeżeniach tak zwanej arytmografii tęczówki, chociaż zboczenie to nie należy ściśle do przedmiotu, a stanowi raczej przeciwieństwo do albinizmu. Cyfry i litery, jakie spostrzegali na tęczówce: Geynst, Deneffe, Van Duyse, Cornaz, Rognetta, Giraldès, Wilde, Tenon, Borelli i inni nie są niczem więcej, jak nagromadzeniem barwika na przedniej powierzchni tęczówki w postaci figur, przedstawiających pewne przypadkowe podobieństwo do znaków piśmiennych, Potrzeba jednak pewnej dozy fantazyi, ażeby dopatrzeć się na tęczówkach takich napisów, jak: *Napoléon, Empereur* (Giraldès), lub *Loué soit Dieu*. Na końcu pracy zestawiona jest bardzo dokładnie obszerna literatura przedmiotu (168 publikacyj).

Przypadek pierwotnego raka spojówki gałkowej. Note sur un cas d'épithélioma primitif de la conjonctive bulbaire. Debève.

Autor podaje opis przypadku odnoszącego się do 40-letniego ogrodnika z zawodu, u którego wystąpił na oku prawem guzek na brzegu rogówko-twardówkowym. Gdy chory po raz pierwszy guzek ten zauważył, nie przekraczał on wielkości ziarna prosa, w chwili zaś wyłuszczenia gałki posiadał już wielkość monety 50 centymowej. Guzek był całą podstawą do gałki przyrośnięty, w części twardówkowej okazywał owrządzenie o brzegach twardych. Badanie mikroskopowe skrawków wykazało, że utkanie nowotworowe przenikało powierzchowne warstwy rogówki i twardówki. Błona Bowmana była przeżartą. Czopy przyblonkowe wnikały głęboko, zwłaszcza w okolicy przestrzeni Fontany i kanału Schlemma.

Jest to miejsce przez które, jak wykazał Lagrange najczęściej nagałkowe nowotwory przedostają się w głąb oka. Przypadek autora zasługuje głównie z tego względu na uwagę, że punktem wyjścia przybliżniaka była spojówka gałkowa, co należy do mniej częstych zdarzeń.

Berl. klin. Wechschrift. 1907. Nr 15. (Referent Dr W. Reis)

O istnieniu nerwowych włókien rdzennych w ludzkiej siatkówce i ich znaczeniu ze stanowiska neurologicznego. (Über Vorkommen und Bedeutung markhaltiger Nervenfasern in der menschlichen Netzhaut vom neurologischen Standpunkt).
Bernhardt.

U niektórych zwierząt (szczupak, węgorz, królik) są włókna rdzenne w siatkówce zjawiskiem zwykłym, u człowieka napotyka się je tylko wyjątkowo. Większość autorów nie przypisuje istnieniu tych włókien żadnego klinicznego znaczenia. Leber uważa tę nieprawidłowość za wrodzoną, mimo, że nie udało się dotychczas zauważyć istnienia tych włókien u noworodków. Ważną jest jednakże wzmianka, że często oczy, w których takie włókna znaleziono, nie są prawidłowe. Kelliker podaje, że na 52.180 chorych spostrzegł tę nieprawidłowość w 59 przypadkach, a więc w 0.11%, Tervelp na prawie taką samą ilość chorych 122 razy, Caspar na 14.000 cztery razy. Niektórzy z autorów (Hawthorne, Cosmetatos) spostrzegali odosobnione wysepki włókien rdzennych w pewnym oddaleniu od tarczy nerwu wzrokowego i bez związku z tą osłonią. Ewersbusch (1885) przypisuje powstanie włókien rdzennych niedorozwojowi częściowemu blaszki siatowej, która w prawidłowych warunkach ma powstrzymywać posuwanie się osłonki rdzennej włókien nerwu wzrokowego w kierunku ku tarczy. Manz (1890) na 113 w tym celu badanych osobników znalazł włókna rdzenne u 4-ech osobników ze zboczeniami umysłowymi. W r. 1894 przytacza M. dalsze trzy przypadki pojawienia się tej nieprawidłowości u osobników pod względem umysłowym nieprawidłowych. Praca Westphala (1897) objaśnia tworzenie się osłonek rdzennych włókien nerwowych w nerwach mózgowych, poczem W. doświadczaźnie stwierdza wpływ światła na szybkość dojrzewania osłonek rdzennych. Hippel zaś utrzymuje, że włókna rdzenne w siatkówce bynajmniej nie są wrodzone, wrodzonym jest tylko usposobienie do ich rozwoju. Edinger upatruje w czynności nerwu jeden z czynników powodujących dojrzewanie osłonek rdzennych.

Po zestawieniu historycznym poglądów na znaczenie włókien rdzennych w siatkówce przyłącza B. pięć przypadków przez siebie spostrzeganych. Z tych jeden dotyczył chorego na wiał rdzenia, drugi osobnika historycznego, trzeci ciężko nerwowo chorego z objawami kurczu twarzowego, a czwarty chorej głuchoniemej z rozsia-
nem stwardnieniem mózgu i rdzenia.

Nr 20.

Przypadek wrodzonej, jednostronnej, odosobnionej szpary w górnej powiece. (Ein Fall von angeborener, einseitiger, isolierter Spaltbildung im oberen Augenlid (Blepharochisis). Meyer.

Autor stwierdził u dziecka 2¹/₂-letniego w górnej powiece lewego oka szparę o wysokości $\frac{3}{4}$ cm a szerokości $\frac{1}{2}$ cm, którą usunął zapomocą operacji plastycznej. Do powstania tego zboczenia przyczynia się nieprawidłowy rozwój poszczególnych wyrostków twarzowych w życiu płodowym. Odosobnione szczeliny powiekowe, bez powikłań z niekształtowaniami twarzowymi należą do rzadkich przypadków.

Nr 29.

O niemożności czynnego zamykania powiek. (Über Apraxie des Lidchlusses). Lewandowsky.

Chory 64-letni z lewostronnem porażeniem połowiczem i lekkim niedowładem w dolnej gałęzi nerwu twarzowego leży w łóżku z otwartymi oczyma i nie jest w stanie dowolnie oczu zamknąć. Mimowolne mruganie istnieje, odruch rogówkowy wstrzymany przy zbliżaniu ręki do oka, występuje także silnie przy opukiwaniu czoła lub dotknięcia okolicy między nosem a okiem. Chory wezwany do zamknięcia jednego oka, wypowiada słowa »jak gdybym chciał strzelać«, poczem udaje mu się zamknąć osobno oko prawe. W nocy sypia chory z zamkniętymi oczyma. Oprócz niemożności czynnego zamknięcia powiek, nie jest chory także w stanie wstrzymać dowoli odruchowego zamknięcia powiek. Tło anatomiczne tego schorzenia nie jest na razie wyjaśnione. Prawdopodobnie muszą w tym przypadku być przerwane skojarzone połączenia ośrodką korowego dla górnej części nerwu twarzowego z innymi miejscami kory, z których wychodzi bodziec do zamykania powiek i tylko skojarzenie niezwykłych wyobrażeń może na drodze pośredniej wywołać zamknięcie powiek.

Deutsche med. Wchschrift. 1907. Nr 11. (Ref. Dr W. Reis).

Rzadki przypadek wyjęcia zaćmy. (Ein seltener Fall von Star-Ausziehung). J. Hirschberg.

Po omówieniu w krótkości wyników wyjęcia zaćmy u osób w podeszłym wieku przytacza H. przypadek następujący. W maju 1905 r. zgłosił się do autora starzec 85-letni z zaćmą dojrzalą na oku prawem, podczas gdy lewe oko z zaćmą początkującą posiadało jeszcze bystrość wzroku prawidłową. Chory — homeopata — chcąc zapobiedz powstaniu zaćmy na oku lewym wykonywał na temże oku miesienie, które wywołało skutek wprost odwrotny. W sierpniu 1906 wykonał H. wyjęcie zaćmy na oku prawem z wynikiem bardzo dobrym. W miesiąc potem stwierdzić było można na dnie oka prawego drobne krwotoki w następstwie silnego kaszlu. W grudniu 1906 zgłosił się do H. chory ów zupełnie ślepy. W listopadzie miał przebyć grypę — prawdopodobnie jednak ostry napad jaskry na lewym oku, który równocześnie spotęgował cierpienie na oku prawem i spowodował zgubny wylew krwawy do ciała szklistego. Po wycięciu szerokiego kawałka tęczówki chory odzyskał na oku lewym względnie użyteczną bystrość wzroku.

Nr 19.

Połowiczny ból głowy z porażeniem mięśni ocznych i okresowe porażenie nerwu okoruchowego. (Ophthalmoplegische Migräne und periodische Oculomotoriuslähmung). Paderstein.

U chorej dziedzicznie nie obciążonej istnieją od wczesnego dzieciństwa napady połowicznego bólu głowy, do których w 14 roku życia przylęcza się opadnięcie powieki, później rozszerzenie źrenicy, w końcu porażenie całego nerwu okoruchowego i to w ten sposób, że napady bólu głowy występują naprzemian albo odosobnione albo razem z porażeniami mięśni ocznych.

Organiczne jakies schorzenie należy w tym przypadku wykluczyć, porażenia ustępują bowiem po kilku dniach. O naturze tego cierpienia nie można nic pewnego powiedzieć wobec braku liczniejszych danych z materiału sekeyjnego.

Nr 20, 21 i 22.

Zewnętrzne choroby oka i ich stosunek do chorób nosa. (Aeusserer Augenerkrankungen in ihrer Beziehung zu Nasenleiden). Gutmann.

Przewód łzowy stanowi połączenie między jamą nosową a workiem spojówkowym. Stosunki anatomiczne tego przewodu, w szcze-

golności jego ujścia nosowego mają pewne znaczenie dla przenoszenia się spraw zapalnych z jamy nosowej. Istnienie zastawki Hasnera powoduje przy ostrym nieżycie nosa ciągłe łzawienie przez zatkanie ujścia nosowego, pozatem jednak także i postać ujścia nie pozostaje bez wpływu na powstanie powikłań ze strony oczu. Przy pionowo - owalnej postaci ujścia trudniej przychodzi do jego zamknięcia, aniżeli, gdy ujście ma kształt szpary. Przy tej ostatniej postaci ujścia już nieznaczny obrzęk spowodować może jego zamknięcie.

Obok zmian anatomicznych, które umożliwiają przenoszenie się sprawy chorobowej *per continuitatem*, istnieje jeszcze drugi sposób rozprzestrzeniania się drogą odruchową.

W fizyologicznych warunkach można już wywołać łzawienie odruchowe przy drażnieniu błony śluzowej nosa.

Naodwrot u osób ze światłowstrętem przy zapaleniu pryszczyczkowem oka występuje często odruchowe kichanie przy otwarciu powiek.

Do czuciowych nerwów odruchowych zaliczyć należy bóle rzęskowe, występujące przy schorzeniach jamy nosowej i znikające po ustąpieniu przyczyny wywołującej, do nerwów zaś naczyńioruchowych obrzęki powiek i tkanki okołoooczodołowej. Znane są także w literaturze przypadki choroby Basedowa z wytrzeszczem gałki, które wyleczone zostały po wykonaniu operacji w jamie nosowej.

Z drobnoustrojów napotykanych w wydzielinie nosowej, częściej można stwierdzić także w worku spojówkowym przy ostrym nieżycie spojówki. Przyjąć należy, że czasami odbywać się może bezpośrednie przenoszenie drobnoustrojów drogą kanału nosolozowego.

Autor zastanawia się następnie nad stosunkiem poszczególnych schorzeń oka do chorób nosa. W 100 badanych przypadkach zapalenia pryszczyczkowego spojówki w 93% istniał równocześnie przewlekły nieżyt nosa a w 50% przypadków przerost migdałków. Ostry i przewlekły nieżyt spojówki oraz śluzoropotok woreczka łzowego są bardzo często zależne od zmian chorobowych w jamie nosowej. Także jaglica znajduje tło podatne u osobników cierpiących na przewlekłe schorzenia nosowe. Gruźlica spojówki powstaje często w przyczynowym związku z gruźlicą przewodu nosolozowego oraz jam nosowych i migdałka. Znane są także przypadki pęcherzycy spojówki przy równoczesnych zmianach pęcherzycowych na błonie śluzowej nosa i gardzieli.

Nr 23.

Wyleczenie śluzoropotoku woreczka łzowego w przebiegu róży. (Heilung der Tränensackblennorrhoea durch interkurrentes Erysipel). Feilchenfeld.

Chora 51-letnia cierpiała od dłuższego czasu na śluzoropotok woreczka łzowego ze znaczną ropną wydzieliną. W kilka dni po przecięciu przewodki i wprowadzeniu zgłębnika wystąpiło po tej samej stronie twarzy róża. Po wyleczeniu róży ustąpił także śluzoropotok woreczka łzowego. Po 9-ciu miesiącach nie było jeszcze żadnego nawrotu.

Nr 24.

O symulacji cierpień ocznych i ich wykryciu. (Über Simulation von Augenleiden und deren Entlarvung). Groenouw.

Autor przytacza znane sposoby służące do wykrycia ślepoty lub niedowidzenia wysokiego stopnia na jednym oku lub też osłabienia wzroku na obu oczach.

Ophthalmology. (Milwaukee). Vol. III. Nr 4. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Zaćma warstwowa i jądrowa. Leczenie niechirurgiczne zapomocą podspojówkowych wstrzyknięć dioniny. (Lamellar and Nuclear Cataract. Non-Surgical Treatment. Treated by Subconjunctival Injections of Dionin). Bernstein (Kalamazoo).

Autor dalekim jest od twierdzenia, jakoby mogło regułą stanowić inne leczenie zaćmy niż operacyjne. Przypomina nawet orzeczenie oftalmologicznej sekcji północno-amerykańskiego towarzystwa medycznego, zredagowane przez Schweinitza i Risteya, że każde zaćmienie soczewki może się tylko powiększyć, lub pozostać bez zmiany, ale w żadnym razie nie może się zmniejszyć, a tem mniej ustąpić. Co prawda orzeczenie to wydane przez poważne ciało naukowe i ogłoszone także i w pismach nielekarskich miało raczej cel faktyczny, niż naukowy, chodziło bowiem o położenie łamy rozwielniającej się w Ameryce szarłatany w kierunku leczenia zaćmy bez operacji. W rzeczywistości nie ulega wątpliwości, że zachodzą przypadki samoistnego wyjaśnienia się zaćmień w soczewce. I tak znane są opisy, dobrowolnego z biegiem lat wessania się zaćmy starszej, oraz cofnięcie się, a nawet zupełne zniknięcie klinowatych smug zaćmy rozpoczynającej się. Tożsamo opisane zostały przypadki znikania zaćmienia urazowych przy zra-

nieniach soczewki, gdzie ranka w torebce była nieznaczna i szybko się zamknęła. Na podstawie takich i podobnych spostrzeżeń można mieć nadzieję, że istnieją i znajdują się środki, które zdolne będą w korzystnych warunkach ułatwić zaćmionej soczewce odzyskanie utraconej przezroczystości. Autor wykonywał w tym kierunku próby i przekonał się, że wstrzykiwanie głęboko pod torebkę Tenona $\frac{1}{2}\%$ roztworu dioniny jest właśnie takim zaćmienia soczewkowe wyjaśniającym środkiem. Ponieważ zabieg jest bolesny należy oko poprzednio znieczulić 10% kokainą. Autor powtarza zastrzyknięcia raz tygodniowo, a prócz tego poleca raz dziennie zapuszczać roztwór dioniny 5% z atropiną 1%. Nakoniec podaje kilka spostrzeżeń, z których wynika skuteczność takiego sposobu leczenia zaćmy warstwowej, oraz rozpoczynającej się zaćmy starej. Wstrzykiwania podspojówkowe dioniny stanowią, zdaniem autora, cenny nabytek terapeutyczny, bo niejednokrotnie zdarzają się wypadki, w których z tego lub owego powodu operować nie można, gdzie zatem skuteczny sposób nieoperacyjny bardzo jest pożądany.

Dwa przypadki wrodzonego skrzydlika powieki górnej (Epitarsus). (Two Cases of Congenital Pterygium of the Upper Lid [Epitarsus]). W r a d z i ŋ s k i (Kijów).

Pierwszy przypadek odnosi się do 17-letniej dziewczyny, która zgłosiła się do autora z powodu wrodzonego opadnięcia górnej powieki prawego oka. Oprócz tej nieprawidłowości zauważył autor drugą w postaci błony rozpiętej nad spojówką powieki górnej, zaczynającej się w załamku górnym i dochodzącej na brzegu powieki górnej tuż do wylotów gruczołów Meiboma. Po pod tę błonę gładką, lśniąca i bledszą cokolwiek od spojówki można było z łatwością wprowadzić zgłębnik.

W drugim przypadku u 32-letniego mężczyzny dotkniętego na obu oczach typową jaglicą, powodującą lekki stopień *ptosis* widać było po odwróceniu górnych powiek podobną, jak w poprzednim przypadku napiętą błonę w postaci irójkąta, podstawą sięgającego do załamka, a wierzchołkiem do środka brzegu górnej powieki. I tu można było przeprowadzić sondę po pod tę błonę.

Autor uważa zmiany w obu tych przypadkach za wrodzone. Ze względu na ich wejrzeenie przypominające *pterygium* nazywa on je *pterygium congenitum palpebrae superioris*.

Trudności praktyczne w przypadkach wad refrakcyi. (The Cause of difficulties in Refraction Work). Levis Dixon (Boston).

W niektórych przypadkach uciążliwej astenopii zależnej zwłaszcza od hypermetropii i nadmiarowego astygmatyzmu stosuje

autor oryginalny sposób leczenia, polegający na hyperkorekcyi t. j. wyltworzeniu zapomocą zbyt silnych szkieł wypukłych refrakeyi krótkowzrocznej. Wychodzi on z tego założenia, że nizkie stopnie myopii nietylko nie wywołują nigdy prawie żadnych dolegliwości, ale przeciwnie, zwłaszcza u ludzi skazanych na pracę z blizka, stanowią pewnego rodzaju naturalne przystosowanie wzroku do tejże pracy. Stwarzając zapomocą szkieł, które poleca hypermetro-pom i astygmatykom o ile możności używać stale, taki niski stopień myopii, uzyskuje autor u nich po dłuższym czasie trwałą poprawę pod względem astenopii i towarzyszących jej objawów, jak bóle, zawroty, ciśnienie w oczach i w czole etc. Szklą takie sprawiają z początku wiele trudności, zwłaszcza przy patrzeniu na większą odległość, a więc po za domem. Po pewnym czasie jednak oko nietylko się do nich przyzwyczaja, ale nawet widzi przez nie w dal co raz lepiej, co autor przypisuje zupełnemu i trwałemu zwolnie-niu akomodacyi, jakie w innych warunkach niełatwo daje się uzy-skać. Przytacza on szereg przypadków, w których uzyskał w po-wyższy sposób bardzo dobre wyniki lecznicze, jakichby się zdaniem jego nie dało osiągnąć przez zapisanie szkieł wyrównawczych wedle zwyczajnych prawideł.

O zaburzeniach ocznych pochodzenia nosowego. (Ocular Diseases of Nasal Origin). J. A. Patterson (Colorado Springs).

Autor przytacza cały szereg spostrzeżeń, aby wykazać, jak często zachodzi związek przyczynowy między cierpieniami nosa i oka. Zwraca on uwagę, że jak długo nie liczone się z zależnościami różnych chorób ucha od zmian w nosie, otologia żadnych prawie nie czyniła postępów. Dla okulistyki pomoc ryнологii nie ma wprawdzie tak waleznego znaczenia, nie mniej jednak we wszystkich przypadkach zwłaszcza jednostronnych chorób ocznych o niepe-wnem pochodzeniu badanie jamy nosa jest konieczne.

Czynnościowe zaburzenia oczne w przebiegu ropnego otoku jamy Highmorea. (Functional Eye Disturbance caused by Disease of Antrum of Highmore). R. H. Johnston (Baltimore).

W ostatnich czasach literatura zmian chorobowych w zato-kach bocznych oka i ich wpływu na zaburzenia oczne wzbogaciła się wielką liczbą prac kazuistycznych. Niektórzy autorowie jak np. F.ist posuwają się w tym kierunku do przesady, odnosząc wszyst-kie bez mała choroby oczne do widocznych lub ukrytych, a więc przypuszczalnych tylko zmian w zatokach bocznych, zwłaszcza w zatoce czołowej. Nie ulega jednak wątpliwości, że sprawa za-

palna, zwłaszcza ropna w jamach tak blisko z okiem sąsiadujących nie może być dla oka obojętną.

Ziem wykazał, że w przypadkach otoku ropnego jamy Highmora często stwierdzić można zwężenie pola widzenia od góry. Autor przytacza przypadek odnoszący się do mężczyzny 43-letniego, który od lat 20 cierpiał na częsty wypływ ropny z nosa po stronie prawej. W ostatnich czasach dopiero zaczął doznawać dolegliwości ze strony oka prawego, jak zamglenie wzroku przy czytaniu, objawy zmęczenia, wreszcie chwilowe jednooczne widzenie podwójne, a nawet potrójne. Okulista, którego rady zasięgnął po zbadaniu przyznał otwarcie, że w oku nie znajduje żadnej podstawy dla wyjaśnienia tych podmiotowych objawów. Wtedy chory zgłosił się do autora, który również w oku żadnych zmian podmiotowych nie mógł wykazać, ale zwrócił uwagę na jamę nosa. Wypływ z prawego nozdrza wskazywał na otok ropny w jamie Highmora. Nakłucie igłą Steina potwierdziło to przypuszczenie. Autor wyciął przednią część dolnej muszli nosowej i zapomocą elektrycznej trefiny zrobił trwały otwór w dolnej części nosowej ścianki kostnej tej zatoki. Następnie przez czas dłuższy przepłukiwał chorą jamę dwa razy dziennie ciepłym roztworem kwasu borowego. W miarę jak stan zatoki Highmora zaczął się poprawiać, ustępowały objawy ze strony oka prawego i w krótkim stosunkowo czasie doczekał się chory zupełnego wyleczenia i choroby nosa i zaburzeń wzroku.

Revue générale d'Ophthalmologie. R. 1907. Nr 8. (Referent K. W. Majewski).

Torbiel gruczołu łzowego. (Kyste de la glande lacrymale).
H. Dor.

Torbiele gruczołu łzowego są rzadkością. Wystarczy wspomnieć, że Desmarres mimo swej ogromnej praktyki przyznaje, że przypadku takiego nie widział. Autor operował guz w powiece górnej u 2-miesięcznego dziecka. Przystępując do operacji przypuszczał, że ma do czynienia z nowotworem pozagalkowym, przygotował nawet rodziców na ewentualne wyluszczenie oka. Za tem rozpoznaniem przemawiał znaczny trzeszcz galki oprócz przemieszczenia ku dołowi. Wśród operacji okazało się jednak, że guz był torbielem, wychodzącym z gruczołu łzowego wielkości orzecha laskowego, mocno napięty i wypełniony cieczą wodnistą. Po wyluszczeniu oko wróciło do położenia prawidłowego, pozostała tylko

lekka *ptosis*. Badanie mikroskopowe wykazało w ścianach torbiela tkankę włóknistą, posażną we włókna sprężyste. Na wewnętrznej powierzchni jamy torbiela można było wykazać spore cząstki tkanki gruczołowej, po części uległej zwyrodnieniu tłuszczowemu.

Gruczoł łzowy u człowieka i u zwierząt ssących. (La glande lacrymale de l'homme et des mammifères). G. Dubreuil.

Nasze wiadomości o histologicznej budowie gruczołu łzowego pochodzą z czasów ostatnich. Poprzednio utartem było mniemanie, że gruczoł łzowy posiada budowę zupełnie takąsamą jak przyuszną ślinianka i zanim bliżej prawidłową histologię gruczołu tego opracowano, pojawiły się liczne prace kliniczne opisujące zmiany chorobowe tak makroskopowe, jak mikroskopowe. Nie dziw przeto, że musiały się zakraść liczne usterki i niedokładności, skoro anatomia patologiczna wyprzedziła anatomię prawidłową. Dopiero prace Zimmermanna, Nolla, Puglisi' Allegry, a wreszcie autora wyświetliły w drobnych szczegółach histologiczne stosunki prawidłowego gruczołu łzowego.

W obecnej pracy autor streszcza wyniki tych badań, podając je jako ustęp prawidłowej anatomii mikroskopowej, napisany jasno i treściwie *ad usum scholarum* i ilustrowany rycinami preparatów histologicznych.

IV. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Z sekcji okulistycznej X. zjazdu lekarzy i przyrodników we Lwowie.

W lipcu 1907 r.

(Ref. Dr Rosenhauch).

(Dokończenie).

4) R. Dw. Prof. Wieherkiewicz: »O przemieszczeniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyluszczeniu chorych gałek«.

Dla osiągnięcia i lepszej ruchliwości protezy a przede wszystkim dla lepszego złudzenia, osiąganego tem, iż szpecący i protezę zdradzający rowek powiekowo-oczodołowy wyrównuje się więcej, przemieścił prelegent w licznych przypadkach królicze oko rogówką ku tyłowi do woreczka Tenona z bardzo dobrym skutkiem idąc za przykładem La-grange'a i wedle techniki udoskonalonej przez siebie. Rychłozrost następuje prawie zawsze szybko a na 32 przypadki raz tylko z powodu

nawrotu narodziło nastąpiło przerośnięcie gałki transplantowanej i konieczność wyłuszczenia jej przy wypaproszeniu oczodołu, a w drugim przypadku nastąpiło zropienie gałki wskutek zakażenia.

Gałka implantowana maleje mniej więcej, ale i po roku pozostaje zawsze dostateczna gałka, by na niej protezę mógł osadzić.

Bez dyskusyi.

5) Tenże: »O znaczeniu tenotomii wszystkich mięśni prostych pod względem kosmetycznym czynnościowym i zapobiegawczym co do sympatyki«. Ogłoszone w całości w niniejszym numerze P. O.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Górski pyta, czy po tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych sympatyczne zapalenie ustępuje i czy działa tu sam zabieg operacyjny a nie dodatkowe leczenie.

Prof. Machek uważa efekt kosmetyczny za znakomity. Sam fakt, że gałka się nie zmniejsza, lecz przeciwnie powiększa się i że ból ustępuje — to już bardzo wiele.

Dr Koliński radzi podjąć w tym względzie doświadczenia na królikach, bo gdyby się udało tym sposobem usunąć zapalenie sympatyczne, gdyby nie trzeba było enukleować, to byłoby faktycznie dobrodziejstwem.

Dr Górski sądzi, że w przypadkach np. *corpus alienum in bulbo* musi się dokonać enukleacji, tu sama tenotomia nie wystarczy.

Prof. Wicherkiewicz zaznacza, że zabieg ten nie ma na celu usunąć enukleację w zupełności, a uważa ją jedynie tam za wskazaną, gdzie np. chory nie chce się zgodzić na wyjęcie oka. Obecność ciała obcego oczywiście wymaga wyłuszczenia.

6) Doc. dr Bednarski (Lwów) przedstawia ciekawe preparaty anatomiczne oka. W jednym po ciele obcym, które utkwilo w oku, wystąpiły na tęczówce gruzelki, podobne do gruzliczych.

Nadto preparaty gałek ocznych zatopione przez dra Reisa w żelatynie, i cały szereg fotografii stereoskopowych.

7) Dr Zion (Lwów) demonstrowuje: Nowe hebrajskie wzory do badania dystrofi wzroku według zasad Snellena:

Wzory różnią się od dawnych wzorów hebrajskich tem, że pod każdą literą jest umieszczone brzmienie jej po polsku, co umożliwia kontrolę nad chorym nawet lekarzom nie znającym języka hebrajskiego.

8) R. Dw. Prof. Wicherkiewicz: »Wyższe stopnie niezborności po operacyi zaćmy pod względem etyologii, pochodzenia i leczenia«.

Na podstawie kilku przypadków szczegółowo opowiedzianych wykazuje prelegent, iż pęcznienie kory pozostałej w obwodowych częściach, to znowu cofnięcie się pod wpływem działania atropiny torebki z tęczówką ku obwodowi, mogą dać powód do powstawania jaskry przez utrudnienie odpływu cieczy śródgałkowej. W jednym przypadku odnoś-

nym niezborność wynosząca wskutek takiej jaskry 25 D. zmniejszyła się pod wpływem środków, zwięzających źrenicę i opaski w przeciągu kilku dni do 8 D. równocześnie z ustąpieniem objawów jaskrowych i wygadzeniem torebki, która poprzednio zmarszczona chowała się obwodowo poza tęczęwką. Prelegent zwraca uwagę na ważność prawidłowego cięcia, na konieczność badania napięcia gałki, gdy przednia komora pozostaje płytka, omawia sposoby wyrównywania wysokich stopni niezborności, a w końcu Łomaczy, dlaczego w pewnych przypadkach mimo niezborności regularnej szkła walcowate poprawy nie prowadzą.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Koliński. Astygmatyzm po operacyi zaćmy jest bardzo częsty, kto wie czy powodem tego nie jest fakt, że po operacyi nie bandażuje się oka.

Doc. Bednarski radzi również używać po operacyi zaćmy opaski ochronnej. Kto wie, czy astygmatyzmu nie usunęła opaska uciskowa, a nie *miotica*.

R. Dw. Prof. Wieherkiewicz podaje, dlaczego zniósł opaskę po operacyi zaćmy i zastąpił ją papierem:

- 1) Siatki Fuchs'a i opaski powodowały częste krwotoki wewnętrzne.
- 2) Infekeye są obecnie rzadkie.
- 3) Pęknięcie przedniej komory coraz radsze pod papierową opaską.
- 4) Opaska papierowa jest bardzo przyjemna dla chorych.

W odpowiedzi doc. Bednarskiemu sądzi, że głównie *miotica* usunęły astygmatyzm przez zwolnienie dróg odpływowych pośrednio, przez usunięcie ucisku wśródocznego, a opaska miała tylko drugorzędną rolę.

Dr Bałlaban sądzi, że na klinice da się papier stosować, ale nie w prywatnej praktyce, gdzie chory nie jest pod stałą opieką lekarza.

Posiedzenie V. dn. 24. VII. godz. 4 po poł.

Przewodniczący dr Koliński z Łodzi.

Wykłady wygłosili:

Dr Markowski (Lwów): »O wartości wstrzykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy«.

Prelegent stosował je w 5 przypadkach rozpoczynającej się zaćmy korowej.

Bystrość wzroku podnosiła się z $\frac{6}{12}$ na $\frac{6}{6}$ w 4-ch przypadkach, w 1 tylko przypadku obniżyła się z $\frac{5}{10}$ na $\frac{5}{15}$.

Zaśmienia tylko bardzo nieznacznie się wyjaśniały.

Przed wstrzykiwaniem zakraplał do worka spojówkowego kokainę; gdy wstrzykiwania były bolesne dodawał do płynu zastrzykiwanego aokoinę lub kokainę.

Skład płynu zastrzykiwanego był następujący:

Rp.	<i>Kali iodati</i> . . .	0,2.
	<i>Natrii chlorati</i> . . .	0,2.
	<i>Aq destill.</i>	10,0.

Dr Kozłowski: Czy zachodziło tu istotne polepszenie, czy też było to złudnem, bo może chory przyzwyczajał się dzięki częstemu badaniu i dlatego potem więcej liter czytał. Jak sobie bowiem wytłomaczyć dysproporcję między minimalnem wyjaśnianiem się zaćmień, a niestosunkowo wielką poprawą bystrości wzrokowej.

Prof. Machek. Iniekcye te wstrzymują rozwój katarakty, ale mowy niema, aby jej zupełnie zapobiedz. Ale i to jest ważnym nabytkiem np. w psychozie, gdy nie można operować.

2) Prof. Machek (Lwów): »Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej«.

Już dawniej znanym był fakt, że przy rozpoczynającej się zaćmie, może się refrakcyja oka zwiększyć. Są jednakże pewne postacie zaćmy, przy których się wytwarza mniejsze załamywanie światła, t. zn. jeśli chory był myopem, myopia ta się zmniejsza, jeśli była emmetropia powstawała hyperopia, a jeśli już była hyperopia to takowa się zwiększała. Opisuje pewnego chorego, który przed 20 laty miał bystrość wzrokową

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{pr. } \frac{6}{60} \frac{6}{6} \text{ Mp. 3.} \\ \text{l. } \frac{6}{60} \frac{6}{6} \text{ Mp. 3.} \end{array}}$$

Po 18 latach od pierwszego badania:

$$\sqrt{\begin{array}{l} \text{pr. } \frac{6}{12} \frac{6}{6} \text{ Mp. 1.} \\ \text{l. } \frac{6}{60} \frac{6}{6} \text{ Mp. 3.} \end{array}}$$

Zmniejszenie się to myopii na oku prawem zastanowiło prelegenta. Co mogło być tego powodem? Zachodzą tu dwie ewentualności, albo zaszła przy pierwszym badaniu pomyłka, albo się refrakcyja zmniejszyła. Badanie wzornikowe wykazało w oku prawem rozpoczynającą się kataraktę obwodową podtorebkową, zresztą żadnych zmian nie było. Katarakta postępowała.

Po $\frac{1}{2}$ roku była już dojrzała,

Od tego czasu chory zgłaszał się do prelegenta, co 3 miesiące.

Badanie dokonane po 3 latach:

$$\sqrt{\text{l. o. } \frac{6}{12} \frac{6}{6} \text{ Mp. 1.}}$$

czyli refrakcyja zmniejszyła się tu zupełnie tak samo, jak swego czasu na oku prawem.

I w tem oku nie znalazł żadnych innych zmian prócz rozpoczynającej się obwodowo zaćmy podtorebkowej.

Zdarza się to niewątpliwie częściej, tylko zbyt mało zwraca się uwagi na ten szczegół podczas badania.

Na tej podstawie dochodzi prelegent do przekonania, że przy rozpoczynającej się zaćmie, o sprychach lub obłóczkowatych zmętnieniach obwodowych, może przyjść do zmniejszenia się refrakcyi danego oka.

W dyskusyi zabierają głos:

Dr Koliński zauważył podczas wywoływania sztucznej katarakty naftalinowej u zwierząt, że soczewki się spłaszczają, być może, że podobna sprawa zachodzi w przypadku prof. Macheka i że to tłumaczy nam owo zmniejszenie się refrakcyi.

3) Dr Maciesza (Płock): »Polskie podręczniki szkolne z punktu widzenia higieny oka.

Prelegent badał podręczniki polskie używane w Rosyi. Pomiedzy tymi 68 typów nie odpowiadało zasadom higieny oka z wielu względów. Ale nie tylko podręczniki w Rosyi używane, po przegłębieniu podręczników używanych w Galicyi, okazało się, że i tu przeważna ich ilość nie odpowiada wymogom higieny. Na tej podstawie stawia wniosek o ustanowienie stałej kontroli nad książkami szkolnemi i o wybranie z łona sekcyi Komisyi, któraby się sprawą tą zajęła.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz popiera ten wniosek, lecz odsyła go do sekcyi higienicznej.

Prof. Machek jest tegosamego zdania.

Doc. Szulisławski stawia wniosek: Sekcja okulistyczna X. zjazdu lek. i przyr. polskich we Lwowie poleca sekretaryatowi zwrócić się do towarzystw higienicznych w Krakowie, Lwowie i Warszawie z tą sprawą.

Doc. Bednarski radzi przedstawić sprawę tę, jako wniosek sekcyi okulistycznej na ogólnem posiedzeniu.

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz przychyła się do wniosku doc. Szulisławskiego, poczem wniosek ten uchwalono.

4) Doc. dr Bednarski (Lwów): »O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscyzyę«.

Do sztucznego dojrzenia zaćm dyscyzya jest zwłaszcza przy dzisiejszym stanie aseptyki zabiegiem nie niebezpiecznym i wogóle bardzo dobrym. Sposób Förstera również jest niezły, ale czasem działa zbyt powolnie.

W zeszłym roku wykonał prelegent 26 takich dyscyzyi. W 2-ch przypadkach wystąpiła jaskra, czyli mniej więcej w 8%; w 6-u wystąpiło wybitne pęcznienie, w 2-ch średnie, w reszcie przypadków pęcznienie było tylko miejscowe. Ekstrakcyja następową, której dokonywano w pierwszych 2-ch tygodniach po dyscyzyi dała wynik dobry. Pacycenci byli

w wieku od 20—65 lat, połowa chorych miała poniżej 45 lat. Bystrość wzrokowa po operacyi wynosiła $\frac{5}{10}$, $\frac{5}{15}$ lub $\frac{6}{30}$.

Wobec takich wyników zachodzi pytanie, czy należy wykonywać dyscezyę? Na podstawie tych 26 wypadków dochodzi prelegent do wniosku, że dyscezya nie jest zabiegiem niebezpiecznym. Bo jaskra powstała po dyscezyi ustępuje natychmiast po ekstrakcyi pęcznięcej soczewki.

Jednakże, co się tyczy pytania, czy zabieg ten w wybitnym stopniu przyspiesza operacyę, to tego z pewnością rozstrzygnąć nie można.

W dyskusyi zabierają głos:

R. Dw. Prof. Wicherkiewicz starał się wywołać przyspieszenie dojrzewania katarakty metodą Förstera, ale nie miał dodatnich wyników po tym zabiegu. Lepiej działa stanowczo dyscezya powierzchowna bardzo mała. Zresztą niejednokrotnie taka dyscezya w przypadkach twardej zaćmy jądrowej nie powoduje pęcznienia a wtenczas niezwłocznie przystąpić można do zwykłej ekstrakcyi. Gdy zaś po dyscezyi socz. pęcznienie widocznie, mamy do czynienia z zaćmą miękką, a zabieg był koniecznym.

Prof. W. dokonywa dyscezyi nie przez przekłucie rogówki (*keratonyxis*), ale przebijając twardówkę (*scleronyxis*). Ostatnimi czasy podał Vignis w Lucernie sposób przyspieszania dojrzewania zaćm, przez wstrzykiwanie roztworu soli kuchennej do soczewki.

Prof. Machek otrzymywał niejednokrotnie wcale niezłe wyniki sposobem Förstera. Jednakże lepsze wyniki daje rzeczywiście dyscezya, zwłaszcza w zaćmach starczych, gdzie jaskra po dyscezyi należy do rzadkości. Ale i u młodych osobników taka jaskra, nie jest niebezpieczną, bo ustępuje równocześnie z ekstrakcją zaćmy.

5) Doc. Bednarski demonstruje przyrząd służący do badania obrazków zdwojonych.

Jestto zwykłe czarne pudełko z tektury, wykazujące na przedniej powierzchni wąską szparę. Pudełko to ma w dolnej i górnej podstawie otwór. W ten sposób można je nasadzić na lampę. Prelegent sądzi, że instrument ten jest o tyle wygodnym, iż daje nam równy nie migocący (jak świeca) obraz świetlny. Możemy nadto posadzić chorego i badać przechylając jedynie jego głowę w dół, w górę i na boki.

6) Prof. Machek odczytuje wniosek postawiony przez dra Kramsztyka, znajdujący się na końcu artykułu: »O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy«.

Wniosek ten brzmi:

»Wydział okulistyczny X. zjazdu lekarzy i przyrodników wyznacza Komisję złożoną z pięciu członków dla ułożenia projektu mianownictwa i układu chorób oczu. Projekt będzie przedstawiony wydziałowi okulistycznemu następnego zjazdu«.

Na wniosek prof. Macheka uchwalono następującą rezolucję:
Sekcja okulistyczna X. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich poleca projekt ten wypracować wnioskodawcy i przedstawić sekcji okulistycznej następnego zjazdu.

Na tem obrady ukończono.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Heine przenosi się z Gryfii do Kilonii.

Prof. dr Roehmer, asystent prof. Hessa w Wyreburgu, powołany został do Gryfii na miejsce Heinego.

Doc. dr Max zur Nedden w Bonn otrzymał tytuł prof.

Dr Barnbachew w Charkowie mianowany prof. nadzwyczajnym.

Habilitowali się: Dr Meller w Wiedniu, dr Ugo Biffi Gentili w Bolonii.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓLUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁLABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHĘKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNĄ, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Październik.

—: ROCZNIK DZIEWIĄTY. —:—

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki okulistycznej Uniwersytetu lwowskiego. (Prof. Machek).

O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscysyę*).

Podał

Dr A. BEDNARSKI,

docent pryw.

Dycysyę zaćm celem przyspieszenia dojrzenia tychże wykonywano jeszcze na początku zeszłego stulecia. W r. 1811 Gibson polecał nakłucie soczewki, zaś w r. 1813 Muter przecięcie samej przedniej torebki, bez naruszenia masy soczewkowej. Później zaniechano wykonywania tej operacji, nie tyle z powodu objawów jaskry, co z powodu zadrażnień zapalnych i obawy zakażenia. Z nastaniem aseptyki obawa zakażenia prawie że odpadła, to też w nowszych czasach Steffan (1883) za przykładem Mutera poleca znów dycysyę samej przedniej torebki. Na 530 ekstrakcyi wykonał Steffan

*) Wedle wykładu wygłoszonego na X. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

93 dyscysyi bez żadnych nieprzyjemnych powikłań*). Stellwag (1886) próbował przecinać tylną torebkę, zarzucił jednak sam ten sposób z powodu częstego wypływu ciała szklonego.

Do wykonywania dyscysyi zachęciły nas pierwsze przypadki dyscysyi przebiegające prawie bez śladu odczynu, z drugiej zaś strony potrzeba jakiejś operacyi przyspieszającej rozwój zaćm.

Nie chcę tutaj przechodzić wszystkich sposobów operacyjnych mających na celu sztuczne dojrzenie zaćm, wspomnę tylko o najpowszechniejszym sposobie Förstera, polegającym na wykonaniu irydektomii w połączeniu z masowaniem soczewki. Sposób ten jak wiemy często zawodzi. Już sam Förster zauważył, że jego sposób operowania nie działa przy t. zw. zaćmach naczyniówkowych. Haab podnosi, że sztuczne dojrzenia Förstera niedostatecznie przyspiesza dojrzenie przy powoli dojrzewających zaćmach. To samo miałem sposobność sam nieraz stwierdzić.

Że sztuczne dojrzenie Förstera może wręcz odwrotny skutek wyrzucić, to pozwolę sobie tutaj przytoczyć np. jeden przypadek zaćmy niedojrzałej, w którym wykonano sztuczne dojrzenie Förstera. Chory liczył palce: 2 m, zaś w 8 tygodni po operacyi liczył palce: 4 m. Na drugim oku u tego chorego wykonano dyscysyę a następnie ekstrakcyę zaćmy, poczem chory, z powodu znacznej ilości resztek widział do-raznie tylko palce: 2 $\frac{1}{2}$ m. Tak więc oko, na którym wykonano sztuczne dojrzenie, i o którym się choremu powiedziało, że będzie niem gorzej widział, właśnie objęto główną rolę przy widzeniu obuocznem. Naturalnie był to przypadek, że właśnie w górze, w okolicy *coloboma*, soczewka była najmniej zaćmioną i nie chcę przez to potępiać sztucznego dojrzenia Förstera. Jest to operacya dobra, nie połączona z żadnem niebezpieczeństwem przy dzisiejszej aseptyce**), ale pominawszy,

*) Wedle Landolta: Deutschmann's Beiträge Z. Augenhlk. 1992.

**) Mooren uważa miażdżycę, zaś Scheffels rozplynięcie ciała

że często, jak to powiedzieliśmy, nie działa dostatecznie, jest zabiegiem operacyjnym dla chorego poważnym, narażamy prosto chorego na dwie operacje, a nie unikamy przez to i trzeciej, następowej dyscysji zaćmy wtórnej.

W ubiegłym roku szkolnym 1906/7 wykonaliśmy na klinice okulistycznej, u 20 chorych, 26 dyscysji zaćm, celem przyspieszenia dojrzenia.

Zaćmy te były niedojrzałe, jednak już tak daleko posunięte, że chorzy widzieli przeważnie tylko ruchy ręki a jedynie tylko w 5-ciu przypadkach liczyli jeszcze palce przed okiem, najdalej do 1 metra.

Operowano przeważnie kobiety (15 kobiet, 5 mężczyzn). Dziesięciu chorych było w wieku od 23—34 lat, sześciu od 35—44, zaś czterech od 45—60 lat. W połowie więc przypadków rozchodziło się o zaćmy przedwczesne, poniżej 45-go roku życia.

Dyscysja igłą Bowmena przez wkłucie zwyczajnie twardówkowe, cięcie krzyżowe kilka milimetrów długie idące przez torebkę i przez powierzchowne warstwy kory.

W niektórych przypadkach rozcięcie głębokie całej soczewki w kilku kierunkach.

Wyniki, jakie otrzymaliśmy, były następujące:

Tylko w jednym przypadku zauważono dość znaczne przekrwienie spojówki gałkowej, utrzymujące się przez 5 dni, u reszty operowanych oczy były przez cały czas obserwacji albo bez śladu zadrażnienia, albo było tylko nieznaczne, przez kilka dni trwające, przekrwienie spojówkowe. Zapalenia tęczówki nie było w żadnym przypadku.

W dwóch przypadkach wystąpiły objawy jaskry.

W jednym przypadku u kobiety 20-letniej, na drugi dzień po operacji, wystąpiły bóle w oku, połączone z wymiotami i lekkim podwyższeniem ucisku śródocznego. Objawy jaskry już po 24 godzinach po okładach lodowych ustąpiły.

szklistego wyższego stopnia za przeciwwskazanie do sztucznego dojrzenia Förstera.

W przypadku tym było znaczne pęcznienie soczewki, a dyscysję wykonano bardzo rozległą, rozcięto nietylko torebkę szeroko, ale całą soczewkę porozcinano w kilku kierunkach. W tydzień po operacyi wykonano *extractio simplex*. Chora opuściła klinikę ze wzrokiem $\frac{6}{18-(2)}$ c + 10,0 —. Ekstrakcyę więc wykonano w tym przypadku nie z powodu jaskry, gdyż ta, jak wyżej wspomnieliśmy, ustąpiła po 24 godzinach, tylko dlatego, że soczewka bardzo znacznie pęczniała a oko było dość znacznie nastrzykane.

W drugim przypadku u kobiety 60-letniej w 6-m dniu po dyscysji z powodu objawów jaskry musiano wykonać ekstrakcyę.

Wpływ dyscysyi na dojrzewanie zaćmy.

W dwóch przypadkach jaskry było naturalnie znaczne pęcznienie soczewki. Nadto w 4-ch przypadkach przyszło do znaczniejszego pęcznienia całej kory, objawiającego się powstaniem świeżych, licznych, połyskujących klimów (1 przyp.) albo płytkością komórki, wskazującą na jednostajne napęcznienie całej kory soczewkowej (2 przyp.), albo też tem, że masy soczewkowe wypełniały prawie całą przednią komorę (1 przyp.). Nadto w 3 przypadkach stwierdzono mierny stopień zaćmienia soczewki, zaś reszta przypadków, a więc część przeważna zachowywała się tak, że z ranek torebkowych wystawały nieco do przedniej komory pęczniące masy soczewki i to nieznacznie, zaś na całość zaćmy dyscysya nie wywarła widocznego wpływu lub też tylko przyczyniła się do bardzo nieznacznego zaćmienia soczewki,

Wyniki dalsze.

W 15-u przypadkach wykonano następową ekstrakcyę. W ciągu pierwszych dwóch tygodni po dyscysji wykonano ekstrakcyę w 12 przypadkach, w 2-ch przypadkach po 3-ch tygodniach, w jednym po miesiącu.

Co do wyników operacyjnych po tych ekstrakcyach znotować należy:

$\frac{5}{10}$ raz; $\frac{5}{15}$ cztery razy, $\frac{5}{20}$ dwa razy, $\frac{5}{30}$ dwa razy, $\frac{5}{50}$ dwa razy, $< \frac{5}{50}$ trzy razy, nadto w jednym przypadku

był wynik nie wiadomy, gdyż z powodu wystąpienia objawów psychozy, chorą musiano przenieść na oddział psychiatryczny. Wzrok $< \frac{5}{50}$ był w dwóch przypadkach z powodu znacznej ilości resztek, w jednym z powodu znacznego astygmatyzmu rogówkowego, tak w jednym jak i w drugim przypadku należało się spodziewać, że wzrok z biegiem czasu sam ulegnie znacznej poprawie.

Obecnie coraz więcej operatorów wydobywa zaćmy nie czekając na dojrzanie, i tak Manolescu operuje, skoro chory widzi palce na 3 m, Bribosia na 1 m, Inouye na 2' Argyll Robertson na 1'*). Zebender operuje skoro osłabienie wzroku tego wymaga, podobnie Kerschbaumer, a Hess w ostatnim wydaniu Graefe-Saemisch'a pisze, że operuje zaćmy, o ile nie ma przeciwwskazania, skoro cho-remu osłabienie wzroku staje się uciążliwym.

Z drugiej strony wiemy, że w pewnym wieku można każdą soczewkę wyjąć, gdyż z powodu stwardnienia soczewka łatwo oddziela się od torebki. Wedle Mooren'a nastaje ten okres po 56 roku życia, wedle Deutschmanna po 60, wedle Hirschberga po 50, wedle Schweigera między 50—60, wedle Haaba po 60. Haab dodaje jednak przytem**) że proces zaćmienia soczewki często przeszkadza prawidłowemu stwardnieniu kory i utrudnia przez to oddzielanie się tejże od torebki. Wedle Weckera***) dojrzałość zaćmy jest tylko niepotrzebnym obciążeniem wskazań do wykonywania ekstrakcji.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że Steffan na 98 dyscy-syi nie miał żadnych nieprzyjemnych powikłań, my zaś na 26 przypadków mieliśmy dwa przypadki jaskry, to przyczyny tego szukać najprawdopodobniej należy w tem, że Steffan przecinał tylko samą przednią torebkę na niewielkiej przestrzeni. Wnosić z tego należy, że zachodzi duża różnica mię-

*) Wedle Landolta: Deutschmann's Beiträge Z. Augenhk. 1892.

**) Haab: Operationslehre str. 79.

***) Annale d'ocul. 1882.

dzy przecinaniem samej torebki a równoczesnem przecinaniem przednich warstw zaćmy.

Z drugiej strony nasze przypadki wykazują, że nawet przecięcie powierzchniowych warstw kory, często nie prowadzi do dostatecznego szybkiego zaćmienia całej soczewki, tak że potrzeba przecięcie torebki powtórzyć.

Steffan cytuje za Beckerem (Graefe-Saemisch VI. 178, stare wydanie), że przy zaćmach z jądrem już stwardniałem nie przychodzi do silnego pęcznienia i że to silne pęcznienie, którego się tak obawiamy, jest własnością soczewek młodych i miękkich, podczas gdy przy soczewkach twardej u ludzi starszych, po rozdarciu przedniej torebki zaćmienie tylko bardzo powoli postępuje, nie przychodzi zaś do znaczniejszego pęcznienia.

Tymczasem nasze przypadki wykazują, że po dyscysji torebki i przednich warstw kory może przyjść i u ludzi starszych do silnego pęcznienia.

Jeden z przypadków jaskry dotyczył właśnie kobiety 60-letniej. W drugim zaś przypadku u mężczyzny 57-letniego z zaćmą początkową, przyszło po dyscysji do wytworzenia się licznych połyaskujących klimów czyli do wybitnego pęcznienia zaćmy. W trzecim przypadku u kobiety 48 letniej po dyscysji notowane: soczewka silnie pęcznieje, dużo mas korowych wypełnia po części przednią komorę.

Na podstawie w. o. przypadków możemy przeto powiedzieć, że dyscysja zaćm (torebki i przednich warstw soczewki) w późniejszym wieku nie jest operacją niebezpieczną; może wywołać objawy jaskry (około 8%), które jednak przez ekstrakcję dadzą się usunąć. Jeżeli dyscysję wykonamy na małej przestrzeni, to obawa wystąpienia jaskry jest mniejszą, z drugiej strony jednak takie małe dyscysye sprowadzają często tylko miejscowe pęcznienie soczewki i częściowe zaćmienie, nie prowadzą zaś do dostatecznego szybkiego zaćmienia całej soczewki.



Kilka uwag w sprawie operowania zaćm niedojrzałych.

Napisał

BOL. WICHERKIEWICZ.

Z biegiem czasu zmieniają się i w okulistyce poglądy, ale zmieniają się nie tylko z powodu lepszego wnikięcia w istotę rzeczy, lecz, gdy chodzi o operacje nie równie częściej z powodu wydoskonalonej techniki.

Co do operowania zaćm niedojrzałych, to niewątpliwie i jedna i druga okoliczność równie ważną odgrywają rolę.

Nie tak dawno temu, gdy starano się tylko wtenczas dopuścić do operacji zaćmy, gdy zaćma zupełnie była dojrzałą, a za moment odpowiedni uważano, gdy chory nie widział. Tymczasem nie to jest wyłącznie momentem krytycznym, wiemy bowiem, że i po prawidłowo dokonanych operacjach zaćm takich powstać mogą dość wybitne zaćmy następowe i to dlatego, że tylna kora dla zbadania nie przystępna, nie była jeszcze dostatecznie a może wcale zmętnioną, gdy przednia i jądro zupełnie zaćmione powstawania obrazów na siatkówce nie dopuszczały.

Dziś atoli, jak to wynika z rozpraw nad odczytem Bahra: »Ueber Frühoperation nach Staareifungen« na kongresie międzynarodowym w Lucernie w r. 1904 prowadzonej; okuliści: (Wicherkiewicz, Fuchs, Menacho, Scheffels, Hippel) etc skłaniają się raczej do bezpośredniego operowania zaćm niedojrzałych, gdy tego wymaga potrzeba.

Ja sam posiadając w mojej metodzie wypłukiwania pozostałych resztek kory sposób bardzo pewny pod tym względem, nigdy nie wacham się operować zaćmy niedojrzałej a wyniki osiągnane na bardzo licznych materyale tak w klinice uniwersyteckiej, jako i w praktyce prywatnej, przemawiają bardzo wymownie na korzyść tego postępowania, o czem zresztą przy innej sposobności obszerniej się rozwiędę.

Tutaj chciałbym tylko zaznaczyć, iż zaćmy wolno bardzo się rozwijające u osób wiekowych dają się doszczętnie

przez zwykłą operację doraźną usuwać, bez zabiegów jakichkolwiek wstępnych i nieraz już w ten sposób operowałem oczy, które jeszcze względnie dość mały rozpoznawały druk. Są to zaćmy twarde, długo przepuszczające światło i pozwalające wzgl. za wiele widzieć, by operator do operacji się zdecydował, a zamała, by chory mógł się oddawać zwykłym zajęciom. Przed kilku laty operowałem lekarza, który czytał Sn. = 1. 75 i rozpoznawał palce na 5 m, operacja przebiegła beznagannie, a wynik był tak dobrym, że w kilka miesięcy później chory prosił o operację na drugim oku te same mającym warunki.

W innym znów przypadku operowałem 60-letniego myśliwego, który jeszcze sam zdołał się poruszać dowolnie i czytać gazetę o większym druku, ale który pragnął poprawić sobie dla polowania wzrok pozostawiający w ostatnich latach niejedno do życzenia. I tu operacja na jednym oku doraźnie wykonana miała ten skutek, że operowany w następnej porze nimrodowej dokazywał dawnych sztuk myśliwskich a zachęcony skutkiem poddał drugie oko wcale jeszcze nieźle funkcjonujące ale krótkowzroczne dotknięte prawie wyłącznie zaćmą jądrową, równie skutecznej operacji.

Wolny rozwój, silniejsze jasno-żółte przeświecanie dużego jądra znamionuje te zaćmy, nadające się do bezpośredniej operacji. Są jednak inne zaćmy, które również wolno postępują, ale ich twarde zaćmione jądro jest małe, a nie możemy z góry wiedzieć, czy kora nie jest zbyt miękka, będąc jeszcze przezroczystą. W tych to przypadkach zwykłem robić rozcięcie torebki ale tylko bardzo małe przez *scleronyxis anterior*. Jeżeli po kilku dniach nie występuje żadna reakcja a kora nie ulega rozpadowi, przystępuję do zwykłego wydobywania, w przeciwnym razie czekam, aż się kora zaćmi zupełnie. W dwóch przypadkach w zeszłym roku operowanych, w których mi szczegółowo z powodu stosunków rodzinnych osób dotkniętych na tem zależało, aby operacja miała przebieg prawidłowy, leczenie pooperacyjne trwało krótko i wynik był jaknajlepszy, kora po takiej dysecyzi zaćmiła się w przeciagu 6-ciu

tygodni jednostajnie, całkowicie bez wszelkiej reakcyi oka, następnie usunięcie zaćmy o zwykłym przebiegu powróciło w krótkim czasie chorym wzrok znakomity.

Zaznaczyć jednak muszę, że w podobnych przypadkach rozcięcie torebki bynajmniej nas nie zabezpiecza przed obawianą zaćmą następową, jeżeli w danym razie nie będziemy po usunięciu soczewki stosowali masowania celem wydobycia pozostałych, może nie zaćmionych resztek kory tylnej. Pod tym względem miałyby natomiast operacya Foerstera należycie wykonana pierwszeństwo przed maturacyą zapomocą dysczyzi, bo jak to słusznie na przytoczonym już kongresie podniósł Schirmer, operacya Foerstera nie miażdży wprost kory takową do zaćmienia powodując, ale niszczy wśródbłonek i wnikanie do torebki cieczy wodnej ułatwia, co rozpad kory nie tylko przedniej ale i tylnej sprowadza.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde T. LVII. Z. 1. (Referent dr Bałaban).

Uwagi krytyczne nad niektórymi nowymi pracami oznaczaniu bystrości wzroku. (Kritische Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über die Sehsehärfestimmung). Dr Guillery.

Uwagi polemiczne nad próbami do badania wzroku Landolta i Koster'a.

O pęknięciu twardówki z wypadnięciem siatkówki. (Über Scleralruptur mit Vorfall der Netzhaut). Dr Gross.

Badanie tyczy się gałki ocznej, która w celu zbadania przysłaną została do kliniki w Wyrzburgu z następującym opisem choroby:

Przy sposobności łupania drzewa, odłamek uderzył 32-letniego ogrodnika w lewe oko. Przy oględzinach znaleziono 1 mm od brzegu rogówki na górze 3 mm szeroką ranę w twardówce, stąd się

przedostawało na zewnątrz ciało szkliste. Tęczęwka była w tymże kierunku przeciągniętą ku rance w postaci szpary tęczęwkowej. Przednia komora była w całości krwią wypełnioną, rogówka zapadła. W dalszym przebiegu powieka obrzękła, a siatkówka pośród gwałtownych bólów w całości wypadła. Oko ociemniało bez najmniejszego poczucia światła. W 14-cie dni po urazie oko to wyluszczone. Wyluszczone gałka była prawidłowej wielkości, w górze rozwarła ranka w twardówce, do której przylegała tęczęwka. W środku gałki znajdują się liczne krwotoki, w pośrodku których znajduje się szarawa jakaś błona. Badanie drobnowidowe wykazało bardzo znaczne przekrwienie wszystkich naczyń krwionośnych, następnie zmianę w budowie wypadłej siatkówki, gdyż tylko warstwa ziarnista była dokładnie uwydatnioną, podczas gdy warstwa zwojowa składała się ze samych wakuol. Przypadek ten różni się tem od opisywanych, że siatkówka odłączyła się tutaj od naczyńki i wypadła samoistnie.

Szpara w miejscu wejścia nerwa wzrokowego z utrzymaną prawidłową bystrością wzroku. (Colobom am Sehnerveneintritt mit normaler Sehschärfe). Dr J. van der Hoeve.

U 19-letniego żołnierza, zezującego od dzieciństwa okiem lewym, które to oko źle widziało ($\frac{5}{50}$) spostrzegął autor szparę w tęczęwce, soczewce, naczyniówce i w nerwie wzrokowym. Pole widzenia pokazuje brak odpowiadający szparze w naczyniówce. Oko prawe jest prawidłowe ($\frac{5}{1}$).

W miejscu tarczy wzrokowej znajduje się biała plama o dziesięciokrotnym jej przekroju. Plama ta jest otoczoną barwikiem i zanikłym pierścieniem naczyniówki. W szparze i na jej krawędzi przeciągają naczynia. W polu widzenia znajduje się brak odpowiadający szparze. Rogówki obu oczu były małe. Należy przyjąć, że włókna nerwowe, jakkolwiek były bardzo rozprzestrzenione, zatrzymały swą prawidłową czynność. Matka i siostra badanego miały także podobne szpary w oczach. Podobne przypadki są bardzo ważne ze względu na ich ocenienie przy wypadku. Jeżeli bowiem w podobnym przypadku przyszłoby do okaleczenia, to lekarz badający mógłby z łatwością zmniejszenie się b. wzroku przypisać istniejącej tej szparze. Autor podnosi rzadkość utrzymanej całkowicie bystrości wzroku przy takich szparach. W końcu omawia jeszcze znane teorie o powstawaniu takich szpar ocznych.

Hess podał trojaki możliwości powstania szpar soczewkowych, a mianowicie:

1) Naczynia śródplodowe soczewki są dłużej przetrwałe aniżeli to odpowiada regule.

2) W ciałku szklistem powstają postronkowe zgrubienia.

3) Brak rąbka Zimniusa.

Szpary nerwu wzrokowego dzieli Caspar na trzy kategorie:

1) Naczynia powstają całkiem nieprawidłowo tuż przy dolnej krawędzi tarczy wzrokowej.

2) Naczynia pojawiają się bliżej górnego brzegu tarczy wzrokowej.

3) Już w szparze są naczynia rozdzielone, ale więcej ośrodkowo.

Caspar tłumaczy wszystkie te kategorie, jako powstałe wskutek zaburzeń w soczewce n. wzrokowego. Przyczyna tych zmian jest nam nie znana, szpary te są jednak dziedziczne.

Przyczynek do wiadomości o miąższowem zapaleniu rogówki u zwierząt. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Keratitis parenchymatosa bei Thieren). Dr Rodriguez de Maraes.

Autor opisuje makroskopijne i drobnowidowe badanie zapalenia głębokich warstw rogówki u 4 l. byka, który nie miał gruźlicy. Obie rogówki były w środku, w głębokich warstwach równomiernie szaro zmętniałe. Na obwodzie była rogówka na 2—3 mm zaczerwienioną, które to zaczerwienienie badane pod lupą składało się z licznych pasemkowatych naczyń. Po przepołowieniu w równiku gałki ocznej pokazało się, że ciałko szkliste było wypełnionem małymi kropeczkami, soczewka była przejrzystą, a w ciałku rzęskowem znajdowały się białe złogi, powstałe przez spłynięcie okrągłych ognisk. Pod mikroskopem dało się wykazać zgrubienie rogówki, przyczem nabłonek był prawidłowym. W warstwach rogówki znajdowały się liczne leukocyty. W górnych warstwach rogówki przebiegały liczne naczynia, podczas gdy w głębokich warstwach znajdowały się dwa grube pnie naczyń, z których znowu wychodziły małe naczyniaka. Część naczyń była w łączności z powierzchownymi naczyniami twardówki. Białe złogi w okolicy ciałka rzęskowego składały się z komórek o nieprawidłowem ugrupowaniu, i z licznymi komórkami olbrzymimi, brak był jednak prątków gruźliczych. W przypadku tym rozchodzi się za tem o zmiany, które podobne są do gruźliczego zchorzenia ciałka rzęskowego, a które spowodowane zostały przez nacieki w rogówce i powstanie licznych naczyń krwionośnych.

O wrodzonych ropniach woreczka łzowego u noworodków. (Über die angeborenen Thränensackeiterungen Neugeborener). Dr Fejér.

Przedewszystkiem robi autor zarzut, że temat ten w podręcznikach okulistycznych jest zupełnie zaniedbanym. Pierwszym był

Cirincione, który się zajmował dokładniej pod względem klinicznym i embryologicznym tym przedmiotem. Choroba ta jest dla tego tak ważną, że częstokroć zostaje ona zapoznaną, a lekarz leczy dziecko niekiedy całymi miesiącami na nieżyt spojówek. Objawy są te same jak u dorosłego, a nigdy nie zdarza się, aby worek łzowy rozszerzył się, albo aby przyszło do niedowładu worka łzowego. Śluzoropok spojówek nie ma żadnego związku z ropotokiem przewodu łzowego a pojawienie się dwoinków ropnych jest tylko przypadkowym. U dorosłego przyczyną powstania śluzoropotoku są zmiany w błonie nosowej i zwężenie przewodu łzowego. Natomiast przekonano się przez liczne badania embryologiczne, że u noworodka zmiany te są wrodzone. Co się tyczy leczenia to istnieją dwojakie zapatrywania. Jedni leczą tę chorobę zachowawczo zapomocą mięsienia i częstego wyciskania ropy (Peters) lub też pozostawiają tę sprawę bez zabiegu (Panass). Inni natomiast autorowie przecinają przewodkę i sondują (Trousseau, ChevallerEAU). Autor jest zwolennikiem tej drogiej metody, przyczem uleczenie następuje w 2—3 tygodniach, i to zawsze nagle. W końcu radzi autor nazywać te zmiany »pseudo-Conjunctivitis« aby zapobiedz nieporozumieniu co do nazwy z rzeżączką. Swoje doświadczenia zestawia on jak następuje:

1. Śluzoropotok u noworodków jest wrodzonym.
2. Choroba ta polega na nieprawidłowościach w rozwoju.
3. Choroba nie powstaje przez gonokoki i nie stoi z rzeżączką w żadnym związku.
4. Zawsze należy sondować.

Studya nad źrenicą. (Pupillenstudien). Prof. Humelsheim.

Czy źrenica zwęża się ośrodkowo?

Pytanie to jest bardzo ważne dla oka prawidłowego a szczególnie dla oka niezbornego. Jest bowiem bardzo doniosłym wiedzieć o przebiegu promieni przy akomodacyi i o ile źrenica się zwęża, gdyż w ten sposób można się przekonać, które promienie zostają wydzielone. Autor badał przyrządem, który widział na klinice u prof. Hessa. Za miarę służyły szybki różnej wielkości. Badał on 130 ócz u 70 osób, po większej części u dzieci. Wynik badania był ten, że źrenica rozszerza się i zwęża ośrodkowo.

Wessanie się torebki przy atypowej operacyi zaćmy u dziecka. (Aufsaugung des Kapselsackes nach atypischer Staroperation beim Kinde). Dr Natanson.

U 2 $\frac{1}{4}$ -letniego dziecka zauważyli rodzice zmętnienie w oczach. Badanie wykazało obustronne zaćmienie soczewek w zdrowych gał-

kach. Autor przeciął torebkę i po zrobieniu cięcia wypuścił ciecz wodną. Po tem zabiegu obie soczewki zwicznęły się do przedniej komory, a po 5 dniach przyszło do wzmoczenia się ucisku śródocznego. Autor wyjął soczewki cięciem płatowem, torebki jednak po wypłynięciu miękkiej masy usunąć się nie dały. Po 14 dniach źrenice były zupełnie czarne. Przypadek ten jest jedynym, w którym po przecięciu torebki soczewka zwicznęła się do przedniej komory, a przyczyny tego szuka autor w patologicznem rozluźnieniu rąbka Zinniusa i w zmniejszeniu się ucisku śródocznego przy rozszerzonej źrenicy. Autor jest też zdania, że wessanie soczewki w tym przypadku było całkowitem i wspomina o jednym przypadku Augsteina i Ginsberga, w którym nastąpiło całkowite wessanie soczewki wraz z torebką, zwicznętej wgląd ciała szklistego. Wessanie to zostało też udowodnionem badaniem drobnowidowem.

O etyologii i leczeniu zmętnień rogówki powstałych przez wapno i ołów. (Über die Actiologie und Therapie der Kalk- und Bleitribungen der Hornhaut). Dr zur Nedden.

Odkąd się przekonano, że zmętnienia rogówki powstałe przez wapno i ołów nie są złoгами ale powstają przez chemiczne połączenia, od tego czasu toczy się walka w zapatrywaniu, czy zmiany te powstają jako połączenia soli, czy też są to organiczne połączenia tkanki rogówki. Dla tego też autor przedsiębrał próby, mające na celu wykazać stosunek powinowactwa wapna i ołowiu do istot białkowych rogówki. Pominąwszy, że w rogówce znajduje się tylko ślad białka, dowiodły także przedsiębrane badania z albuminem i białkiem kurzem, że po dodaniu do nich wody wapiennej nie mętnieją one, że zatem nie ma żadnej łączności pomiędzy wapnem a białkiem. Zmętnienie które występuje w 24 godzin po urazie nie jest białkanem wapnia, lecz węglanem wapniowym białka. Prócz tego zawiera w sobie rogówka 80% kolagenu i 20% mukoidu. Pierwsze nie ma z wapnem żadnej łączności, natomiast mukoid rozpuszcza się w wapnie. Nie należy zapominać, że w rogówce znajdują się także istoty nieorganiczne szczególnie soda (0.1%). Soda w łączności z wodorotlenkiem wapniowym daje białą zawiesinę w postaci węglanu wapniowego. Organicznie zmętnienia powstałe przez ołów przemieniają się z wolna w trudno rozpuszczalne węglany, tak że wydaje się, jakoby połączenia wapna z mukoidem były silniejsze aniżeli ołowiu. Autor przychodzi wreszcie do następujących wniosków:

Przy nadzarcjach rogówki wapnem i ołowiem najprzód dotkniętą zostaje istota organiczna rogówki, węglany zaś przeważają

dopiero w dawniejszych zmętnieniach. Przeważającym organicznym składnikiem jest mukoid, rozpuszczający się w wapnie, a wypadający przy działaniu soli metalowych. Oba te procesy powodują powstanie grubego białego zmętnienia na rogówce. Środki, które mają służyć do wyjaśnienia takich plam muszą mieć własność rozpuszczania wapna i ołowiu z połączeń mukoidalnych. Do tego celu nadaje się szczególnie winian amonowy.

Autor opisuje też 2 przypadki, w których wyjaśnienie rogówki powiodło się bardzo dobrze, przyczem obrażenie było wywołane wapnem. Obrażenia ołowiem dają bardzo złe rokowanie co do możliwego wyjaśnienia.

Zaćma jako wczesny objaw tęcza. (Cataract als Frühsymptom der Tetanie). Dr Treu.

W rozprawie wspomina autor o kilku teoriach co do powstania zaćmy przy tęczu. Zirm sądzi, że występujące przytem zwyrodnienie nabłonka rzęskowego jest przyczyną troficznej i podobnem do wypadnięcia włosów i paznogi przy tęczu. Z naprowadzonych przez autora przypadków wynika też, że pierwotną przyczyną zaburzeń odżywczych nie są drgawki. A mianowicie w przypadkach tych autor mógł stwierdzić na długi czas przed wystąpieniem drgawek zaćmę. Przyczyną tęcza wedle autora były zmiany w gruczole tarczowym.

Pooperacyjne oderwanie naczyniówki w następstwie irydektomii przy jaskrze. (Postoperative Aderhautablösung nach Glaucomiridectomie). Dr Fischer.

Od czasu zwrócenia uwagi przez Fuchsa na możliwość oderwania się naczyniówki po operacji zaćmy i po irydektomii, przypadki te stały się w literaturze dość częste.

W opisanym przez autora przypadku operowano u 65-letniej chorej z powodu jaskry oko lewe, na oku prawem była jaskra absolutna. Na oku tem robiono irydektomię, a wreszeie z powodu nieustających bólów gałkę wyjęto. Gałkę oczną przepołowiono, przyczem pokazało się, że po obu połowach gałki tej była siatkówka oderwana, pod nią zaś przeświecała naczyniówka. Badanie drobnowidowe dało ten sam wynik. Jak więc widzimy, przedsiębrana na tem oku irydektomia spowodowała krwotok pod naczyniówką. Podobne dwa przypadki opisał Fuchs. Przyczyną krwotoków w tych przypadkach jest zazwyczaj, zdaniem Fuchsa, pęknięcie żyły wirowej, lub też powstanie komunikacji pomiędzy kanałem Schlemma a przestworem nadnaczyniówkowym. Czynnikiem sprzyjającym powstaniu takiego krwotoku jest nagłe wy-

płynięcie ciała szklistego. Przypadki, w których po irydektomii oderwana naczyniówka znowu przykleja się uważają autorowie za surowicze, jakkolwiek nie jest wykluczonym, że w wielu tych przypadkach wybroczyna jest także krwawa.

Z. 2.

Pseudofakia fibrosa, włóknista niby soczewka, powstała z błony naczyniowej soczewki. (Pseudofakia fibrosa, eine faserige Scheinlinse, hervorgegangen aus der Tunica vasculosa lentis). Prof. Czermak, opisane przez prof. Ulbricha.

Przypadek dotyczy 25-letniego robotnika, który przyjętym został do kliniki z powodu zapalenia rogówki oka lewego. Oko to było od dzieciństwa ociemniałem, przed 10 laty miał chore silne bóle, które się przed 6-ma tygodniami ponowiły. Oko to jest rzęskowo nastrzyknięte, zez zbieżny. Na rogówce znajdują się popękane pryszcze. Żrenica zarosła, ucisk śródoczny wzmógł, *amaurosis*. Z powodu bólów gałka ta została wyluszczonej. Stwardniona gałka została pociętą w skrawki, a te barwiono sposobem Giesona, Russela, i hematoksyliną z cozyną. Najważniejsze zmiany uwidocznione na preparatach drobnowidowych były następujące: W miejscu soczewki znajduje się soczewkowaty otorbiony utwór, przyrosły do tęczówki. Wydłużone wypustki rzęskowe ciągną ku przodowi, jak również i włókna rąbka Zinniusa. Tuż po za wypustkami rzęskowemi przytyka do brzegu tego tworzą siatkówka. Miejsca soczewki, których siatkówka nie dosięga są wypełnione ciałkiem szklistem. Soczewkowaty ten utwór składa się z łącznotkankowych włókien i z licznych naczyń. Z przodu pojawiają się pozostałości torebki soczewkowej. Naczynia znajdujące się w korze, pochodzą z jądra a te znowu z tęczówki. Przednia część siatkówki, przylegająca do tego utworu jest wypełnioną przestworami torbielowatymi, podczas gdy tylna połowa siatkówki jest prawidłową. Wyłumaczenie tego przypadku jest następujące: Wskutek bujania błony naczyniowej soczewki, soczewka wessała się. W jej miejscu powstał włóknisty utwór, który powstaje w łączności z tęczówką, ciałkiem rzęskowem i siatkówką, naczynia zaś dostaje on tylko od tęczówki i od ciała szklistego.

O jednorocznym pupilometrze. (Über ein Unocularpupillometer). Dr Krusius.

Autor opisuje przyrząd, który służy do badania współczulnego oddziaływania źrenic. Rysunek znajdujący się w tekście jest niezrozumiałym.

O zapalnym nowotworze spojówki. (Über eine entzündliche Neubildung — Granulom — der Conjunctiva). Dr Fischer.

Pojawienie się polipowatych wybujań na spojówce, powstałych po dłuższym zatrzymaniu się ciała obcego w spojówce jest dostatecznie znanem. (Desmarrès, Mackenzie). Podobne zmiany spostrzegano także po szwach spojówkowych. Saemisch uważa za charakterystyczne tych wybujań brak nabłonka. W opisanym przez autora przypadku u dziecka 6-letniego tkwił w oku przez 6 tygodni kłos z jęczmienia. Kłos ten z czasem sam wyszedł a w następstwie powstał nowotwór uszypułowany, który operacyjnie usunięto. Badanie drobnowidowe wykazało nowotwór bez nabłonka, złożony z tkanki łącznej i ze silnie rozszerzonymi naczyniami. Przybłonek spojówki był wybujałym. Powstanie tego nowotworu należy przypisać okaleczeniu przybłonka przez obce ciało, przez co istniało bezustanne mechaniczne drażnienie.

O łamliwości światła na płaszczyznach torycznych. (Über die Brechung an den torischen Flächen). Dr Lomb.

Autor omawia na wstępie powstanie płaszczyzn torycznych. A mianowicie należy przyjąć, że podobne płaszczyzny powstają wskutek obracania się krążka około linii prostej, łączącej w jego płaszczyźnie. Następnie opisuje on załamanie promieni świetlnych. Autor przyrzeka właściwości tych płaszczyzn poddać dokładnej dyskusji.

Przyczynki do chemii soczewki. (Beiträge zur Linsenchemie). Dr Gross.

Odnosnie do badań Lebera nad przemianą materii soczewki, możnaby sądzić, że przyczyną powstania zaćmy starszej jest stosunek lipidów do istot rozpuszczających lipoidy. Leber bowiem sądzi, że soczewka starzeje wskutek większej zawartości cholestearyny i lecytyny jest skłonniejszą chłonać szkodliwe wytwory, jakimi są kwas betaoksymasłowy, aceton i kwas octoowy, a które to produkty przy prawidłowej przemianie materii wydzielaniami zostają. Badania były prowadzone w dwojakim kierunku: 1) Czy w soczewce starszej znajduje się więcej lipidów, aniżeli w soczewce młodocianej i czy produkta te znajdują się w większej ilości w soczewce zmętniałej aniżeli w soczewce przejrzystej. 2) Jeżeli nie, to czy produkta rozpuszczające lipoidy znajdują się w zaćmie w ilości zwiększonej, przez co zaćma byłaby wynikiem zlej przemiany materii. Autor określa następnie, które ciała należy uważać za lipoidy. Tak należy tutaj cholestearyna, lecytyna, protagon. Z tych najważniejszym jest cholestearyna, podczas gdy z produktów rozpuszcza-

jących lipoidy najważniejszym jest aceton. Następnie podaje autor sposób powstawania cholestearyny i procentowy wynik badania u ludzi i zwierząt.

Badania wykazały, że nie ma różnicy co do zawartości cholestearyny i produktów rozpuszczających się w eterze w różnych soczewkach. U człowieka ilość tych produktów jest zadziwiająco wielką.

Do metody oziębienia przy badaniach zaakomodowanej soczewki gołębia. (Zur Gefrierungsmethode bei Untersuchung der accomodirten Taubenlinse). Dr Fischer.

Autor odpowiada na zarzuty Pflugka. Badał on 23 ócz gołębi, przyczem używał jako pobudki dla akomodacji 1% roztworu nikotyny, podczas gdy porażenie akomodacji osiągał użyciem 1% roztworu strofantu. Kształty soczewek zdjął graficznie i przychodzi do tych samych wniosków, co w swej pierwszej pracy, a mianowicie, że metoda oziębienia, stosowana w przeróżny sposób, nie może nam dać dokładnego obrazu postaci soczewki przy różnorodnych skurczach mięśnia rzęskowego.

Przypadek obustronnej wrodzonej szpary soczewki z następowem swoistem zwicnięciem obu soczewek. (Ein Fall von doppelseitigem angeborenem Linsencolobom mit nachfolgender Luxation beider Linsen). Dr Verderance.

Autor omawia przypadek obustronnej szpary soczewek, który był ogłoszonym w r. 1893. Wówczas spostrzegano na prawem oku obok szpary w soczewce, przetrwałą błonę źreniczną, myopię (— 9 D) i zwicnięcie tęczówki; na oku lewem nieprawidłową szparę w tęczówce i zmiany zwyrodniałe na dnie oka. W 5 lat później były soczewki obustronnie zwicnięte i całkowicie przejrzyste. W kilka miesięcy później zgłosił się chory ze skargą na gorsze widzenie. Badana bystrość wzroku wynosiła na oku prawem $\frac{1}{10}$ + 4.17, na oku lewem $\frac{2}{5}$ — 1.17. Na obu oczach znajdowały się w ciałku szklistem liczne męty, soczewki były ku dółowi zwicnięte. Prócz tego znajdowały się na powierzchniach soczewek miseczkowate zmętnienia i obie opisane powyżej szpary. Zestawiając opisany stan obecny ze stanem obu ócz z roku 1893 widzimy przedewszystkiem zmiany w refrakeyi. A mianowicie na oku prawem była myopia — 9, obecnie zaś jest H 4. Powstałe to dalekowidzenie na tem oku da się z łatwością wytłumaczyć afakją, na oku lewem krótkowidzenie zwiększyło się pomimo że zmiany na dnie oka były te same. Soczewki zwicnięte mętnieją prawie zawsze. Przypadek ten jest zajmującym, gdyż można było dokładnie spostrzegać zwi-

chnięcie soczewek. Jako przyczynę należy przyjąć wedle Christena zanik wężadła Zinniusa na oku prawem, zaś na oku lewem całkowity jego brak.

Bulletin de la Société Belge d'Ophthalmologie. R. 1906. Nr. 21.
(Ref. Dr Matusewiczówna).

Przypadek jednostronnego rozszerzenia źrenicy przechodzącego w zwężenie przy schyłaniu głowy. (Un cas de mydriase unilatérale se transformant en miosis dans la flexion en avant de la tête et du cou). H. Coppez — Bruksela.

Przypadek dotyczy młodej dziewczyny.

Przy patrzeniu w dal lewa źrenica (dotknięta zmianą) jest nieco szerszą od prawej, na światło i na zbieżność oddziałuje, ale leniwiej od prawej, przy nachyleniu głowy ściąga się silnie, przy czem chora odczuwa nagły ból. Wszelkie inne sposoby wywołania tego zjawiska pozostają bez skutku. Ruchy oddechowe nie mają na nie również wpływu.

Po zakropleniu kokainy lewa źrenica rozszerza się szybko, poczem przy nachyleniu głowy już się więcej nie zwęża.

Chodzi więc o rozszerzenie źrenicy skurezowe, które przechodzi w zwężenie porażeniowe.

Ogólne badanie wykazuje lekkie stępienie wypukowe w pierwszem międzyzbrzu tuż koło mostka. Żadnych objawów *aneurysma*. Radioskopia natomiast wykazuje znaczne powiększenie gruczołów limfatycznych w jamie piersiowej i na szyi. Temu to przypisuje autor spostrzegane zjawisko: podczas nachylania głowy kurczą się *sterno-cleido-mastoidei*, skurez ten prze na gruczoły, które wywierają nacisk na nerw sympatyczny, przerywając jego czynność.

Co się tyczy leczenia, to chora jest bardzo zadowolona z kokainy, która znosząc skurez, usuwa ból.

Leczenie operacyjne zezu u małych dzieci. (Traitement chirurgical du strabisme chez les enfants). M. Bétrémieux.

Nowość tego sposobu polega na tem, że autor operuje oko nie zezujące. Stosował z bardzo dobrym wynikiem u małych dzieci.

W rozprawach Van Lint stara się objaśnić dobre wyniki, otrzymane tą drogą tem, że tenotomia mięśnia wewnętrznego wywołuje zaburzenia w ruchach oka szczególnie w zdolności wpatrywania się, a temsamem zmusza do patrzenia oko zezujące, które tą drogą ćwiczy się w patrzeniu.

Perytomia elektrolityczna. (Péritomie électrolytique). Dr A. Van Lint.

Przyrząd Van Linta składa się z gałeczki 2 mm średnicy, umieszczonej na ręczce, która daje się osadzić na przyrządzie de Weckera do elektrolizy ziarnistości. Przyrząd łączy się z biegunem ujemnym. Dodatnią elektrodę umieszcza się na policzku od strony operowanego oka. Prąd ma wynosić 2 miliampère.

Po założeniu rozwórki i znieczuleniu oka kokainą przesuwają się kulkę wzdłuż brzegu rogówkowego przy rąbku, na przestrzeni zajętej przez łuszczkę.

Przed odjęciem lepiej prąd zamknąć.

Zabieg trwa 10—15 minut, zależnie od rozciągłości łuszcзки, na miejscu działania prądu tworzy się jeziorko krwi wskutek otwarcia naczyń. Opaska nie jest potrzebną. Podobnego przyrządu tylko o 1 mm średnicy używa autor do elektrolizy wrzodów limfatycznych i plam rogówkowych. Prąd ma wynosić też 1—2 miliampère.

Ctrlblt. f. pr. Aghk. Z. 6. (czerwiec). (Ref. dr Gruder).

Ograniczony zanik w małym okręgu tęczówki przy jaskrze. (Der unsehriebene Schwund im kleinen Kreis der Iris bei Drucksteigerung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Autor zwraca uwagę na następujące charakterystyczne znamiona, jeśli większą liczbę przypadków jaskry badamy lupą:

1) Trwałe, ograniczone rozszerzenie źrenicy spostrzegamy w pojedynczych przypadkach lekko zapalnej jaskry, która ustępuje po czerynie i okazuje całkiem lub prawie prawidłową bystrość wzroku i pole widzenia. Przyczyną jest odpowiedni, ograniczony zanik w małym okręgu tęczówki (t. j. w okolicy zwieracza).

2) Jeśli dobrze widzące oko i zdrowe (pominąwszy napady wstępne i lekką twardość) oko cierpi z powodu silnego napadu jaskry i natychmiast je podajemy operacyją, to często spostrzegamy niebieskawe, głębokie plamy w małym okręgu tęczówki, co nie przeszkadza jednak ruchom źrenicy.

3) We wszystkich przypadkach zapalnej jaskry, gdzie po operacyji utrzymała się dostateczna bystrość wzroku i pole widzenia, później zaś, po kilku latach, wystąpiło trwałe rozszerzenie źrenicy (objaw wprawdzie mniej pomysłny, lecz nie zawsze grozący bliską utratą wzroku), znajdujemy ograniczony zanik w okolicy małego kręgu tęczówki.

4) Przy zwyrodnieniu po jaskrze widać plamy zanikowe zarówno w małym, jak i w wielkim kręgu tęczówki.

Chirurgiczne wyleczenie ograniczonego ropnia w ciałku szklistem. (Chirurgische Heilung eines umschriebenen Glaskörperabscesses). Dr. E. Cramer w Cottbus.

Chory 26-letni został zraniony odłamkiem miedzi z naboju do strzelania, który mu wleciał do prawego oka na wewnątrz od granicy rogówko-twardówkowej.

Wziernikiem widać przez mętów w ciałku szklistem głęboko do ciałka szklanego sterczące wznieśnienie, wychodzące od wewnętrznej ściany gałkowej.

Dno zresztą prawidłowe. V = palec w 6 m. Pole widzenia wykazywało lekkie odpowiednie ograniczenie. Nie ulegało wątpliwości, iż był to ropień, spowodowany odłamkiem miedzi.

W narkozie odpreparowano spojówkę i tkankę od twardówki. Rana, spowodowana wpadnięciem ciała obcego, wynosiła 2 mm długości. Przecięto ostrożnie twardówkę w długości 4 mm, poczem natychmiast wystąpiła rzadka ropa; ciałko szkliste nie wypływało, ale nie udało się wydstać odłamka miedzianego. Twardówkę i nad nią leżącą spojówkę zaszyto. Gojenie prawidłowe. Po dwóch tygodniach chory wyleczony. W ciałku szklistem lekkie męty, ciało obce wisało na cienkiej nitce i nie zmieniło miejsca przy ruchach gałki; teżoż okolica jasna i przezroczysta. Pole widzenia prawidłowe, V = $\frac{6}{12}$.

Po dalszych dwóch miesiącach bystrość wzroku była zupełnie prawidłową, dno oka wyraźne, ciało obce wyraźne i nieco poruszające się przy ruchach gałki.

Z. 7. (lipiec).

Jednostronny brak odruchowego działania źrenicy przy zachowaniu działania zbliżności, po obwodowym porażeniu n. okoruchowego wskutek urazu oczodołu odłamkiem żelaza. (Ein Fall von einseitiger reflektorischer Pupillenstarre bei Vorhandensein der Konvergenzreaktion infolge von peripherer Okulomotorius-Lähmung nach Eindringen eines Eisensplitters in die Orbita). Dr. Johann Ohm w Berlinie.

Robotnik 19-letni urazony w prawe oko, odłamkiem żelaza który wpadł przez dolną powiekę.

Stan był następujący. W dolnej powiece rana; górna powieka spadała na dół; gałka silnie występowała ku przodowi, abdukcya i addukcya zupełnie odjęte, ruchy ku górze i dołowi silnie ograniczone. Źrenica okrągła, nie oddziaływa, 8 mm szeroka. V = $\frac{1}{15}$. Pole widzenia ku górze i wewnątrz ścieśnione. Na dnie oka odpowiednie zmętnienie siatkówki. Lewe oko prawidłowe.

Uszkodzone były: bystrość wzroku nasiojowa i obwodowa, jakoteż wewnętrzny i zewnętrzny poruszający aparat oka prawego. Ile zależnem było od odłamka samego, a ile od krwotoku wewnętrznego nie da się rozróżnić dokładnie. Przeważną część uszkodzeń usłępywała stopniowo, po wyjęciu odłamka z oczodołu; bystrość wzroku po kilku tygodniach z $\frac{1}{15}$ podniosła się na $\frac{5}{51}$, również polepszenie pola widzenia i skotoma.

Z uszkodzeń ruchowych wszystkie ustąpiły z wyjątkiem mięśnia odwodzącego i zaburzeń źrenicy, która później się nieco zwężyła, jednak bez wyraźnego oddziaływania na światło, chociaż akomodacya i konwergencya tej źrenicy powróciły do prawidłowego stanu.

Po dłuższej dyskusyi autor przychodzi do wniosku, iż powód tego nieoddziaływania źrenicy leży w porażeniu obwodowego rozgałęzienia nerwu *ramus iridis n. oculomotorii*, mianowicie w porażeniu nerwów rzęskowych (*nervi ciliares breves*).

Z. 8. (sierpień).

Przyczynek do leczenia jaskry. (Ein Beitrag zur Therapie des Glaukoms). Dr J. Bjerrum w Kopenhadze.

Przy jaskrze pojedynczej (*Gl. simplex*) chciał autor wykonać zwykłą sklerotomię; przy kontrapunkeyi przypadkowo koniec noża Graefowskiego wystąpił przez twardówkę, bardzo daleko od rogówki. Skutek tej operacyi był bardzo dobry, ucisk śródoczny obniżył się i wynosił 25 mm Hg. (Tonometer Schjötza).

Wskutek tego doświadczenia autor metodycznie wykonywał sklerotomię z silnie obwodową kontrapunkeyą; wcięcie 2 mm od rogówki, na lewem oku najlepiej ku górze zewnątrz, przyczem siedzi się przed chorym i robi się operacyę ku górze. Przy operacyi prawego oka najlepiej siedzieć z tyłu za chorym i robić operacyę ku dołowi.

Często nóż zaczepta tęczówkę przy kontrapunkeyi, przecina ją, lecz prawie nigdy nie wypada ona. Przy dwóch oczach z *buphthalmus* tęczówka ukazała się w ranie; w jednym wypadku odcięto ją nożyczkami, w drugim kauteryzowano.

W późniejszym stadium widać w miejscu rany często małą ciemną plamę, czasami lekko wydętą. Obok widać też często liczne i drobne złogi barwikowe.

Autor stosował swoją sklerotomię przy *Glaucoma simplex* i *Buphthalmia infantilis*.

Przy *Glaucoma simplex* miał autor w 14 przypadkach bardzo dobre wyniki.

Przy *buphthalmia infantilis* operował autor w 10 przypadkach. Dwa przypadki miały oko ślepe. U reszty 8 przypadków wyniki były również bardzo pomyślne.

Przy znacznej części operowanych ócz autor stosował po operacji przez długi czas pilokarpinę lub ezerynę.

Przyczynek do leczenia zatoru arteriae centralis w siatkówce. (Beitrag zur Therapie der Embolie der Arteria centralis retinae). Dr Juliusz Fojér w Peszcie.

Przed rokiem autor opisał przypadek zatoru tętnicy w siatkówce, znacznie polepszony zapomocą mięsienia. Wyleczenie było wtedy tylko częściowem. Teraz podaje autor drugi przypadek, zupełnie wyleczony przez prędkie i systematyczne zastosowanie mięsienia. Natychmiast lub w kilka godzin po napadzie zator jest tak miękkim, że szybka cyrkulacya jest w stanie dalej go posunąć lub korzystnie działać na tegoż rozpad.

Robotnik 52-letni ma znamienny obraz zatoru *art. central. retinae*. Opaska na oko, wewnątrznie KI i okrężny masaż gałki; przez trzy dni chory nie widział. Stopniowo zaś bystrość wzroku się polepszała, a po trzech tygodniach $V = \frac{5}{20}$, po ośmiu następnych tygodniach $= \frac{5}{5}$. Stosownie do swej hypermetr. i pre-obypopii czytał zapomocą $-5 D$ najmniejsze litery. Pole widzenia wykazywało przy końcu ubytek na 15° od dołu zewnątrz. Naczynia dna oka pozostały nieco zwężone, zewnętrzna strona tarczy nieco błada.

Serce i naczynia krwionośne były prawidłowe; również i moez.

Die Ophthalmologische Klinik. R. 1907. Nr 13 -- 14. (Referent K. W. Majewski).

Wyłuszczenie zwoju Gassera, a keratitis neuroparalytica u człowieka. (Exstirpation des Ganglion Gasseri und Keratitis neuroparalytica beim Menschen). K. E. Weiss.

Autor przytacza przypadek wyłuszczenia zwoju Gassera z powodu nerwobólu lewego nerwu trójdzielnego. Przypadek ten zasługuje głównie z tego powodu na uwagę, że jeszcze w 4 lata po operacji rogówka lewego oka mimo zupełnej utraty czucia, żadnych zresztą zmian nie okazywała. Pozatem wykazuje badanie ustawiczne pocenie się prawej strony twarzy, gdy skóra po lewej stronie operowanej prawie zupełnie sucha. Czucie w całym zakresie lewego nerwu trójdzielnego prawie zupełnie zniesione. Powieka górna lewego oka okazuje ledwie dostrzegalne opadnięcie, obydwie

jednak oczy zamykają się jednak, również wydzielanie łez obustronnie wydaje się jednakie. Spostrzeżenie to łącznie z innymi ogłoszonymi w literaturze okulistycznej, w których po usunięciu zwoju Gassera na rogówce odpowiedniego oka do żadnych zmian zapalnych nie przyszło, obala odżywcę teorię Magendiego patogenezy *keratitis neuroparalytica*. Ze stanowiska mechaniczno-urazowej teorii Snellena da się tyle tylko powiedzieć, że u człowieka odruchowe mrganie równoczesne z mrużeniem oka po stronie nie operowanej, oraz współzulne wydzielanie łez, chronią dostatecznie pozbawioną czucia rogówkę przed uszkodzeniami. Tak samo tem współzulnem wydzielaniem łez tłumaczy się, że u człowieka po wycięciu zwoju Gassera rogówka nie jest narażoną na wysychanie, co znów wedle teorii Feuera ma być powodem zniszczenia rogówki w doświadczeniach robionych u zwierząt. Büttner przypuszcza wygórowaną wrażliwość oka pozbawionego czucia na drobne urazy i uszkodzenia. To się nie zgadza z opisane wyżej spostrzeżeniem, bo chory autora, jako złotnik naraża swe oko na pył metaliczny i inne ciała obce. Seydel, Berger i Lövy dla uratowania teorii odżywczej przypuszczają, że włókna odżywcze dla rogówki są właściwie włóknami nerwu współzulnego, które się do nerwu trójdzielnego przyłączają. Za tem zapatrywaniem przemawiają częstokroć występujące objawy ze strony nerwu współzulnego po wyłuszczeniu zwoju Gassera. Autor zwraca uwagę, że w jego przypadku objawy współzulne są bardzo wybitne, a jednak rogówka już 4-ty rok po operacyi żadnych odżywczych zmian nie okazuje. Ostatecznie dochodzi on do wniosku, że ze stanowiska okulistycznego, wyłuszczenia zwoju Gassera nie należy uważać za operacyę dla oka niebezpieczną i zwłaszcza gdy pierwsze dni po operacyi miną szczęśliwie, można być już potem zupełnie spokojnym o dalszy los rogówki.

O przemijającym podwyższeniu napięcia śródocznego.
(Über vorübergehende Drucksteigerung). M. Dufour.

O ile trwałe, lub przynajmniej dłużej trwające podniesienie ucisku śródocznego będące istotą jaskry ostrej i jaskry przewlekłej jest przedmiotem licznych prac i badań, o tyle mało zwraca się uwagi na codzienne, przemijające zmiany w napięciu śródgałkowym. Zmiany takie niewątpliwie istnieją, ale rzadko przekraczają granicę fizyologiczną, dając powód do wystąpienia dolegliwości. Autor wykazuje, że objawy, zależne od takiego chwilowego wzmoczenia napięcia bywają często zapoznawane. Przekonał się, że u chorych, którzy się skarżą na ciężkość powiek, uczuwaną zwłaszcza rano po przebudzeniu się, powodem tego objawu nie jest tak często

rozpoznawana *conjunctivitis sicca*, lecz wśród nocy powstałe wzmoczenie ucisku śródocznego, które sprawia nieznaczne powiększenie gałki ocznej i naprężenie powiek. Objawom tym towarzyszy czasem i lekkie zamglenie wzroku, które ustępuje jednak rychło zwłaszcza jeśli chory wnet po wstaniu używa ruchu na wolnem powietrzu i w słonecznem świetle. Dla zapobieżenia takiemu chwilowemu wygórowaniu napięcia śródocznego podczas nocy, zaleca autor zapuszczać pilokarpinę przed udaniem się na spoczynek i spać przez całą noc przy świetle lampy.

Nr 15.

Choroba Mikulicza z wybitną gruźlicą tęczówki. (Mikulicische Erkrankung mit ausgesprochener Iristuberculose). Kraillsheimer.

Mikulicz opisał, jak wiadomo, w r. 1892 jako odrębną jednostkę chorobową cierpienie przewlekłe, polegające na powiększeniu gruczołów ślinowych przyusznych, podszczękowych i podjęzykowych, oraz gruczołów łzowych. Zdrowie ogólne zwyczajnie na tem nie cierpi, a powiększone gruczoły nie powodują innych zaburzeń, jak tylko mechaniczne. Całkowite wyłuszczenie zajętych gruczołów kładzie zazwyczaj kres cierpieniu. Częściowe wycinania zazwyczaj nie wystarczają, gdyż gruczoły powiększają się na nowo. Na uwagę zasługują wpływ niezależnie występujących chorób gorączkowych np. *erysipelas*, *peritonitis*, *influenza*, *pneumonia*, które powstrzymują niekiedy powiększanie się gruczołów, a nawet powodują trwałe ich zmniejszenie. Patogeneza i etyologia cierpienia są dotąd zupełnie niewyjaśnione. Z tego względu ciekawem jest spostrzeżenie autora, odnoszące się do 19-letniego pomocnika sklepowego, u którego jako pierwszy objaw wystąpiło zmniejszenie wydzielania się śliny i spowodowane tem drapanie i suchość w ustach i w gardle, a nawet niemożność połykania kęsów stałych bez równoczesnego popijania ich wodą. Widocznie pierwsze zmiany wystąpiły w przewodach ślinowych i spowodowały ich zatkanie, względnie zwężenie. Z biegiem czasu wystąpiły obrzęki wszystkich prawie ślinianek i obu gruczołów łzowych. Do tego przyłączyło się obustronne zapalenie tęczówki ze złogami włóknikowymi na błonie Descemeta. Na lewem oku zapalenie ustąpiło w dwóch tygodniach bez śladu, na prawem natomiast rozwinęła się typowa gruźlica tęczówki. Dodać jeszcze należy, że badanie mikroskopowe operacyjnie usuniętych gruczołów podszczękowych wykazało liczne gruzełki. Z jednego przypadku nie myśli oczywiście autor wysnuwać wniosków ogólnych, sądzi jednak, że spostrzeżenie to w przy-

szłości, gdy przybędą inne podobne, przyczynić się może do wyświełlenia etyologii zagadkowej jak dotąd choroby.

Nr 17.

Ropowica oczodołu po ropniu jamy górnoszczekowej ze zejściem w zanik nerwu wzrokowego po stronie zajętej ropieniem, oraz zapalenie współcześnie drugiego oka. (Orbitalphlegmone nach Empyem der Oberkieferhöhle mit Ausgang in Atrophie des Sehnerven der befallenen Seite und in sympathische Ophthalmie des anderen Auges). Teillais.

Przypadek autora budzi zajęcie z wielu względów. U 25-letniego zdrowego zresztą dziewczęcia po wyjęciu jednego z trzonowych zębów przyszło do ostrej lewostronnej *sinusitis maxillaris*. Ropienie zajęło także inne boczne zatoki i przedostało się do oczodołu lewego. Natychmiast wskutek *neuritis retrobulbaris* lewe oko straciło poczucie światła. W przypadkach jednostronnych otoków ropnych jamy nosa powikłania oczne bywają z reguły jednostronne, w tym przypadku jednak ucierpiało drugie, prawe oko, chociaż zatoki prawej strony nosa były wolne od jakichkolwiek zmian. Bystrość wzroku prawego oka obniżyła się do $\frac{1}{3}$, a badanie wzornikiem wykazało zapalenie tarczy nerwu wzrokowego. Gdy wzrok coraz bardziej podupadał i doszedł już do $\frac{1}{10}$, równocześnie ze znacznem zwężeniem pola widzenia, autor wyjął oko lewe, co nie tylko powstrzymało dalsze postępy *neuritis oculi dextri*, ale spowodowało nawet poprawę wzroku znowu do $\frac{1}{3}$. Już ten skutek enukleacji przemawia za sympatyczną przyrodą zapalenia nerwu prawego oka. Zresztą wyklucza autor w przypadku tym ogólne zakażenie ropne, które mogłoby drogą przerzutu spowodzić zapalenie nerwu wzrokowego na drugim oku tak, że pozostaje tylko jedyne przypuszczenie, że zakażenie przeszło na drugie oko drogą nerwów wzrokowych. Przypuszczenia tego nie zbija fakt, że nerw wzrokowy oka lewego znajdował się w stanie zupełnego zaniku, bo udowodniono, że takie nerwy zdolne są przenosić zakażenie na oko drugie.

Nr 18.

O sztucznym woreczku łzowym. (Über Tränen sackprothese). W. Zimmermann.

Na zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Dreźnie w sierpniu b. r. okazał autor ze srebra sporządzoną protezę, którą wszywa w miejsce wyluszczonego woreczka łzowego. Proteza ta ma za zadanie przeprowadzać łzy z przewodek łzowych do dolnej

części kanału nosolzowego i uwolnić w ten sposób operowanych od trwałego łzawienia, na jakie po usunięciu woreczka łzowego zazwyczaj są skazani. Z początku obawiał się autor, że przestwór wszylej protezy wypełni się ziarniną i zatka. W praktyce jednak pokazało się, że obawa ta była płonna, bo w kilku operowanych w ten sposób przypadkach, z których dwa nawet na zjeździe przedstawił, drożność sztucznego przewodu stale się utrzymuje. Operację wyłuszczenia woreczka wykonywa autor w zwyczajny sposób o ile możliwości doszczętnie, oddzielając nawet okostną zapomocą odpowiedniego raspatoryum, poczem wkłada protezę tak, żeby do jej górnego otworu uchodziły wyloty przeciętych kanalików łzowych, przynajmniej kanaliku dolnego. Po nad protezą zeszywa skórę i zakłada opatrunek uciskowy, a nitki wyjmuje piątego dnia. Tkanki znoszą bardzo dobrze obecność srebrnej protezy, spojówka dzięki ustaniu łzawienia wraca do stanu prawidłowego, a i na błonę śluzową jamy nosa proteza żadnego ujemnego wpływu nie wywiera.

Rozczyn jodku rtęciowego w oleju skalnym. (Steindl-quecksilberjodid-Lösung). Ferentinos.

Autor zachwala jako znakomity środek przeciwnilny podany przez siebie rozczyn jodku rtęciowego w nafcie. Jest to rozczyn 1:4,000 i sporządza się w ten sposób, że rozpuszcza się 1 gram w 1000 gramach oleju skanego, a następnie rozczyn ten rozcieńcza się trzykrotną ilością oliwy wazelinowej. Ponieważ nafta jest sama przez się również środkiem przeciwnilnym, przeto zwiększa jeszcze bakterjobjęzą siłę rozczynu. Autor przekonał się, że rozczyn ten nie wywołuje żadnego zadrażnienia oka i może być używany obok wszelkich innych środków stosowanych w różnych chorobach ocznych, np. obok azotanu srebra, obok żółtej maści, atropiny, etc., słowem może z korzyścią w każdym przypadku zastąpić tak często używany rozczyn kwasu borowego, którego działanie antyseptyczne jest zgoła niewystarczające. W niektórych cierpieniach, jak pełzające wrzody rogówki, śluzoropotok spojówki noworodków, jaglica etc. zakraplanie wzmiankowanego rozczynu ma w wysokim stopniu przyspieszać sprawę gojenia.

Przypadkowe usunięcie ślepoty, spowodowanej rakiem spojówki. (Zufällige Beseitigung einer durch Bindehautepitheliom bewirkten Blindheit). Dujardin.

Pewien 72-letni robotnik stracił wskutek zranienia wzrok jednego oka i miał nieszczęście, że na drugim oku powstał rak spojówki, na operację jednak nie chciał weale przystać i dopro-

wadził do tego, że nowotwór zajął spojówkę gałki dookoła rogówki, a wreszcie całą rogówkę okrył bujającymi i za łada dotknięciem krwawiącymi naciekami. W ten sposób zaniewidział zupełnie. Przypadek zdarzył, że prowadzony nieuważnie przez żonę uderzył się silnie w oko to o pień drzewa. Uraz ten spowodował silne krwawienie, ale ku radości chorego przywrócił mu wzrok. Badanie wykazało, że wskutek uderzenia została zdartą z rogówki narosł nowotworowa, odsłaniając nietkniętą i przezroczystą rogówkę. Autor przytacza inne przypadki z literatury (spostrzeżenia Valude'a i Kopfa), które również świadczą, że nowotwory przybłonkowe, zwłaszcza wychodzące z rąbka spojówkowego, niejednokrotnie przykrywają rogówkę, nie wnikaając w nią i nie niszcząc jej utkania.

Więstnik Oftalmologii. R. 1907. Maj—czerwiec. (Ref. Dr Matusewiczówna).

Przyczynek do patologii oka przy wściekłości u człowieka. (K patologii głaža pri bieszenstwie u czelowieka). K. Orłow — Kazań.

Przy badaniu drobnowidowem ócz ludzi, dotkniętych wściekliczną, autor znajdował następujące zmiany: 1) W siatkówce znaczny obrzęk, wywołujący tworzenie się szczelin i jam. Obrzęk uważa autor za zapalny, gdyż w niektórych szczelinach znajdował płyn skręplony. 2) Zmiany w składnikach komórkowych siatkówki; odnosi on je częścią do zwyrodnienia tłuszczowego, częścią białkowo-wodnistego. 3) Zmiany w nerwie wzrokowym prowadzą się do lekkiego obrzęku. 4) W naczyniówce znajduje stan zapalny, objawiający się w nieznacznym nacieku drobno-komórkowym, w zmianach w warstwie barwikowej i w wysięku zbierającym się między siatkówką a naczyniówką.

Zmiany te dadzą się określić jako *retinochorioiditis serosa acuta*. Badania, tyczące się ócz królików dotkniętych wściekliczną, okazują zupełną analogię zmian chorobowych z wyżej opisanymi.

Wynik badania anatomicznego przypadku coloboma chorioideae et iridis. (Anatomiczeskoje izsledowanje słučżaja Kolobomy sosudistoj i radużnoj obołoczek). Dr Merz — Petersburg.

Opis dokładny oka, dotkniętego szparą wrodzoną. Ze zmian zanikowych ogniskowych w siatkówce i naczyniówce, rozsianych w przednim odcinku gałki wnosi autor że *coloboma* powstało wskutek zapalnej sprawy w życiu wśródmacicznem.

Kilak ciątka rzeszkowego. (Sifiloma ciliarawo tleka). J. S. Kriwonosów — Kazuń.

Kilak występował w postaci ciemno-zabarwionego guzka w twardówce około $1\frac{1}{2}$ mm od brzegu rogówkowego. Przeciwno nowotworowi przemawiał brak wzmoczonego napięcia i objawy *irido-cyclitis*. Co się tyczy różniczkowego rozpoznania między kilakiem twardówki a ciała rzeszkowego, to za tym ostatnim przemawiały objawy zapalne i obniżona bystrość wzrokowa (V: ruchy ręki).

Chory wypiera się kiły, stwierdzono jednak *osteoperiostitis gunmosa et cicatrices post syph. nodos. tibiae dextrae*.

Pod wpływem swoistego leczenia (*inject. Hydrarg. salicyl. neutr.* 1^o/₆) objawy zapalne ustąpiły, V. ²⁰/_{LXX}, na miejscu kilaka pozostała tylko plamka pigmentowana. Rozpoznanie zostało potwierdzone *ex juvantibus*.

Lipiec — sierpień.

Przyczynek do kasuistyki nieprawidłowości tęczówki. (K kasuistykę anomalij radużnoj obołoczki). Dr A. N. Natanson — Moskwa.

Przypadek dotyczył oka dotkniętego jaskrą prostą. Część źreniczna tęczówki wraz ze zwieraczem była zachowaną, tylko źrenica postaci podługowatej nosową swą częścią dosięga środka, podczas kiedy dolno-zewnętrzna część wydłuża się aż ku obwodowi, łącząc się wąskim paskiem wokoło całego zewnętrznego brzegu tęczówkowego zachowanym. Od źrenicznej części tęczówki ku górze i ku nosowi ciągną wąskie paski zachowanej tęczówki, łącząc się z obwodowym pierścieniem. Jestto więc jakby cały szereg nietypowych szpar.

Ponieważ ubytek tęczówki dotyczy całej jego grubości, pozostałe jej części dobrze są zachowane, a oko nie przedstawia żadnych objawów jaskry zapalnej, uważa przeto autor nieprawidłowość za wrodzoną nie pozostającą w żadnym związku z jaskrą.

Rzadki przypadek wrodzonej nieprawidłowości błony tęczówkowej (Korectopia et Polycoria). (Redkij slučaj wrodziennej anomalii radużnoj obołoczki [Korectopia et Polycoria]). Dr med. B. Demidowicz.

Oprócz jednej źrenicy przesuniętej ku górze i wewnątrz, znajdował się drugi otwór mniejszy dołem zewnątrz, pozatem oko było prawidłowe.

Przypadek Echinococcus jamy ocznej. (Szczaj echinokokka głaznicy). A. L. Kankrow — Orenburg.

Pasożyt przebył w jamie ocznej 3 lata, doszedł wielkości kurzego jaja, galka oczna uległa zupełnemu zanikowi. Wyłuszczenie

udało się tylko po nakłuciu. Badanie wykazało *echinococcus unicellularis*.

Przypadek rozlanego przerostu spojówki. (Słuczaj difuznoy hiperplazyi konjunktivy). Dr A. N. Natanson — Moskwa.

U 3-letniego dziecka wystąpiły narośle u obu powiek prze-ważnie górnej prawego oka. Przypominały one zupełnie narośle przy zwyrodnieniu skrobiowatym. Badanie mikroskopowe i che-miczne dało w tym kierunku wynik ujemny, natomiast wykazało nacieczenie komórkami limfoidalnymi, w niektórych zaś miejscach przerost tkanki i wogóle obraz przypominający bliznę. Według anatomów patologów obraz ten odpowiada sprawie chorobowej, stojącej na granicy nowotworów, w tym przypadku limfomatu. Etiologia pozostała niewyjaśniona. Ciekawe jest podobieństwo do zwyrodnienia skrobiowatego. Leczenie polegało na częściowem wy-cinaniu i stosowaniu ałunu. Narośle nieco się po paru miesiącach zmniejszyły. Z powodów od siebie niezależnych autor stracił cho-rogo z oczu i o dalszym przebiegu cierpienia nie wie.

Ze spostrzeżeń oftalmologicznych. (z oftalmologiczskich nabłudnień). A. B. Cackin — Kursk.

Przypadek 1. *Arteria hyaloidea persistens completa; cataracta polaris posterior, coloboma iridis, chorioideae et nervi optici os.*

Przypadek 2. *Membrana pupillaris perseverans oculi utriusque.*

Występuje tu błona przetrwała w tak obszernych rozmiarach, że zakrywa znaczną część źrenicy i część tęczówki.

III. BIBLIOGRAFIA.

Ludwik Glatman: *Doktorka medycyny i okulistka polska w XVIII wieku w Stambule.* (Szkic historyczny na podstawie nieznanego pamiętnika). 1906. Spółka wyd. pol. w Kra-kowie.

W zbiorze »Szkiców historycznych« Glatmana znajdujemy wspomniany szkic, który stanowi ciekawy przyczynek do dziejów polskiej okulistyki, a zarazem świadczy, że i w czasach dawniej-szych można znaleźć pierwowzory dla obecnych dążeń emancy-pacyjnych kobiet. Szkic ten opracował autor na podstawie rękopisu odkrytego w bibliotece Czartoryskich w Krakowie.

Tytuł rękopisu dedykowanego p. Ludwice z Mniszechów Po-tockiej, drugiej żonie Józefa Potockiego, kasztelana krakowskiego i hetmana w. koronnego, opiewa:

»Echo na świat podane czyli procedura podróży y życia
»mego awantur, na cześć y chwałę P. Bogu w Trojcy św.
»Jedyncemu y Najświętszey Matce Chrystusa Pana mego
»y wszystkim Świętym — napisała «Salomeja Regina de
»Pilsztynowa, Medycyny Doktorka i Okulistka w r. 1760
»w Stambule».

Autorka rękopisu urodziła się na Litwie w województwie Nowogrodzkim w r. 1718 a już w 13 r. życia wydano ją zamaż za okulistę niemieckiego Jakóba Halpira, który w Konstantynopolu posiadał rozległą praktykę lekarską. Żona jego obdarzona niezwykłą inteligencją w krótkim czasie stała się pomocnikiem lekarskim Halpira, asystowała mu przy operacyach okulistyecznych i nabyła rozległych praktyecznych wiadomości lekarskich. Odznaczała się przytem energią i sprytem, którym męża swego zdołała wyratować z grożącego mu niebezpieczeństwa, w jakie popadł przy leczeniu wysokiego urzędnika tureckiego, »czausza« cesarskiego chorego od 7 lat na zaćmę i porażenie kończyn.

Praktykę miała Halpirowa rozległą i przynoszącą jej znaczne dochody. »Miewała — jak pisze — maneje złote na rękę, ze 100 czer. złotych na sznurkach na szyi, 300 czer. złotych na głowie, klejnoty, pierścienie dyamentowe, kolce z kamieniem, suknie suto bogate, drogie tulbenty, (białogłowskie zawoiki) a wozila się karelą szkarłatem obitą lub kazała się nosić do swych pacyentów w lektyce».

Takie powodzenie Polki-lekarki było solą w oku lekarzom miejscowym, którzy zdołali nawet wyjednać u Hekima-baszy, fizyka w Konstantynopolu, że zakazał Halpirowej leczenia mężczyzn i chorób wewnętrznych a pozwolono jej tylko ze względu na niepospolitą biegłość w okulistyce, której się nauczyła u swego męża i u jakiegoś sławnego okulisty z Babilonu, leczyć białogłowy wyłącznie na oczy.

Zakaz ten nie miał wielkiego znaczenia. Halpirowa wyleczyła potajemnie balsamem kopaiwowym szatnego sultauskiego chorego na kamień, którego wszyscy lekarze już odstąpili. Wdzięczny pacyent nie tylko, że sowiec lekarkę wynagrodził, lecz dał jej nawet list polecający do Hekima-baszy, który poddał ją egzaminowi praktycznemu. Kazał Halpirowej wyleczyć starą kobietę, mamkę swego syna, która przed 7-miu laty wzrok straciła. Po 40 dniach leczenia chora odzyskała wzrok, a Halpirowa uzyskała dyplom, upoważniającej ją do wykonywania praktyki we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiej.

Po ciężkiej nerwowej chorobie, objawami zbliżonej do histeryi, opuszczona przez męża, prawie bez majątku, postanawia Halpirowa opuścić wraz z córką dwuletnią Konstantynopol i udać się przez Adrianopol do Polski.

Po drodze wykonuje dalej praktykę lekarską. W Adryanopolu wyleczyła pewnego szewca chorego na krwawą dyzenterję i suchoty, ślepego Turczyka i wielu innych. Zebrawszy z praktyki pokażniejszą sumę wybrała się p. Salomea do Jambułu, rezydencyi chanów tatarskich, gdzie wyleczyła żonę i syna Alingiereya — sułtana. Stamtąd po krótkim pobycie w Filipbei w Macedonii, gdzie przy niefortunnem leczeniu tylko w ten sposób uniknęła więzienia, że drugą połowę zapisanego lekarstwa sama wypija, wybiera się w podróż do Zofii.

Drogę niebezpieczną i górzystą przez Bałkany odbywa konno, przebrana w męskie suknie. Wyprawa ta nie odbyła się bez przygód. Sławny i straszny na owe czasy rozbójnik Sary Husein-aga spotyka Halpirową i oświadcza jej, że wie kto ona jest i żąda, aby go wyleczyła z cierpienia ocznego (zapalenie przybrzeżne powiek) a krewnego z porażenia kończyn. Pani Salomea udaje się do siedziby rozbójnika, u którego rodziny doznaje przychylnego przyjęcia, a po wyleczeniu sownie wynagrodzona przez rycerskiego rozbójnika, odprowadzoną zostaje w konwoju do Zofii, gdzie otrzymała posadę doktorki w haremie baszy Kupru-Uly (1737).

W Zofii leczy własnego męża Halpira, chorego na »kontrakty« członków i zaznajamia się z towarzyszącym mężowi lekarzem maltańskim, który nauczył Halpirową zapisywać recepty po łacinie i zaznajomił ją z używanemi w medycynie ziołami leczniczymi.

Wypadki polityczne skłoniły Halpirową do opuszczenia Zofii, skąd przebrana za janczara udaje się do Widynia tureckiego. W nieczecze z niewoli austriackiej przybywa w tym czasie do Widynia ks. Józef Rakoczy, który po trudach podróży zachorował na kaszel i krwioplucie. Wyleczony przez Halpirową, kiedy ona afektlów jego miłosnych odwzajemnić nie chciała, oczernił ją przed baszą, że ona jest szpiegiem. Groziła jej wówczas kara śmierci. Schwytana w Ruszezuku, dokąd ratowała się ucieczką, szczęśliwemu wyleczeniu syna podskarbiego koronnego z ciężkiej choroby, zawdzięcza swe ocalenie. Przypadek sam przez się miał być tak zajmujący, że Halpirowa przyrzeka opisać tę kuracyę w doktorskiej księdze, którą później miała podać do druku. Ponadto »z kuracyi tej miała wielkie zyski, dostała bowiem 500 lewów (2000 tynfów), kolaskę pąsowym sukmem z wierzchu nakrytą, parę koni z szorami, obszerne i wesołe mieszkanie nad Dunajem z wszelką suficyeneyą z kuchni podskarbiego, tudzież siano i obrok dla koni«.

Następnie wraca do Polski i powtórnie wychodzi zamąż za Pilsztyna. Książę Michał Radziwiłł, hetman polny litewski, bierze p. Pilsztynową z sobą na doktorkę do Nieświeża, a mężowi daje

pałent na chorąstwo. Dla uwolnienia z niewoli znajomych ruszczaeckich Turków wyjeżdża Pilsztynowa do Petersburga, gdzie po szczęśliwie dokonanych kuracjach u księstwa Czerkawskich zostaje przedstawiona carowej Annie Iwanównie i otrzymuje od niej miejsce u dworu i mieszkanie w pałacu.

Po powrocie z Petersburga Pilsztynowa nie została długo w Polsce i wybrała się w podróż do Wiednia. Przyjazd posła tureckiego wybawił ją dopiero z kłopotów pieniężnych. Po wyleczeniu kilku członków świąty zamianowaną została lekarką przy ambasadzie tureckiej. Za Turkami poszedł dwór wiedeński, a gdy wyleczyła »hr. Konwencyją«, który kilkanaście lat był ślepy, zyskała rozgłos i sławę we Wiedniu. Po wyjeździe z Wiednia przebywa krótki czas w Wrocławiu, gdzie jednak wskutek współzawodnictwa niemieckich lekarzy nie może rozwinąć swej działalności i wraca do kraju zatrzymując się czas jakiś we Lwowie. Dowiedziawszy się o zmarnowaniu przez męża majątku dla dzieci przeznaczonego, zostawia dzieci pod dobrą opieką, a sama udaje się do Ruszczaku. Po dwóch latach praktyki zebrawszy 40 tysięcy zł. pol. zamieszkuje z dziećmi stałe w Kamieńcu, lecz ciężko skrzywdzona i ograbiona z majątku przez generała kamienieckiej załogi czas jakiś jeszcze tylko pozostaje w kraju, poczem na stałe wyjeżdża do Turcji i osiedla się w Stambule. Pamiętnik kończy się z rokiem 1760.

Szkic powyższy jest tylko zesławionym przez Glatmana wyjątkiem z pamiętnika, który prawdopodobnie jest znacznie obszerniejszy i zawiera jeszcze więcej szczegółów dotyczących praktyki lekarskiej autorki. Warto by zaznajomić się z nim w oryginale, zwłaszcza, że Glatman przesądza niektóre sprawy zajmując stanowisko nieprzyjajne dla emancypacji kobiet.

Jedną rzecz jeszcze sprostować by należało. Na samym wstępie zarzuca Glatman p. Melanii Lipińskiej, autorce dzieła p. t. »Histoire des femmes médecins«, za które otrzymała nagrodę Wiktora Hugo, że »uwieczniona laurami zapomniła o prawach należnych autorowi«.

Mając to dzieło przed sobą stwierdzić mogę, że Lipińska w tekście wymienia nazwisko Glatmana i przytacza jego pracę w piśmiennictwie* z podaniem odpowiedniego źródła (Przewodnik naukowy i literacki 1896). Ponadto zaznacza Lipińska, że tendencyjne przedstawienie autorki rękopisu przez Glatmana zniewoliło ją do przegłądnięcia oryginału w bibliotece Czartoryskich.

Kilka szczegółów przytoczonych w sprawozdaniu a niezawartych w szkicu Glatmana wzięłem właśnie z książki opracowanej przez Lipińską.

W. Reis.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BĘDŃNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHUŁKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LIEBERMANNĄ, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMISZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Listopad.

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

O wartości zastrzykiwań podspojówkowych i ich teorii.

Napisał

Radca Dr TEODOR BAŁŁABAN

(wedle wykładu mianego w sekcji okulistycznej X. zjazdu lekarzy we Lwowie.

Zastrzykiwania podspojówkowe są jedną z najnowszych zdobyczy terapii okulistycznej. Pomimo, że szersze ich stosowanie datuje się dopiero od lat 15-tu, to jednak rozporządzamy po dziś dzień już tak licznymi spostrzeżeniami, że kwestyę co do skuteczności zastrzykiwań podspojówkowych możemy uważać już niejako za zupełnie wyjaśnioną.

Temat ten obrałem sobie dla tego za przedmiot dzisiejszego wykładu, gdyż sposób działania zastrzykiwań podspojówkowych w gałce ocznej, nie jest dotychczas ogólnie jeszcze znanym, a także i dla tego, że od samego początku mej czynności okulistycznej, poświęciłem zastrzykiwaniom podspojówkowym szczególniejszą bacność i dla tego też, tak co do techniki, jak i co do skuteczności zastrzykiwań podspo-

jówkowych opieram się na dostatecznym własnym doświadczeniu.

Pozwolicie Panowie, że chcąc się z mego zadania o ile możliwości dokładnie wywiązać, starać się dęde dać krótki a treściwy przegląd powstania i rozwoju tej sprawy. Nadmienię też muszę, że pod działaniem zastrzykiwań podspojówkowych rozumiem tylko ten sposób ich użycia, który może wywierać wpływ na schorzenia gałki ocznej i jej części składowych. Temsamem nie poddaję dyskusyi te zastrzykiwania żrących lub drażniących środków, które bywają wprowadzone np. pod spojówkę załamka, w celu leczenia jaglicy.

Już wkrótce po nastaniu nowej ery oftalmologii, która się ściśle wiąże z wynalazkiem i praktycznym zastosowaniem wzornika ocznego, czyniono próby skracania i ulepszania leczenia długotrwałych zapaleń rogówki przez zastrzykiwania drażniących płynów pod spojówkę gałkową. I tak w r. 1866 ogłasza Rothmund¹⁾ korzystne wyniki leczenia miąższowego zapalenia rogówki, jakie osiągnął w 6-ciu przypadkach zastrzykiwaniem rozczyynu soli kuchennej (1 skrupuł do 1 drachmy soli na 1 uncję wody) wstrzykawką Wooda, a robił on 3—5 zastrzykiwań w przerwach 3—4-tygodniowych. Rothmund przyrzekł też poddać badaniu działanie innych płynów, jak alkoholu, chloroformu, rozcieńczonego kwasu solnego, — opisu tych spostrzeżeń brak jednak w literaturze.

Po długotrwałej przerwie zjawia się dopiero w r. 1889 Reymond²⁾, który opisuje spostrzeżenia swe nad działaniem zastrzykiwań sublimatowych pod spojówką gałkową przy współczesnym zapaleniu oka a w tym samym roku ogłasza Seconi³⁾ wyniki takich zastrzykiwań przy destruktywnych sprawach chorobowych rogówki. Dopiero jednak Darier⁴⁾ w r. 1891 rozszerza zakres działania tych zastrzykiwań i oznacza jako potrzebną i skuteczną ich dawkę jedną przedziałkę wstrzykawki Prawatza $\frac{1}{10}\%$ rozczyynu sublimatu a tylko w przypadkach cięższych poleca zwiększenie tej dawki. Wstrzykiwania takie robił codziennie lub co drugi dzień. Chociaż przesadne nadzieje Darier'a, co do skuteczności tych zastrzy-

kiwań zostały przez innych autorów tylko w małej części potwierdzone, to jednak należy przypisać Darierowi zasługę, że jego nadzwyczajny zachwyt dla tej metody, dał pochop do nader rozległego jej stosowania tak, że wkrótce można było uzyskać ostateczną i krytyczną ocenę korzystnych i ujemnych stron zastrzykiwań podspojówkowych.

Lecznicza ta metoda stała się jednak dopiero wtedy prawdziwie integralną częścią oftalmologii, gdy zaczęto do zastrzykiwań podspojówkowych posługiwać się płynem, który dzieląc z dotychczas używanym sublimatem wszystkie jego zalety, był dalekim od sprowadzania jego nieznosnych i nie miłych objawów ubocznych. I tak należy przypisać Mellingerowi⁵⁾ zasługę udowodnienia, że sublimat da się zastąpić 2% roztworem soli kuchennej, przyczem skuteczność zastrzykiwań podspojówkowych w niczem się nie zmienia. Ba nawet ogólne ich działanie zwiększa się, gdyż wstrzyknięty roztwór soli kuchennej nie sprowadza objawów silnego drażnienia a temsamem można było zwiększyć ilość zastrzykiwanego płynu, zmniejszając równocześnie odstępy poszczególnych zabiegów. Tej to okoliczności przypisać musimy, że dziś z wyjątkiem entuzjastycznego zwolennika sublimatu Dariera, prawie wszyscy inni oftalmologowie od sublimatu odstąpili i z małym wyjątkiem posługują się zastrzykiwaniami ze soli kuchennej. Pomimo, że zastrzykiwania ze soli kuchennej zmonopolizowały jak się zdaje nie jako ten zabieg leczniczy, to jednak w ostatnich czasach mija zaledwie kilka tygodni, aby nie pojawiła się jaka nowa praca, w którejby jakiś mniej lub więcej znany autor, nie ogłaszał swych spostrzeżeń, nabytych użyciem nowego i dotychczas nie stosowanego płynu. Zdaje mi się, że ogłoszeniom tym robiono dotychczas i tak z innych stron za wiele zaszczytu, dla tego też uważam się za usprawiedliwionego, jeżeli nie chcąc być zbyt rozwlekłym, autorów tych pomnę. Dla dokładności dodam tylko, że zamiast sublimatu używano do zastrzykiwań podspojówkowych inne połączenia rtęci, jak *hydrargyrum oxycyanatum*, *hydrargyrum cyanatum* i t. z. *anticellin* t. j. połączenie

mocznikowe rtęci. (Morgan⁶). Następnie używano różne połączenia jodu, jak trójchlorek jodu, jodek potasu i sodu, jodipinę, jodoform. Z innych środków używanych do zastrzykiwań wymienię tutaj tylko najważniejsze: hetol (Pflüger⁷), paramonochlorophenol (Cattaneo⁸), sal physiologium (Morgan⁹) żelatynę (de Wecker¹⁰) — przy krwotokach w ciałku szklistem, chininę (Bossalino¹¹), alkohol (Peschel¹²). Strychninę (Bajardi¹³), tuberkulinę (Darier¹⁴) i t. p.

Ze wszystkich tu wymienionych środków, których zastęp bynajmniej nie jest jeszcze całkiem wyczerpanym, wyszczególniłbym tylko *hetol*. Środek ten wprowadzony przez Pflügera oddawał jemu i jego uczniom bardzo dobre usługi. Na podstawie bardzo dokładnych spostrzeżeń skłaniałbym się i ja również przypisać temu środkowi w pewnych przypadkach jego wyższość nad innymi.

Jak bardzo bezcelowemi są jednak liczne usiłowania wprowadzenia coraz to nowych środków do zastrzykiwań podspojówkowych to możemy z łatwością osądzić ze ściśle naukowo przeprowadzonych badań nad sposobem działania tych zastrzykiwań.

Jeżeli pominię nie znaczące próby Rothmunda i starać się będą naszkicować doświadczenia co do działalności zastrzykiwań podspojówkowych od czasu właściwego ich wprowadzenia do praktyki okulistycznej przez Reymonda i Dariera, to przyznać muszę, że pod tym względem są zapatrywania wszystkich autorów prawie jednoznaczne. I tak zdawało się początkowo nie podlegać żadnej wątpliwości, że przyczyny korzystnego działania zastrzykiwań podspojówkowych ze sublimatu, szukać należy w samym sublimacie, który dostaje się wgłąb gałki ocznej i tutaj w przypadkach kiłowego schorzenia działa jako lek swoisty, zaś w schorzeniach zakaźnych bakterjobójczo.

W ten sposób zdawało się, że zabieg ten zbliża się do ideału, który dotychczas tylko nie wielu swoiście działającymi a dającymi się wprowadzić do ustroju lekarswami *per os* albo podskórnice osiągnąć się zezwala, przyczem skuteczny ten

środek wprowadzony bezpośrednio w krążenie dostaje się wprost do ogniska chorobowego. Zdawało się bowiem np., że skutek jaki przy swoistych schorzeniach kiłowych oka dotychczas osiągnąć się dawał przez wprowadzanie w krążenie większych ilości rtęci przez wstrzykiwania, weierania lub też *per os*, obecnie osiągnąć się da przez zastrzykiwania wprost pod spojówkę gałki ocznej minimalnej ilości skutecznego płynu, działającego zatem wyłącznie miejscowo i nie wywierającego przez to żadnych ubocznych ogólnych wpływów szkodliwych.

Piękny ten sen został jednak wkrótce rozwianym, gdy Bach¹⁵⁾ udowodnił, że jakkolwiek odczynem chemicznym daje się wykazać już $\frac{1}{200}$ część mgm. rtęci, to jednak nie można wykazać ani odrobiny rtęci w gałkach ocznych, w których robiono zastrzykiwania podspojówkowe ze sublimatu, ani też w wyłuszczonych gałkach, które przez 24 godzin były włożone do $\frac{1}{10}\%$ roztworu sublimatu. Doświadczenia Bacha zostały następnie znacznie rozszerzone i pogłębione przez licznych i poważnych autorów. I tak przekonał się Vogel¹⁶⁾ przy dokładnie przeprowadzonych badaniach, że roztwór jodku potasu zastrzyknięty pod spojówkę gałkową, nie da się nigdy wykazać w ciałku szklistem, naczyniówce, siatkówce ani też w nerwie wzrokowym. Następnie przy doświadczeniach, robionych z preparatami rtęciowymi (*Hyd. ichloratum, cyanatum* etc) udowodnił Vogel, że ilość rtęci dająca się procentowo wykazać w przedniej komorze jest mniejszą aniżeli 1:100.000, a zatem ilość ta przedostająca się do głębi gałki ocznej jest bez wartości leczniczej.

Jakkolwiek więc w pierwszych czasach stosowania zastrzykiwań podspojówkowych, znachodzono rzekomo w gałce ocznej ślady rtęci, to dzisiaj nie podlega żadnej kwestyi, że przy zastrzykiwaniach podspojówkowych rtęci, nie przedostaje się najmniejsza jej cząstka do wnętrza gałki ocznej. A nawet, gdyby tak było istotnie, to przecież nie możnaby mówić o jakimś działaniu rtęci.

Badania bowiem Muttermilcha¹⁷⁾ wykazały, że jeżeli przyjmujemy, że do głębi gałki ocznej dostaje się nawet $\frac{1}{3}$

część płynu zastrzykniętego pod spojówkę gałkową — co i tak jest ilością zbyt wygórowaną, to ilość dająca się wykazać w gałce ocznej wynosiłaby zaledwie 0,000017 część grama. Ilość ta rozdzielona równomiernie na całą zawartość gałki ocznej odpowiadałaby w stosunku do jej zgęszczenia jak 1:400.000. Rozumie się, że pod tymi warunkami nie może być mowy o żadnym przeciwnym lub też bakteryobójczym działaniu sublimatu i to tembardziej, że jak Sornatola i Alessandro¹⁸⁾ udowodnili, sublimat zastrzyknięty pod spojówkę gałkową łączy się z białkiem i pojawia się w gałce ocznej, jako albuminat rtęciowy. Na tem też miejscu pozwalam sobie tylko na krótko wspomnąć o ujemnym wyniku doświadczeń robionych przez zastrzykiwanie rozczyń barwnych, jak błękitu berlińskiego i tuszu, stosowanych przez Mellingera i Bossalinę¹⁹⁾ w celu wykrycia sposobu przedostawania się istoty barwikowej wzdłuż preformowanych dróg chłonnych. Zdaje mi się, że i doświadczenia Addariego²⁰⁾, mające na celu wykazać dyfuzję dwusinku żelaza i jodku potasu w głębi gałki ocznej, niczego nie dowodzą. Autor ten bowiem wykazał, że jakkolwiek oba rodzaje tych soli zastrzyknięte w znaczniejszych zgęszczeniach pod spojówkę gałkową już po upływie 5—10 minut w cieczy wodnej wykazać się dadzą, to jednak w miarę zmniejszenia ich zgęszczenia, dyfuzja zastrzykniętych tych płynów znacznie maleje tak, że przy użyciu rozczyń 1:1000 nie dają się one drogą chemiczną zupełnie wykazać.

Tak więc są spostrzeżenia doświadczalne zupełnie zgodne z spostrzeżeniami klinicznymi, a wynika z nich, że skuteczność w działaniu zastrzykiwań podspojówkowych nie jest zależną od sublimatu. Następnie co do sposobu działania zastrzykiwań podspojówkowych, to przez dłuższy czas były miarodajnymi zapatrywania Mellingera, który wykazał, że pod wpływem zastrzykiwań podspojówkowych rozczyń tuszu wprowadzony do przedniej komory lub do ciała szklonego ulega znacznie szybszemu wessaniu. Dla tego też sądzi on, że sku-

teczność działania tych zastrzykiwań polega na przyspieszeniu krążenia limfy w gałce ocznej, przyczem sól staje się środkiem limfopędnym tak zwanem lymphagogen w znaczeniu Heidenhaina. Sicherer²¹⁾ znowu, który spostrzegwał, że przez podspojówkowe zastrzykiwania soli kuchennej czas trwania sprawy chorobowej przy wrzodzie rogówki znacznie się zmniejszał, sądził, że przyczyny tego należy szukać w działaniu płynu na leukocyty.

Zapatorywania nasze, co do sposobu działania zastrzykiwań podspojówkowych zostały jednak dopiero stanowczo ugruntowane, przez dokładne w całym tego słowa znaczeniu i całkowicie nowoczesne badania Wesselyego. Ze względu na znaczne zainteresowanie, jakie badania tego autora w nas budzą, pozwolę sobie opisać je nieco obszerniej.

Przedewszystkiem wyklucza Wessely możliwość działania soli kuchennej, jako limfagogen Heidenhaina, gdyż sól może tylko wtedy zwiększyć krążenie limfy, gdy się przedostanie do naczyń krwionośnych. Zwiększona zaś po zastrzykiwaniu podspojówkowym ilość limfy, jest limfą powstałą z tkanek. Wskutek przesylenia krwi solą, limfa ta zostaje rychlej z tkanek wessaną i przedostaje się częściowo do naczyń chłonnych.

Tak samo obala Wessely przypuszczenie, jakoby rozczyń soli kuchennej miał wpływ jaki na leukocyty. Na podstawie doświadczalnych badań stara się Wessely odpowiedzieć na następujące dwa pytania:

I. Co się dzieje z płynem zastrzykniętym pod spojówkę gałkową.

1. Przez wyciskanie zastrzykniętego płynu z pod spojówki gałkowej w różnych odstępach czasu i przez następne miareczkowanie przekonał się Wessely, że każdy bez wyjątku rozczyń soli kuchennej przemienia się w najkrótszym czasie na rozczyń fizyologiczny. A dzieje się to np. przy zastrzykiwaniu wody destylowanej w ciągu 25 minut przy 5% rozczyńnie soli w 45 minut, przy 20% rozczyńnie soli w 3 godziny. Tak więc rozczyńny hiper i hipotoniczne stają się z cza-

sem we kawi izotonicznemi, zaś rozczyiny izotoniczne pozostają niezmiennione w czasie całego procesu wchłaniania.

2) Chcąc się przekonać, czemu przypisać należy zmianę w zgęszczeniu płynu, oznaczał Wessely zmianę objętości zastrzykniętego pod spojówkę płynu. A mianowicie zbadawszy poprzednio jaki procent z zastrzykniętej pod spojówkę gałkową ilości płynu da się z niej wycisnąć, przyszedł on w tym kierunku do następujących wyników.

Przy zastrzykiwaniu hipertonicznych rozczyinów soli kuchennej, wzrasta bardzo znacznie objętość płynu i to już po upływie 30 minut. Wzrost ten jednak nie idzie w parze z równocześnie obserwowanem zmniejszeniem zgęszczenia płynu które jest o wiele większe. Z tego wynika, że sól znika równomiernie ze zwiększaniem się objętości zastrzykniętego pod spojówkę gałkową rozczyinu soli kuchennej.

Jak więc szybkie rozcieńczenie się płynów o większem procentowem zgęszczeniu przemawia już za tem, że z rozczyinu zastrzykniętego pod spojówkę gałkową, tylko nie wielka ilość dostać się może w głąb gałki samej, tak też stwierdził to Wessely także bardzo dokładnie przeprowadzonymi badaniami teorytecznymi. W badaniach tych posługiwał się bardzo łatwo przenikającym żelazocyankiem potasowym, z którego 20% rozczyinu, zastrzyknięty pod spojówkę gałkową 1 cm³, dał się wykazać w cieczy wodnej, w stosunku jak 1:1000, zaś w ciałku szklistem jak 1:200.000. Zupełnie podobnemi były też wyniki badań ze solą kuchenną, przyczem dopiero po zastrzyknięciu 1 cm³ 20% jej rozczyinu, można było w cieczy wodnej wykazać zwiększenie się zawartości soli o 0.1%. Przy użyciu zaś rozczyinów o mniejszem zgęszczeniu nie dały się ustalić wyniki badania, a to głównie z powodu błędów w metodzie chemicznego badania. Natomiast w ciałku szklistem nie daje się nigdy wykazać zwiększona zawartość soli.

Z tych doświadczeń oblicza Wessely, że gdyby przyjął można, że zastrzyknięty pod spojówkę gałkową 1 cm³ 1/50% rozczyinu sublimatu podobnie łatwo jak sól kuchenna

w głąb gałki ocznej się przedostawał—co naturalnie nie odpowiada rzeczywistości, gdyż sublimat strąca białko, to w najlepszym razie możnaby wykazać w cieczy wodnej ilość sublimatu, odpowiadającą stosunkowi 1 : 2.000.000, zaś w ciałku szklistem 1:400.000.000. Należy więc przyjąć prawie napewno, że z zastrzykniętego pod spojówkę rozczyynu soli kuchennej, dostaje się sól do naczyń krwionośnych drogą dyfuzji lub ozmozy, gdyż jak wiemy naczynia chłonne, przy wchłanianiu istot mających własności krystalizowania, nie biorą zupełnie w tem udziału, lub co najwyżej tylko w bardzo małym stosunku.

3) Następnie starał się Wessely udowodnić szybkość, z jaką wchłanianym bywa płyn zastrzyknięty pod spojówkę gałkową, przez porównawcze badania nad rozczynami soli kuchennej o różnem zgęszczeniu. I tak doszedł on do wyników, że 1 cm³ wody destylowanej zostaje całkowicie wessanym w $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny, fizyologiczny rozczyzn soli kuchennej w $2\frac{1}{2}$ —3 godzinach, 2,5% rozczyzn soli w 5 godz. zaś 20% rozczyzn w 20 godzinach.

Ponieważ jak widzimy rozczyzny hipertoniczne wchłaniają się o wiele powolniej, aniżeli to dałoby się wytłumaczyć równoczesnem zwiększaniem się ich objętości, to należy szukać przyczynę tego powolnego wchłaniania w podrażnieniu naczyń spojówkowych przez rozczyzny soli kuchennej o bardzo znacznem zgęszczeniu.

II. Drugą kwestyą, którą Wessely starał się rozwiązać, było pytanie, co się dzieje po zastrzykiwaniach podspojówkowych z okiem, względnie z jego płynną treścią. A mianowicie postanowił on przedewszystkiem wyjaśnić, czy zastrzykiwania podspojówkowe przyspieszają w rzeczywistości tak szybko wymianę płynu w przedniej komorze, jak to twierdził Melinger, na podstawie swych doświadczeń z wchłanianiem tuszu. W tym celu wprowadzał Wessely drogą dyfuzji przez obie rogówki zwierzęcia przez $\frac{1}{2}$ godzinę 1% rozczyzn żelazocyanku potasu do przedniej komory obu gałek ocznych,

poczem na jednym oku robił zastrzykiwania podspojówkowe z 5—20% rozczyńnów soli kuchennej i przekonał się, że ciecz wodna obu ocz zawierają po upływie $\frac{1}{2}$ —1 godziny zawsze te same ilości żelazosinku potasu. Z tego więc wynika, że przy wzbławianiu ziarnistej istoty, jaką jest tusz, leukocyty nie odgrywają żadnej czynnej roli. W ten sposób udowodnił Wessely, wbrew twierdzeniom Mellingera, że zastrzykiwania soli kuchennej zupełnie nie przyspieszają krążenia płynu w przedniej komorze.

Natomiast znalazł Wessely, już przed kilku laty, że zastrzykiwania podspojówkowe wpływają bardzo znacznie na zmianę zawartości białka w cieczy wodnej. I tak zastrzykiwania ze soli kuchennej wpływają na zawartość białka w prostym stosunku do zgęszczenia rozczyńu solnego. A także czas trwania działania rozczyńu zależy od zgęszczenia płynu a zaczyna się zmniejszać z chwilą, w której płyn zastrzyknięty pod spojówkę rozcieńcza się na rozczyń lizyologiczny. Przez wprowadzanie pod spojówkę innych rozczyńnów, jak moczniku, cukru gronowego i trzcinowego, jodku potasu i jodku sodu przekonał się następnie Wessely, że wszystkie te płyny stosownie do ich siły osmotycznej sprowadzają w cieczy wodnej odpowiednie zwiększenie się zawartości białka, przyczem zawartość białka zależy także od drażnienia, jakie właściwy płyn sprowadza. Tak np. najsilniej drażniący sublimat sprowadza nawet w bardzo słabych jeszcze rozczyńnach, jak największe wzmoczenie się zawartości białka w cieczy wodnej. Przyczynę tego wzmoczenia się ilości białka należy szukać li tylko w niezwyklej przepuszczalności ścian naczyń ciała rzęskowego. Na podstawie dotychczasowych badań co do ostatecznego działania zastrzykiwań podspojówkowych musimy przyjąć, że sól kuchenna drażni naczynia spojówki i jej nerwy. Drogą odruchów przenosi się drażnienie na naczynia ciała rzęskowego znajdujące się w pobliżu. Takie same wzmoczenie się zawartości białka w przedniej komorze da się tak-

że osiągnąć innem drażnieniem mechanicznem spojówki, jak np. przez pocieranie spojówki pędzelkiem.

Wessely wykazał jeszcze inną bardzo ważną a dla zrozumienia skuteczności działania zastrzykiwań podspojówkowych podstawową sprawę. Podczas gdy bowiem znajdujące się w prawidłowej cieczy wodnej ciała zwierzęcego ciała ochronne, jak amboceptory i aleksyne są bardzo nieliczne, to pod wpływem zastrzykiwań podspojówkowych, wzrasta w cieczy wodnej ilość tych istot ochronnych surowicy krwi bardzo pokaźnie, jak to też dało się wykazać hemolizyną i odczynem Widala przy aglutyninach duru brzuszego.

W ostatnich czasach badał Possek²³⁾ ponownie tę kwestyę, i udowodnił, że w prawidłowem oku nie pojawiają się w ciałku szklistem bakterjyobójcze i hemolityczne istoty, i to nawet u zwierząt w bardzo wysokim stopniu uodpornionych. Wskutek zastrzykiwań podspojówkowych ze soli kuchennej tracą naczynia ciała rzęskowego na pewien czas zdolność odporności dla hemolizyn, t. z. że w ciałku szklistem znajduje się wtedy istota hemolityczna.

W ten sposób kwestya co do skuteczności działania zastrzykiwań podspojówkowych, znana od dawna i dokładnie z doświadczeń klinicznych, została za tem należycie rozwiązana także przez badania, oparte na ściśle naukowych doświadczeniach.

Ze wszystkich tych badań widzimy, że zastrzykiwania podspojówkowe sprowadzają w oku pewne zmiany, które są podobne do odczynów powstałych wskutek spraw zapalnych. Następnie pod wpływem zastrzykiwań podspojówkowych przedostają się do oka ciała ochronne, znajdujące się w surowicy krwi i to w ilości znacznie zwiększonej. Ponieważ od dawna już przywykliśmy uważać objawy odczynowe w sprawach zapalnych ustroju, za środki ochronne, to musimy tak-

że w oku uważać podobne odczyny, wywołane zastrzykowaniami podspojówkowymi za uzasadnione i skuteczne przy pewnych schorzeniach oka.

Musimy zatem także przyjąć, że wprowadzane do ustroju środki lecznicze, jak rtęć i jod, pod wpływem zastrzykiwań podspojówkowych przedostają się łatwiej i w większej ilości do gałki ocznej aniżeli by to się działo bez tego miejscowego wpływu. Na podstawie licznych klinicznych spostrzeżeń zdaje mi się, że fakt ten nie podlega żadnej wątpliwości.

Teoretyczne te badania zezwalają nam z łatwością wysnuć wnioski co do praktycznego sposobu stosowania zastrzykiwań podspojówkowych.

I tak we wszystkich tych przypadkach, w których odczyn zapalny w oku jest dość znacznym, są zastrzykiwania podspojówkowe co najmniej bezcelowe, ba nawet może szkodliwe, gdyż potęgują one i tak dość silny odczyn zapalny. Natomiast we wszystkich sprawach przewlekłych musimy uważać jako bardzo korzystne w kierunku leczniczym wywołanie takiego odczynu zapalnego.

W każdym razie jest dla nas to niezwykle pocieszającym, że najnowsze te teoretyczne badania, w całości potwierdzają znane nam oddawna kliniczne doświadczenia nad chorem okiem. Z tego też powodu sędzę, że mogę się w krótkości sprawić ze sposobem stosowania zastrzykiwań podspojówkowych i ich działaniem, a to tembardziej, że moje własne i to weale w tym kierunku znaczne doświadczenia zgadzają się w zupełności z zapatrywaniem innych autorów.

Przyszedłem też już od dawna do przekonania, że zastrzykiwania sublimatu sprowadzają nekrozę spojówek i częstokroć pozostawiają rozległe zrosty pomiędzy spojówką i twardówką. Przekonałem się też, że zastrzykiwania soli kuchennej mają te same wyniki lecznicze, co sublimatowe, ba nawet we wielu przypadkach o wiele lepsze i że żaden z lic-

nych płynów, polecanych do zastrzykiwań podspojówkowych, z wyjątkiem chyba hetolu, nie daje korzystniejszych wyników leczniczych od rozczynu soli.

Zastrzykiwania podspojówkowe wywierają stanowczo korzystny wpływ na przewlekłe schorzenia w głębi gałki ocznej. Szczególnie podnieść należy korzystne wyniki lecznicze, jakie niemi otrzymać możemy w przewlekłym zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego, w zmętnieniach ciała szklistego, przy zmianach w naczyniówce jak w krwotokach i jej zapaleniu a szczególnie działają one bardzo dodatnio przy krwotokach ciała szklistego.

Mojem zdaniem skracają one także znacznie czas trwania różnorodnych zapalnych spraw na rogówce, a przede wszystkim uwydatnia się korzystnie ich działanie przy pełzającym wrzodzie rogówki i w niektórych przypadkach zadawnionego zapalenia mięsaszowego rogówki.

Częstokroć poruszaną sprawę działania tych zastrzykiwań przy oderwaniu siatkówki nie chciałbym *a limine* rozstrzygnąć, chociaż używałem ich w 33 przypadkach. W każdym razie jednak zdaje mi się, że zastrzykiwaniami podspojówkowymi możemy osiągnąć dodatnie wyniki tylko w tych przypadkach oderwania siatkówki, które powstały w następstwie zmian zapalnych naczyniówki w znaczeniu Schmid-Rimplera. Do wyjaśnienia zmętnień przy zaćmie starszej używał Ba da ł a w ostatnich czasach Pflugk²⁴) zastrzykiwań z jodku potasu. (IK. 0.20. Na Chl. 0.20. Ag. dest 10).

Spostrzeżenia ich, o których wspominał z niedowierzaniem, potrzebuja w każdym razie dalszych badań i potwierdzeń.

Na tem miejscu wspomnąć mi wypada jeszcze o nie znanem, jak sądzę, używaniu zastrzykiwań podspojówkowych fizyologicznego lub 1% rozczynu soli kuchennej przy rozlanych krwawych wybroczynach podspojówkowych. Także wybroczyny, których leczenie innemi sposobami trwa przez 2—3

tygodnie, znikają zwykle po 2—3 zastrzykiwaniach, robionych w bezpośredniej bliskości wybroczyny.

Po możliwie zwiążłem tem przedstawieniu dzisiejszego stanu nauki o zastrzykiwaniach podspojówkowych, zdaje mi się, że mogę w końcu przystąpić do krótkiego omówienia sposobu ich użycia. I tak co się tyczy ich wykonania, to pierwszym i najważniejszym jest warunkiem, aby płyn do tych zastrzykiwań i strzykawka Pravatz'a były każdorazowo nalezycie wyjałowionemi, zaś igłę platynową należy w ogniu wyzarzyć.

Do łatwego wyjałowienia płynów służy osobny przyrząd. Składa się on z metalowego naczynia z pokrywą. Do wnętrza tego naczynia wkłada się stojak, na którym są umieszczone 3 szklane naczynka, zawierające różne płyny i igły platynowe. Naczynie to wypełnia się następnie do połowy wysokości naczyń szklanych wodą i załącza się prąd elektryczny. W 3—5 minutach są płyny całkowicie wyjałowione. Oko poddane temu zabiegowi znieczula się kilkakrotnem wkropleniem 2% roztworu kokainy.

Jeżeli, przy znacznem zapaleniu gałki ocznej, są naczynia spojówkowe bardzo silnie rozszerzone, to wkraplam w worek spojówkowy obok kokainy 1—2 kropli adrenaliny, czem daje się stanowczo uniknąć podspojówkowa krwawa wybroczyna. Bardzo dobry sposób znieczulania polecił także Pflugk. A mianowicie po wkropleniu w worek spojówkowy kilku kropli 3% roztworu kokainy oko przemyka się. Następnie odpowiednio miejscu zastrzykiwania wsuwa się wacik napojony 3% roztworem kokainy pod powiekę i tam się go pozostawia przez 10 minut. Znieczulenie jest całkowite. Igła nie powinna być wkłuwana bliżej, jak co najmniej 10 mm od brzegu rogówki a raczej jeszcze dalej ku równikowi oka. Jako płynu używam zasadniczo 4% roztworu soli kuchennej a tylko w przypadkach, w których mam zamiar osiągnąć zrosty tkanko-łącznowe pomiędzy spojówką a twardówką, przy zapaleniu twardówki i jej garbiaku używam 1% roztworu sublimatu wedle wskazówek L. Müllera. Chcąc zastrzykiwania uczynić

bezbolesnemi, postępuję w ten sposób, że do strzykawki Pravatza, wciągam najpierw jedną przedziałkę 2% roztworu kokainy, lub 1% roztworu akoiny a resztę dopełniam roztworem soli kuchennej. W ten sposób są zastrzykiwania podspójkowe całkiem bezbolesne, szczególnie jeżeli przez 15—20 minut poleca się choremu naparzanie oka przy moim przyrządzie. U osób zbyt wrażliwych należy rozpocząć zastrzykiwania połową strzykawki Pravatza i z wolna zwiększać ilość zastrzykiwanego płynu aż do całej strzykawki. Jeżeli się chce osiągnąć silniejsze działanie to należy zastrzykiwania te powtarzać codziennie, a wtedy wybierać co raz to inne miejsce spojówki gałkowej. W ciężkich przypadkach zapalenia ciała rzęskowego po operacyi można nawet na jedno posiedzenie stosować od razu dwie pełne strzykawki płynu, przyczem środkiem tem dają się często osiągnąć wyniki lecznicze, jak żadnym innym. W innych znowu przypadkach, w których chcemy osiągnąć skutek mniej energiczny, wystarcza stosować te zastrzykiwania co 2-gi lub 3-ci dzień.

Ilość zastrzykiwań w danym przypadku nie da się uogólnić a jest ona zależną całkiem od rodzaju cierpienia. I tak, gdy w niektórych przypadkach np. przy krwotokach do przedniej komory wystarczy zazwyczaj już kilka zastrzykiwań, to w cierpieniach przewlekłych, jak np. w zmętnieniach i krwotokach ciała szklistego, przy zapaleniach siatkówki i naczyńki potrzebna częstokroć do osiągnięcia korzystnych wyników leczniczych kilkadziesiąt takich zabiegów. O ile mnie własne moje doświadczenie poucza, to zdaje mi się być bardzo korzystnem przeprowadzać serye 20—30 zastrzykiwań a po kilku tygodniowej lub kilku miesięcznej przerwie powtórzyć tę ilość.

Sądzę, że po krótkim tym referacie o dzisiejszym stanie nauki nad zastrzykiwaniami podspójkowemi, nabraliscie panowie wraz ze mną przekonanie, że zastrzykiwania te są znakomitym środkiem leczniczym, mającym swoje praktyczne i naukowe umotywowanie. Ich bezsprzeczna wartość polega w tem, że w wielu przypadkach chorobowych wspierają one

bardzo energicznie dotychczasowy sposób leczenia, często go nawet skracając, a często bardzo otrzymujemy niemi wyniki, nie dające się osiągnąć żadnym innym środkiem.

Literatura *).

1. Rothmund August. Über subconjunctivale Injectionen von Kochsalzlösungen zur Beförderung der Resorption von Hornhautexsudaten. Zehenders Monatsblätter für Augenheilkunde IV. p. 161. J. 1866.
2. Reymond. Société française d'ophtalmologie 1889. Revue générale. Tome VIII p. 360.
3. Secondi G. Subconjunctivale Sublimatinjectionen bei infectiösen Hornhautleiden. Giornale del l'Accademia di medicina di Torino 1889.
4. Darier A. Französischer Congress der Augenärzte 1891.
5. Mellinger Carl. Klinische und experimentelle Untersuchungen über subconjunctivale Injectionen und ihre therapeutische Bedeutung. Archiv für Augenheilkunde XXIX. p. 238.
6. Morgano. Subconj. Injectionen von Anticellin. Accademia di Scienze nat. Catania XIII.
7. Pflüger. Subconjunctivale Hetolinjectionen. Zehend. klinische Monatsbl. 1901. Sept. Okt.
8. Cattaneo A. Über subconj. Injectionen. Bollet. Scienze med. di Bologna 1900.
9. Morgano. Subconjunctivale Injectionen von Sal physiologiem Pöchl. Annali di Ottalm. di quaglino. Fasc 10—11.
10. de Wecker. Subconj. Gelatininjectionen. Centralbl. f. Augenheilk. 1901. p. 428
11. Bossalino. Über subconjunctivale Chinininjectionen. (Ref. Centralblatt. f. Augenheilkunde 1896. p. 256).
12. Peschel Max. Subconj. Alkoholinjectionen. Klin. Mon. Blätter f. Augenheilkunde Nov. Dez. 1503.
13. Bajardi. Subconj. Strychnininjectionen. 16 ophth. Congress in Florenz 1902.
14. Darier. Subconj. Injectionen von Tuberculin T. R. Britisch. med. Journal Nr 2230. 1903.
15. Bach L. Experimentelle Untersuchungen über das Staphylokokkengeschwür der Hornhaut und dessen Therapie. Sitzungsbericht der Würzburger physik. med. Gesellschaft IX. Sitzung vom 26 Mai 1894.

*) Z olbrzymiej literatury zastrzykiwań podspojówkowych dla zwiększenia przytaczam tylko tych autorów, na których się w pracy niniejszej powołuję.

16. Vogel. Beitrag zu den experimentellen Untersuchungen über das Eindringen gelöster Substanzen durch Diffusion in das Augeninnere etc. Graefes Archiv für Ophthalmologie XLIX. p. 610.
17. Muttermilch. Oelques remarques critiques au sujet des injections sous conjonctivales de sublimé. Annal d'Oculist. T. CXII. p. 171. 1894.
18. Tornatola e Alessandro. Le iniezioni sotto congiuntivali di sublimato corrosivo. Studio clin. esperim. Messina.
19. Mellinger u. Bossalino. Experimentelle Studie über die Ausbreitung subconjunctival injicierter Flüssigkeiten. Archiv für Augenheilkunde XXXI. p. 54.
20. Addario. Versuch über das Eindringen gelöster Substanzen durch Diffusion in die vordere Kammer nach Injectionen unter die Bindehaut. Graefes Archiv für Ophthalm. Bd. XLVIII. 2.
21. Sicherer. Vergleichende Untersuchungen über verschiedene mit Leucocytose verbundene, therapeutische Eingriffe bei dem Staphylokokkengeschwür der Hornhaut. Archiv für Augenheilkunde XXXIII. p. 250.
22. Wessely. Experimentelles über subconjunct. Injectionen. 74. Versammlung deutscher Ärzte u. Natuf. Karlsbad. 1902. II. 2 p. 387. auch deutsche med. Wochenschrift 1903 Nr 7 u. 8.
Wessely. Über die Resorption aus dem subconjunctivalen Gewebe etc. Archiv. f. experim. Pathol. nur Pharmakologie XLIX. p. 417.
23. Possek. Über den Gehalt des Glaskörpers an normalen und immunisatorisch erzeugten Cytotoxinen. Monatsblätter für Augenheilkunde 1906. pag. 505.
24. Pflugk. Die Behandlung der Cataracta senilis Incipiens mit Einspritzungen von Kaliumjodat. Monatsbl. f. Augenheilkunde, Band XLIV. 2. p. 400.

Rogówko-wycięcie*) (*keratectomia*) jako sposób ręcznego leczenia stożka rogówki.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Według R. Plaut'a**) zmiana chorobowa w rogówce oznaczana obecnie mianem stożka (*keratoconus*) pierwotnie nazwa-

*) Za nomenklaturę nie bierze Redakcyja odpowiedzialności pozostawiając — autorom wszelką swobodę. R.

**) Rudolf Plaut. Ueber Verdickung der Hornhaut bei Keratoconus. Kl. Monatsbl. f. Augh. 1900. II.

na została *hyperkeratosis* t. j. przerostem rogówki, przez Himly, który utrzymywał, że wypuklenie stożkowe powstaje przez zgrubienie rogówki.

Później jednak Jäger i Wolker wykazali, że szczyt stożka rogówki bywa bardzo zcieńczoney.

His w r. 1856 odtworzył doświadczalnie stożek rogówki u królika przez nakłucie błony Descemeta t. j. podłonka wyściolającego tylną powierzchnię rogówki. Panas powtórzył doświadczenia Hisa i wytłumaczył ścieńczenie rogówki wydymaniem utkania, wypieranego przez ciecz wodną przenikającą w miąższ rogówki przez ranę w błonie Descemeta.

Przeciwnie Elschning twierdzi, że przenikanie cieczy wodnej w miąższ rogówki sprowadza pęcznienie i następnie zgrubienie.

Plaut podaje w drugiej części swej pracy wypadek stożka rogówki u człowieka na obu oczach. Stożek na rogówce oka lewego tak wystawał, że powieki nie zakrywały go. Badanie drobno-zorne odciętego stożka wykazało zgrubienie rogówki i utkanie podobne do utkania stożka wytworzonego doświadczalnie przez nakłucie błony Descemeta u królika.

Ponieważ jednak, mówi Plaut, jest rzeczą dowiedzioną, że rogówka stożkowata u człowieka jest zcieńczała, przeto uważa on swe spostrzeżenie jako wyjątkowe.

W tym samym roku wytworzył Plaut*) doświadczalnie stożek rogówki u królika działaniem iskier elektrycznych na miąższ rogówki. Rogówka zaćmiewała się, a powierzchnia jej traciła połysk i gładkość i po upływie kilku godzin wykazywała rogówka w miejscu dotkniętem iskrą elektryczną wypuklenie stożkowe.

Badanie drobno-zorne wykazywało zawsze zgrubienie rogówki.

Oczywiście więc, że jednym mianem stożka rogówki (*keratoconus*) oznaczamy dwie różne postacie chorobowe, z któ-

*) Plaut. Ueber die Ursache des Blitzkeratoconus. Kl. Mntsbl. f. Augh. 1900. V.

rych jedna powstaje przez zcieńczenie rogówki (właściwy stożek) (*keratoconus*); druga zaś powstaje przez zgrubienie rogówki, którą należałoby nazywać tak, jak ją nazwał Himly — przerostem rogówki (*hyperkeratosis*).

Co do leczenia przerostu rogówki (*hyperkeratosis*), który się spotyka rzadziej od stożka rogówki, to wycinanie nie dawało mi dobrych wyników, zgrubienie bowiem powracało. O wiele lepsze wyniki dało mi leczenie stożka rogówki.

Wiadomo, że z podanych dotąd sposobów leczenia stożka rogówki największą wziętością cieszy się przyżeganie wierzchołka stożka, używane jeszcze przez Sichel'a, jak świadczy o tem Szokalski*).

Graefe zmienił sposób Sichel'a tylko o tyle, że przed przyżeganiem ścinał koniuszek stożka. Sposób ten jednak, jak i wiele innych, nie daje wyników zadowalniających pozostawia bowiem na rogówce blizny, a czasem i zrosty z tęczęwką.

W r. 1902 podałem wypadek zupełnego wyleczenia stożka rogówki**) u G. R., kobiety 57-letniej, zamieszkałej w Dynaburgu, która zwróciła się do mnie na wiosnę r. 1896 skarżąc się na zupełny upadek wzroku.

Ok. pr. W = tylko odczucie światła; rogówka stożkowata zniekształconą, koniuszek stożka zmętniony. Zaćma starcza dojrzała.

Ok. l. W = ruchy ręki z odległości pół metra; rogówka stożkowata, koniuszek stożka zmętniony, tęczęwka wycięta od dołu, a w wydłużonym ku dołowi otworze żrenicznym resztki torebki. Przed laty z oka tego usunięto zaćmę starczą, wzrok jednak po operacyi bardzo niewiele się poprawił tak że chora używała wyłącznie oka prawego zdrowego dotąd, obecnie jednak i oko prawe zostało dotknięte zaćmą starczą.

Uwzględniając większe zmętnienie stożka ku górze, po-

*) Szokalski. Wykład chorób przyrzędu wzrokowego u człowieka. T. I, str. 404. Warszawa 1869.

**) Noiszewski. Ein Fall von radicaler Ausheilung des Keratoconus auf operativen Wege (Keratectomia). Centrbl. f. pr. Augh. 1902. Februaheft.

prowadziłem cięcie od dołu na granicy pomiędzy rogówką a twardówką.

Po usunięciu zaćmy z wycięciem tęczy i po nałożeniu opaski uciskowej zaleciłem chorej spokojne zachowanie się.

Już przy pierwszym opatrunku znalazłem, że brzeg rogówkowy rany nie przylegał do brzegu twardówkowego, ale go pokrywał na szerokość $1\frac{1}{2}$ mm. Zdaje się, że przyczyniła się do tego opaska, która, uciskając na rogówkę stożkową spłaszczyła ją.

Zresztą spłaszczeniu temu nie towarzyszyło podrażnienie; nie było ani bólów, ani nastrożknień naokoło rogówki, ani też objawów podrażnienia tęczówki.

Nie wywiązała się też żadna sprawa zapalna i następnych dni, a gdy zmartwiała część rogówki została usunięta i brzeg rogówki ściśle przylegał do brzegu twardówki — od stożka nie pozostało śladu. Co więcej ustąpiło i samo zmętnienie, a chora utrzymywała, że jak żyje nigdy jeszcze tak dobrze nie widziała.

I rzeczywiście badanie sprawności wzrokowej wykazało, że chora przy pomocy szkła \perp 11 D rozpoznawała litery o zarzysach grubości 3 mm i liczyła kwadraty 5 mm z odległości 3 metrów.

W r. 1901, a później w r. 1907 znowu widziałem chorą i stan oka operowanego był zupełnie dobry, rogówka była zupełnie foremna i całkowicie przezierna.

Chciałbym zaznaczyć, że na drugim oku pomimo cięcia w rogówce przy operacji zaćmy stożek pozostał i że w danym wypadku chociaż *keratectomia* została wykonana tylko w jednym kierunku, rogówka uległa odkształceniu we wszystkich kierunkach.

Zdaje się, że jakkolwiek nie podobna odmówić wpływu cięcia w rogówce na krzywizny jej południków: „*in der Richtung nach der Hornhautwunde nimmt die Krümmung ab*“ podaje jako prawo Snellen (Graefe-Saemisch Operations Lehre 2-te Aufl. str. 10), ale żadnego większego znaczenia w leczeniu stożka, samo tylko cięcie w rogówce mieć nie może.

Tak tedy dzięki przypadkowi (opaska uciskowa) został

po raz pierwszy zupełnie zadowolniająco wyleczony stożek rogówki.

Wynik ten pobudził mię do wypracowania odpowiedniego umiejętnego postępowania dla usuwania stożka rogówki.

Liezyć zawsze na działanie opaski uciskowej i na następne martwienie brzegu rogówki było trudno i niebezpiecznie, po dłuższym namyśle postanowiłem już podczas samej operacji odcinać pewnej szerokości pasek od płata rogówkowego, zależnie od wysokości stożka.

Jakoż gdy nadarzył się drugi wypadek stożka rogówki u 14-letniego L. A., włościanina z gub. Witebskiej, zupełnie prawie ślepego, postanowiłem wykonać keratektomię.

Ok. pr. Zanik przedniego odcinka gałki (*ophthalmotrophia anterior*). W = odczucie światła.

Ok. l. W = liczy palce z odległości 0,5 metra; rogówka stożkowata, koniuszek stożka zmętniony; na rogówce po za stożkiem znajdują się dwa ograniczone zmętnienia, jedno w górno-stronowej, drugie w dolno-średniowej części rogówki. W kierunku linii łączącej koniuszek stożka z obydwoma zmętnieniami na obwodzie rogówka jest wypuklejszą niż w innych kierunkach.

Cięcie poprowadziłem od dołu na granicy rogówko-twardówkowej, a gdy wypadła tęczęwka, część tęczęwki wstawioną w ranie odciąłem. Nałożyłem opaskę uciskową na kilka minut dla spłaszczenia rogówki, a następnie nożyczkami odciąłem od płata rogówki pasek 1 milimetrowej szerokości i znowu nałożyłem opaskę uciskową.

3-go listopada przy opatrunku znalazłem ranę czystą i rogówkę znacznie spłaszczoną ale przedniej komórki jeszcze nie było.

5-go listopada rana czysta, rogówka spłaszczona, przednia komórka jest; zmętnienia na obwodzie rogówki ustąpiły, zmętnienie umiejscowione na koniuszku stożka pozostaje; brzegi nieściśle przystają.

6-go listopada rana ściąga się i jest obecnie krótsza o połowę; stożka nie ma.

8-go listopada stożka nie ma, zmętnienie środkowe ustąpiło, wygląd oka dobry. Chory prosi, żeby go wypisać:

$$W = 8 \text{ mm } \left(\frac{6}{48} \text{ Snellen}\right).$$

O wypadku tym doniosłem na posiedzeniu listopadowem Petersburskiego Towarzystwa Okulistycznego r. 1902. Podczas rozpraw prof. Bellarminow radził po odcięciu paska od płata rogówki nałożyć szew. — Zdaje mi się jednak, że w większości wypadków wystarczy tu opaska uciskowa.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LVII. Z. 3. (Referent dr Bałaban).

Przyczynek do znajomości gruźlicy dna oka. (Zur Kenntnis der Tuberculose des Augenhintergrundes). Dr Kraus i Dr Brückner.

Autor podaje najpierw wywiady i historię choroby dwóch przypadków, które ilustruje dwoma udalnymi rycinami. Przypadki te tyczą się dwóch chłopaków 14 i 19-letnich obciążonych dziedzicznie gruźlicą. W obu przypadkach były lewe gałki oczne schorzałe, przyczem bystrość wzroku była znacznie upośledzoną. Braki w polu widzenia. Nerw wzrokowy był mało zajęty, a tylko granice tarczy wzrokowej były zatarte. Zmiany na dnie oka były znamienne krwotokami nieco wypukłonymi, siatkówka była w jednym miejscu oderwana. W ciałku szklistem siatkowate zmętnienia. W jednym przypadku były płuca schorzałe, drugi chory był całkowicie zdrowym. Obraz chorobowy jest bardzo rzadkim, gdyż w literaturze niema podobnego opisu. Autorowie tłumaczą, że w przypadku tym rozchodzi się o przewlekłe zapalenie siatkówki i naczyńówki przyrody gruźliczej.

Podobne gruźlicze przypadki opisywali inni autorowie, lecz powstanie tej zmiany tłumaczono inaczej.

Opisane przez Hippa przypadki jako gruźlicze, zostały przez badania Czermaka rozpoznane jako *angioma retinae*. Oko-

liczności, które skłoniły autorów do rozpoznania gruźlicy były następujące: 1) obciążenie dziedziczne, 2) przebieg postępujący, 3) odczyn na tuberkulinę w siatkówce, 4) obraz kliniczny. Spostrzegane na siatkówce małe białe punkceiki należy uważać jako gruźlicę.

Przyczynki do działania zastrzykiwań podspojówkowych. (Beitrag zur Wirkung subconjunctivaler Injectionen). Prof. Best.

Autor wspomina o wielkiej korzyści zastrzykiwań podspojówkowych przy zmętnieniach w ciałku szklistem, a szczególnie przy środkowym zapaleniu naczyńówki. Częstość nie dają one dodatnich wyników, pomimo że przyczyna tego ujemnego ich działania jest niejasną. Autor zajmuje się pytaniem, w jaki sposób zastrzykiwania podspojówkowe działają na śródoczne części oka. Pierwszym był Wessely, który wykazał, że zastrzykiwania podspojówkowe zwiększają zawartość białka w przedniej komorze, następnie, że zwiększają one znajdujące się w oku ciałka ochronne, jak agglutyny i precipityny i że wreszcie za ich pośrednictwem przedostają się do cieczy wodnej cytotoksyny.

Jest zdania, że wskutek drażnienia nerwów naczynia się rozszerzają. Possek i Wessely udowodnili, że hemolizyny przedostają się do ciałka szklistego, jakkolwiek w mniej-zej ilości, aniżeli do przedniej komory. Chcąc zdać sobie sprawę z działania zastrzykiwań podspojówkowych, musimy się starać badać pod mikroskopem tkanki oka i komórki, z których płyny się wytwarzają. Zdaniem autora postęp w tym kierunku nie polega tyle na dokładności w badaniu drobnowidowem, jak w samej mikrochemii. I tak znalazł autor dla glikogenu całkiem pewny odczyn drobnowidowy. (Zeitschrift für Mikroskopie und mikroskopische Technik. T. XXIII. 1906). A mianowicie wykazują preparaty barwione na wykrycie glikogenu zmiany odmienne od zmian w oczach prawidłowych, które poddane zostały zastrzykiwaniom podspojówkowym. Szczególnie łatwo dają się takie zmiany spostrzegać w siatkówce, gdzie jest widocznem, że miejscowe te środki drażnienia zmieniają przemianę materji w oku w sposób bardziej zawikłany, aniżeli tego można się spodziewać po zwiększeniu się białka i ciałek ochronnych. Badania te robiono 4 i 10% roztworami soli kuchennej na oczach królików, które po upływie 24 godzin zabijano.

W oczach prawidłowych w ogólności niema glikogenu, a tylko ślady jego znajdują się w rogówce. Po zastrzykiwaniach soli kuchennej daje się wykazać glikogen i to w następującym podziale. W przednich częściach gałki ocznej znajdujemy tylko ślady, nato-

miast w siatkówce da się wykazać glikogen równomiernie rozdzielony, jakkolwiek na obwodzie siatkówki jest ilość glikogenu większą, aniżeli w środkowej jej części. Co się tyczy poszczególnych warstw siatkówki, to najwięcej glikogenu znajduje się w warstwie nerwowej i zwojowych komórek. Glikogen nie wytwarza się z naczyń, gdyż naczynia siatkówki i naczyniówki nie posiadają glikogenu, tylko z siatkówki samej i to prawdopodobnie z jej neuroglii.

Widzimy więc, że powstały wskutek drażnienia bodziec powoduje swoiste działanie w siatkówce. W zasadzie możemy przyjąć, że wskutek zastrzykiwań ustala się przemiana materii i to prawdopodobnie pod wpływem nerwów, w żadnym razie jednak nie odgrywa przytem dyfuzya żadnej roli. Czy tworzenie się glikogenu wpływa korzystnie lub też niekorzystnie, na to na razie odpowiedzieć nie można, w każdym jednak razie nie wpływa ono na czynność siatkówki. Jak to już R ö m e r wykazał drażnienie przez zastrzykiwania podspojówkowe jednego oka, nie powoduje zadrażnienia na oku drugim.

Przyczynki do obrazu chorobowego t. z. ofłabmoplegia interna. (Beiträge zum Krankheitsbilde der Ophthalmoplegia interna). Dr Fejer.

Po największej części przez nazwę tej choroby rozumie się porażenie zwieracza źrenicy i mięśnia rzęskowego, gdyż z t. zw. mięśniem *dilatator pupillae* nie ma potrzeby się liczyć. Objawy tej choroby polegają na rozszerzeniu się źrenicy i niemożności widzenia w pobliżu. Wedle zdania Monakowa schorzenie takie jest bardzo rzadkiem, a występuje ono li tylko jako objaw poprzedzający wiać rdzenia paciierzowego lub też porażenie postępowe. Najczęstszą przyczyną jest kiła. Chorobę tę spostrzegano jednak także przy załamaniu czaszki (Lor) przy uremii (Dujardin) przy otruciu sporyszem (Schneider). *Oftalmoplegia interna* jest zawsze przyrody jądrowej. Schorzone włókna wychodzą z pierwszego jądra znajdującego się pod wodociągiem Sylwiusza. Choroba ta bywa bardzo rzadko powikłaną z porażeniem mięśni zewnętrznych oka. Pod względem patologiczno-anatomicznym rozchodzi się o schorzenie naczynia końcowego w znaczeniu Cohnheima zaopatrującego wodociąg Sylwiusza. Autor opisuje 7 przypadków ze swej prywatnej praktyki. W 5-u przypadkach przyczyną tego schorzenia była kiła, w 1 przypadku poronienie, w 1 przypadku uderzenie w głowę u dziecka. W dwóch przypadkach nastąpiło uleczenie, w 5 innych poprawiła się akomodacya, przyczem źrenica pozostała rozszerzoną i nie oddziaływała na światło. Powikłań ze strony układu nerwowego nie znaleziono.

Doświadczenia nad działaniem pozafioletowego światła na soczewkę. (Versuche über die Einwirkung ultravioletten Lichtes auf die Linse). Prof. Hess.

Widmark był pierwszym, który robił doświadczenia z promieniami pozafioletkowymi, chcąc obalić twierdzenie Hessa, że zaćma powstaje przy uderzeniu piorunu, powstaje li tylko wskutek wyładowania się elektryczności. Chciał on również udowodnić, że także światło błyskawicy a szczególnie jej promienie pozafioletkowe są wielkiego znaczenia. Pierwsze doświadczenia swoje robił w roku 1889 i 1892 przy pomocy lampy łukowej o sile 1200 świec, przy czem nie doszedł do żadnych wyników. W roku 1901 posługiwał się lampą o sile 4.000 świec i mógł wówczas spostrzegać bujanie komórek i karyokinezę, w przypadkach zaś ciężkich rozpad jąder i komórek, obrzęk i rozpad przednich włókien soczewki i wysięk pomiędzy torebką soczewki a kora. Wszystkie te zmiany zachodziły się w obrębie źrenicy. W r. 1903 spostrzegał Herzog zmętnienie soczewki na oczach królików.

Birch-Hirschfeld spostrzegał również zmętnienia przednich warstw soczewki. Przy swoich badaniach posługiwał się autor lampą uwiolową Schotta o 3—3½ amperach. Z odległości 10—cm naświetlał on tą lampą soczewkę przez 1—16 godzin. Przytem znalazł u żab, morskich świnek i królików charakterystyczne zmiany w przybliżeniu soczewki. Makroskopijnie nie spostrzegano zazwyczaj nic, albo tylko nieznaczne zmętnienie w obrębie źrenicy. Pod mikroskopem widziano rozpad komórek i jądra, a również i zmiany w postaci jądra i graniczących z nim komórek, przy czem protoplazma była niezmienną, a także spostrzegano mitozę. Komórki przybliżenia i torebka były ze sobą słabiej połączone. We wszystkich przypadkach była rogówka wyraźnie, jakkolwiek nie bardzo zmętniała. Te wyniki znajdował Hess u żab. U ciepłokrwistych zwierząt degeneracyjne zmiany postępowały różnie. Na włóknach soczewek pomimo częstego naświetlania nie można było spostrzegać zmian żadnych. Podczas gdy Widmark przypisuje promieniom pozafioletkowym przy zaćmie powstałej przez błyskawicę przyczynę wywołania zaćmy, to Hess nie mógł potwierdzić tego zapatrywania, o ile że anatomiczne zmiany przy tego rodzaju zaćmie są całkiem innej przyrody. Podczas gdy Widmark przypisuje powstanie karyokinezy nagłemu oświetleniu, sądzi Hess, że zmiany te powstają przez zanik komórek sąsiednich. Następnie stawia autor hipotezę, w jaki sposób powstaje zaćma u robotników pracujących w hutach szklanych. A mianowicie wskutek ciągłego zaniku komórek przybliżeniowych w obrębie źrenicy, zostaje zdol-

ność regeneracyjna komórek równikowych torebki soczewki zbyt mało wysilana tak, że z czasem komórki te nie mogą więcej podolać swemu zadaniu. Potwierdzenie tego przypuszczenia można uzyskać dopiero przez dalsze próby.

O powierzchniowym drzewkowatym zapaleniu rogówki.
(Zur Keratitis dendritica superficialis). Dr Pletori.

Na podstawie 32 przypadków spostrzeganych przez siebie przychodzi autor do następujących wniosków: Zmiany na rogówce powstają w 2—3 dni po wystąpieniu dreszczów, zazwyczaj w następstwie influenzy. Rysunek ich podobny jest do rozgałęzionego drzewa, przyczem brzegi są podminowane. Czas trwania wynosi 30 dni i choroba leczy się bez powikłań.

O ilościowym stosunku pomiędzy szerokościami źrenicy i akomodacją a odległościami przedmiotów, obok ogólnych uwag co do nauki o akomodacji. (Über quantitative Beziehungen zwischen den Pupillenweiten, den Accomodationsleistungen und den Gegenstandsweiten nebst allgemeinen Bemerkungen zur Accomodationslehre). Dr Weidlich.

Autor wychodzi z tej zasady, że przy zbliżaniu przedmiotów źrenica się zwęża, przy oddaleniu zaś przedmiotów rozszerza się. Rozchodzi się przedewszystkiem o ilościowy skutek tego rozszerzenia źrenicy. Z obliczenia wynika, że przy ustawianiu oka na dalsze przestrzenie źrenica zwęża się stosunkowo więcej, jeżeli przedmiot dalej się znajduje. Przy patrzeniu w pobliże widzimy przedmioty dokładniej nie tylko dla tego, że obrazy na siatkówce są większe, ale także dla tego, gdyż obraz silniej światło załamuje. Prócz tego jest pole widzenia węższem, a widzenie przedmiotu staje się silniejszym, przez zmniejszenie się wrażeń ubocznych. Zwężanie się źrenicy przy akomodacji jest współczesnem z akomodacją i ze zbieżnością. Zwężanie się źrenicy powstaje nie tylko przez zadrażnienie mięśnia okoruchomego ale równocześnie zostaje pobudzonym m. dilatator. Dzieje się zaś to w ten sposób, że źrenica zwęża się początkowo silnie, następnie się lenowu rozszerza, gdyż oba mięśnie źreniczne działają antagonistycznie. Przy patrzeniu w dal źrenica nie rozszerza się odpowiednio, gdyż wzieracz źrenicy jest silniejszym. Musimy przyjąć, że akomodacja jest czynną tak na odległość jak i w pobliżu. Szerokość akomodacji dzieli autor na 3 części: część jedną pośredniczy przy akomodacji w pobliżu, część drugą przy akomodacji w dal, w pośrodku zaś obu tych części znajduje się pasmo neutralne. Część ta odpowiada oddaleniu, w którym najdokładniej i bez natężenia czytać można.

Z tych spostrzeżeń zdaje się tłumaczyć, że krótkowidze czytają chętnie przy pomocy szkielek wypukłych*).

Badania nad fizykalno-chemicznymi własnościami cieczy wodnej. (Untersuchungen über die physikalisch-chemische Eigenschaften der Humor aqueus). Dr Scalinzi.

Autor daje naprzód przegląd prac tyczących się tego przedmiotu. (Kunst, Dreser, Manka, Hamburger, Batazzi i Sturchio). Wszyscy ci autorowie godzą się na to, że ciecz wodna posiada wyższe zęszczenie osmotyczne, ciała zaś szkliste większe zęszczenie molekularne aniżeli surowica krwi. Również zdolność przewodzenia elektryczności jest większa. Z przeprowadzonych doświadczeń autora wynika, że wiadomości nasze co do pochodzenia i co do przyrody cieczy wodnej są te same, jak to określił Panas i Rochon-Duvignaud. Główną rolę odgrywają przytem wypustki ciała rzęskowego. Mechanizm, w jaki się ciecz wodna tworzy, nie jest dotychczas jeszcze znanym.

Autor sprzeciwia się zapatrywaniom Lebera, jakoby ciecz wodna była płynem wysiękowym. Jeżeli się przednią komórkę wypłóźni, to ucisk óródoczyny równa się zeru, a komórka wypełnia się cieczą, która nie jest cieczą wodną, ale plazmą krwi. Prawdopodobnie powstają zmiany w przybłónku, który przy prawidłowym ucisku óródocznym przepuszcza sól do głębi gałki ocznej. Że ciecz wodna nie jest wydzieliną, to wynika z tego, że niema tutaj nerwów, któreby pośredniczyły w wydzielaniu cieczy.

Wnioski :

1. Ciecz wodna ma zupełnie inne fizykalno-chemiczne właściwości, aniżeli limfa.
2. Ciecz wodna jest produktem przybłónka rzęskowego, gdy ten zniszczeje ustaje wydzielanie cieczy wodnej.
3. Ciecz wodna przepuszcza ku oczodołowi sole w takiej ilości, że przez nasiąkanie wody ucisk pozostaje zawsze stałym.
4. Wydzielanie cieczy wodnej nie zostaje pod wpływem nerwów, podobnie jak to ma się ze śliną i wydzielaniem soku żółdkowego.

*) Zastanówić się trzeba, w jakim celu autor ogłosił tę pracę.

Ophthalmology. (Milwaukee). R. 1907. T. IV. Nr 1. (Referent K. W. Majewski).

Zmiany wziernikowe w przewlekłej policytemii sinicowej. (Ophthalmoscopic Appearances in chronic Cyanotic Polycythemia). Edward Jackson. (Denver).

Autor spostrzegł u 60-letniej izraelitki wysoki stopień sinicy, zwłaszcza twarzy, głowy i rąk bez wybitniejszych zmian w sercu, natomiast badanie krwi wykazywało znaczną policytemię (krwinek czerwonych: 9,949 600, białych 6.500, hemoglobiny: 170^o/_o). Chora skarżyła się na mgłę przed okiem prawem. Badanie wziernikiem wykazywało bardzo znaczne rozszerzenie i pokręcenie żył przy prawidłowym stanie tętnic, ponadto w oku prawem dwie wybroczyny siatkówkowe w sąsiedztwie rozdzielnych żył, w lewym zaś również dwie wybroczyny, z których jedna duża w samym środku łączy nerw wzrokowego. W dalszym przebiegu wystąpiło w lewym oku rozlane zaćmienie ciała szklistego, przez co wzrok jeszcze bardziej podupadł. Chora zaczęła doznawać coraz większej duszności i umarła wśród objawów nieświadomości serca. Autor znalazł w literaturze 50 przypadków policytemii, w niewielu jednak tylko badane było dno oka, co należy uważać za wielki niedostatek w kazuistyce. Zatoczysta postać plam wybroczynowych na siatkówce wyróżnia te krwotoki od innych, zależnych od chorób nerek lub zaburzeń przemiany materii, jak cukrzyca, gdzie przybierają one często postać płomyków o pierzastych zarysach.

Zdaniem autora okragłe zarysy plam krwotocznych przy policytemii zależą od wzmoczonej krzepliwości krwi.

Trzeszcz tętniący, wyleczony przez wycięcie rozszerzonej żyły oczodołowej. (Pulsating Exophthalmos treated by Excision of a dilated Orbital Vein). H. Gifford (Omaha, Nebraska).

Przypadki trzeszcz tętniącego przechodzą zazwyczaj od okulisty w ręce chirurga, który podwiązuje tętnicę dogłową. Zabieg ten w małej tylko ilości przypadków odnosi pożądany skutek. Tak było i w przypadku opisanym przez autora.

U 24-letniego robotnika, który w 6 miesięcy po silnym uderzeniu szuflą w głowę zauważył wystąpienie lewej gałki ocznej oraz szum i pukanie w oczodole, badanie wykazało znaczny stopień *exophthalmus pulsans*. Podwiązanie tętnicy dogłowej wspólnej oraz jednej z rozszerzonych żył powieki górnej, zamiast poprawić, spolegowało jeszcze w najwyższym stopniu trzeszcz gałki i obrzęk spojówki i powiek. Wnet przyłączyły się do tego nieznośne bóle w głębi oczodołu i w głowie i wtedyto autor postanowił dokonać operacji na samym oczodole. Dostawszy się wgłąb

zapomocą cięcia między gałką a górnym brzegiem oczodołu, odkrył ogromnie rozdętą żyłę, tworzącą guz wielkości kaszalana sięgający aż do szczytu oczodołu. Powiodło się żyłę tę powiązać przed i po za zgrubieniem i wyciąć nie powodując żadnego prawie krwotoku, okazało się bowiem, że żyła wypełniona była krwią skrzepłą. Po zaszyciu rany gałka oczna wróciła do prawidłowego położenia, rana zgoiła się w krótkim czasie przez rychłozrost, a wzrok znacznie się poprawił mimo częściowego zaniku nerwu wzrokowego, gdy bowiem przed operacją oko rozróżniało palce zaledwie na odległość 2 stóp, to obecnie $V = \frac{25}{30}$. Autor zaleca ze względu na niebezpieczeństwa, jakie przedstawia podwiązanie tętnicy dogłowej, podejmować zawsze zabieg w oczodole, który przy ostrożnem wykonaniu nie pociąga za sobą nawet znaczniejszego krwotoku. Czy we wszystkich jednak przypadkach wynik byłby tak korzystny, jak w opisanym, przewidzieć się nie da.

Keratitis disciformis. W. Zentmayer (Philadelphia).

Nazwę *keratitis disciformis* wprowadził do okulistyki Fuchs określając nią szczególną postać zapalenia rogówki, polegającego na nacieczeniu środkowej jej części w postaci regularnego krążka, szerzącego się na całym swym obwodzie, a zablizniającego się w środku. Autor spostrzegł dwa podobne przypadki, z których jeden był przerzutowym ropniem rogówki w przebiegu ospy, a drugi przebiegał pod postacią *herpes corneae* równocześnie z opryszczką na skórze twarzy na tle gorączki, wywołanej nieżytem oskrzelowym. W pierwszym przypadku miąższ środkowej części rogówki uległ takiemu zniszczeniu, że błona Descemeta znacznie się wypukliła i przez to samo zmarszczyła się promienisto na całym przezroczystym obwodzie rogówki. Zmarszczenie to widać było jako pasemka promienisto ułożone i okalające wieńcem środkowe zaćmienie. W obu przypadkach sprawa skończyła się bliznowatym zaćmieniem, zajmującym środek rogówki. Jak widać z tych i podobnych spostrzeżeń *keratitis disciformis* nie stanowi odrębnej zmiany chorobowej, lecz obejmuje tylko przypadki bardzo różne co do swej natury i etyologii, a zbliżone tylko usadowieniem i postacią zaćmienia rogówkowego.

Operacya Killiana na zatoce czołowej i jej stosunek do oftalmologii. (The Killian Frontal Sinus Operation; Its Relation to ophthalmology). Henry Glover Langworthy. (Dubuque, Iowa).

Operacya Killiana jest tem dla zatoki czołowej, i wewnętrznej ściany oczodołu, czem dla przestrzeni pozagałkowej ope-

racya Kroenleina. W równym zatem stopniu, jak ta ostatnia winna zajmować uwagę oftalmologów. Zmiany w zatoce czołowej, a zwłaszcza jej otok ropny lub śluzowy powodują, jak wiadomo, ważne i groźne zaburzenia ze strony oka. Przypadki *sinusitis frontalis* bez wybitnych objawów ocznych stanowią mniejszość i są to najczęściej zmiany niskiego stopnia. Autor przedstawia korzyści radioskopii, a w szczególności röntgenografii, która pozwala na wykrycie tak ważnych dla operatora szczegółów, jak zmiana postaci i grubości kostnych ścian zatoki, istnienie w niej kostnych przepierzeń, a nawet poniekąd rodzaj treści wypełniającej powiększoną jamę zatoki. Zawdzięczamy to najnowszym zdobyciom i udoskonaleniom techniki radiograficznej. Pracę ilustruje szereg udanych radiogramów. Następnie podaje autor szczegółowy opis operacji Killiana uwzględniając przede wszystkim te szczegóły, które ze względu na sąsiedztwo oka wymagają szczególnie ostrożnego postępowania, wreszcie wymienia korzyści, jakie wynikają dla oka i wzroku z doszczętnego wyleczenia otoku jamy czołowej.

Sclerotomia posterior jako operacja przygotowawcza do irydektomii przy jaskrze następowej. (Posterior Sclerotomy as a Preliminary to Iridectomy in Secondary Glaucoma). C. Zimmermann (Milwaukee).

Dotąd najczęściej zalecano sklerotomię tylną w przypadkach ostrej lub przewlekłej jaskry pierwotnej, gdzie irydektomia albo z powodów technicznych jest niewykonalną, albo też wykonana nie odnosi skutku. Autor zrobił w przypadku jaskry następowej spowodowanej zarośnięciem źrenicy sklerotomię tylną w tym celu, ażeby przez zmniejszenie napięcia w tylnym odcinku gałki ocznej pogłębić przednią komorę i umożliwić wykonanie irydektomii. Już sklerotomia sama usunęła bóle i objawy zapalne, a pod wpływem irydektomii wzrok się podniósł, poprawił i oko uspokoiło się trwale. Autor przytacza doświadczenia Tobler'a na królikach, które wykazały, jak silny prąd cieczy wśródgałkowych kieruje się przez bliżną sklerotomijną do przestrzeni podspojówkowej. Cięcie robić należy w kierunku południkowym, a więc równoległe do przebiegu grubszych naczyń naczyniówki, bo w ten sposób łatwiej się unika przecięcia tychże i znacznego krwotoku.

Leczenie astenopii przez zamglenie wzroku w dal za pomocą hyperkorrekcji. (The Fogging Method applied to the Treatment of Eye-strain). P. Fridenberg (Nowy York City).

W przypadkach uporeczywej niedomogi akomodacyjnej u hipermetropów i astygmatyków, gdzie równocześnie istnieje częścicowy,

do pokrycia błędu refrakcji i wyraźnego widzenia niewystarczający skurecz akomodacji, uzyskuje autor dobre wyniki metodą hyperkorrekcji, znajdującą w Ameryce coraz szersze zastosowanie. Przez zbyt silne szkła wypukłe wytwarza się szluczną myopię, która powoduje mniej lub więcej znaczne zamglenie wzroku przy patrzeniu w dal. Stałe noszenie szkieł takich doprowadza oko do zupełnego zwolnienia akomodacji, poczem dopiero zapisuje się szkła słabsze sferyczne lub kombinowane, odpowiadające dokładnie stopniowi ametropii. Wtedy akomodacja obraca się już w prawidłowych granicach tak, że tą drogą dochodzi się wreszcie do zupełnego usunięcia przykrych objawów astenopii. Autor wykazuje ujemne strony i niedogodności leczenia atropinowego i radzi w miejsce tegoż stosować wyżej opisaną metodę korekcyjną.

Revue générale d'Ophtalmologie. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 9.

Technika operacyjna wyluszczenia woreczka łzowego przy pomocy łyżki ostrej. (Technique opératoire de l'extirpation du sac lacrymal à la rigine). Rollet.

Autor na zjeździe okulistów w Oxfordzie w lipcu b. r. dokonał wobec zgromadzonych operacji wyluszczenia woreczka łzowego sposobem przez siebie od lat 12 używanym. Operacja składa się z 5 aktów: 1) Chorego się usypia. Po odkażeniu skóry robi się cięcie około 12 mm długie. 2) Brzegi rany rozehyla się dwoma rozwieraczami na trzonkach. Rozwórki sprężynowej nie radzi R. używać, bo zbyttno zmienia topograficzne stosunki. Teraz należy zapomocą szczypczyków hemostatycznych zacisnąć silnie nieraz krwawiące naczynia. Operator chwyla szczypczykami odsłoniętą ścianę woreczka tak, żeby jej jednak nie rozedrzyć i oddziela woreczek od otoczenia o ile możności przy pomocy podanej przez siebie łyżki ostrej. Zazwyczaj nie potrzebuje do tego używać nożyczek. 4) Teraz należy przekonać się dokładnie, czy woreczek został rzeczywiście w całości usunięty i wyłyczczkować starannie całe kostne łożysko woreczka. 5) R. nie zakłada ani szwów, ani drenu i nigdy nie stosuje przypalenia. Daje tylko opatrunek uciskowy, który pozostawia przez dni 4—5.

Autor przedstawił również mały sztuciec kieszonkowy, zawierający wszystkie narzędzia do operacji tej potrzebne.

Nr 10.

Wyłuszczenie nowotworów nerwu wzrokowego z zachowaniem gałki ocznej. (De l'ablation des tumeurs du nerf optique avec conservation de l'oeil). Grandclément (Lyon).

Dla wyłuszczenia nowotworów pozagałkowych z zachowaniem gałki ocznej istnieją w zasadzie trzy sposoby operacyjne: cięcie od strony worka spojówkowego, zazwyczaj połączone z kantoplastyką dla ułatwienia sobie przystępu. Jest to sposób podany w r. 1874 przez Knappa. Drugi sposób to tymczasowa resekcya zewnętrznej kostnej ściany oczodołu (metoda Kroenleina). Trzeci sposób, podany przez Rolleta polega na tem, że torujemy sobie drogę w głąb oczodołu podokostnowo. Cięcie skórne, dostatecznie długie prowadzi się wzdłuż górnego brzegu oczodołowego aż do kości i odrazu przecina się i okostną. Następnie zapomocą dłutka odważa się i oddziela okostną możliwie jak najdalej w głąb oczodołu. Kantoplastyka jest zwykle zbyteczna. Pomijamy tu zatem zupełnie drogę przez worek spojówkowy i spojówki nie przecinamy wcale, na czem zyskuje aseptyka, a rana goi się przez rychłozrost. Po należytem odchyleniu i odsunięciu gałki ocznej zapomocą odpowiedniej tyżki przecina się we właściwym miejscu okostną, która pokrywa teraz całą zawartość oczodołu. Cięcie robi się wzdłuż i pomiędzy mięśniami prostymi robiąc w miarę potrzeby większy lub mniejszy otwór, przez który daje się bez wielkiego trudu wyłuszczyć nowotwór. Mowa tu przedewszystkiem o nowotworach nerwu wzrokowego, te bowiem bywają z reguły dokładnie otorbione i nieprędko zazwyczaj wnikają w gałkę oczną. Błazka siłowa tarczy nerwu wzrokowego łatwiej przepuszcza nowotwór sródgałkowy na zewnątrz, niż pozagałkowy do wnętrza gałki. Rzadko też tylko spotykamy nacieki nowotworowe szerzące się z nerwu wzrokowego na części otaczające. Dlatego to w tych przypadkach można się ograniczyć do wyłuszczenia samego nowotworu bez obawy narodu, nie postuwając się, aż do wypatroszenia samego oczodołu. Natomiast należy zaznaczyć, że podchwinkowo leżące nowotwory nerwu wzrokowego przekraczają często *foramen opticum* i dostają się do wnętrza czaszki. W tych razach oczywiście wyłuszczenie oczodołowej części guza nie wyratuje już chorego, ale taksamo nie wyratuje go już i *evisceratio orbitae*.

Autor zestawil wyniki całego szeregu przypadków z literatury operowanych bądź sposobem Knappa, bądź Kroenleina, bądź też zapomocą orbitotomii Rolleta. Większość tych wypadków była przez przeciąg kilku lat obserwowana. Liczby, jakie z tej statystyki wynikają, przemawiają w pierwszym rzędzie na nieko-

rzyć cięcia od strony worka spojówkowego: częste infekcje, częste nawroty, a niejednokrotnie konieczność następnego wypatroszenia oczodołu. Daleko lepsze wyniki daje tak orbitotomia, jak operacja Kroenleina. Pierwsza z nich nadaje się dobrze, gdy chodzi o małe nowotwory nerwu wzrokowego, np. małe torbiele, druga, gdy spodziewamy się większych zmian i musimy sobie pole operacyjne szeroko uprzystępnić. Autor radzi jednak w każdym przypadku rozpoczynać operację orbitotomią, a tylko wtedy, gdy ta okaże się niewystarczającą, dodać bezpośrednio resekcję kości. W taki sposób w niejednym przypadku mimo zamierzonej operacji Kroenleina uda nam się zabieg ograniczyć do samej orbitotomii.

B. Galli-Valerio i Vera Salomon. *O kiłowym zapaleniu rogówki króliczej.* (Zeitschrift für Bakteriologie T. XLV. Z. 1).

Autorowie badali doświadczalnie wpływ jadu syfilitycznego na rogówkę królików. Do zakażenia używali skrobanki z ludzkich owrzodzeń pierwotnych lub wtórnych kiłowych. Jad w ten sposób otrzymany wcierali w skaryfikowaną rogówkę, lub zmieszawszy go ze sterylizowanym roztworem fizyologicznym soli kuchennej wstrzykiwali bądźto wśródgalkowo, bądź też wśródocznie.

Oto wyniki ich badań:

1) Z pięciu królików, którym zaszczerpiono jad kiłowy ze skrobany z owrzodzenia pierwotnego, ani jeden nie uległ zakażeniu. Przyczyny tego szukać należy, zdaniem autorów, w małej ilości krętków białych w danym owrzodzeniu pierwotnym, albo w tem, że skrobankę niedostatecznie roz tarto.

2) Z 3 królików, którym zaszczerpiono skrobankę z kiłowego guzka błony śluzowej, u dwóch pokazały się pierwsze ślady zapalenia rogówki po 25—35-dniowej inkubacji, u jednego zaś na prawem oku (szczepienie wśródrogówkowe) zmiany żadne nie wystąpiły, na lewem (szczepienie wśródoczne) wystąpiło zapalenie całej gałki ocznej (*panophthalmitis*).

3) Z 3-eh królików, szczepionych skrobanką z »*condyloma latum*«, pokazały się zmiany rogówkowe u dwóch po 34 dniach, u jednego po 24 dniach.

4) U królika, którego rogówki zakażono jadem kiłowym ze skrobany z rogówkowej zmiany innego królika, powstały na obu oczach zmiany kiłowe po 20 dniach. Ze zmiany rogówkowej tego drugiego królika zaszczerpiono jad kiłowy na rogówkę trzeciego i na rogówkę morskiej świnki z wynikiem dodatnim już po 17 dniach.

5) Zawsze objawy zapalne w ten sam sposób pokazywały się: rozpoczynając się nastrzyknięciem w okolicy wkłucia igły, prowadziły następnie do zapalenia mięszowego rogówki z ubytkami i owrzodzeniami.

6) Raz tylko spostrzegali autorowie zmiany na łączówce w postaci guzków.

7) W skrobankach zmian kiłowych na rogówkach króliczych tylko czasem udało się autorom stwierdzić obecność krętków błędnych. Przypisują oni to tej okoliczności, że tylko nieliczne preparaty robili, nie chcąc zbyt niemiernie skrobaniem rogówki nadwyrężyć.

Badania te potwierdzają zatem doświadczenia innych autorów (Bertarelli, Greef, Clausen, Scherber, Mühlens, Tomaszewski, Klaus, Volk, Hoffmann, Schuch), że za pomocą ludzkiego jadu kiłowego można wywołać typowe kiłowe zapalenie mięszowe rogówki króliczej. Zapalenie to rozpoczyna się nastrzyknięciem naczyń rąbka rogówkowego w okolicy ranki zadanej eksperymentalnie, do tego dołącza się następnie łuszcza. zmętnienie rogówki we wszystkich jej warstwach; nieradko też powstają owrzodzenia na rogówce. Zmiany te okazują skłonność do ustępowania. Zapalenie to jest natury zakaźnej. Można bowiem jadem z owrzodzenia rogówki jednego królika, wywołać zupełnie podobne zmiany na rogówce drugiego. Wskutek takiego przeszczepiania zdaje się, że okres inkubacji ulega skróceniu, że stopień i nasilenie sprawy zapalnej się wzmacnia, i że liczba krętków błędnych wybitnie się pomnaża.

Dr Edmund Rosenhauch.

III. NOWE KSIĄŻKI.

Dr Adalar Békéss: »Die Prüfung des Sehorganes beim Eisenbahn- und Dampfschiffpersonal«. (Lipsk, 1908, stronie 200).

Jako motto dla swego dziełka obiera autor z całą skromnością zdanie Pliniusza młodszego „*nullus est liber tam malus, ut non aliqua parte prosit*“. Książka to istotnie pożyteczna, bo wypełnia lukę w piśmiennictwie lekarskim przez lekarzy kolejowych i okrętowych z pewnością odczuwaną. Brak dotąd podręcznika, któryby obejmował wszystko, co z tak ważnem badaniem wzroku personalu kolejowego jakikolwiek ma związek. Przedmiot jest niemałej wagi, bo chodzi o życie tysięcy podróżujących, środki zaś ostro-

żności muszą być jak najściślej przestrzegane ze względu na nieustannie wzrastający ruch na kolejach. Wystarczy przypomnieć, że gdy w początkach istnienia kolei żelaznych kursowały dziennie dwa lub trzy pociągi, to dziś istnieją stacje (np. Berlin, Boston), które w ciągu doby przeszło 800 pociągów przyjmują, względnie wyprawiają. Wynika z tego, jak konieczną jest doskonała organizacja sygnałów, oraz ścisła kontrola nad wzrokiem wszystkich osób, które obowiązane są sygnały te rozróżniać. Dziełko o którym mowa zapoznaje w pierwszym rozdziale lekarza kolejowego, względnie okrętowego, który także zazwyczaj nie jest specjalistą, ze sposobami zewnętrznego badania oka, przyczem autor kładzie nacisk głównie na te zmiany, które dotkniętego niemi od służby przy ruchu bezwarunkowo wykluczają. Daleko obszerniej omówione są w drugim rozdziale sposoby badania bystrości wzroku, przyczem autor przystępnie podaje zasadnicze pojęcia z dyoptryki oka i opisuje własnego pomysłu lornetę, pozwalającą z małej ilości zawartej w niej soczewek skombinować z łatwością serię dyoptryi, dodatnią i ujemną, wystarczającą dla potrzeb lekarza kolejowego. Rozdział trzeci obejmuje sposoby badania poczucia barw. Tu możnaby uczynić zarzut, że zbyt wiele miejsca poświęca autor różnym teoryom, w których łatwo zgubić się może lekarz niezajmujący się okulistyką specjalnie. Również przeładowany jest ten rozdział opisem najrozmaitszych metod badania, z których autor kilka zaledwie jako odpowiadające celowi zaleca, a mianowicie próbę Holmgrena z włóczkami, Mauthnera słóiczki z różnobarwnymi proszkami, Daa'e'go tabliczki z naszywanymi kolorowymi włóczkami, wreszcie niektóre z pseudo-izochromatycznych tablic Pflügera. Do ilościowego oznaczania zbożeń w poczuciu barw nadaje się najlepiej chromatofotometr Chibreta. Ołówkową próbę Adlera, która ma tę zaletę, że dostarcza pisanego niejako dokumentu ślepoty barwnej dającego się w razie potrzeby przechować, nie uważa jednak autor za rozstrzygającą z tego słusznego powodu, że barwa rdzenia ołówkowego, jakoteż kolor jakim ołówki zewnętrznie są pomalowane, różnią się częstokroć bardzo znacznie od barwy kreski. jaką dany ołówek kreśli na papierze. Ze względu, że w pierwszej linii chodzi o rozpoznawanie sygnałów nocnych, a zatem barwnych światłał, podaje autor sposoby badania zapomocą latarni, z których opisuje latarnię Mauthnera, Maréchała, Redarda, Williamsa, Eversbuscha, wreszcie latarnię własnej konstrukcyi, która mu najlepsze oddaje usługi. Jako zaletę książki podnieść należy, że podany jest w niej dokładny opis i wytłumaczenie używanych na kolejach różnych państw oraz w żegludze rzecznej sygnałów tak dziennych, jak i nocnych, jest bowiem rzeczą pożądaną, żeby

lekarz, mający rozstrzygać o przyjęciu do służby przy ruchu był szczegółowo obznajomiony z wymaganiami, jakim wzrok funkcyjnaryusza sprostać powinien. Tak np. obszernie omawia autor wpływ, jaki wywiera na rozpoznawanie barwnych sygnałów odległość, mgła, deszcz lub śnieg padający etc.

W dalszym rozdziale krótko przedstawione są inne sposoby badania okulistycznego, a więc badanie pola widzenia, poczucia światła, oftalmoskopia i t. d. Sposoby wykrywania symulacji przedstawione są pobieżnie, bo osoby, pragnące się dostać do służby kolejowej raczej starają się możliwie najlepszą sprawność wzroku wykazać. Natomiast tak często zdarzająca się symulacja i aggrawacja u ofiar katastrof kolejowych nie wchodzi w zakres orzeczeń lekarzy kolejowych.

Druga część dziełka czysto informacyjna zawiera wyciąg obowiązujących przepisów co do bystrości wzroku i poczucia barw u personelu kolejowego w Austrii i w innych państwach, wreszcie omawia organizację służbowa lekarzy kolejowych, wszystko to rzeczy, które dla interesowanych mogą przedstawiać istotną wartość.

Nakoniec zauważyć należy, że autor będący lekarzem w służbie austriackiej kolei północno-zachodniej w dziełku swem o dwoistem tytule w najmniejszej tylko części uwzględnił potrzeby lekarzy okrętowych, ograniczając się tylko do nielicznych uwag o przepisach sygnalizacji w żegludze rzecznej, a pomija zupełnie milczeniem wszystko, co się odnosi do żeglugi morskiej.

K. W. Majewski.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr K. Rumszewicz został wybrany prezesem nowo utworzonego Tow. lekarskiego polskiego w Kijowie.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

Profesora Uniwersytetu Jagiell.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, DRA GRUDERA, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. KOSTANECKIEGO, DRA LUBBERMANNA, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA, DRA SĘDZIĄKA JANA W WARSZAWIE, DRA NOTSZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE.

Grudzień.

→ ROCZNIK DZIEWIĄTY. ←

1907.

I. PRACE ORYGINALNE.

Wysokie stopnie niezborności po operacji zaćmy.

Podał

Prof. B. WICHERKIEWICZ.

Niezborność pooperacyjna jest zjawiskiem dość częstem, a nieprzyjemnem, gdy choremu o spieszne dobranie stosownych chodzi szkieł. Nizkie stopnie prawie codziennem będące zjawiskiem nie wchodzą tutaj w grę, bo albo uwzględniamy je, gdzie tego zachodzi potrzeba albo czekamy z przepisaniem szkieł, aż się one wyrównają, co niekiedy po kilku następujących miesiącach.

Wyższe więcej sprawiają kłopotu, jużto z optycznych względów, jużto dla technicznych trudności, a przedewszystkiem dlatego, że przy bardzo wysokich stopniach niezborności wzrok niepomernie bywa upośledzonym.

To też ważną jest sprawą wypośrodkowanie, co wyższe stopnie powoduje i jak temu zapobiegać.

Ze rodzaj cięcia niewątpliwie ważną przyczynową odgrywa tutaj rolę, jest rzeczą wiadomą, a Dr Majewski wy-

kazał na materiale kliniki krakowskiej statystycznie, iż im mniej cięcie jest obwodowem, tem silniejszym jest *mutatis mutandis* stopień niezborności pooperacyjnej, tak, że najwyższe stopnie niezborności dają te operacye, przy których cięcie prowadzone jest w rogówce. (O czynnikach wpływających na stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaémy. P. O. 1900. Nr 8. i 9.).

Jeżeli wedle zestawienia Dr Majewskiego stopień niezborności jest silniejszym w wyższym wieku t. j. po 65 roku życia, to może przy tem łuk starczy odgrywać rolę pewną, a nie jest wykluczonem, że i opóźniony rychłozrost do tego się przyczynia. Sprawa ta powinna być jeszcze dokładnie zbadaną.

W nielicznych przypadkach przezemnie cięciem płatowem bez irydektomii operowanych zaém niezborność stanowczo przybierała większy stopień. Tu z jednej strony powodem może być przesunięcie cięcia ku rogówce dla omińnięcia wypadnięcia tęczówki, a z drugiej strony ta okoliczność, iż często poza tęczówką pozostaje część kory, która pęczniąc sprawia, jeżeli nie wypadnięcie tęczówki, to przynajmniej jej przytykanie do tylnej powierzchni ranki, co albo wprost jej prawidłowemu zabliznianiu przeszkadza albo do jaskry następowej prowadzi, a ta, jak wiemy, w tych razach właśnie wyższe stopnie niezborności powoduje.

Nie będę tutaj mówił o innych wpływach powstawanie niezborności sprowadzających, któremi bywają wypadnięcie ciała szklatego, wrośnięcie tęczówki, blizny bruzdkowane, — gdyż te okoliczności należycie były uwzględnione w pracy powyższej wspomnianej, gdzie czytelnik również znajdzie skrzętnie zebraną pod tym względem literaturę.

Natomiast mniej wyświeconym jest wpływ jaskry pooperacyjnej na stopień niezborności, a ten moment chciałbym tutaj wyświecić, gdy mi się do tego nadarzyła dobra sposobność spostrzegania bardzo pouczającego przypadku.

Z góry przypuszczać trzeba, że właśnie gałki ulegające rozparciu wskutek wzmózonego napięcia wśródgałkowego zbli-

żając się więcej do kulistych postaci słabszy wzgl. będą miały stopień niezborności. Inaczej atoli tam, gdzie niedość ściśła blizna pooperacyjna wskutek wzmożonego napięcia więcej ulega rozdęciu od innych części opony gałkowej.

Znamiennym pod tym względem był właśnie następujący przypadek.

Garbarz, murarz 44-letni z Kr. Pols. zgłosił się w końcu stycznia b. r. ze zaćmą twardą jądrowo-korową i torebkową lewego oka, nie umiając podać powodu zmian tegoż oka: prawe oko było prawidłowe. Mocz wedle protokołu miał być »bez zmian«, Ast lo. = 70t/48; 20n/47. Operację wykonałem w dniu 6. II. przez cięcie płatowe z dużym płatem spojówkowym, z wycięciem tęczówki, a z przebiegiem zupełnie prawidłowym. Po operacji jak zwykle obustronna opaska papierowa pusta, a zatem oko pozostało bez uciskowego opatrunku. Nazajutrz zapisano: oko blade, ranka zlepiona, rogówka czysta, źrenica regularna nieco wąska, czysta. Atrop., opaska. Dn. 8. II. Tosamo, tylko źrenica rozszerzyła się regularnie, ale przednia komora zawsze jeszcze płytka. 9. II. Ranka lekko wydęta, przednia komora głęboka. Atrop., 10. II. Oko zawsze blade, wszystko prawidłowe, dlatego już tylko opaska na operowane oko. 14. II. Znowu zapisano, że ranka lekko wydęta. Czy nią nie była ciągle, nie wiadomo, bo wzmianki nie ma o tem, ale po raz pierwszy inna a mianowicie, iż przy bocznem oświetleniu widać ślad torebki w czarnej źrenicy (gdzie?). 15. II. stan oka przedstawiał się tak dobrze, że chory przeznaczony był do wyjścia. Przedtem zbadano wzrok, palce na $\frac{1}{2}$ m bez szkła, na 3 m przez + 11. Badanie astygmatometrowe wykazuje: Lewe oko $\frac{90}{59}$ $\frac{0}{35}$ a zatem niezborność wynosi 24 D.

Wobec tego przedstawiono mi chorego do ściślejszego zbadania, które wykazało: Lekkie przekrwienie spojówki gałkowej, mianowicie zaś płata spojówkowego, pokrywającego bliznę operacyjną. Płat ten jako i pod nim znajdująca się blizna twardej wydęta, lubo brzegi ranki przylegają dobrze. Rogówka czysta, lśniąca, przednia komora bardzo głęboka, źrenica duża, czarna, czysta, a tylko starannie badając

widzieć można przy bocznem oświetleniu za tęczówką zewnątrz torebkę. T. $+ 1$. Oft. Media czyste, a tarcz dołem zewnątrz otoczona garbcem dość szerokim. Oznaczenie astygmatyzmu w mojem pomieszkaniu, gdzie badam znakomitym przyrządem Pfistera, daje następujący wynik: 70 t / 55,5 20 n / 35,5 a zatem zawsze jeszcze 20 D. Pozorne zredukowanie niezborności o 5 D tłumaczy się tem, że astygmetr kliniczny w tym właśnie czasie nie funkcyonował prawidłowo. Wobec wyłączenia poprzednio już prawidłowej blizny pooperacyjnej, wobec napięcia gałki ($+ 1$), rozpoznanie brzmiało: *Glaucoma postoperativum tardum*. Włożyłem masę z eseryny, pilokarpiny i kokainy (Ung. PEK.) dałem opaskę spirytusową uciskową. Nazajutrz znalazłem ranę mniej wydętą. T. $+ \frac{1}{2}$, źrenicę zwężoną nieco, a przytem okazało się, że źrenica zwężając się wygładziła torebkę za tęczówką się chowającą i nawet brzeg źreniczny przekraczającą. Ast. lo. = 85 t / 56,5 10 n / 43,5, a zatem z 20 D zmniejszył się astygmatyzm na 13 t. j. o 7 D. Założono masę PEK i dano znowu opaskę. Dnia 18. II. wynosi As. już tylko 10, a wzrok lewego oka $\frac{10}{36}$. Ast. 10,0 80 t. comb. $+ 1,5$. 19. II. Astigm. = 80 t. / 47 10 n / 38,5, a zatem 8,5 D. Wzrok $\frac{10}{24}$. Ast. hp. 8,5, 80 t com. $+ 2$ sfr. Chory dostaje raz jeszcze pilokarpinę i opaskę uciskową. 20. II. Astygmatyzm wynosi 8 D. Źrenica około 7 mm szeroka. Oftalmoskopijnie widać wyraźnie tarcz nie zagłębioną. Chorego puszczono do domu, z poleceniem, by przyjechał później.

W przypadku tym zmniejszył się zatem w przeciągu 5 dni Astygm. z 24 D na 8 D. Rzecz niebywała w zwykłych warunkach, gdzie potrzeba wielu miesięcy, żeby niezborność o kilka dioptryi mogła się zmniejszyć.

Przypadek ten dowodzi, iż torebka, po rozszerzeniu źrenicy ku obwodowi cofnęła się, tamując tem samem drogę odplywową, była powodem jaskry, która wyłączenie świeżej blizny operacyjnej, a tem samem wysoki stopień niezborności wywołała.

Mniej wybitnym, ale także znamionym jest następujący przypadek, pozostający jeszcze w obserwacyi.

Dr X. 60-letni, *cataracta dura nucleo-corticalis et capsularis sin.* Operowany dn. 25. VI. b. r. Operacya z powodu niewowności chorego, który ciągle mruga, utrudniona, ale bez przy-padłości. Cięcie płatowe z płatem spojówkowym, nieco małe w stosunku do bardzo twardej dużej soczewki, wycięcie dużego kawałka tęczówki. Po cystotomii i wyrwaniu kawałka torebki wydobycie soczewki było utrudnionem. Trzeba było sobie pomagać cystotomem, następnie wypłukano pozostałą korę. W dolnej części źrenicy pozornie czystej pokazuje się torebka, która się ku obwodowi cofa. Uchwycono ją szczypeczkami, wyciągano, przyczem tylko część oderwała się, gdy inna znowu ku dołowi powróciła. Uchwycenie ponowne, a przy wolnem wyciąganiu torebki z gałki grozi *hernia corporis* tak, że odcięto tylko spory kawałek leżący już poza raną, poczem reszta znowu cofnęła się, a z nią także i ciałko szkliste. Wyniosłem wrażenie, że chodziło tu już nie o przednią torebkę, ale tylną, która również zgrubiła z hyalideą zlepioną przy wyciąganiu ciałko szkliste za sobą ciągnęła. Dość, że po dokonaniu ostatniego rękoczynu źrenica była względnie czysta, a ranka gładka. Zapuszczono pilokarpinę i założono opaskę papierową z lekką warstwą waty. Nie będę opisywał pojedynczych okresów dalszego przebiegu gojenia się rany, zaznaczę tylko, że po kilkudniowym przebiegu bezreakcyjnym, poczęła kora pęcznieć po za znacznym kawałkiem grubej torebki dołem pozostałej. Wytworzył się dość długo trwający stan podrażnienia i napięcia wzmożonego gałki, przyczem ranka, jak później się pokazało, była wydęta.

Stosowano naprzemian środki to zwężające, to rozszerzające, zakładano opaskę uciskową wzgl. Saltwedlo wską. Ostatecznie udało się stan glaukomatyczny usunąć, a z nim i dolegliwości objawiające się ciągłym bólem to znowu uciskiem w kąciку zewnętrznym. Zmętnienie rogówki poprzednio dość wybitne, a także cieczy wodnej znacznie zmniejszyło się. Natomiast dolną część źrenicy zasłania gruba torebka chowająca się za tęczówką. W górnej części, gdzie szeroka szpara tęczówkowa, źrenica jest wolna, a przez nią widać dno wy-

rażnie. Napięcie nie da się dokładnie oznaczyć, bo wrażliwość nerwowego chorego na dotyk tak wielka, że przy każdej próbie badania łącznicy chorey cofa głowę. Zdawało się jednak być podwyższonem.

Dnia 13. VI. zbadano po raz pierwszy astygmatyzm prawego oka: $^{90}_{51} / ^{0}_{36}$ a zatem 15 D. Wzrok: palce na 1 do 2 m, rzekomo żadne szkła nie poprawiają. PEK, wieczorem dionina i opaska uciskowa.

20. VI. niezborność wynosi już tylko 12 D. Wzrok prawego oka: $^{10}_{36}$ cyl. 12,0 90, komb. + 3,5 sf. Sn. 1,75 komb. + 8.

Badanie oka wykazuje: przekrwienie spojówki zginęło, rogówka lśniąca, źrenica wyjaśnia się więcej. OFT: dno dość wyraźnie się przedstawia. Dotyk niebolesny. T = n.

Ostatnie badanie dokonane dnia 27. XI. wykazuje:

Ast. 8 D. W pr. = $^{10}_{21}$. cyl. + 8,0 90 \odot + 4.

Źrenica czysta — dno prawidłowe.

Przytoczone przypadki niezborności wysokiej w następstwie jaskry po operacji zaćmy nie są odosobnione, zachodzą one częściej aniżeli przypuszczamy, ale niezawsze są należycie oceniane zwłaszcza, gdy się nie wykonuje pomiarów astygmometrycznych tak ważnych wogóle, dających nam cenne wskazówki pod względem etiologicznym.

W ostatnich tygodniach miałem w klinice znowu przypadek, gdzie z tych samych pobudek powstał astygmatyzm wysoki, analogiczny jak w przypadku pierwszym; nie będę go przytaczał, by czytelnika nie nużyć, zaznaczam tylko, że tam analogia przyczynowości była trudniejsza z powodu nieregularności wypuklenia rogówkowego wskutek cięcia dokonanego nieprawidłowo przez rękę mniej wprawna.

Wobec faktów przytoczonych nasuwają się praktyczne wskazówki, a mianowicie, by najprzód cięcie zrobić takie, które najmniej powstawaniu niezborności sprzyja, a zatem cięcie gładkie, ile możliwości obwodowe z płatem spojówkowym. Ale i to może celowi nie odpowiadać. Powstanie niezborności ułatwionem bywa przez przesunięcie wzgl. wystawanie brzegu dośrodkowego rany nad obwodowym, jak to Weiss (Arch.

f. Aghk. VI. 1877) wykazał na podstawie materiału i badań anatomicznych Beckera, a także, na co tenże Weiss zwrócił uwagę, przez ucisk mięśni prostych zewnętrznych i wewnętrznych na gałkę. Będzie to miało zwłaszcza tam miejsce, gdzie chory przy zmianie opatrunku robi silne zwrotne ruchy, a także, gdzie opatrunek nie wywiera na ranę ucisku. Ale obok tych wpływów wystąpi inny, silniejszy jeszcze, nawet już po zabliznieniu się rany, gdy zabliznienie niezupełnie jeszcze jest silnem, mianowicie wpływ napięcia wśródgałkowego wzmożonego. Blizna wiotka nie opiera się dostatecznie takiemu ciśnieniu i więcej od reszty ściany gałkowej wydeciu podlega. Temu zaś zapobiegać możemy przez staranne usunięcie nie tylko kory, która pęczniąc powoduje wzmożone napięcie, ale także torebki zwłaszcza zgrubiałej. Atoli nie zawsze się to udaje mimo naszej zręczności i staranności. Tu więc leczenie następowe winno przyjść w pomoc.

Baczyć więc na napięcie gałki po operacji pilnie, skoro bowiem przednia komora pozostaje albo staje się płytką łatwo może to być, jak to już na innem miejscu zaznaczyłem (*du glaucome postoperative*, Ann. d'oculist. 1904), objawem wzmagającego się napięcia, a nawet, gdy przy płytkiej komorze napięcie jest prawidłowe, już to winno być przestrożą, że jaskra następowa zapowiada się. Unikając wtenczas środków rozszerzających źrenicę przejdziemy do środków zwężających, skoro przednia komora się nie pogłębia. Ale one nie zawsze wystarczają, by złemu zaradzić, zwłaszcza wtenczas, gdy pęczniąca kora napięcie wzmagą; tu wypadnie stosować dioninę dla pobudzenia wessania.

Skoro źrenica czysta, czarna, a przy prawidłowym przebiegu gojenia się ranka mimoto wydętą pozostanie, będzie to budziło podejrzenie, że w obwodzie albo torebka albo kora pozostała odpływ cieczy wśródoczej utrudniają i tem starannie przyjdzie nam stosować miotyka i ucisk na gałkę przez opaskę wywierać.

A teraz słów kilka co do korekcyi. Że z nią czekać będziemy dopóki stopień niezborności nie znniejszy się znacznie,

czy to sam z biegiem czasu, czy też przez zabiegi, tego podkreślać nie potrzeba.

Bywają przypadki silnej niezborności, gdzie szkła walcowate pozwalają bystrość wzrokową znacznie podnieść, są jednak inne, gdzie żadne wysiłki pod tym względem nie prowadzą do celu. Będzie to miało oczywiście przedewszystkiem miejsce wtenczas, kiedy w następstwie nieregularnego prowadzenia cięcia, albo wskutek nierównomiernego zrośnięcia się rany wskutek wrośnięcia tęczówki, torebki lub wypadniętego ciała szklatego — powstaje niezborność nieregularna.

Nie rzadkie są znowu takie przypadki wysokich stopni niezborności pooperacyjnej, gdzie osie stoją do siebie prostopadle, a jednak walcowate szkła nie pozwalają bystrości wzrokowej poprawić. Tu albo z powodu wielkości źrenicy wzgl. szpary tęczówkowej aberacya sferyczna jest tego powodem, albo też przez wspomniane działanie mięśni bocznych dna oka wypukleniu nieprawidłowemu uległo, wskutek czego obrazki tworzące się na siatkówce ulegają upośledzeniu. Za ostatnią okolicznością zdaje mi się przemawiać doświadczenie, iż przy wysokich stopniach krótkowzroczności niejednokrotnie mimo braku niezborności rogówkowej czy soczewkowej, mimo braku wśródocznych zmian obniżenie bystrości powodujących, chory na daleką przestrzeń ma wzrok bardzo słaby, nawet mimo najlepiej dobranych szkieł (często zaledwie $\frac{1}{10}$), gdy z bliska przy wąskiej źrenicy najdrobniejszy czyta druk, gdyż wtenczas obraz powstaje na małej przestrzeni wzgl. prawidłowo rozpiętej siatkówki. Jest to oczywiście tylko przypuszczenie, ale opierające się na pewnej podstawie wzniesionej przez szereg spostrzeżeń klinicznych.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. LVII. Z. 4. (Referent Dr Bał-
taban).

Zmiany spowodowane waggrem, w pierwszym okresie jego przedostania się do oka. (Veränderungen, bedingt durch Cysticereus im ersten Stadium seiner Einwanderung in das Auge). Prof. Cirincione.

Dotychczasowe spostrzeżenia opisywane przez różnych autorów odnosiły się do zanikowych i ropnych zmian w oku, jakie spowodowane bywały przez długotrwałe pozostawianie tego pasożyta w oku. Przypadek opisany przez autora poucza dokładnie o zmianach, jakie pasożyt powoduje, jako obce ciało, a także wykazuje, że bystrość wzroku w danym przypadku może być zupełnie niezawisłą od zmian w siatkówce. W opisanym przez autora przypadku znachodził się wagner przez 35 dni w oku, a od 18 dni dał się spostrzegać w ciałku szklistem. Tarcza wzrokowa była pokryta białawym zmętnieniem. Siatkówka była zgnięta i licznie pomarszczona. W dolnym kwadrancie siatkówki znajduje się aksamitnawo-żółtawa plama o podwójnym przekroju tarczy wzrokowej. Dwa brunatnawe pasemka rozdzielają tę plamę na dwie części. Przez tę plamę przebiegają dwa naczynka silnie zgrubiałe. Na zewnątrz od tej plamy widać pęcherz wagra ze szyją długości $1\frac{1}{2}$ przekroju tarczy wzrokowej. Na szyi widać dokładnie ssawki. Oko posiada od dołu poczucie światła. Tu. Oko zostało wyłuszczone przyczem makroskopijnie dało się dokładnie spostrzegać umiejscowienie pasożyta poza równikiem. W miejscu tem była siatkówka odklejona. Ciało szkliste było przejrzyste. Następnie opisuje autor dokładnie preparaty drobnowidowe i wysnuwa z nich następujące wnioski:

1. Wagr drażni siatkówkę i nerw wzrokowy, przytem wytwarza nową błonę przedsiatkówkową, która jest przyrosłą do siatkówki w kilku miejscach.
2. Przez kureczenie się tej błony kureczą się równocześnie wewnętrzne warstwy siatkówki.
3. Jeżeli pasożyt umiejscawia się pod błoną szklaną, to powstaje tam przestwór wypełniony żółtawym płynem. Jeżeli wagr przebije siatkówkę, to płyn ten przedostaje się pod siatkówkę i powoduje jej oderwanie.

4. Znajdujące się na siatkówce plamy są wyrazem ognisk wypełnionych komórkami a znajdującymi się pod t. zw. *membrana hyaloidea*.

5 W miejscu, gdzie się do oka przedostał wąż, znajduje się plama; drobnowidowo składa się ona z tkanki łącznej, powstałej przez zrost siatkówki z naczyniówką.

6. W miejscu, gdzie pasożyt styka się z siatkówką, jest ona zmieniona w błonkę łączno-tkankową. Z tą błonką jest pasożyt połączony zapomocą warstewki, składającej się ze skrzepłych szklistych komórek.

7. Powierzchnia tej błonki jest pokryta komórkami olbrzymiemi.

Znaczne zaburzenia u ludzi, których oczy za późno wyjęto, powstają wskutek bujania i zmiany w naczyniówce.

Przypadek szparry soczewki z uwagami nad fizjologicznym dowodem o ześrodkowaniu soczewki. (Ein Fall von Linsendefect nebst Bemerkungen über den physiologischen Nachweis der Linsencentrirung). Dr Isakowicz.

Szparry w soczewce znajdują się zawsze na jej brzegu i są różnej wielkości. Autor opisuje przypadek, w którym się rozchodziło o chore, źle widzące oko z urodzenia. Obszar źreniczny rozpada się na część nie mającą soczewki i na drugą część z soczewką, przyczem linia graniczna jest kańczastą. Przez część pierwszą widać na dnie oka prawidłową tarczę wzrokową i naczynia. Obok tarczy wzrokowej znajduje się w naczyniówce ognisko. W żółtej plamce widać barwik. Astygmatyzm, V. to. liczy palce w odległości 1 m. W części bez soczewki H + 7 D.

Toldt zwrócił na to uwagę, że jednooczne podwójne widzenie występuje przy zwiechniętej i zwiolczałej soczewce, ale nigdy przy jej szparze. To spostrzeżenie tłumaczy autor w następujący sposób: Jedna część obszaru źrenicznego może się stać bezsoczewkową, wskutek przesunięcia się soczewki w całości lub też częściowo. Powstają 2 obrazy i to z części mającej soczewkę i z drugiej części bez niej. Afakia powoduje przesunięcie się punktu węzłowego ku tyłowi, dyslokacya zaś soczewki na bok sprowadza przesunięcie się tego punktu w tymże kierunku. W przypadku opisanym widziało oko środkowo pojedynczo, obwodowo zaś podwójnie. Przypadek ten jest drugim w literaturze, w którym brak w soczewce był tak wysokiego stopnia. Pierwszy podobny przypadek ogłosił Jodko-Narkiewicz. Szparry takie są wrodzone, a są one wedle zdania Beckera i Rämpfera w łączności ze szparami w wieńcu rzęskowym. Hess znowu sądzi, że przyczyny powstania

takiej szpary szukać należy w przetrwałych zgrubieniach łącznikankowych śródplodowych naczyń torebki soczewki. Autor sądzi, że w jego przypadku przyczyną tych zmian było zapalenie śródmaciczne oka.

O adaptacji w ciemności i o purpurze wzrokowej u kur i gołębi. (Über Dunkeladaptation und Sehpurpur bei Hühnern und Tauben). Prof. Hess.

Parinaud twierdzi, że wrażenia świetlne u oka adaptującego się w ciemności zależne są od zwiększenia się ilości purpury wzrokowej. Na dowód tego przytacza tę okoliczność, że ptaki dzienne, u których nie ma purpury wzrokowej, nie mogą przystawać się do ciemności Hering i jego uczniowie udowodnili, że w okolicy *fovea centralis* nie brakuje adaptacji w ciemności, a jeno jest ona mniejszą aniżeli adaptacja poza tą plamką. Autor postawił sobie za zadanie wykryć, czy zmiany adaptacyjne w siatkówce są zawisłe li tylko od pręcików, względnie od tworzenia się purpury wzrokowej, czy też adaptacja w ciemności jest także możliwą przy braku tych czynników i w jakich granicach. Doświadczenia swoje robił u kur i gołębi, gdyż u tych znajduje się większa ilość czopków, aniżeli pręcików, a nie jak to mylnie sądzono, że u tych zwierząt niema wogóle pręcików. Do tych doświadczeń nadawały się lepiej kury aniżeli trwożliwe gołębie. Badania swoje robił autor także na oczach gołębi albinosów, u których niema barwika w siatkówce i naczyniówce. Na podstawie swoich doświadczeń przychodzi autor do wniosków, które ze względu na czysto teoretyczne wywody należy przejrzeć w oryginale od 1—8.

Badania nad poczuciem na światło i na barwy u ptaków dziennych. (Untersuchungen über den Lichtsinn und Farbensinn der Tagvögel). Prof. Hess.

Badanie swoje robił Hess przy pomocy lampy łukowej, którą wytwarzał widmo rzucone zwierciadłem na ciemne dno siatki, gdzie sypano pszenicę. Przekonał się też autor, że kury adaptowane jasno i ciemno, szukają ziarna zawsze w okolicy czerwonego i pomarańczowego i to aż do granic niebiesko-zielonego. Kury adaptowane w ciemności szukają ziarna jeszcze poza tą granicą aż do niebieskiego. Z tego wynika, że dla kury widmo w kierunku długofalistej części jest takie, jak u człowieka, w kierunku zaś krótkofalistej granicy jest znacznie krótsze. Podobnie zachowuje się widmo u gołębi. U pawiana są stosunki zupełnie te same, jak u człowieka. Dalej robił Hess doświadczenia z barwnymi światłami. Kury szukają ziarna zawsze w części więcej

oświeconej, a następnie gdy ziarna brak, szukają je w części ciemniejszej. Miarodajnym jest zatem jasność. Przy naświetleniu barwą czerwoną i niebieską szukają ziarn zawsze najpierw na barwie czerwonej, chociażby światło było tutaj słabszem. Objaw ten tłumaczy się tem, że zwierzęta te spostrzegają zawsze tylko promienie o dłuższej fali. Z doświadczeń tych wynika, że sposób widzenia oka kurzego jest podobnym do oka ludzkiego, które przez przedłożenie szkła barwnego znajduje się w podobnych warunkach fizyologicznych. Doświadczenia te udowadniają po raz pierwszy, że wrażliwość na barwy u tych zwierząt zależną jest od drażeń zewnętrznych i to od skurezów pręcików siatkówki.

Zajmujący przypadek gruźlicy spojówki. (Ein interessanter Fall von Tuberculose der Bindehaut). Dr Saxl.

23-letnia chora cierpi od roku 1903 na obrzęki powiek i wilka w nosie. Ojciec zmarł na chorobę płucną. Chrzastka spojówkowa górnej powieki była polipowato-zgrubiała, miejscami zaś znajdowały się na niej brodawkowate zgrubienia. Błona rogówka była pokryta licznymi bliznami, soczewka zmętniała. Górna powieka była zgrubiała i zaczerwieniona. W pobliżu brzegu powiekowego były umiejscowione gruzelki wielkości główki od szpilki. Wybijania te wycięto dwukrotnie, poczem spojówka była galwanokauterem przypalona. T. R. $80/500$ mgm. Po 5-u miesiącach przyszło do nawrotu wilka i do nowych bujań brodawkowatych. Te zostały ponownie wyskrobane, poczem spojówkę leczono 2% lapisem. T. R. $122/500$ mgm. Po upływie $1/2$ roku, nowe wybijania, które ponownie usunięto. Obecnie nie znaleziono więcej prątków gruźliczych, ani też komórek olbrzymich. Przypadek ten należy do 3-iej grupy gruźlicy spojówki wedle podziału Sattlera.

O schorzeniach rogówki przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego. (Über Corneakrankheiten bei Iridocyclitis). Dr Cuperus.

Znane nam zmiany na rogówce przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego występują pod postacią osadów na tylnej ścianie rogówki. Osady te składają się ze zbitych ciałek białych a często z barwika. Prócz tego występuje przy tem w głębokich warstwach rogówki zapalenie, które pozostawia trwałe zmętnienie w rogówce. Autor opisuje trzy przypadki, w których zmiany w rogówce miały inny charakter i przychodzi do następujących wniosków:

1. Przy zapaleniu tęczówki i ciała rzęskowego daje się często spostrzegać głębokie zmętnienie, od obwodu ku środkowi rogówki.
2. Zmętnienie to rozprzestrzenia się albo na całą tylną ścianę

rogówki, lub tylko na jedną jej część i to na tę, gdzie się spostrzegać daje najsilniejsze nastrzyknięcie rzęskowe. Zmętnienie to występuje 4—7 dnia a towarzyszy mu równocześnie wzmoczenie się ucisku śródocznego i zmętnienie ciała szklistego.

3 Zmętnienie to znika po upływie 7—10 dni bez śladu, podczas gdy osady długo pozostają.

4. Autor sądzi, że zmętnienie to jest analogiczne do promieniowatego zmętnienia przy wrzodzie rogówki. Czy w danym przypadku powstają osady, czy też przychodzi do zapalenia rogówki, to zdaniem autora jest zależnem od umiejscowienia sprawy zapalnej ciała rzęskowego.

Archives d'Ophtalmologie. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 8. *Trzy przypadki retinitis punctata albescens.*
(Trois cas de rétinite ponctuée albescence typique et familiale).
Van Duÿse.

Jako *retinitis punctata albescens* określa Wuchs zmianę na dnie oka przedstawiającą się w postaci niezliczonych, po całej siatkówce gęsto rozsianych, bardzo drobnych białych, ostro ograniczonych plamek, przy braku jakichkolwiek, choćby najmniejszych złogów barwikowych. Zmiana ta łączy się z mniej lub więcej znacznem upośledzeniem bystrości wzroku, a nadto towarzyszy jej zwężenie pola widzenia i hemeralopia sięgająca lat jeszcze dziecięcych. Dziedziczność w powstaniu cierpienia odgrywa niewątpliwą rolę. Zazwyczaj zmiana ta występuje u kilku osób w tejsamej rodzinie. Van Duÿse podaje opis kliniczny trzech typowych przypadków *retinitis punctata albescens* u trojga rodzeństwa. Rodzice żadnych zmian w oczach nie okazywali, a z ich sześciorga dzieci tylko troje było dotkniętych cierpieniem. Dwie pięknie chromolitografowane reprodukcye przedstawiają obraz wziernikowy u najstarszej 20-letniej córki, u której zmiany są najwybitniejsze. Rodzice nie byli ze sobą spokrewnieni i nie przechodzili kily. Na uwagę zasługuje okoliczność, że pod względem wieku dzieci zdrowe i dotknięte zmianami w siatkówce następowały po sobie naprzemiann. Autor podnosi zupełny brak badań mikroskopowych przy *retinitis punctata albescens*, bo nikt jeszcze nie miał sposobności oko takie wyłuszczyć lub badać *post mortem*. Uważne jednak badanie zapomocą wziernika rzuci już światło na patogenezę tej rzadkiej choroby. W przypadkach opisanych przez autora można było wyraźnie

stwierdzić sklerozę żył i tętnie naczyńówki. Autor przypuszcza, że pierwotną zmianą jest zwyrodnienie szkliste naczyń *chorio-capillaris*, a spowodowane niem upośledzenie odżywienia przybłonka barwikowego siatkówki, nawet przy prawidłowym stanie samychże naczyń siatkówkowych, wystarcza do wywołania zmian wziernikowych znamiennych dla *retinitis albescens* i do osłabienia sprawności czynnościowej siatkówki.

Tętniak urazowy oczodołu, podwiązanie tętnicy dogłowej wspólnej, znaczna poprawa. (Anévrysme traumatique de l'orbite gauche, ligature de la carotide primitive correspondante, amélioration importante). M. Montinho.

Wskutek silnego uderzenia o kamień powstał u 34-letniego konowała tętniący trzeszcz lewego oka, które już od 13 lat było ośleplę, w następstwie zranienia odpryskiem żelaza. Chory zgłosił się o poradę z powodu nieznośnego szumu i stukania w głowie, oraz silnych bólów w głębi oczodołu. Badanie wykazało wybitny trzeszcz lewego oka jednakowoż bez upośledzenia ruchomości. Dotykem stwierdzić można było wyraźne tętnienie, a nadto zdjął autor krzywą tego tętna zapomocą sfigmografu. Osłuchiwanie wykazywało i w oku i w skroni wyraźny szmer współczesny ze skurczem serca. Ucisk wywarty na tętnięc dogłową lewą zmniejszał i tętnienie i szmery. Autor rozpoznał pęknięcie tętnicy dogłowej wewnętrznej do zatoki jamistej, wykluczając tętniaka tętnicy ocznej. W narkozie chloroformowej podwiał podwójnie tętnięc dogłową wspólną lewą tuż poniżej miejsca, gdzie się dzieli na *carotis interna* i *externa*. Przebieg pooperacyjny był bardzo korzystny, w szczególności nie było żadnych zaburzeń ze strony lewej półkuli mózgowej. Trzeszcz znacznie się zmniejszył, nieznośne bóle ustały zupełnie. Pozostał tylko eichy szmer systoliczny. W 9 miesięcy po operacyi ten stan pomyślny utrzymywał się w całej pełni tak, że operowany może się uważać za wyleczonego.

Zwichnięcie gałki ocznej u noworodka. (Luxation du globe oculaire chez un nouveau-né). F age.

Zwichnięcie gałki ocznej należy wogóle do rzadkich wypadków i może przyjść do skutku tylko w następstwie silnego urazu, o ile zaś zachodzi w chwili porodu, to, jak dotychczasowa kazuistyka wykazuje, powodem bywają operacye położnicze, czy to kleszczo-we, czy ręczne. Autor przytacza spostrzeżenia Beaumonta, Snella i Boeka. W tym ostatnim przypadku położenie twarżowe zostało mylnie wzięte za miednicowe i położnik dla wydobyćcia płodu włożył palec do oczodołu w przypuszczeniu, że go

wkłada do odbytu. Następstwem było zwicnięcie gałki ocznej. W innych przypadkach zwicnięcie, względnie wyrwanie gałki ocznej przyszło do skutku wśród porodu kleszczowego. Tu przeoczył autor niestety spostrzeżenie ogłoszone przez Prof. Wicherkiewicza (*Avulsio bulbi intra partum*). Postęp okulistyczny r. 1904, str. 89). O wiele rzadziej zachodzą przypadki zwicnięcia gałki ocznej u noworodka, urodzonego siłami natury. Taki wypadek opisał Hofmann, a obecnie podaje autor opis analogicznego przypadku. Przyniesiono mu noworodka, u którego znalazł lewą gałkę oczną wywichniętą w zupełności przed zaciśnięte powieki na podkładzie silnie obrzmiałych przekrwionych i nacieczonych tkanek. Matka dziecka w wilię porodu, który się odbył na czasie, miała doznać silnego urazu w dolną część brzucha. Nie bez trudu udało się zwicniętą gałkę po wykonaniu wydajnej kantoplastyki wprowadzić napowrót do oczodołu. Ponieważ jednak przy krzyku dziecka wychodziła znówu na zewnątrz, trzeba było zaszyć po nad nią powieki. Dopiero po upływie 16 miesięcy rozciął autor szparę powiekową na nowo i odsłonił oko w położeniu prawidłowem i z prawidłową ruchomością, z rogówką jednak zupełnie zaćmioną. Dodać jednak wypada, że już przy pierwszym badaniu rogówka była w całości pozbawiona przybłonka, już wtenczas trzeba było zatem przewidywać późniejsze jej zaćmienie.

Co do mechanizmu powstania w tym przypadku zwicnięcia, to przypuszcza autor, że uraz doznany przez matkę musiał tak silnie przycisnąć główkę płodu do kostnych ścian miednicy, może do *promontorium*, że lewy oczodół został zgnieciony, a temsamem gałka oczna wyszła z oprawy. Co do postępowania leczniczego wyraża autor przekonanie, że we wszystkich przypadkach, w których nie przyszło do zupełnego wyrwania gałki, należy zawsze starać się ją odprowadzić, a do wyluszczenia oka uciekać się tylko w ostateczności.

Urazowe przerwanie ścięgna mięśnia prostego zewnętrznego. (Désinsertion tendineuse traumatique du droit externe).
P. Bernard.

Wskutek uderzenia o gwóźdź tkwiący w ścianie przyszło do zrostu brzegu powieki górnej z twardówką na zewnątrz od rogówki, a równocześnie wystąpiło zdwojone widzenie równoimienne. Autor po przecięciu zrostu przekonał się, że ścięgno mięśnia prostego zewnętrznego nie było we właściwym miejscu. Trzeba go było szukać dopiero szczypekami daleko pod spojówką ku skroni. Uchwyciwszy je i rozdzieliwszy zrosty przyszył autor koniec ścięgna w miejscu prawidłowego przyczepu. Dwuwidzenie ustąpiło

i operowany może w stereoskopie obrazki dokładnie jednoczyć. Pozostało tylko lekkie upośledzenie ruchomości oka na zewnątrz.

Przypadek obustronnego microphthalmus (przyczynęk do znajomości pęczków Wintersteinerja). [Un cas de microphthalmie double (contribution à l'étude des rosettes de Wintersteiner)]. Lafon.

Autor miał sposobność wykonać szczegółowe badanie histologiczne w przypadku *microphthalmus ambilateralis* u noworodka, który zmarł wnet po porodzie. Siatkówka w obu oczach była lekko oderwana i okazywała liczne ogniska komórkowe identyczne pod względem budowy i wejścia drobnowidowego z t. zw. pęczkami Wintersteinerja, które uważano dotąd za znamienne dla głąka siatkówki. Ponieważ w gąłkach tych nie było ani śladu utkania nowotworowego, przeto autor odmawia tym twórcom znaczenia rozpoznawczego.

Dwa przypadki oderwania siatkówki i naczyńiówki, jeden na tle zapalenia współczulnego, drugi zależny od myopii. (Deux cas de décollement de la rétine et de la choroïde, l'un d'origine sympathique, l'autre d'origine myopique, ayant nécessité l'énucléation et l'éviscération). Thomas Bret.

Spostrzeżenia autora zasługują z tego względu na uwagę, że uwydatniają różnicę pomiędzy oderwaniem samej siatkówki, a oderwaniem siatkówki wraz z naczyńiówką. W pierwszym przypadku w 16-cie lat po zranieniu oka odpryskiem kamienia, a w 7-m lat po wyluszczeniu tegoż oka wystąpiło zapalenie współczulne oka drugiego, które w pierwszym rzędzie wywołało odczepienie siatkówki wraz z naczyńiówką i tak znaczne bóle rzęskowe, że trzeba było dla usunięcia cierpień wyluszczyć i to jedyne pozostałe, również osłepłe oko. W drugim przypadku wystąpiło odczepienie siatkówki i naczyńiówki na tle zwyczajnej krótkowzroczności. Gąłka oczna zmniejszyła swą objętość do połowy i była siedliskiem bardzo silnych bólów. Autor wykonał wypatroszenie gąłki, a raczej tylko keratektomię, bo natychmiast po odcięciu rogówki cała treść oka na zewnątrz wypłynęła.

Nr 9. *Zmiany oczne w przebiegu obrzeka śluzowatego u dorosłych.* (Lésions oculaires dans le myxoedème spontané des adultes). Gourfein-Welt z Genewy.

Obrzek śluzowaty (*myxoedema*) opisany po raz pierwszy przez Wiliama Gulla w r. 1873 zamionuje się jak wiadomo głównie trzema objawami: Zgrubienie i nacieczenie skóry, zanik gruczołu

larczykowego i przytępienie władz umysłowych. Oprócz tych głównych objawów występują jeszcze liczne inne, między nimi zaś także i oczne, jak zwężenie pola widzenia, często *hemianopsia temporalis* lub *bitemporalis* i zanik nerwu wzrokowego. Autorka spostrzegła taki właśnie przypadek u 47-letniej kobiety z wybitnymi objawami obrzęku śluzowatego na twarzy i ze znacznym zgrubieniem kończyn, zwłaszcza palców u rąk i nóg. Stwierdziła ona na lewym oku brak poczucia światła z powodu zupełnego zaniku nerwu wzrokowego, u prawego zaś oka widzenie połowicze, mianowicie utratę skroniowej części pola widzenia. Leczenie wyciąganiem gruczołu tarczycowego miało wyraźnie korzystny wpływ na stan wzroku, przynajmniej na lewym oku bystrość z $\frac{5}{10}$ podniosła się na $\frac{5}{5}$ i w skroniowej części pola widzenia wróciło częściowo poczucie światła.

Autorka przytacza inne analogiczne spostrzeżenia z literatury i zwraca uwagę na pewne genetyczne pokrewieństwo między obrzękiem śluzowatym, a akromegalią. Tak w jej spostrzeżeniu, jak i w przypadkach innych autorów nie brakło pewnych objawów, przypominających akromegalię. Wiadomo, że przy tem zloczeniu zazwyczaj spotykamy się z przerostem przysadki mózgowej. Badania doświadczalne Radowitza i Hofmeistera wykazały znowu pewną łączność czynnościową przysadki mózgowej z gruczołem tarczycowym, że mianowicie po usunięciu gruczołu tarczycowego *hypophysis cerebri* zdaje się zastępczo obejmować jego czynność i ulega skutkiem tego przerostowi. Tego rodzaju przerost zastępczy przysadki mózgowej, spowodowanej zanikiem gruczołu tarczycowego przypuszcza G. także u swojej chorej, zwłaszcza, że badanie radiograficzne wykazało powiększenie siodełka tureckiego. To powiększenie przysadki z jednej strony doprowadziło przez ucisk do zaniku nerwów wzrokowych, całkowitego po stronie lewej, z drugiej zaś strony mogło dać powód do wystąpienia pewnych objawów przypominających akromegalię, jak nadmierne zgrubienie kości palców u rąk i nóg, a także niezwykle rozrost kości twarzowych.

Przyczynek do klinicznego obrazu zapalenia współczulnego. (Contribution clinique à l'étude de l'ophtalmie sympathique). Péchin.

Żadna z licznych teorii objaśniających patogenezę zapalenia współczulnego nie wytrzymuje bezwzględnej krytyki. Teoria Deutschmanna wedle której zarazki przechodzą drogą nerwów wzrokowych przez ich skrzyżowanie, ani teoria Lebera i Fuchsa, którzy przyjmują drogę żył i naczyń limfatycznych, ani teoria Motais, który przypuszcza pośrednictwo zatoki czołowej, nie są

wstanie wytłumaczyć wszystkich zdarzających się przypadków. Tak samo teoria toksyn i cytotoksyn, której bronią Gołowin, Le Play i Corpechot, nie są bezwzględnie udowodnione. Inne, jak teoria przyjmująca wędrówkę bakterii drogą krążenia ogólnego (Schmidt-Rimpler, Panas, Bach, Moll, Römer), wreszcie teoria Nuela, który w przypadkach zaniku nerwu wzrokowego na tle współzależnym przyjmuje sklerozę neuroglii, przechodzącą z nerwu oka uszkodzonego na drugi nerw wzrokowy. Zanim zatem uda się ostatecznie rozwiązać trudne zagadnienie patogenetycznego zapalenia współzależnego, wskazaniem jest ogłaszać poszczególne spostrzeżenia, które kiedyś do wyjaśnienia sprawy mogą się przyczynić. Autor podaje szczegółowy opis trzech własnych spostrzeżeń: W pierwszym przypadku *iridochorioiditis* w następstwie zaćmy z cięciem zbyt obwodowym. W 4 miesiące później zapalenie sympatyczne pod postacią *irido-chorioiditis* ze zejściem w zanik gałki i zupełną utratą wzroku. W drugim przypadku odprysk krwienienia rani oko lewe w okolicy rzęskowej. W 2 miesiące zapalenie współzależne oka drugiego. Wyjęcie oka zranionego już po wybuchu sympatii. Wyleczenie. W trzecim przypadku odprysk żelaza w oku, wypatroszenie gałki, zapalenie współzależne pod postacią *neuropapilloretinitis* i utrata słuchu po stronie zranionej. To ostatnie spostrzeżenie wykazuje, że owisceracja warlości zapobiegawczej nie ma rzeczywistej.

O operacji Nicatięgo podwinięcia powieki górnej.
(De l'opération de Nicati pour le redressement de l'entropion et de ses dernières modifications). Chailan.

Operację tę w jej ostatecznej postaci wykonuje Nicati w następujący sposób: Odwraca powiekę górną i chwyci szeroko spojówkę chrząstkową szczypcami, oddzielając ją następnie od chrząstki aż po załamek. Następnie obnaża chrząstkę także na przedniej powierzchni i przyszywa ścięgno mięśnia unoszącego górną powiekę do jej dolnego brzegu. Równocześnie podsuwa się chrząstka pod spojówkę załamek i to przemieszczenie spojówki niejednokrotnie spowoduje ostateczne zniknięcie granulacji. Szwy usuwa się po 8 dniach. Skutki operacji co do podwinięcia powieki mają być zadawalnijące i trwałe.

Badanie wziernikowe okolicy rzęskowej i pozarzęskowej dna oka. (Ophtalmoscopie de la région ciliaire et rétrociliaire). Trautats. (Nr 9 i 10).

Autor powołuje się na swe dawniejsze publikacje, w których podał sposób oglądania zapomocą wziernika bardzo obwodowych części dna oka, mianowicie rąbka zębatego (*ora serrata*) aż na-

wet po same wyrostki rzęskowe. Sposób to bardzo prosty, bo polega na ucisku zapomocą palca badanej okolicy obwodowej siatkówki, przez co wprowadza się tę część dna oka w obręb wziernikowego pola widzenia. Samo przez się rozumie się, że oko badane musi być w odpowiedni sposób zwrócone, źrenica o ile możności rozszerzona, badać należy w obrazie prostym i wstawić w otwór wziernika soczewkę ± 4 do ± 8 D. ze względu na nadmiarową refrakcyę części oka bliższych przedniego odcinka. Autor posługuje się tym sposobem badania od lat 7 i zebrał w tym czasie bardzo znaczną ilość spostrzeżeń, ustaliwszy poprzednio w jakich granicach obraz wziernikowy rzęskowej okolicy dna należy uważać za prawidłowy, trzeba bowiem wiedzieć, że zachodzą tu znaczne różnice osobnicze i wielka rozmaitość w wyglądzie fizyologicznym. Autor przytacza w swej pracy bardzo długi szereg spostrzeżeń i opisuje zmiany w postaci plam krwotocznych, zanikowych, ognisk zapalnych, smug i zmętnień różnego rodzaju u alkoholików, syfilityków, tabetyków, trędowatych, dalej przy wysokiej myopii, przy nieprawidłowościach wrodzonych dna oka, w przypadkach urazowych, w jaskrze, przy częściowych zaćmieniach soczewki, a nakoniec opisuje zmiany starcze, występujące w najbardziej obwodowych częściach dna oka.

Nr 10. *Pierwsi spostrzegacze stwardnienia oka przy jaskrze.* (Les premiers observateurs de la dureté de l'oeil dans le glaucome). Terson.

Autor przytaczając źródła historyczne wykazuje, że niesłusznie wymieniają nazwiska Maekensiego, Graefego i Brisseau jako tych, którzy pierwsi stwierdzili wzmoczenie napięcia wśródgalkowego w jaskrze. Już bowiem w r. 1745 Platner w swem dziele p. t. „*Institutiones chirurgiae rationalis tum medicae tum manualis*“ wydanem w Lipsku wyraźnie opisuje stwardnienie oka w chorobie, którą nazywa jaskrą i podaje sposób badania przez ucisk palcami: „... his indicis cognoscitur oculus durus, digito renitens, attollitur et magis quam naturaliter consuevit, prominet“.

Uwagi kliniczne i lecznicze z powodu dwóch przypadków zapalenia zatoki czołowej. (Considérations cliniques et thérapeutiques à propos de deux cas de sinusite frontale). Victor de Britto.

Pierwszy przypadek odnosi się do 15-letniej dziewczyny, która zgłosiła się z wybitnymi objawami ropnego zapalenia zatoki czołowej, przechodzącego na oczodół lewy z przemieszczeniem gałki ocznej lewej ku dołowi i na zewnątrz. Autor, zanim przystąpił do

zabiegu operacyjnego, postanowił spróbować leczenia rzęciowego mimo, że ani badanie ani wywiady nie wykazywały kłęb. Już po kilku zastrzyknięciach dwujodku rzęci stan się tak poprawił, że odstąpiono od zamiaru operowania. Po 5 iniekcjach wypuszczono dziewczynę ze szpitala, jako wyleczoną. Fotografie dołączone do pracy pozwalają ocenić znaczne zmiany przed rozpoczęciem leczenia i ostateczny powrót do stanu prawidłowego.

Drugi przypadek, odnoszący się do 30-letniego rolnika można krótko streścić w ten sposób: Bez poprzednich jakiegokolwiek objawów ze strony nosa wystąpiło najpierw łzawienie lewego oka, a potem ropień lewego woreczka. Powstała przetoka, która się sama następnie zabiłła. Pozostało jednak znaczne rozdęcie woreczka, z którego jednak chory sam przez ucisk palcami wygniatał ropę w kierunku ku jamie nosa. Od tego czasu wystąpiły objawy ze strony nosa: zatkanie lewego przewodu, bóle, a do tego przyłączyła się głuchota spowodowana obustronnem zapaleniem ucha średniego. I tu mimo ujemnych wywiadów zastosował autor wstrzykiwanie dwujodku rzęci. Mimo znacznej poprawy nie obeszło się jednak w tym wypadku bez operacji, która wykazała znaczne wybijalności grzybiaste, wypełniające komórki kości sitowej. Już się zanosiło na przebicie blaszki papierzastej i zajęcie oczodołu. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny, a dalsze leczenie swoiste usunęło resztkę dolegliwości. I w tym przypadku uważa autor kłęb za właściwe (to powikłanego cierpienia. Punktem wyjścia była zmiana, rozwijająca się w komórkach sitowych przebywająca z początku w ukryciu. Ona to dała początek zapaleniu woreczka lewego, a potem dopiero sama wystąpiła na plan pierwszy.

Z obu spostrzeżeń wysnuwa autor wniosek, że przymiot częściej, niż się to zwykle przypuszcza, daje powód do zmian w zatokach sąsiadujących z oczodołem i że powinniśmy zaczynać od leczenia swoistego, a nieraz oszczędzimy choremu przykrej, a co gorsza nie odnoszącej trwałego skutku operacji.

Związek między poronnem zapaleniem barwikowem siatkówki, a pozostawionem dziedzicznem zapaleniem nerwu wzrokowego. (Des relations de la rétinite pigmentaire fruste avec la névrite optique rétro-bulbaire héréditaire). Cabannes.

Autor podaje szczegółowy opis kliniczny wrodzonych zmian na dnie oka u trzech rodzonych braci. U najstarszego z nich (28-letniego) obraz wzornikowy zbliżał się najbardziej do barwikowego zwyrodnienia siatkówki przy równoczesnem zapalnym wejściu tarczy nerwu wzrokowego. U młodszych braci nie było widać wyraźnych zmian w siatkówce, natomiast tak badanie wzornikiem,

jak i badanie czynnościowe wskazywało raczej na wśród i poza-
gałkowe zapalenie tarczy nerwu wzrokowego. Autor przypuszcza, że
w dwóch ostatnich przypadkach należy jednak rozpoznać *retinitis*
pigmentosa sine pigmento i wogóle wykazuje blizkie pokrewieństwo
wrodzonych zmian zapalnych nerwu wzrokowego i barwikowego
zwyrodnienia siatkówki. Co do etiologii, to oba te cierpienia są
wybitnie dziedziczne, częściej występują u męskich członków ro-
dziny. W przypadkach znanych autorowi kilę rodzinną można było
wykluczyć, tożsamo pokrewieństwo między rodzicami nie zdaje się
odgrywać ważniejszej roli. Natomiast często zachodzi opilstwo u ro-
dziców lub nadużywanie tytoniu, wreszcie w rodzinach, w których
występują takie zmiany na dnie oczu pojawiają się często choroby
nerwowe i umysłowe.

Nr 11. *Wrodzony torbiel surowicy tęczówki.* (Kyste
séreux congénital de l'iris). Gallemacerts.

Patogeneza surowicznych torbieli tęczówki nie została dotych-
czas dostatecznie wyjaśniona. Z 23 przypadków, zestawionych z li-
teratury przez Bardellego zaledwie w 10 było przeprowadzone
badanie mikroskopowe. Autor wydobyl u 18-miesięcznego dziecka
duży torbiel tęczówki, wypełniający dolną część przedniej komory
i podaje szczegółowy opis badania histologicznego. Według La-
grange'a torbiele wrodzone surowicy tęczówki, biorą swój począ-
tek z zablakanych ognisk przybłonkowych, podobnie jak inne no-
wotwory. Schmidt-Rimpler przyjmuje jako powód powstania
takich torbieli zamknięcie jednej z krypt tęczówkowych. W takim
razie jednak dziwnem musi się wydawać, że powstają one tak
rzadko, bo sposobności do zarastania krypt przy różnych stanach
zapalnych tęczówki jest aż nadto wiele. Dlatego autor przyjmuje
zupełnie inną patogenezę wrodzonych torbieli tęczówki. Wiadomo,
że w rozwoju embryologicznym oka z pierwotnego pęcherzyka
ocznego przez rodzaj gastrulacji powstaje wtórny pęcherzyk
oczny. Otwór w przednim odcinku tego pęcherzyka powstały przez
wpuklenie listka wewnętrznego wytwarza późniejszą źrenicę. W oto-
czeniu tego otworu, tworzy się tęczówka przez złożenie obu bla-
szek zewnętrznej i wewnętrznej, między którymi przez czas pewien
utrzymuje się jeszcze szczelinowata przestrzeń zwana przestrzenią
Szilego. Jeżeli przestwór ten nie ulegnie zupełnemu zarośnięciu,
tylko pozostanie w którymś miejscu drobna choćby szczelina, to
może się z niej wytworzyć następnie torbiel tęczówkowy. Ponieważ
do niezupełnego zarośnięcia przestworu Szilego najłatwiej przy-
chodzi w miejscu odpowiadającym szparze zarodkowej oka, dlatego

wrodzone torbiele spotykamy najczęściej w dolnej, lub dolno-zewnętrznej części tęczówki.

Żyła środkowa siatkówki w przypadkach tarczy zastoinowej. (La veine centrale de la rétine dans la stase papillaire). Dupuy-Dutemps.

Autor przedstawił francuskiemu towarzystwu oftalmologicznemu preparaty mikroskopowe czterech nerwów wzrokowych z przypadków tarczy zastoinowej spowodowanej nowotworami bądźto w mózgu, bądź też w oczodole. Zwrócił on szczególną uwagę na zachowanie się żyły środkowej i przekonał się, że światło jej w całym przebiegu wśród nerwa wzrokowego nie jest bynajmniej zaciśnięte. Natomiast w miejscu, gdzie żyła ta przechodzi przez pochewkę oponową mięką bez względu na to, czy przebiega tę pochewkę w kierunku prostopadłym, skośnym czy spiralnie, zawsze jest mniej lub więcej przyplaszczoną. W przestrzeni międzypochewkowej zaciśnięcie żyły dochodzi do najwyższego stopnia. Światło jej na przekroju przedstawia się jako wązka zupełnie szczelina. Takim stan utrzymuje się jeszcze w przebiegu przez pochewkę oponową twardą. Dopiero po przekroczeniu tejże odzyskuje żyła siatkówkowa nagle swą grubość zwyczajną i to nagłe przejście sprawia wrażenie jakby szerokiej zatoki żyłnej. Tętnica siatkówkowa ani w obrębie nerwa wzrokowego, ani przy przejściu przez wszystkie pochewki nie doznaje zaciśnięcia.

Objawy oczne wjadu rdzenia wieku młodzieńczego. (Les manifestations oculaires du tabes juvénile). Cantonnet.

Kiła wrodzona, lub we wczesnym dzieciństwie nabyta, niezmiernie rzadko prowadzi do wjadu rdzenia. Autor zestawia z literatury 88 opisanych spostrzeżeń i dodaje jedno własne. Na podstawie tego zestawienia dochodzi do następujących wniosków: Wjad rdzenia młodzieńczy jest chorobą rzadką, ale nie wyjątkową. Jest on prawie zawsze następstwem kiły bądź wrodzonej, bądź we wczesnym dzieciństwie nabytej. Dziedziczność bezpośrednia (dziecizenie wjadu po rodzicach) zdarza się bardzo rzadko. Podczas gdy u dorosłych wjad rdzenia w ogromnej większości przypadków występuje u mężczyzn, u dzieci $\frac{2}{3}$ chorych stanowią dziewczęta. Początkowym objawem wjadu młodzieńczego bywają zaburzenia pęcherzowe i osłabienie wzroku. Bezład zdarza się dwa razy rzadziej, natomiast zmiany w stawach o wiele częściej niż u dorosłych, zupełna niernieomość źrenic zachodzi tylko wyjątkowo. Porażenia mięśni ocznych zdarzają się dwa razy rzadziej niż u dorosłych. Prawie w 14% przypadków towarzyszą zmianom tabetycz-

nym inne zmiany oczne zależne od przymiotu wrodzonego np. *keratitis parenchymatosa, retinochorioiditis* etc. Zanik nerwu wzrokowego występuje równie często jak u dorosłych (43,9^o/_o). Na ogół u dziecka wiad rdzenia daje ze względu na wzrok gorsze rokowanie, ze względu na utrzymanie życia lepsze niż u dorosłych. W 4-ch przypadkach z 89-ciu objętych statystyką autora do wiadu rdzenia przyłączyło się porażenie postępowe.

Trzy przypadki połowicznych drgawek twarzy, wyleczonych wstrzykiwaniami alkoholu. (Trois cas d'hémispasme facial clonique guéris par les injections d'alcool). A. Noceti.

Autor rozbiera różniczkowe objawy dwóch odrębnych postaci chorobowych, mianowicie t. zw. *tic convulsif* i *hemispasmus facialis*. *Tic* jest zaburzeniem psychomotorycznem i stanowi mimowolny skurcz pewnych grup mięśniowych, które i w stanie prawidłowym zazwyczaj jednocześnie popadają w stan czynny. Jest to zatem ruch skojarzony w początkach swych zazwyczaj dowolny i celowy, z czasem dopiero wyłamuje się z pod władzy woli i występuje często pomimo, że niema już bodźca, który go pierwotnie wyzwał. Zawsze jednak grymas mimowolny zachowuje podobieństwo z pewnymi ruchami prawidłowymi, jak mruganie, zaciskanie powiek, żucie, ssanie, potakiwanie, przeczenie (ruchem głowy), połykanie etc. Wysiłkiem woli udaje się częstokroć zapanować, częściejwo przynajmniej nad takim automatycznym ruchem to powstrzymanie jednak grymasu sprawia choremu pewną przykrość, a doznaje on pewnej ulgi, gdy puści wodze nawyczce *Tic convulsif* nie bywa nigdy bolesnym, a wśród snu ustaje.

Hemispasmus facialis polega na drgawkach mimowolnych, kurczowych w zakresie pewnych grup mięśniowych o wspólnem unerwieniu i jest zjawiskiem wyłącznie motorycznem. Wyższe ośrodki nerwowe nie wywierają tu żadnego wpływu, dlatego drgawki te nie mają żadnego podobieństwa z ruchami skojarzonymi, przypominają raczej skurcze mięśniowe wywołane drażnieniem zapomocą prądu elektrycznego. Drgawki te bywają z reguły jednostronne, są dla chorego męczące, nieraz nawet bolesne, nie dają się wysiłkiem woli wcale opanować i często nie ustają nawet we śnie.

Te różnice co do natury obu cierpień usprawiedliwiają różne wobec nich postępowanie lecznicze. I tak *tic convulsif* nadaje się do leczenia zapomocą ćwiczeń przed zwierciadłem, które zalecił Brissaud, Meige i Feindl.

W przypadkach *hemispasmus* tego rodzaju psychoterapia niema żadnych widoków powodzenia. Tu trzeba się starać usunąć przedrażnienie obwodowego nerwu zaopatrującego grupę zajętych

mięśni. Do tego celu zalecił Ostwald wstrzykiwanie 80% alkoholu z dodatkiem kokainy w okolicę pnia nerwu twarzowego (koło *foramen stylo-mastoideum*). Technikę tego zabiegu udoskonalił Schlösser. Po wstrzyknięciu takim przychodzi, jak wiadomo, do krótkotrwałego porażenia nerwu twarzowego, które zazwyczaj bez śladu ustępuje, a drgawki już się więcej nie pojawiają. Czasem trzeba wstrzyknięcie alkoholu wykonać 2 a nawet 3-krotnie.

Autor podaje opis trzech uporeczywych przypadków połowicznych drgawek w twarzy, wyleczonych zupełnie zapomocą takich wstrzykiwań alkoholowych.

Eerl. klin. Wechschrift. 1907. (Referent Dr. W. Reis).

Nr 35. *Leczenie atoxyłem ośrodkowych schorzeń nerwów ocznych pochodzenia kiłowego.* (Zur Behandlung centraler Augenleidenluetischen Ursprungs mit Atoxyll). Waterman.

Autor stosował wstrzykiwania atoxyłu w 10-u przypadkach kiły mózgowej i zaniku nerwów wzrokowych na tle uwiadu rdzenia i przyszedł do przekonania, że atoxył wywiera wpływ niekorzystny w leczeniu zaniku nerwów wzrokowych. W kilku przypadkach wystąpiło nawet szybkie pogorszenie bystrości wzroku. Dlatego też przestrzega przed stosowaniem atoxyłu.

Nr 36. *Choroba Mikulicza i jej stosunek do kiły.* (Mikulicz'sche Krankheit in ihrer Beziehung zur Lues). Gutman.

Choroba Mikulicza polega na równoczesnym symetrycznym obrzęku gruczołów łzowych i ślinianek bez powikłań ze strony innych chłonnych gruczołów ustroju. Późniejsi jednak autorowie zaliczali tu także przypadki ogólnego schorzenia gruczołów limfatycznych lub białaczki wzrokowej, w których istniał także obrzęk gruczołu łzowego i ślinianki.

Autor sposzregwał przypadek choroby Mikulicza u 27-letniego chorego, który przebył kiłę trzy lata przed wystąpieniem symetrycznego obrzęku gruczołów łzowych i ślinianek. Pod wpływem obfitych dawek jodku potasu cierpienie to ustąpiło w przeciągu trzech miesięcy. G. przypuszcza, że w tym przypadku choroba Mikulicza powstała na tle kiły.

Nr 38. *O przesączaniu zarazka jagliczego i o znaczeniu chorobotwórczem światła roślinnego dającego się wyhodować na jagliczej spojówce.* (Über die Filtrierbarkeit des

Trachomerregers und über den pathogenetischen Wert der kultivierbaren Flora der trachomatösen Conjunctiva). Fermi i Repetto.

Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych w zakładzie higienicznym uniwersytetu w Sassari dochodzą autorowie do następujących wniosków: 1) że żaden z drobnoustrojów wyhodowanych na agarze lub bulionie, tworzących świat roślinny spojówki jagliczej, nie jest w stanie, ani pojedynczo ani też razem, wywołać jagliczy u człowieka; 2) że zarazek jagliczy zaliczyć należy do drobnoustrojów nie dających się przesączać (gdyż przesączony materiał jagliczy dawał przy szczepieniu zawsze wyniki ujemne) i że o jego budowie, wielkości i zachowaniu się w hodowlach mogą na razie istnieć tylko przypuszczenia.

Nr 41. *W sprawie powstawania porażenia mięśnia odwodzącego w następstwie znieczulenia łądźwiowego.* (Zur Frage der Abducenslähmung nach Lumbalanästhesie). Wolff.

Stosowane w ostatnich czasach znieczulania łądźwiowe za pomocą stowainy, nowokainy, alypiny i t. p. dały bardzo często powód do powstania porażenia mięśni ocznych. Przypisywano wystąpienie tych porażenia głównie działaniu środka znieczulającego. Tymczasem W. przytacza przypadek przez siebie spostrzegany, w którym po zwykłym nakłuciu łądźwiowym bez wstrzykiwania jakiegokolwiek środka leczniczego wystąpiło piątego dnia po zabiegu porażenie mięśnia odwodzącego. Zabieg sam był powikłany dość znacznym krwawieniem pochodzącym prawdopodobnie ze skaleczonego naczynia w oponie twardej. Autor przypuszcza, że krwotok w przestworze między oponą twardą stoi w przyczynowym związku z wystąpieniem porażenia, i że trujące produkty pochodzące z rozkładu krwiaka muszą oddziaływać na ośrodki nerwowe. Dalsze spostrzeżenia będą jednak dopiero mogły wykazać czy rzeczywiście wstrzykiwane środki lecznicze są zupełnie obojętne dla powstania porażenia.

Nr 45. *Odosobnienie zmysłu barwnego w następstwie choroby ogniskowej mózgu.* (Abspaltung des Farbensinnes durch Herderkrankung des Gehirns). Lewandowsky.

Chory 50-letni okazywał objawy niemoty czuciowej, utraty zdolności rozumienia znaków piśmiennych i niedowidzenia połowicznego. Co się tyczy zmysłu barwnego to przy powierzchownym badaniu można by wnosić, że chory pozbawiony jest zupełnie zdolności dostrzegania barw. Autor przekonał się jednak, że zdolność odróżniania barw u chorego, istnieje, a jest ona tylko zupełnie oddzielona od wyobrażeń i pojęć kształtów i przedmiotów. Zdolność

odróżniania barw była w tym przypadku odosobnioną i nie skojarzoną ani ze zdolnością odróżniania siły światła ani ze zdolnością odróżniania kształtów.

Nr 46. *O działaniu surowicy osobników z wyciętą nerką i chorych na nerki podobnem do działania adrenaliny.* (Über die adrenalinähnliche Wirkung des Scrums Nephrektomierter und Nierenkranker). Eichler.

Autor może potwierdzić wyniki doświadczeń, które już przedtem przeprowadzili Schur i Wiesel. Wyluszczone galki oczne żaby umieszczal E. w surowicy pochodzącej z chorych na nerki lub osobników, u których nerkę wycięto. Dla kontroli służyła surowica z osobników prawidłowych lub fizyologiczny roztwór soli. Pod wpływem surowicy wspomnianych osobników z wyciętą lub chorą nerką zawsze występowało rozszerzenie źrenicy co przemawia za istnieniem w surowicy substancji rozszerzającej źrenicę. Innych właściwości adrenaliny t. j. zdolności zwężania naczyń i podwyższenia ciśnienia krwi substancya ta nie posiada.

Nr 47. *O odczynie ocznym na tuberkulinę.* (Über die Ophthalmoreaktion auf Tuberkulin). Gohn.

Autor przeprowadził doświadczenia z odczynem spojówkowym tuberkuliny u 310 chorych i doszedł do następujących wniosków: 1) Przy zastosowaniu 1% roztworu tuberkuliny dodatni wynik odczynu spojówkowego przemawia z wielkiem prawdopodobieństwem za gruźlicą. 2) Wynik ujemny nie przemawia z całą stanowczością przeciw gruźlicy, gdyż 50% ciężko chorych gruźliczych nie oddziaływa. Gruźlica lekkiego stopnia lub mniej ciężka tylko wyjątkowo daje odczyn ujemny. 3) Chorzy na dur brzuszny bardzo często wykazują dodatni odczyn spojówkowy na tuberkulinę, szczególnie w okresie ozdrowienia. 4) Podskórne wstrzyknięcie tuberkuliny zastosowane dłuższy czas po wkropleniu jest w stanie znowu wywołać odczyn miejscowy na oku, nawet w tych przypadkach, gdy przedtem odczynu ocznego nie było. 5) Jednorazowe wkroplenie wywołuje u niegruźliczych osób dorosłych — nie zaś w gruźlicy — w ogólności pewną nadwrażliwość oka zakroplonego; u gruźliczych rozciąga się to działanie bardzo często także i na oko drugie.

Deutsche med. Wechschrift. 1907. (Ref. Dr. W. Reis).

Nr 23. *O osobliwych ziarenkach podwójnych (pasowały?) w komórkach jaglicowych.* (Über eigentümliche Doppelkörnerchen (Parasiten?) in Trachomzellen). Greeff.

Przy zastosowaniu barwienia Giemsa, używanego do wykazania krętków białych, znalazł autor w mieszkach jagliczych ziarenka podwójne, które albo wchodziły w skład komórek mieszkowych zwanych komórkami Lebera albo też leżały wolno przy ciałkach czerwonych. Badane w stanie niebarwionym wykazywały żywe drobinowe ruchy. Istotę i znaczenie tych podwójnych ziarenek G. w tej krótkiej wzmiance nie objaśnia.

Nr 36. *Rozpoznanie i leczenie zapaleń tęczówki.* (Die Diagnose und Therapie der Iritiden). Heine.

Wykład kliniczny.

Nr 39. *Oftalmo-dyagnostyka duru brzuszego.* (L'ophtalmodiagnostic de la fièvre typhoïde). Chantemesse.

Zachęcony doświadczeniami Pirqueta, Wolff-Eisnera i Calmetta, którzy wypróbowali odczyn spojówkowy u chorych gruźliczych, zastosował autor odczyn spojówkowy także w rozpoznaniu duru brzuszego. Z hodowli bulionowej sporządza Ch. osad, który wysuszony przedstawia się w postaci żółtawego proszku. Dawka 10 mgr proszku rozpuszczona w 1 cm³ wody wystarczy dla przeprowadzenia odczynu u 20 osobników. Kroplę tego roztworu wkrępa się do dolnego załamka spojówkowego, po upływie dwóch godzin spostrzedz już można zaczerwienienie spojówki, łzawienie i nieznaczną włóknikową wydzielinę z oka. W przeciągu 6—10 godzin odczyn spojówkowy osiąga szczytu. Odczyn spojówkowy można jeszcze spostrzegać kilka dni następujących — zawsze w porównaniu z drugim okiem zdrowym. Odczyn spojówkowy ma być czulszy aniżeli odczyn surowiczy, w kilku przypadkach wystąpił bowiem wcześniej odczyn spojówkowy, a dopiero w kilka dni później badanie krwi dało wynik dodatni.

Nr 40. *Rzadki przypadek błętownca nerwu wzrokowego.* (Ein seltener Fall von Echinococcus des N. opticus). Papanou.

U dziecka 6-letniego wystąpiły w szóstym roku życia gwałtowne bóle w oku prawym. Przyłączyły się potem do tego objawy zapalne, leczone bezskutecznie przez lekarza na prowincyi i wytrzeszcz gałki znacznego stopnia. Podejrzewając jakiś nowotwór

oczodołu przystąpił autor do operacyi, podczas której pokazało się, że domniemany nowotwór tworzyły błobowce oczodołu. Pęcherz macierzysty błobowca obejmował nerw wzrokowy na znacznej przestrzeni. Zarodki błobowca mogły dostać się do nerwu drogą tętnicy środkowej siatkówki; dalszy ich rozwój w nerwie wzrokowym tłumaczy owe nagłe i gwałtowne bóle i szybką utratę wzroku.

Nr 42. *O istnieniu w moczu istot rozszerzających źrenicę.* (Über das Vorkommen mydriatisch wirkender Substanzen im Harn). Pal.

Autor badał doświadczalnie zachowanie się źrenic w wyłuszczonych oczach żab pod wpływem moczu pochodzącego od rozmaitych osobników. Mocz pochodzący z osobników zdrowych nie rozszerzał wcale źrenicy, mocz z osób chorych na zapalenie nerek dawał odczyn dodatni w 78%, mocz ciężarnych w 33%.

Dalsze doświadczenia wyjaśniają może bliżej warunki, wśród których przychodzi do skutku odczyn dodatni.

Revue générale d'Ophthalmologie. R. 1907. (Referent K. W. Majewski).

Nr 11. *Badania okulistyczne nad oczną reakcją przy gruźlicy. Porównanie odczynu wywołanego dioniną z odczynem tuberkulinowym.* (Recherches oculistiques sur l'ophtalmoréaction, Réaction comparative de la dionine et de la tuberculine). Truc i Maillet.

Podany przez Calmette'a sposób wykrywania gruźlicy w ustroju przez wpuszczanie do worka spojówkowego tuberkuliny zainteresował żywo okulistów, do których należy rozstrzygnąć, czy próbę tę wolno na każdym oku wykonać, czy nie przedstawia ona w pewnych przypadkach jakiego niebezpieczeństwa, i czy w pewnych stanach oka nie traci swej wartości rozpoznawczej. Niektórzy przestrzegają przed zapuszczaniem tuberkuliny do oczu, dotkniętych jakimkolwiek ostrem lub przewlekłym zapaleniem. Comby np. obawia się, że zapuszczenie tuberkuliny do oka zdrowego, jeśli drugie jest chore może spowodować na niem rozwój legosamego cierpienia, a oprócz tego ocenienie stopnia odczynu tuberkulinowego przez porównanie z drugim okiem, jeśli to oko znajduje się w stanie zapalnym przedstawia znaczne trudności. Autorowie w klinice okulistycznej w Montpellier przeprowadzili szereg prób ze surowicą, dostarczoną im przez Calmette'a, częścią na oczach

zdrowych, częścią na chorobami dotkniętych. Z 23-ch prób cztery dały wyraźny wynik dodatni u osób ze zmianami gruźliczemi w płucach stwierdzonemi, lub przynajmniej podejrzanemi. W 4-ch innych przypadkach reakcyja, jakkolwiek w słabszym stopniu wystąpiła również mimo, że klinicznie śladów gruźlicy nie można było wykazać. U 15 pozostałych osób ogólnie zdrowych tuberkulina nie wywołała żadnego odczynu. Autorowie przeprowadzili nadto badania porównawcze nad wpływem tuberkuliny i dioniny na oko. Prace swą streszczają w następujących wnioskach:

1) Obecność zmian ocznych nie stanowi przeciwwskazania dla użycia tuberkuliny. Tylko przypadki ostrych zapaleń spojówki ze względu na trudność oceny stopnia reakcyi nie nadają się do próby Galmette'a.

2) W razie jednostronnego cierpienia ocznego próba tuberkulinowa zrobiona czyto na oku zdrowem, czyto na oku chorem nie powoduje żadnego pogorszenia stanu, nie przedstawia zatem żadnego niebezpieczeństwa.

3) Nawet stosowana na oczach nieprawidłowych próba tuberkulinowa zachowuje swą wartość rozpoznawczą.

4) Chorzy ze zmianami gruźliczemi okazywali jednako wyraźny odczyn tuberkulinowy tak na oczach chorych, jak na zdrowych.

5) W jednym przypadku, w którym jedno oko okazywało zmiany gruźlicze, odczyn tuberkulinowy był obustronnie jednaki. Pogorszenia nie zauważono żadnego.

6) Podczas gdy dionina wywołuje znany odczyn w postaci nabiegu limfatycznego występujący prawie bez wyjątku u wszystkich osobników, a znaczniejszy tylko w przypadkach wybitnych zoźwów, tuberkulina daje reakcyę wyłącznie tylko u osób dotkniętych wykazalnemi zmianami gruźliczemi lub też u takich, u których możemy podejrzewać istnienie zmian gruźliczych ukrytych.

III. Z TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Paryzkie Towarzystwo oftalmologiczne.

Posiedzenie z dnia 2. VII. 1907.

Darier. *Ciężkie zakażenia oczne leczone zapomocą surowic nieswoistych.*

Prelegent przytacza opis 3 przypadków, z których pierwszym był zakaźny wrzód rogówki, w drugim groźne zakażenie poopera-

cyjne, a w trzecim *iridocyclitis infectiosa cum hypopyo*. Wszyscy trzej chorzy zostali wyleczeni po trzech względnie czterech zastrzyknięciach 8-10 cm³ surowicy Roux'a,

Cantonnat. *Szczególny przypadek czynnościowego zezu rozbieżnego.*

U 30-letniego mężczyzny istnieje od dzieciństwa przy patrzeniu w górę widzenie podwójne z powodu zezu rozbieżnego. W dolnej części pola widzenia stosunki zbieżności są zupełnie prawidłowe. W miarę, jak chory podnosi wzrok do góry, występuje rozbieżność i dwuwidzenie skrzyżowane. Gdy oba oczy są otwarte, popada w zez oko lewe. Po zasłonięciu lewego zezuje w ten sam sposób oko prawe. Bystrość wzroku i stosunki ruchomości w wszystkich kierunkach obustronnie prawidłowe. Na uwagę zasługuje długie istnienie dwuwidzenia i to, że ono tak mało sprawia choremu przykrości. Przyczynia się zapewne do tego niezwykle wysoki wzrost chorego, pozwalający mu spoglądać przeważnie ku dołowi, przyczem nosi on głowę nieco wstecz pochyloną. Prelegent zamierza wykonać antepozycyę mięśnia prostego wewnętrznego lewego.

Rochon-Duvigneaud. *Skurecz mięśnia obrączkowego przez przerwanie nerwów nadoczodołowych.*

Autor przedstawia 70-letniego chorego, który cierpiał od lat 4-eh na uporczywy skurecz mięśnia obrączkowego na obu oczach. Ścisł powiek wywołany tym skureczem był prawie nieustanny, przynajmniej powtarzał się co chwila przez cały dzień i uniemożliwiał choremu pracę. Skurecz zmniejszał się w ciemności, ale nie ustępował. Zmniejszał się również w pozycji leżącej. Zdrowie ogólne nie pozostawiało nic do życzenia. Uwagę zwracała tylko nieprawidłowa wymowa, skandująca i przerywana. Dawniej miał się chory jakaś, co przeszło bez leczenia. Brom przez dłuższy czas podawany pozostał bez wpływu na ścisł powiek, natomiast można było stwierdzić chwilowe zmniejszanie się skureczu przy uciskaniu nerwów nadoczodołowych. To skłoniło prelegenta do wykonania operacji, polegającej na przerwaniu obu nerwów nadoczodołowych. Skutek był bezpośredni: przez 10 dni po operacji skurecz ani razu nie wystąpił, było tylko prawidłowe mruganie. Bystrość wzroku i dna oka prawidłowe, o czem dopiero teraz można się było przekonać. Potem zaczęły się znowu pojawiać kuczowe drgania w powiekach, ale rzadziej i w mniejszym stopniu, niż przed operacją.

Joëqs. *Panophthalmitis wskutek zakażenia streptokokami.*

W okresie rekonwalescencji po płonicy wystąpiło ropne zapalenie woreczka łzowego, do którego wnet potem przyłączyła się

conjunctivitis membranacea, a wreszcie ropne zapalenie wśródgalkowe. U drugiego chorego, który się od tamtego zaraził przyszło również do zapalenia spojówki z wytworzeniem błon. W pierwszym przypadku badanie bakteriologiczne wykazało łaciuszkowce, w drugim prutki błonnicze. Rzecz szczególna, że surowica przeciwbłonicza sprowadziła poprawę w zapaleniu spojówki u pierwszego chorego, a u drugiego pozostała bez skutku.

Chaillous. *Leczenie przykurczenia mięśnia unoszącego powiekę górną przez wydłużenie jego ścięgna.*

Sposób operacji jest następujący: Chorego się usypia. Cięcie skórne przebiega wzdłuż całej powieki 5 mm powyżej górnego brzegu chrząstki. Po rozchyleniu brzegów rany i usunięciu na bok tkanki tłuszczowej odkrywa się z łatwością ścięgno mięśnia unoszącego, poczem przecina się je tuż przy chrząstce na sondzie rowkowanej. Teraz przeprowadza się nitkę z igłami na obu końcach, gdzie się zaczyna ścięgno, poczem wycina się ze ścięgna języczek tak, aby przewleczona nitka znalazła się u jego górnego końca. Języczek ten następnie się odwraca i za pomocą tejże samej nitki górny jego koniec przyszywa do brzegu chrząstki powiekowej. W ten sposób przedłuża się ścięgno o całą długość wyciętego języczka. Nitkę przeprowadza się jeszcze przez dolną warstwę rany skórnej, która następnie kilkoma szwami zostaje zaszyta. Opaska oboczna. Szwy skórne usuwa się 6-go dnia, szew zaś przytrzymujący ścięgno dnia 8-go.

Carlotti. *Tętniak wśródczaszkowy, exophthalmus i ophthalmoplegia totalis.*

Chory spadł z II piętra w klatce schodowej i uderzył głową o żelazną balustradę, przyczem stracił przytomność na przeciąg 24 godzin. Krwawienie z nosa i z ucha prawego, którym przez 15 dni następnych nie słyszał. W 3 tygodnie po wypadku pojawiło się krwawe podbiegnięcie podskórne wzdłuż dolnego brzegu obu oczodołów, a wnet potem trzeszcz prawego oka, bez tętna. Powieka górna opadnięta, sino-czerwona *chemosis*. Gałka oczna silnie nastrzyknięta i zupełnie nieruchoma. Media przezroczyste, lekkie rozdęcie żył siatkówkowych. *Visus* pr. o. $\frac{8}{10}$, a l. o. $\frac{5}{10}$. Po kilku dniach stwierdzono już wyraźną tarcz zastoinową i odpowiednie osłabienie wzroku. Ostuchiwanie okolicy czołowej wykazuje lekki szmer, współczesny ze skurczem serca. Szmer ten ustaje po ściśnięciu tętnicy dogłowej. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zachodzi tu złamanie czaszki od *fissura sphenoidalis* aż do kości skalistej i *aneurysma arterio-venosum*, albo też tętniak tętnicy ocznej z uciśnięciem obok przebiegającej żyły.

Fage. *Blefaroplastyka z płatem wziętym z czoła.*

Dla odtworzenia powieki górnej operuje autor w następujący sposób: Po ogoleniu brwi i oczyszczeniu skóry odeina w części lub w całości, w miarę jak jest nowotworem zajęta, górną powiekę, a następnie wycina na czole tuż po nad łukiem brwiowym płat skórny z postaci podobny do ubytku, który ma zastąpić, ale oczywiście większy. Płat ten po należytem okrojeniu i oddzieleniu od podstawy przesuwa autor po nad skórą łuku brwiowego i przyszywa do brzegów ubytku w powiece. Późniejsza blizna na czole kryje się częstokroć w naturalnych zmarszczkach skóry.

Chevallereau i Połack. *Żółte zabarwienie środkowej plamki w siatkówce.*

Siatkówka zdjęta z naczyniówki, rozpostarta na płycie szklanej natychmiast po wyjęciu galki i rozpatrywana pod światło, okazuje w okolicy *macula lutea* silne zabarwienie żółte, najbardziej wysyczone w środku plamki, bledsze na obwodzie i ginące nieznacznie w otoczeniu. Zabarwienie to nie znika mimo wystąpienia zmian pośmierlnych w siatkówce, przeciwnie utrzymuje się przez całe miesiąc bez zmiany. Analiza spektralna wykazuje wyraźną absorbcję najbardziej łudliwych promieni widma, zwłaszcza promieni niebieskich. Autorowie wykazują doświadczalnie, dlaczego to żółte zabarwienie nie może być widziane zapomocą wziernika. Nakoniec wykazują, jakie znaczenie ma to zabarwienie dla bystrości wzrokowej. Wskazują oni, że aberracya chromatyczna oka uniemożliwiałaby powstawanie zupełnie ostrych i wyraźnych obrazów na siatkówce nawet przy idealnej emmetropii względnie dokładnej korekcyi, gdyby nie żółte zabarwienie środka siatkówki, które, skracając długość widma, zmniejszają przez to samo średnicę barwnych kręgów rozproszenia.

Rocheon Duvigneaud. *Obrazy wziernikowe a zmiany histologiczne.*

Prelegent na podstawie mikroskopowych preparatów wywodzi, jak niedostatecznem, zagmatwanem i nieuzasadnionem jest dzisiejsze mianownictwo chorób i zmian na dnie oka w porównaniu np. z mianownictwem chorób skórnych. Pochodzi to stąd, że bądźto nazwy dziś jeszcze używane pochodzą z czasów, kiedy o zmianach mikroskopowych, stanowiących istotę dotyczących chorób zgoła nie miano, bądź też i dziś jeszcze brak badań histologicznych zniewala nas do określania zmian chorobowych na dnie oka jedynie wedle pozorów obrazu wziernikowego. W dalszych swych wywodach usiłuje prelegent przynajmniej niektóre niedokładności nomenklatury sprostować i braki jej uzupełnić.

Lapersonne i Monthus. *Cysticercus orbitae*.

Prof. Lapersonne wyłuszczył u 23-letniej kobiety guz z oczodołu. Chora od 8 miesięcy doznawała od czasu do czasu uczucia mrowienia w głębi lewego oczodołu. Czasem występowało zacierwienie spojówki i pojawiało się chwilowo podwójne widzenie. Badanie wykazało lekki trzeszcz lewego oka i ograniczenie ruchomości ku dołowi. W dolnej części poza gałką wyczuć było można guz gładki, sprężysty, okazujący chębotanie rzekome. Guz ten był ruchomy i niepozostawał w związku ani z gałką oczną, ani ze ścianą oczodołu. Przy operacji okazało się, że było pęcherz, a badanie anatomiczne wykryło znamiona mikroskopowe wągra, *cysticercus*.

Polack. *Lampa oftalmoskopowa*.

Prelegent okazuje zbudowaną wedle swego pomysłu lampę do wziernikowania dającą światło nie obfitujące zbyt w promienie niebieskie i fioletowe, które, odbijając się od fluoryzującej powierzchni soczewki utrudniają wysoce badanie dna oka.

(Wedle Arch. d'Ophthalm.)

K. W. Majewski.

IV. ROZMAITOŚCI.

Zmniejszoną skłonność gojenia się zranień ocznych (vulnerabilitas oculi) stwierdził Da Lieto Vollaro doświadczalnie u zwierząt pozbawionych trzustki. Doświadczenia swe robił na psach, którym wycinał trzustkę. Gdy w celu analizy chemicznej wydobywał zapomocą igły strzykawki Pravatz'a ciecz wodną z przedniej komory, drobny ten zabieg zwykle żadnych dalszych następstw na oku nie wywołujący, u psów pozbawionych trzustki powodował stale cały szereg poważnych zmian i powikłań, jak: schorzenia rogówki (zmętnienie miąższowe wzdłuż kanału wklęcia, owrzodzenia, stożek rogówkowy), zmiany w tęczówce, (irwale zwiększenie źrenicy, zapalenie tęczówki) wreszcie zmiany w soczewce (zaćmienie w tylnych warstwach wskutek *cyclitis*, zaćmienie przedniej torebki, jeżeli ją dotknął koniec igły, co u innych psów jednak nigdy zaćmy urazowej nie powodowało). Dodać jeszcze należy, że zmiany te pojawiały się także w przypadkach, w których mimo wycięcia trzustki nie było cukromoczu. (Wedł. Ophth. Klinik.)

Fłaszczki podane przez Bublitz'a do kropli ocznych zaleca Best (Münch. med. Woch. 1907 pag. 857). Mają one dno podwójne. Dolna część, do której sięga końcem zakraplacz doszlifowany do szyjki flaszczyki, wypełniona jest roztworem sublimatu. W górnej części znajduje się roztwór odpowiedniego alkaloidu.

Fłaszeczka jest tak urządzoną, że koniec zakraplacza, chociaż się przy zapuszczaniu kropli zetknie z powiekami chorego oka, zostaje za każdym razem w sublimacie odkażony. Prócz tego flaszeczki Bublitz'a dają i tę korzyść, że rozczyny kropli ocznych lepiej i dłużej w nich się przechowują, nie ulegając tak łatwo zmętnieniu ani zapleśnieniu. (Wedł. Revue générale d'Ophthalmologie).

Do usuwania plam z lapisu na skórze poleca Sylla następujący rozczyń:

Hydrargyri bichlorati	
Ammonii chlorati	āā 10,0
Aquae destillatae	80,0

Ciemno-brunatne lub czarne plamy mają po posmarowaniu tym płynem znikać bezwłocznie. (Wedł. Therapeutische Monatsberichte).

Wyleczenie Tobiasza ze ślepoty przedstawił, jak wiadomo, Rembrandt na jednym ze swych obrazów, znajdującym się w galerji brukselskiej, jako reklinację zaćmy. Obrazowi temu poświęca Greeff obszerną monografię (Stuttgart, r. 1907, nakładem Enkego, 14 tablic, 9 rycin w tekście). Jest to poważne studjum historyczne, w którym autor wykazuje, że Rembrandt musiał znać dobrze i widzieć operację zaćmy, jak ją w XVII stuleciu wykonywano. Świadczy o tem także cały szereg jego szkiców dobrze dotąd zachowanych, przedstawiających reklinację zaćmy. W pracy Greeff'a przedstawiona jest źródłowo historia powstania wzmiankowanego obrazu, a nadto zajmuje się autor pytaniem, gdzie Rembrandt mógł mieć sposobność zapoznania się z operacją zaćmy i dlaczego w ten, a nie w inny sposób przedstawił cudowne uzdrowienie Tobiasza. (Według Ophthalm. Klinik). *K. W. M.*

Piąty numer dziennika X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich oraz obszerny tom sprawozdań z posiedzeń naukowych w sekcjach ukażą się niebawem w druku i będą rozesłano wszystkim uczestnikom Zjazdu. Dla uniknięcia pomyłek uprasza się wszystkich uczestników Zjazdu o niezwłoczne nadesłanie swego dokładnego i czytelnego adresu (najlepiej na karcie wizytowej) pod adresem: Administracya »Tygodnika lekarskiego«, Lwów — ulica Sykstuska l. 8.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Busineli prof. okul. um. w Rzymie.

Spis polskich oryginalnych prac okulistycznych,
ogłoszonych w r. 1907.

1. Bornstein: *Migraine ophtalmoplégique*. »Gazeta lekarska« Nr 2—4.
2. Reis: *Gruźlica pierwotna spojówki gałkowej*. »Tygodnik lekarski« Nr 5—8.
3. Ziemiński: *W sprawie walki ze ślepotą*. »Zdrowie« Nr 2.
4. Prof. Wicherkiewicz: *Nowokaina jako środek znieczulający w okulistyce*. »Postęp okulistyczny« Nr 1.
5. Witaliński: *Przyczynki do kazuistyki skałeczenia ocz przez ciała wybuchowe*. »Postęp okulistyczny« Nr 1.
6. Endelman: *O nowym zabiegu operacyjnym w jaskrze*. »Medycyna« Nr 9—12.
7. Prof. Wicherkiewicz: *O tężcu wywołanym zranieniem narządu wzrokowego*. »Postęp okulistyczny« Nr 2.
8. Kuropatwiński: *Włosowiec w komorze przedniej oka końskiego*. »Postęp okulistyczny« Nr 2.
9. Endelman: *W sprawie operacyjnego leczenia odklejeń siatkówki*. »Medycyna« Nr 17—25.
10. Reis: *Wrodzony nitkowaty zrost brzośców powiekowych*. »Tygodnik lekarski« Nr 17—21.
11. Doc. K. W. Majewski: *O operacyjnym leczeniu myopii*. »Postęp okulistyczny« Nr 3—6.
12. Noiszewski: *Keratitis neuroparalytica w świetle doświadczeń z wycinaniem nerwów naczyniowych na szyi*. »Postęp okulistyczny« Nr 4—5.
13. Kramsztyk: *Wady mianownictwa i układu naukowego w okulistyce*. »Krytyka lekarska« Nr 7—8.
14. Rosenhauch: *Kilka uwag o owrzodzeniach rogówkowych ze szczególnem uwzględnieniem „ulcus serpens“*. »Postęp okulistyczny« Nr 6.
15. Ziemiński: *W sprawie walki ze ślepotą*. »Zdrowie« Nr 6—7.
16. Ziemiński: *Przyczynki do etyologii ślepoty*. »Zdrowie« Nr 6—7.
17. Endelman: *Walka z jaglicą*. »Zdrowie« Nr 6—7.
18. Kamocki: *Zapobieganie ślepotie*. »Zdrowie« Nr 6—7.
19. Gepner: *Żądło pszczoły, tkwiące w powiece w ciągu 2-eh miesięcy*. »Medycyna« Nr 31—34.
20. Prof. Wicherkiewicz: *Przecięcie mięśni prostych dla zapobieżenia objawom zapalenia sympatycznego i dla względów kosmetycznych*. »Postęp okulistyczny« Nr 9.
21. Rumszewicz: *O gruźlicy przedniej części gałki ocznej*. »Postęp okulistyczny« Nr 7—8.

22. Hoene: *Przyczynek do nauki o uszkodzeniach przedniej części gałki ocznej kwasem siarczanym.* »Postęp okulistyczny« Nr 7—8.
23. Szymański: *Czasowy nystagmus wywołany przez polip w uchu.* »Postęp okulistyczny« Nr 9.
24. Doc. Bednarski: *O sztucznem dojrzeniu zaćm przez dyscyzję.* »Postęp okulistyczny« Nr 10.
25. Prof. Wicherkiewicz: *Kilka uwag w sprawie operowania zaćm niedojrzałych.* »Postęp okulistyczny« Nr 10.
26. Teodor Bałaban: *O wartości zastrzyknięcia podspojówkowych i ich teorii.* »Postęp okulistyczny« Nr 11.
27. Noiszewski: *Rogówka-wycięcie (keratectomia) jako sposób ręcznego leczenia stożka rogówki.* »Postęp okulistyczny« Nr 11.
28. Prof. Wicherkiewicz: *Wysokie stopnie nieźborności po operacji zaćmy.* »Postęp okulistyczny« Nr 12.

Spis rzeczy w roczniku dziewiątym.

Abortus. Wskazania ze strony ócz 152
Abscessus corp. vitrei 348.
Acromegalia 62.
Aglutynacja pneumokoków 130.
Akomodacja 228, 345, 386.
Albinismus 230, 282, 313.
Alypsia 22, 83.
Amblyopia 15, A. congenita 24, A. toxica 236.
Anaesthesia 138, A. lumbal 421.
Aniridia 82.
Antypiryna 24.
Astenopia 390.
Badanie wzroku u służby kolejowej i okretowej 394.
Barwiki anilinoce 24
Bibliografia 27.
Bulbus. *Vulnus perforans* 81. *Infectio intrabulb.* 127. *Tumores intrabulb.* in bulbo atrophico 149. *Enucleatio bulbi propter corpus al.* 151. *Entozoa in bulbo* 308. *Luxatio* 410. *Exophthalmus* 428.
Bystrość wzroku 12, 20, 337, u ptaków 141.
Camera anterior prądy cieczy wodnej 17. *Corpus al.* 295.
Cataracta. C. senilis, leczenie jo-

dem 22. *Extractio in capsula clausa* 49. *Cat. hereditaria* 54. *Cat. nigra* 129, 293. *Resorptio capsulae lentis* 151. *Historia poznania zaćmy* 197. *Cat. complicata* 229. *Extractio* 316. *Cat. zonularis* 319. *Cat. corticalis* 324. *Maturatio cataractae* 326, 329. *Cat. nondum matura* (oper.) 335. *Resorptio capsulae lentis* 340. *Cat. jako objaw tęcza* 341. *Nieżborność po operacyi* 397.
Chinina zatrucie 132. *Slepotą chinowa* 133.
Chorioidea. *Ruptura ch.* 78, 127, 307. *Tuberculosis et mycosis chor.* 93. *Sarcoma chor.* 239. *Coloboma congenitum* 283, 355. *Chorioiditis* wskutek naftaliny 306. *Haemorrhagia chor.* 311.
Choroby nosa, a oko 158.
Conjunctiva. *Bakteryologia zapaleń spoj.* 9. *Conj. catarh.* 35. *Conj. atropinica* 83. *Neoplasmata conj.* 85. *Conj. vernalis* 225, 312. *Torbiele przybłonkowe* 229. *Epithelioma primitivum conj.* 313. *Tumor conj.* 343. *Epithelioma conj.* 354. *Hypertrophia conj.* 357. *Tuberculosis* 408.

- Cornea*. Maculae corneae 8. Degeneratio c. 19. Lupus corneae 44. Cystis corneae 51. Keratitis gummosa 57. Keratitis wskutek kleszczy porodowych 60. Tumores corneae 77. Kerat. annularis 86. Erosio recidivans 90. 236. Kerat. neuroparalytica 123. 350. The. corneae 142. Keratitis punctata 130. Ulcera syphilitica 153. Gumma corneae 153. Lupus erythematodes 153. Ulcus serpens 179. Infractio corneae 234. Kerat. annularis 239. Kerat. e lagophthalmo 283. Kerat. dendritica 285. 386. Combustio calcarea 304. 341. Kerat. disciformis 309. Kerat. parenchymatosa 339. Vulnus corneae wśród porodu kleszczowego 307. Ulcera c. (leczenie) 310. Keratoconus (keratectomia) 377. Kerat. przy iridocyklit. 408.
- Corpus ciliare*. Cyclitis simplex 143. Gumma corp. cil. 356.
- Corpus vitreum*. Vulnura 41. Cysticercus 59. 406. Fibrosis corp. vitrei 135. Abscessus corp. vitr. 347.
- Distichiasis congenita* 63.
- Ductus nasolacrimalis*. Cystis 40. Actinomyces 61. Anomalie wrodzone 81.
- Echinococcus* 356. 424.
- Elektromagnes* 132.
- Empyema sinus frontalis* 196.
- Empyema sinus Highmori* 320.
- Epicanthus* 40.
- Erysipelas* 318.
- Erythema nodosum* 22.
- Eumidryna* 46.
- Entoptyczne badanie* 282.
- Exophthalmus pulsans* 138. 388.
- Fakoliza* 65.
- Fermenty* 233.
- Fibrae medullares* 314.
- Filarja w oku końskim* 38.
- Fizjologia porównawcza oka* 195.
- Flaszeczki Bublitzu* 430.
- Fotografia barwana* 199.
- Fototerapia* 150.
- Ganglion Gasseri* 350.
- Glandula lacrym.* Luxatio traum. 10. Dacryoadenitis ambilateralis 151. Cystis glandulae lacr. 321.
- Glaucoma*. Gl. traumaticum 12 Haemorrhagia interna 128. Gl. simplex 134. 142. 143. Excavatio glaucomatosa 149. Osaczkowanie przedniej komory 286. Sklerotomia 311. Atrophia iridis 347. Leczenie 349. Hypertonia fugax 351. Gl. consecutivum 390. Pierwszy spostrzegacze stwardnienia 415.
- Hemianopsia* 227.
- Hemispasmus facialis* 419.
- Hippus* 227.
- Historja okulistyki* 357.
- Humor aqueus* 17. 281. 387.
- Hygiene oka* 326.
- Hyperkorekcja* 390.
- Hysteria*. Ślepotą barwną 91.
- Influenza* 281.
- Iniekcje podspojówkowe* 361.
- Iris*. Synechia anterior congenita 21. Ruptura sphincteris iridis 58. Iritis gonorrhoeica 61. Corp. alienum 136. Etiologia iridis 231. Unerwienie ruchowe 232. Atrophia iridis 347. The. iridis 351. Coloboma congenitum 355. Anomalie wrodzone 356. Torbiel surowicy 417. Diagn. iritis 423.
- Jekwierytol* 76.
- Kampimeter* 13.
- Kwas siarkowy* 216.
- Leus*. Luxatio 16. Sclerosis lentis 131. Anatomia 226. Ectopia lentis congenita 238. Zmiany wrodzone 309. Pseudofakia fibrosa 342. Chemia socz. 345. Coloboma l. congenitum 345. 406. Wpływ światła pozafokowego 385.
- Meningitis cerebro-spinalis* 63.
- Metoda Biera* 153. 193.
- Miennowietwo okulist.* 244. 327.
- Microphthalmus* 412.
- Morbus Basedowi* 22.
- Morbus Mikulicz'i* 351. 420.
- Musculus orbicularis* 420.
- Musculus levator palp. super.* 427.
- Musculus rectus extern.* przerwanie 411. porażenie 421.
- Musculus rectus infer.* Paralysis 15.
- Musculus rectus internus* 236.
- Myopia*. Anat. 15. Leczenie 21. Leczenie operacyjne 65.
- Myxoedema* 412.
- Nadnerze*. Wpływ przetworów nadnercza na oko 292. 422.

- Nekrotoglia* 94. 160. 202. 249. 431.
N. abducens. Porażenie przez zatrucie stowainą 238.
N. opticus. Neuritis przy sparzeniu skóry 21. Pigmentacja 43. Fibrae medullares 54. 283. Atrophia n. opt. sympathica 132. Neoplasma primitivum n. opt. 151. Neuritis retrobulbaris 157. Coloboma n. opt. 338. Neoplasma (exstirpatio) 392. Atrophia leczenie Atoxylem 420.
N. sympathicus. Paralysis 10.
Nowokaina 1. 44.
Nystagmus. N. periodicus 302.
Oftalmoplegia interna 384.
Oftalmoskopia 128. 191. 414. 429. 430.
Operacja Kiliana 390.
Okulary 87.
Ophthalmia metastatica 135. 148.
Ophthalmia sympathica 62. 78. 127. 131. 297. 323. 353. 413.
Ophthalmoreakeya na tbc 422. 425. na dur brzuszny 423.
Orbita. Nowotwory barwikowe 13. Echinococcus orb. 45. Vulnus profundum orb. 59. Fibroma orbitae 89. Cystis oleosa orb. 192. Exstirpatio tumoris retrobulbaris 230. Aneurysma arteriovenosum 239. Phlegmone orbitae 306. 353. Żelazo 348. Aneurysma tranmat 410. Cysticereus 429.
Osuczkowanie przedniej komory 286.
Palpebrae. Ectropium (oper) 12. 285. Ptosis spastica 46. Carcinoma palp. 115. Tarsus duplex 153. Blefaroplastyka 295. 428. Coloboma palp. super. 315. Zamykanie powiek 315. Pterygium palp. sup. 319. Entrop. 414.
Panophthalmitis 427.
Paralysis musculorum 81. Paralysis oculomotorii recidivans 150. 316.
Peritonia electrolytica 347.
Plamka Mariotte'a 44.
Plamy z lapisu 431.
Poczucie barw 407.
Polycytomia (zmiany wziernika) 388.
Protargol 25.
Proteza oczna 26.
Przekrwienie zastoinowe 18. 23.
Pseudofakia fibrosa 343.
Pupilla. Dowolne rozszerzanie 19. 86. Ruchy po przecięciu nerwu wzrokowego 44. Hippus 227. Ruchy źrenicy 339. Mydriasis unilateralis 346. Istoty w moczu rozszerzające źren. 424.
Pupillometr jednooczny 343.
Purpura wzrokowa 407.
Rabies 355.
Radiografia 151.
Refrakcja 228. 319. 325.
Retina. Amotio ret. 23. 137. 194. 412. Retinitis pigmentosa 23. 416. Embolia art. cent. retinae 26. 305. Zamknięcie naczyń 48. Embolia arteriae centr. ret. 48. 350. Atrophia retinae (leczenie elektrycznością i masażem) 49. Ret. albuminurica 64. Retinitis wskutek naftaliny 306. Pęgi siatkówkowe 306. Prolapsus ret. 337. Sublatio ret. post. iridectomiam 342. Retinitis punctata albescens 409. Vena centralis 418. Macula lutea 429.
Saccus lacrym. Exstirpatio 88. 391. Daeryocystitis neonatorum 88. 339. Daeryocystitis 316. Sztuczny woreczek łzowy 353.
Sclera. Tbc. sclerae 139. Scleritis 241. Ruptura sclerae 337.
Sclerotomia posterior 390.
Scotoma. Sc. centrale 15. Sc. annulare 57. Sc. heliclipticum 85.
Sinusitis. S. maxillaris 12. S. ethmoidalis et sphenoidalis 17. Frontalis 415.
Skiaskopia 128. 133.
Spirochaete pallida 20.
Strabismus. Etiologia 228. Leczenie oper. 346. Czynnościowy rozbieżny 326.
Streptococcus mucosus 23.
Surowice lecznicze 232. 426.
Symulacja 318.
Synechotom lancetowaty 84.
Syphilis. S. congenita 20. Szczepienie kłby na rogówkę 154. 393. Wrażliwość mięsożernych na jad kłowy 197.
Szemat badania przypadków ambulatoryjnych 232.
Słepota obustronna wskutek strzału w skroni 137. Wyleczenie Tobiasza 431.

- Tubes* 418.
Tarsitis syphilitica 309.
Tetanus 33.
Tenotomia. *T. omnium rectorum* 297.
 323.
Thrombosis venae centr. 147.
Toryczne powierzchnie 344.
Towarzystwo okulistyczne 242
Trachoma. Szczepienia na małpach
 39. 140. Zaużycie wzroku 129.
 237. *T. orbitae post. enucleationem* 144. Entropion palp. sup.
 237. Przesączenie zarazka 421.
 Ziarenka 423.
Transplantatio oculi leporini 226.
 322.
Trauma 5. 10. 12. 15. 287.
Trepanacja czaszki paliatywna 235.
Trypanosomy 11. 199.
Tuberculosis. Gruźlica przedniej
 części gałki ocznej 203. *Tbc. conjunctivae bulbi* 235. Gruźlica dna
 oka 382.
Tuberkulina 310.
Variola. Zdrażnienie zapalne tę-
 czówki i ciała rzęsk. po szczepieniu 234.
Vulnerabilitas oculi 430.
Walka ze ślepotą 244.
Wstrzykiwania podspojówek. 246.
Wzory druku hebrajskie 323.
Zjazdy 159. 241.
Zmysł barwny 422.
Zranienia: przez ciała wybuchowe
 5. Przez krótkie spięcie 21.

Spis autorów w roczniku dziewiątym.

- Alexander 255.
 Aubaret 43. 85.
 Aurand 93.
 Axmann 87.
Bab 20.
 Bajardi 140.
 Bałaban 216. 361.
 Barubachew 328.
 Bartels 306.
 Baumgarten 158.
 Beck 81. 307. 308.
 Bednarski 244. 323. 326. 327. 329.
 Bernard 411.
 Bernhardt 314.
 Bernstein 318.
 Bertarelli 154. 197.
 Best 383. 436.
 Bjerrum 349.
 Blanluet 239.
 Bloch 19.
 Błażek 59.
 Bock 136.
 Bois-Reymond 64.
 Bonte 194.
 Brav 284.
 Bregman 91.
 Bref 412.
 Britlo 415.
 Brückner 40. 81. 310. 382.
 Cabannes 12. 416.
 Cackin 357.
 Calderaro 45. 138. 139.
 Campbel Posey 143.
 Cange 237. 285.
 Cantonnet 16. 231. 241. 418. 426.
 Carlotti 428.
 Caron 239.
 Castelain 232.
 Cérise 241.
 Chailan 414.
 Chaillous 427.
 Chalupecky 52.
 Chantemesse 423.
 Charles 285.
 Cheney 142.
 Chevallereau 429.
 Cirincione 129. 160. 405.
 Coats 147.
 Cohn 422.
 Collomb 10.
 Coppez 85. 346.
 Cosmettatos 15. 81. 229.

- Cramer 348.
 Cuperus 408.
 Czermak 343.

 Darier 233. 426.
 Dayton 49.
 Debève 313.
 Demidowicz 356.
 Derbi 284.
 Dobrzański 202.
 Domenico 46.
 Dor 197. 321.
 Doret 10.
 Dubois 232.
 Dubreuil 322.
 Dufour 351.
 Dujardin 354.
 Dupuy-Dutemps 419.
 Van Duyse 13. 82. 409.

 Eichler 422.
 Eperon 310.

 Fage 410. 428.
 Falta 129. 237.
 Fehr 135. 191.
 Feilchenfeld 310. 318.
 Fejér 339. 350. 384.
 Ferentinos 354.
 Fermi 421.
 Fialko 96.
 Fischer 307. 309. 342. 244. 345.
 Fortin 15.
 Frachtmann 58.
 Fraser 55.
 Frank 150.
 Fridenberg 390.

 Gallemmaerts 417.
 Galli-Valerio 393.
 Gałeczowski 94.
 Gasparrini 138.
 Gaylet 31.
 Gebb 44.
 Gepner 92.
 Gifford 22. 388.
 Gilbert 40.
 Ginsberg 134. 135.
 Glower-Langworthy 389.
 Gołowin 61. 151.
 Groenouw 318.
 Górski 290.
 Gourfein-Welt 412.
 Grandclément 25. 392.

 Gradle 145.
 Graefenberg 128.
 Greeff 308. 423. 431.
 Gross 305. 337. 344.
 Grut 250.
 Guillery 304. 337.
 Gutmann 315. 420.
 Gunn 51.

 Haberer 31.
 Haurecock 57.
 Heine 96. 328. 423.
 Hepburn 140.
 Herbst 21.
 Hermann 152.
 Hertel 65.
 Hess 39. 96. 130. 160. 193. 385. 407.
 Hikida 131.
 Hill Hastings 157.
 Hirschberg 26. 132. 134. 135. 137.
 191. 347.
 Hoene 216. 266.
 Hoeve 338.
 Hogue 49.
 Hoppe 23.
 Hubert 238.
 Humelsheim 340.

 Ibershof 146.
 Isakowitz 406.

 Jackson 388.
 Joëqs 241.
 Johnston 320.

 Kankrow 357.
 Kaufmann 90. 236.
 Keiper 48.
 Kipp 51.
 Knapp 236.
 Königshöfer 89.
 Krailsheimer 352.
 Kramsztyk 27. 244.
 Kriwonosów 356.
 Kröner 78. 127. 306.
 Krusius 232. 343.
 Krüekmann 96.
 Kubli 153.
 Kubnt 32.
 Kur patwiński 38.

 Lagleyze 230. 282. 313.
 Lagrange 226. 228. 311.
 Lafon 412.

Landolt 44. 88. 241.
Langie 249.
Lapersonne 429.
Laroyenne 147.
Laqueur 160.
Leiden 127.
Lemaire 83.
Levis Dixon 319.
Lewandowsky 315. 422.
Lewicki 60.
Liebrecht 40.
Lindenmeyer 21.
Lint 347.
Lomb 344.
Lundsgaard 21.
Lysitras 133.
Da Lieto Vollaro 430.

Lazarew 153.

Machek 242. 287. 325. 327.
Macieszka 244. 326.
Magnus 160.
Majewski 95. 97. 161. 199. 234.
Maraes 339.
Markowski 324.
Mathieu 76.
Mayon 148.
Meissner 58.
Mellinghoff 25.
Merz 335.
Meyer 315.
Meyerhof 9.
Michaeler 234.
Michelson-Rabinowitsch 77.
Michigasu Inouye 24.
Montinho 410.
Monthus 86. 240. 429.
Mooren 31.
Morax 11. 199.
Moreau 25. 147. 228.
Moretti 84.

Natanson 151. 340. 356. 357.
Nedden 341.
Neeze 140.
Nettleship 54.
Noceti 419.
Noiszewski 123. 377

Ogawa 41. 43.
Ohm 348.
Ollendorf 88.
Onodi 17.

Orłów 355.
Oppenheimer 87.

Pagenstecher 132.
Pal 424.
Papadannou 424.
Parker 132.
Parsons 55.
Paterstein 316.
Pattersohn 320.
Pechin 413.
Pergens 12. 27.
Pes 77.
Peters 307.
Pflugk 22.
Polack 24. 57. 429. 430.
Pover 31.
Pretori 386.
Purtscher 229.

Rabinowicz 60. 62. 63.
Raehlmann 194. 195.
Reber 48.
Redslob 23.
Reichardt 86. 159.
Reis 22. 235.
Repetto 421.
Roch 227.
Rochon-Duvigneaud 427. 429.
Rohmer 281. 328.
Rollet 196. 230. 286. 391.
Rosenfeld 61. 63.
Rosenhauch 179. 292.
Römer 39. 78. 127. 131.
Rumszewicz 115. 203. 251.

Santa Maria 46.
Sattler 21.
Saenger 235.
Saxl 408.
Scalinci 281. 387.
Schapringer 26.
Schevesteen 227.
Schirmer 32.
Schlimpert 20.
Schmidt-Rimpler 20.
Scholtz 76. 130.
Scrini 15.
Seeligsohn 133.
Seggel 32.
Sperber 192.
Stargardt 23.
Steidl 59.
Straub 228.

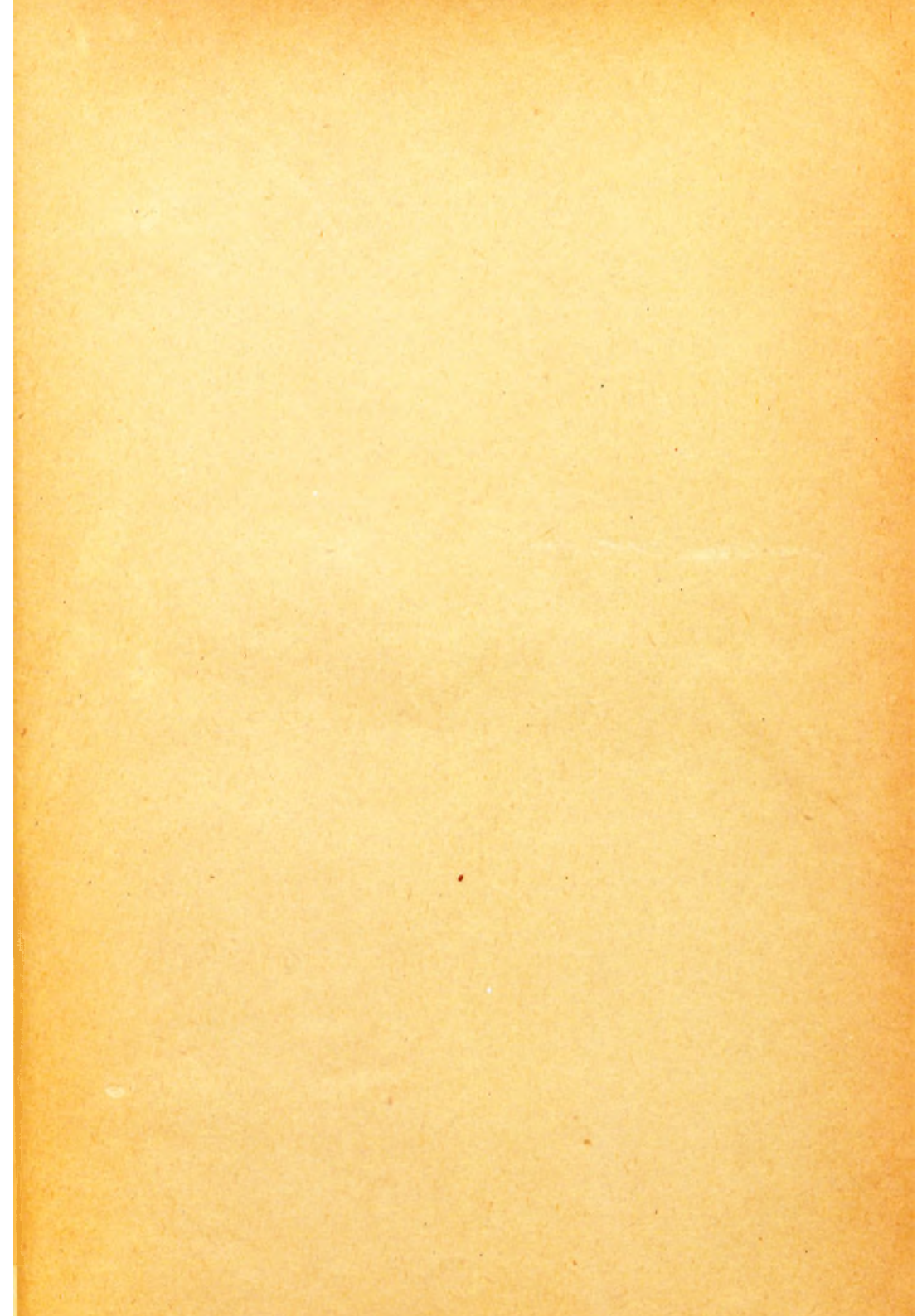
- Strzeмиński 160.
Sulzer 8.
Syczew 151.
Sylla 431.
Szymański 304.
- Teillais 353.
Terrien 15. 226. 231. 238.
Terson 240. 312. 415.
Thilliez 11.
Thomson 143.
Tojoda 236.
Tooke 283.
Trantas 414.
Treu 342.
Truc 425.
Tschirkowsky 44.
Türk 17.
- Ulbrich 342.
Usher 55.
- Vanderstraeten 32.
Velhagen 19.
Vera Salomon 393.
Villard 12. 83.
Villemonte 12. 83.
- Wagenmann 160.
Wagner 62.
Warszawski 150.
Waterman 420.
Wehrli 44.
Weidlich 386.
Weiss 350.
Wells 145.
Wessely 18.
Wicherkiewicz 1. 33. 236. 242. 288.
291. 297. 322. 323. 335. 397.
Wirtz 23.
Witaliński 5. 293.
Wolf 128. 421.
Wood 47. 64. 141.
Wradziński 319.
Würdemann 49.
- Zentmayer 389.
Ziegler 142.
Ziembicki 295.
Ziemiński 244.
Zimmermann 29. 353. 390.
Zion 290. 323.

Spis pp. referentów i podział czynności sprawozdawczej dla Postępu Okulistycznego.

- Dr Ballaban, Archiv für Augenheilkunde.
Doc. Dr Bednarski, Clinique ophthalmique, Medycyna Posiedzenia Tow. lek. lwowskiego.
Doc. Dr Chlumsky, pisma czeskie.
Dr Eberson w Tarnowie: Klin. therap. Monatschrift, Aerztliche Zentralzeitung i Przegląd lekarski.
Dr Garliński z Łodzi, Gazeta lekarska, Kronika Lek. i Czasopismo lek.
Dr Geisler, Wiener Med. Wochenschrift i »Militaerarzt«.
Dr Gruder, Ctrblatt f. Augenheilkunde.
Dr Kaczkowski z Warszawy, Annali di Ottalmologia.
Dr Liebermann, Klinische Monatsblätter.
Dr Łuniewski w Kołomyi, Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.
Doc. Dr Majewski, Archives d'Opht., Annales d'oculistique, Revue générale d'Ophthalmologie, Ophthalmologische Klinik, Ophthalmology Milwaukee.
Dr Matuszewicz, Wracz, Bulletin de la société d'opht. belge.
Dr Noiszewski, rozmaite pisma i towarzystwa lekarskie rosyjskie.
Dr Przybylski, Odessa, Recueil d'ophtalmologie.
Dr Reis, The Royal ophthalmic Hospital Reports, Deutsche medicinische Wochenschrift i Berl. klin. Wochenschrift.
Doc. Dr Szulistański, czasopisma higieniczne, Vierteljahrsschrift für ger. Medicin, Münchener Med. Wochenschrift.
Prosimy o dalsze zgłoszenia regularnego referowania i podanie odnośnych czasopism.

Redakcja.

KLINIKA OKULISTYCZNA
Uniwersytetu
Marii Curie-Skłodowskiej





BIBLIOTEKA
AKADEMII MEDYCZNEJ
W LUBLINIE

90597