Distriktskrankenhaus
LUBLIN

90597

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany

przez

Profesora Dra BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

ROCZNIK VII. — 1905.

KRAKÓW.
CZCIONKAMI DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
pod zarządem Józefa Filipowskiego.
NAKŁADEM WYDAWCY.
1905.

Okuliści polscy *)
według obliczenia z r. 1905.

*Dr Bałłaban Teodor, radca ces. Lwów, Wałowa, l. 7.
Dr Bannet Arnold, Kraków, Plac WW. Świętych, l. 11.
*Dr Bednarski Adam, docent. okulist. Uniw. lwowskiego. Lwów, Akademicka, l. 5.
Dr Beigel Adolf. Kraków.
Dr T. Berezowski, asyst. c. k. kliniki okul., Kraków.
Dr Bernhardt Józef. Wilno.
*Dr Bittner Adolf. Swisłocz (Rosya).
Dr Bieniecki. Kalisz.
Dr Borowski. Wilno.
Dr Brenner Karol. Złoczów.
*Dr Brudzewski Karol. Kraków, Floryańska, l. 38.
*Dr Burbo Barbara. Wilno, Zawalna, d. Reform. kolegium.
Dr Burzyński Alfred, II asystent kliniki okulistycznej we Lwowie.
Dr Celnarowicz Stefan. Warszawa, Długa, l. 18.
*Dr Cichański A. Przemyśl.
Dr Ciecieniowski Wiktor. Jewpatorya (Rosya).
*Dr Cywiński Maryan. Mohylew Białoruski.
Dr Cywiński Zenon. Wilno.
*Dr Dąbrowski. Grodno.
*Dr Daszewski. Kielce.
*Dr Dawidson. Warszawa.
*Dr Dembowski. Razdzielnaja.
Dr Demidowicz Bronisław Maryan, lekarz wojskowy. Włodzimierz nad Kłaźmą.
Dr Dobrzański Aleks. Warszawa, Złota, l. 14.
Dr Dudziński Jan, Nowy Sącz.
Dr Działowski Alfred. Toruń.
Dr Eberson Maur. Tarnów.
*Dr Elkner Maryan Aleks. Kamieniec podolski.
*Dr Ettinger Jakób. Warszawa.
Dr Feinstein Leon. Warszawa, Karmelicka, l. 3.
Dr Frachtmann. Jarosław.
Dr Fraenkel Henryk. Kraków, Starowiślna, l. 42.
Dr Fukała Winc. Wiedeń.
Dr Gałęzowski Ksawery. Paryż, Bl. Hausmann, l. 103.
*Dr Garliński Władysław M. Łódź.
*Dr Geisler Piotr. Jarosław.
Dr Gepner Bolesław (ojciec), nacz. lek. oftalm. Instytutu. Warszawa, Krakowskie Przedm., l. 65.
Dr Gepner Bolesław Ryszard (syn). Warszawa, — Aleje Jerozolimskie, l. 25.
*Dr Gidlewski. Lwów.
*Dr Giedrojć Juraga Witold. Aleksandropol.
Dr Gilus Wincenty, lek. oft. lecznicy im. Wołudskich w Moskwie.
*Dr Goldwasser Edward. Karlsbad.
Dr Górecki A. Paryż.
Dr Górecki Ludwik. Paryż. Rue de Trevise, l. 21.
Dr Grabowski Feliks, ordyn. kl. oft. w Charkowie.

*) Gwiazdka przy nazwisku oznacza prenumeratora Postępu, zapisanego w administracyi P. O.

Dr Gumiński Franciszek. Wiernyj, obwód Siemireczyńskij-środ.
*Dr Gruder Leon. Lwów, ul. Karola Ludwika, l. 5.
*Dr Halicki Stan. w Bobrujsku.
*Dr Hertyk. Maryampol.
*Dr Hłasko Cezary, naczelny lekarz zakładu oftalmicznego. Wilno.
Dr Hoene Jan. Kijów.
Dr Holz Zygmunt. Warszawa.
Dr Hulenicki Władysław, Sioło Uspieńskie, Sławianoserbsk, Ekater. gub.
*Dr Hulewicz. Bytom.
*Dr Huszczo Józef, Białystok.
*Dr Idzikowski Józef. Łódź.
Dr P. Jasiński. Shenandoah. Pensylwania (Ameryka).
Dr Januszkiewicz Michał. Warszawa, Ciepła l. 4.
Dr Jarnatowski. Poznań.
Dr Jaworski August, I asystent kliniki okulistycznej we Lwowie.
*Dr Kaczkowski. Warszawa, Chłodna, l. 22.
*Dr Kaczkowski St., ordynator klin. uniw. Warszawa, ul. Chmielna, 38.
*Dr Kamocki Walenty. Warszawa, Widok, l. 7.
Dr Kapuściński Bol. Poznań.
Dr Kępiński Michał. Warszawa, Senatorska, l. 32.
Dr Kicki Tytus, Lwów, ul. Kopernika, l. 3.
*Dr Koliński Józef. Łódź, ul. Piotrkowska, l. 86.
Dr Kos, Przemyśl.
Dr Kozłowski Michał Kazimierz, nacz. lekarz oftalm. szpitala Popowych. Kijów.
Dr Krajski Wacław Adolf. M. Alaki (pow. Sorokskiego). Besarabia.
Dr Kramsztyk Zygmunt. Warszawa, Nowosenatorska, l. 6.
*Dr Krzymuski. Tomsk.
Dr Kreutz. Stanisławów.
*Dr Kuropatwiński A., lek. ziemski. S. Kargatolskie.
*Dr Lachowicz Stefan. Kowno.
*Dr Langie Adam. Kraków, Sławkowska, l. 20.
*Dr Lenkiewicz-Ipohorski. Bobrujsk.
Dr Lewandowski Czesław Mikołaj, wolno-prakt. Odessa.
*Dr Lewicki Stefan. Odessa. Elizawatyńska 23.
Dr Liebermann. Kraków.
Dr Likiernik Maurycy, Łódź, Zwada, l. 12.
Dr Łasiński Ignacy, Radca zdrowia. Wrocław.
*Dr Łuniewski Stefan, b. II asystent krakowskiej klin. okul. Kołomyja.
*Dr Maciesza Aleksander. Płock.
*Dr Machek Emanuel, Prof. okulist. Uniw. Fr. I we Lwowie, Akademicka, l. 11.
*Dr Majewski Kazimierz W., docent okulistyki Uniwers. Jagiell. Kraków, ul. Szczepańska, l. 11.
Dr Majkowski. Drzewica.
Dr Marcisiewicz Feliks. kraków, ul. Wiślna, l. 10.
*Dr Marczewski Józef. Częstochowa.
*Dr Markiewicz D. Przemyślany.
Dr Markowski Stefan. Łódź, ul. Andrzeja, l. 5.
Dr Matusewicz, pryw. asys. prof. Wicherkiewicza.
*Dr Michalski. Łódź.
Dr Muttermilch Stanisław. Warszawa, ul. Miodowa, l. 5.
Dr Neschling Samuel. Opawa.
*Dr Niegolewski Felicyan. Poznań.
*Dr Noiszewski Kazimierz. Dwińsk (Dynaburg).
Dr Nowicki. Disna.
*Dr Ostafiński Maryan. Stanisławów.
Dr Płachecki Jan. Końskie.
Dr Popławska Stan. Warszawa.
*Dr Przybylski Jan. Odessa.
*Dr Radzwicki. Smoleńsk.
Dr Rakowicz. Drezno.
Dr Ratuld L. Paryż, Boulevard Barbès, l. 57.
*Dr Reis Wiktor. Lwów, Jagiellońska, l. 17.
*Dr Reyro Mieczysław. Lublin.
Dr Rosenzweig Leo. Lwów, ulica Trzeciego Maja, l. 7.
*Dr Rotbert. Warszawa. Nowy Świat, l. 7.
*Dr Rumszewicz Konrad. Kijów.
*Dr Rymowicz Feliks, Doc. okulistyki. Warszawa.
*Dr Rymsza Wacław. Hurykowa, pow. Klecki.

Dr Sawicz Witold., ordyn. szpit. wojsk. w Moskwie.
Dr Schayer Wilhelm, Berno mor.
Dr Stasiński Jan. Poznań.
*Dr Strzemiński Ign. Wilno, Trocka.
Dr Świda Ignacy. Mińsk.
*Dr Szczepaniak Antoni. Radom.
*Dr Szulisławski Adam, docent okulistyki Uniw. lwowskiego. Lwów, ul. Jagiellońska, l. 8.
*Dr Szymański. Niżnyj Nowgorod.
*Dr Talko Józef (ojciec). Lublin. — Krakowskie Przedmieście, l. 50.
*Dr Talko Włodz. (syn). Sosnowiec.
Dr Tomaszewski. Śmigiel.
Dr Topolański. Wiedeń. Szpit. Braci Miłosierdzia.
*Dr Uziembło. Saratów.
*Dr Weisberg. Łódź.
*Dr Wicherkiewicz Bogdan. Poznań, St. Marcin, l. 6.
*Dr Wicherkiewicz Bolesław, Radca san.; Prof. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, ul. Wolska, l. 15.
Dr Winawer Adolf. Warszawa, Elektoralna, l. 4.
*Dr Witaliński Wincenty, I asystent kliniki okulistycznej w Krakowie.
Dr Wittlin Maksymilian. Kraków.
Dr Wolfring Emil, b. prof. okulist. Uniw. warszawskiego. Warszawa, Marszałkowska, l. 87.
Dr Wulfsohn Zygmunt. Warszawa.
Dr Zabłocki Stanisław, lekarz i okulista portu w Petersburgu.
*Dr Zagórski Ad. Rzeszów.
*Dr Zajdenmann Mojżesz. Lublin.
Dr Ziemiński Bronisław. Warszawa, Marszałkowska, l. 140.
Dr Zion Oswald. Lwów, Sykstuska, l. 21.
Dr Zazuliński. Winnica.

90597

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Styczeń -:- ROCZNIK SIÓDMY -:- 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z c. k. kliniki okulistycznej Radcy Prof. B. Wicherkiewicza w Krakowie.

O ametropometryi i astygmoskopii.

Podał

DOC. DR KAZIMIERZ WINCENTY MAJEWSKI.

Z początkiem XVII stulecia Krzysztof Scheiner (1579—1650), rektor kollegium Jezuitów, matematyk i astronom, zrobił ciekawe spostrzeżenie, że oko, patrząc równocześnie przez dwa otworki w kartonie, tylko ten punkt widzi pojedynczo, w który się w danej chwili wpatruje, wszystkie zaś punkty dalej i bliżej położone widzi podwójnie. Jeśli zrobimy w kartonie trzy otworki, wtedy punkty te będą widziane potrójnie, jeśli cztery, poczwórnie i t. d. Koniecznym jest jednak warunkiem, żeby oddalenie skrajnych otworków było mniejsze od średnicy otworu źrenicznego tak, żeby wszystkie były źrenicą objęte. Znane to Scheinerowskie doświadczenie służy, jak wiadomo, jako dowód istnienia akomodacyi. Jasną jest rzeczą, że nie tylko dynami-

czna zmiana refrakcyi, wytworzona przez słabszy lub silniejszy skurcz akomodacyi, ale i statyczny stan łamliwości oka może w pewnych warunkach powodować tę tak zwaną stenopeiczną diplopię jednooczną.

Tomasz Young*) zastosował pierwszy z początkiem XIX stulecia zasadę Scheiner'a do oznaczania stopnia ametropii. Obmyślił on w tym celu optometr, składający się z czarnej deseczki, której środkiem biegnie cienka linia biała. Oko badane, uzbrojone w szkło + $10_{,0}$ D, patrzy przez dwa małe otworki w ekranie lub dwie wąskie, tuż obok siebie położone pionowe szparki — w kierunku tej linii białej. Jeśli oko to jest miarowe, wtedy soczewka + $10_{,0}$ D ustawia jego chwilowe *punctum remotum* w odległości 10 cm. Ten więc punkt linii białej jest widziany pojedynczo, wszystkie zaś punkty bliższe i dalsze podwójnie. Skutek tego jest taki, że badany widzi dwie białe linie, przecinające się w punkcie, na który oko jest nastawione za pomocą użytej soczewki wypukłej. Położenie tego punktu na deseczce może badany oznaczyć, ustawiając w tem miejscu przesuwalną wzdłuż linijki wskazówkę. W razie myopii punkt skrzyżowania linii znajdzie się w odległości mniejszej, w razie zaś hypermetropii w odległości większej, niż 10 cm od oka. Deseczka opatrzona jest podziałką, pozwalającą wprost z położenia punktu przecięcia wskazanego przez osobę badaną odczytać rodzaj i stopień wady refrakcyi. Sposób ten mógłby doskonale służyć do oznaczania refrakcyi u osób inteligentnych, gdyby nie trudność zupełnego zwolnienia akomodacyi przy patrzeniu na tak bliskie przedmioty. Nie zawsze zaś możemy uciekać się do pomocy atropiny. W korzystniejszych warunkach postawimy oko badane, pozwalając mu patrzeć na większą odległość (5 lub 6 metrów). Wtedy zmniejsza się skłonność do akomodacyi.

W najnowszych czasach zużytkował spostrzeżenie Scheinerowskie w celach optometryi Hassler, lekarz szpitala wojskowego w Bordeaux, a za jego przykładem Le Méhauté,

*) Tscherning: Optique physiologique. R. 1898, str. 71.

profesor w szkole hygieny morskiej również w Bordeaux, oparł na tej samej zasadzie swój ametropometr i wypróbował ten przyrząd w ostatnich trzech latach w klinice i pod kierunkiem Fromaget'a*). Jest to płytka nieprzezroczysta z dwoma blizko siebie położonymi otworkami. Przez oba te otworki patrzy oko badane w ciemnym pokoju na oświetlone okienko w czarnym ekranie. Okienko to ma postać wydłużonego prostokąta i znajduje się w odległości kilku metrów. Jeśli oko jest miarowe, wtedy widzi ono ów świetlny prostokąt pojedynczo, bo promienie równoległe, wpadające przez oba otworki, zbierają się na siatkówce w jednem miejscu i wytwarzają jeden obrazek. Jeśli zachodzi myopia, wtedy prostokąt widziany jest podwójnie, ponieważ równoległe wiązki promieni przepuszczone przez oba otworki przecinają się przed siatkówką, a na siatkówce wytwarzają dwa, oddzielne obrazki. Jeśli jeden otworek zasłonimy szkłem czerwonem, a drugi zielonem, to uzmysłowi to nam natychmiast rodzaj diplopii. Na siatkówce obrazki są skrzyżowane, ale dzięki odwrotnej projekcyi obrazków siatkówkowych, badany powie nam, że widzi prostokąt n. p. czerwony po tej stronie, po której znajduje się otworek zasłonięty szkłem czerwonem *(Diplopia homonyma)*. Jeśli oko jest nadmiarowe, wtedy równoległe wiązki promieni, przechodzące przez oba otworki, przetną się poza siatkówką, a na siatkówce wytworzą dwa obrazki równoimienne, czego następstwem będzie dwuwidzenie skrzyżowane. Tę ścisłą zależność rodzaju diplopii od rodzaju ametropii uzmysławia przedstawiony na rycinie 1 szemat, tak prosty, że nie wymaga bliższych objaśnień.

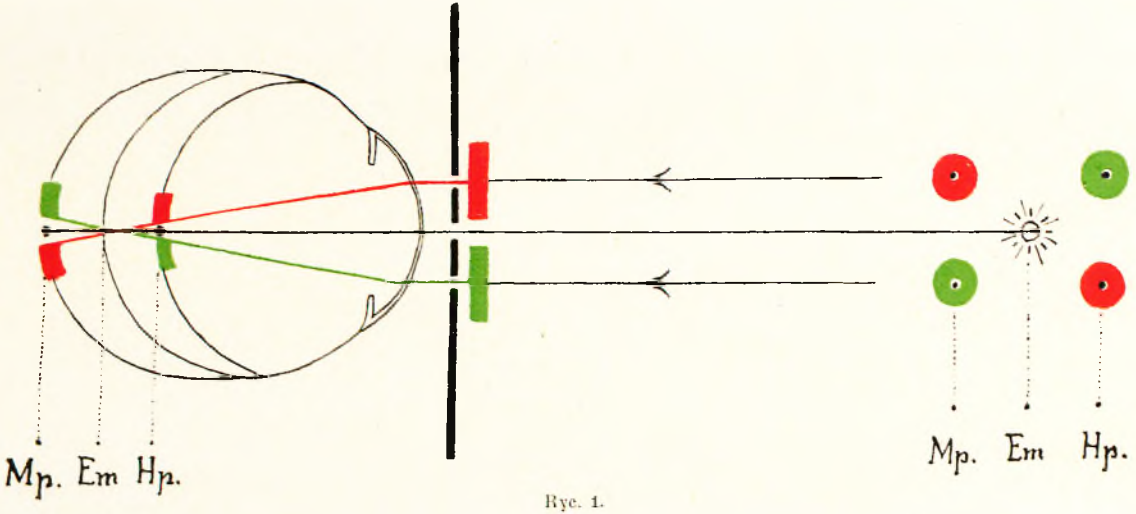
Rzecz jasna, że, jeśli za pomocą odpowiedniego szkła wyrównamy dokładnie ametropię, to znikną kręgi rozproszenia, a tem samem i dwuwidzenie i oko badane będzie widziało jeden tylko świetlny prostokąt. To jest też główną zasadą tego sposobu oznaczania refrakcyi, a wynika stąd potrzeba wstawiania przed oko badane coraz to innych szkieł zupełnie tak samo, jak przy metodzie Donders'a. Ażeby wyszukiwanie

*) Fromaget: Ann. d'Oculist. 1903. Nr 3.

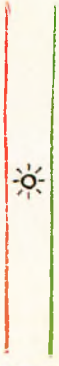
odpowiedniego szkła uprościć i ułatwić, można zastosować bądź to optometr Cooper'a (duże koło, dające się obracać i opatrzone skalą soczewek wklęsłych i wypukłych), bądź tarczę Rekoss'a z jakiegokolwiek wziernika refrakcyjnego. Fromaget*) opisuje odpowiednie, do ramek okularów próbnych podobne urządzenie, za pomocą którego ustalić można przed okiem tarczę oftalmoskopu po odkręceniu rączki. Użył on do tego zmodyfikowanego nieco oftalmoskopu Kalt'a. Miejsce zwierciadła wziernikowego zajmuje płytka z dwoma otworkami Scheinerowskimi. Przyrząd Fromaget'a *(porte-optomètre)* ma mieć tę zaletę, że pozwala ustawić oba otworki dokładnie naprzeciw źrenicy oka badanego. W miarę, jak obracamy tarczę Rekoss'a, przesuwając przed okiem coraz to silniejsze szkła, stosownie do potrzeby wklęsłe lub wypukłe, rozstęp zdwojonych obrazków się zmniejsza, aż wreszcie przy szkle wyrównywającem wadę refrakcyi oba barwne prostokąty świetlne nakrywają się wzajemnie. Oczywiście oznaczamy przez to refrakcyę tylko w jednym południku, mianowicie w południku równoległym do linii, łączącej oba otworki optometru. Do kierunku tego musi być świetlny prostokąt (znajdujący się w odległości 6ciu metrów) swym długim wymiarem ustawiony prostopadle. Okręcając płytkę optometru, możemy oznaczyć refrakcyę w każdym dowolnym południku z osobna za pomocą szkieł wyłącznie sferycznych. Trzeba tylko okręcać równocześnie świetlną szparę prostokątną tak, aby zawsze stała prostopadle do kierunku zdwojenia. Tym sposobem możemy oznaczyć także astygmatyzm, należy jednak poprzednio na innej drodze poznać położenie jego osi głównych.

Przeprowadziwszy szereg wstępnych prób w klinice okulistycznej prof. Wicherkiewicza, któremu na tem miejscu składam podziękowanie za łaskawie udzielane rady i wskazówki, — doszedłem do przekonania, że najłatwiej przychodzi badanemu podać ściśle chwilę, kiedy zdwojone obrazki ulegają

*) L. c.

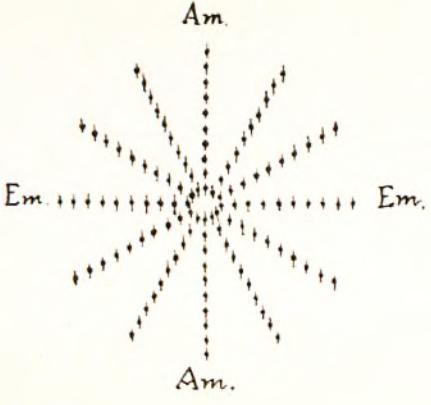


Ryc. 1.



Ryc. 2.

Ryc. 1. przedstawia przebieg promieni przy ametropometryi.
Ryc. 2. Obraz stenopeiczny widziany przy ametropometryi przez oko niemiarowe.
Ryc. 5. Figura gwiezdzista astygmoskopu widziana przez oko niezborne.



Ryc. 5.

zupełnemu i dokładnemu zjednoczeniu, jeśli przedmiotem jest nie wydłużony prostokąt, ale wprost linia świetlna, stojąca prostopadle do tego południka, w którym zamierzamy oznaczyć refrakcyę. Nie zadowolniłem się jednak jasną szczeliną, zrobioną na wzór prostokąta Fromaget'a w czarnym ekranie, bo jest rzeczą wielce niewygodną ekran ten, zawieszony w odległości 5—6 mtr od osoby badanej, — okręcać zawsze o tę samą ilość stopni, co płytkę ametropometru przed okiem pacyenta. Aby sobie tej niewygody i tego trudu oszczędzić, użyłem następującego sposobu: Jako przedmiot służy mi okrągły otwór, mający 1 cm średnicy w tarczy, zasłaniającej silnie źródło światła: lampę elektryczną Nernst'a o sile 34 świec tak umieszczoną, że jej włókno najjaśniej świecące przypada na sam środek otworu. Badanie odbywa się z odległości 4 lub 5 metrów. W płytce ametropometru zrobione są trzy otworki, leżące w jednej linii, środkowy najmniejszy ($^1/_3$ mm średnicy), a dwa boczne o 1 mm od środkowego, a o $2^1/_2$ mm od siebie oddalone nieco większe ($^1/_2$ mm średnicy). Przez taką płytkę widzi oko niemiarowe trzy punkty świecące, które zlewają się w jeden, gdy ametropia zostanie wyrównaną. Obydwa boczne otwory zasłonięte są jednak małemi szkiełkami cylindrycznemi płaskowypukłemi o promieniu = 3,5 mm, ułożonemi osią ściśle równolegle do linii łączącej otworki. Prócz tego prawy otworek jest opatrzony płaską płytką szkła czerwonego, a lewy takąż płytką szkła zielonego. Środkowy otworek jest pusty. Dzięki temu urządzeniu oko niemiarowe widzi, przy poziomem ułożeniu otworków, punkt świecący w środku, a po obu bokach dwie pionowe linie barwne (ryc. 2), powstałe przez rozciągnięcie punktu świetlnego cylindrycznem działaniem szkiełek; i to linię czerwoną na prawo, a zieloną na lewo od punktu środkowego *(diplopia homonyma)*, jeśli zachodzi myopia, a przeciwne ich ustawienie *(diplopia cruciata)*, jeśli zachodzi hypermetropia. Okręcając płytkę wraz z cylindrami, otrzymujemy w każdem położeniu prostopadłe ustawienie linii świetlnych do kierunku zdwojenia.

Wyszlifowanie odpowiednich szkieł cylindrycznych przed-

stawia dość znaczne trudności*). Jest rzeczą bardzo ważną, aby nie działały one pryzmatycznie, muszą zatem mieć wzdłuż osi wszędzie jednakową grubość. Działanie pryzmatyczne miałoby ten skutek, że badany widziałby zawsze dwie oddzielne smugi bez względu na to, czy oko jest miarowe, czy niemiarowe, czy wreszcie za pomocą szkła korrekcyjnego do miarowego stanu sprowadzone. Przyrząd zatem nie odpowiadałby wcale swemu przeznaczeniu. Równie zależy na tem wiele, żeby osie obu cylindrów leżały dokładnie na jednej linii prostej, ściśle równoległej do linii, łączącej środki otworków w płytce. Tylko wtedy oba barwne promienie mogą być dokładnie równoległe, a tem samem mogą się dokładnie, w całej długości, nakrywać, gdy diplopia zostanie przez szkło wyrównawcze zniesioną. Dla uzyskania smug kolorowych możnaby użyć wprost cylindrów ze szkła barwnego. Liczne próby jednak przekonały mię, że o wiele korzystniej jest użyć cylindrów bezbarwnych, a przed nimi, lub poza nimi, co jest rzeczą obojętną, umieścić przed każdym z bocznych otworków malutką płaską płytkę szkła barwnego, n. p. przed jednym czerwoną, przed drugim zieloną. Płytki te mogą być dość grube, przez co zabarwienie linii świetlnych jest piękniejsze i bardziej wysycone, ale znowu dla uniknięcia działania pryzmatycznego muszą obie ich płaskie powierzchnie być ściśle do siebie równoległe. Nakoniec zarówno oba szkła cylindryczne swemi płaskiemi powierzchniami, jak i obie płytki barwne, muszą być ułożone ściśle równolegle do płaszczyzny blaszki metalowej, w której są zrobione Scheinerowskie otworki. Inaczej i tu mogłoby powstać źródło działania pryzmatycznego.

W chwili, gdy obie linie świetlne dokładnie się nakrywają, smuga z nich powstała posiada barwę mieszaną, złocistomiedzianą. Płytek szklanych o barwach choć w przybliżeniu dopełniających znikąd dostać nie mogłem. Ale gdyby się nawet takie szkła znalazły, to pamiętać jeszcze należy, że zabarwienie

*) Wszystkie przyrządy omawiane w tym artykule wykonał dokładnie i ściśle wedle otrzymanych wskazówek optyk i mechanik, p. K. Zieliński w Krakowie.

linii świetlnych zależy nie tylko od koloru płytek, ale i od koloru użytego światła. Należałoby chyba posługiwać się światłem dziennem, a więc wziąć jako punkt świecący otwór w okiennicy, ale to też przedstawia różne niedogodności. Tak więc sprawa barw dopełniających, tak zresztą ponętna, jest niełatwą do rozwiązania.

Pozostaje mi jeszcze usprawiedliwić potrzebę trzeciego, malutkiego otworu, położonego w środku między dwoma bocznymi i niezasłoniętego żadnem szkłem. Przez otwór ten widzi oko badane w każdym przypadku niezmieniony punkt świecący w ekranie. W razie wady refrakcyi spostrzega zatem badany opisaną już wyżej figurę (ryc. 2), złożoną z punktu świecącego w środku i dwóch linii barwnych równoległych, ustawionych po bokach i przebiegających pionowo, skośnie lub poziomo, stosownie do ustawienia płytki optometru. Korzyść tego urządzenia leży w tem, że porozumienie z osobą badaną jest ułatwione. Zapytujemy ją mianowicie, kiedy zauważy, że linie barwne, zbliżając się do siebie w miarę dochodzenia do pełnej korrekcyi, — dosięgną środkowego punktu świecącego i nakryją się wzajemnie. Jeśli przy wąskiej źrenicy, mimo, że otworki skrajne leżą blizko siebie ($2^1/_2$ mm), zniknie na chwilę jedna z linii barwnych przez to, że odpowiedni otworek przy poruszeniu głowy znajdzie się poza obrębem źrenicy, to jednak zawsze pozostanie punkt środkowy i druga linia świetlna. Otóż do oznaczenia refrakcyi wystarczy, jeśli przez dokładną korekcyę doprowadzimy tę linię do przecięcia się z punktem. Wreszcie w rzadkich przypadkach ślepoty barwnej, gdy badany nie rozpoznaje, który promień jest czerwony, a który zielony, oznaczenie rodzaju ametropii bywa bardzo utrudnione za pomocą samego ametropometru. Otóż i w takim razie otworek środkowy oddaje nam dobre usługi. Wystarczy bowiem jednę z bocznych dziurek zasłonić za pomocą bardzo prostej na płytce umieszczonej zasówki, a wtedy obraz zdwojenia ze symetrycznego staje się niesymetrycznym, złożonym z jednego promienia i obok położonego punktu, co bez oglądania się na barwę promienia do porozumienia się z badanym zupełnie wystarcza.

Nie ulega jednak wątpliwości, że warunki są najkorzystniejsze, gdy wchodzą w grę wszystkie trzy składowe części obrazu stenopeicznego, t. j. oba promienie i punkt środkowy, a udaje się to uzyskać z łatwością nawet przy względnie wąskiej źrenicy. Zauważyć przytem trzeba, że badanie odbywa się w pokoju zaciemnionym, że zatem przez to samo źrenica trochę się rozszerza, o ile nie przeciwdziała temu blask otworu świetlnego w ekranie. W razie wybitnej miozy trzeba jednak źrenicę choć trochę rozszerzyć, do czego wystarcza nieraz jedna kropla 1% roczynu kokainy.

Aby zapewnić szybką zmianę szkieł przed okiem badanem, poleciłem przystosować okrągłą płytkę ametropometru do wziernika refrakcyjnego systemu Morton'a, w którym zajmuje ona miejsce większego lusterka (ryc. 3). Nawiasem nadmieniam, że płytka ametropometru jest w ten sposób z wziernikiem połączona, iż można ją w każdej chwili odjąć, zastąpić lusterkiem i posługiwać się wziernikiem do oftalmoskopowania. Zamiast umieszczać cały ten przyrząd w ramkach okularowych, jak to czynią Le Méhauté i Fromaget i co mi się wydaje urządzeniem bardzo ciężkiem i niewygodnem, — wkręcam po prostu wziernik do odpowiednio przerobionego trzonka, a ten wkładam i przymocowuję śrubką do metalowego statywu, dającego się wygodnie postawić na byle jakim stoliku. Możliwem jest także użycie statywu wielkiego (1,20 mtr wysokości), stojącego na ziemi na ciężkiej podstawie. Wtedy badany, siedząc na krześle lub na taburecie do wykręcania, może wygodnie patrzeć przez otworki optometru, który można prócz tego w pewnych granicach jeszcze podnosić i obniżać. Nakoniec praktycznem okazało się ramię metalowe poziome, złożone z trzech kolankowo połączonych części, przybite mocno do ściany w wysokości przeszło 1 metra. Na końcu ostatniej części tego ramienia z łatwością daje się pionowo umocować wziernik z płytką ametropometru. Ramię to, gdy jest złożone, zabiera bardzo mało miejsca przy ścianie, a do badania może być mniej lub więcej rozprostowane, a wtedy wziernik dosięga

prawego lub lewego oka osoby badanej, siedzącej w odległości 1 metra od ściany.

Kółko wziernika, służące do przesuwania soczewek, można powierzyć badanemu, aby je sam obracał, zaczynając od zera w kierunku szkieł wklęsłych lub wypukłych, zależnie od rodzaju wady refrakcyi. We wielu razach lepiej jednak samemu przesuwać szkiełka przed okiem badanem, wypytując badanego, przy którem szkle promienie barwne schodzą się razem i przechodzą jako jedna barwna smuga przez sam środek punktu świecącego. Do odczytania numeru szkła korrekcyjnego na tarczy wziernika potrzebne jest słabe światło, padające padające z poza głowy osoby badanej. Oczywiście, że przy myopii trzeba się zatrzymać przy pierwszem (najsłabszem) szkle wklęsłem, przy którem linie świetlne już ulegają zjednoczeniu, a w razie hypermetropii przy ostatniem (najsilniejszem) szkle wypukłem, przy którem jeszcze się utrzymuje fuzya promieni. Jeśli badany z jakichkolwiek powodów nie może akomodować, wtedy jedno tylko szkło istnieje, które sprowadza dokładną fuzyę. Szkło silniejsze wytwarza na nowo diplopię i to przeciwną, niż była poprzednio, boć czyni ono w tych warunkach myopa hypermetropem i *vice versa*. Jeśli więc przy pewnem szkle wklęsłem dowiadujemy się od pacyenta, że obrazki są jeszcze zgodne, a przy następnem szkle już skrzyżowane, to wysnuwamy stąd wniosek, że właściwe szkło korrekcyjne leży w pośrodku.

Ryc. 3.
Wziernik Mortona
z płytką ametropometru.

Jak przy wszystkich, zarówno podmiotowych, jak przedmiotowych, metodach oznaczania refrakcyi, tak i przy ametro-

pometryi trzeba się liczyć z ujemnym wpływem akomodacyi, zwłaszcza u osobników młodych, u których z tego powodu często myopię oznaczamy za wysoko, a hypermetropię za nisko. Uwzględniając tę skłonność do akomodacyi, lepiej jest w takich przypadkach za miarę myopii przyjmować to szkło, przy którem barwne smugi stykają się tylko ze sobą tak, że nie ma już między niemi czarnej szczeliny, a nie dopiero to, przy którem fuzya jest już zupełnie dokładną. Przy hypermetropii zaś należałoby posunąć się aż do tego szkła, przy którem te linie jeszcze trzymają się siebie i, stykając się ze sobą, przecinają środkowy punkt świetlny. I tak jednak oznaczymy tym sposobem tylko hypermetropię jawną. Bezwarunkowo pewne wyniki możemy uzyskać tylko po porażeniu akomodacyi atropiną.

Nie należy też zapominać o wpływie oddalenia szkła korrekcyjnego od oka. Wyżej opisany przyrząd zwrócony jest tarczą Rekoss'a do oka osoby badanej, której polecamy zbliżyć się jak najbardziej do otworu wziernika. Odległość zatem soczewek od oka jest tu istotnie sprowadzona do *minimum*. Nie da się jednak zaprzeczyć, że przy wyższych stopniach ametropii błąd stąd wynikający jest bądź co bądź znaczny. Wiadomo, że jeśli myopia wynosi n. p. 20 D, to soczewka wklęsła, jakiej potrzeba do zupełnego wyrównania tej myopii, musi mieć aż — 25 D, jeśli odległość szkła od środka rogówki wynosi 10 milimetrów. Mam nadzieję, że w niedługim czasie będę mógł podać taki sposób użycia opisanej modyfikacyi ametropometru, że to źródło błędów zostanie usunięte, a zarazem badanie optometryczne znacznie się uprości. Odnośnych prób i doświadczeń dotąd jeszcze nie ukończyłem.

Pozostaje mi jeszcze wyjaśnić, w jaki sposób oznacza się za pomocą ametropometru astygmatyzm. Jak wyżej wspomniałem, ametropometr wskazuje refrakcyę zawsze w jednym tylko południku, mianowicie w tym, który odpowiada linii, łączącej trzy otworki stenopeiczne, — i to jest właśnie jego zaletą. Płytkę można okręcać i linię otworków ustawiać kolejno w różnych południkach, których położenie odczytujemy na mosiężnej

obrączce, otaczającej płytkę optometru i opatrzonej podziałką ze stopniami łukowymi. Możemy zatem w każdym południku z osobna oznaczyć refrakcyę za pomocą szkieł sferycznych. Chodzi tylko o oznaczenie głównych osi astygmatyzmu. U osób inteligentnych i obdarzonych pewnym stopniem bystrości spostrzegawczej możnaby dokonać tego wprost za pomocą samej tylko ametropometryi. Ponieważ siła łamliwa oka niezbornego jest w różnych przekrojach różna, przeto i rozstęp obu linii barwnych w różnych południkach nie będzie jednaki. Jeśli w jednym z południków refrakcya jest miarowa *(As simplex)*, wtedy położenie jego znajdziemy z łatwością, bo badany spostrzeże przy okręcaniu płytki, że w tym południku dwa barwne promienie łączą się w jeden i przechodzą przez punkt środkowy. Najmniejsze wychylenie płytki z tego położenia sprawia, że się promienie natychmiast rozchodzą (zgodnie lub przeciwnie: *As. myopicus* lub *As. hyperopicus*), a największy ich rozstęp wskaże nam kierunek drugiej osi głównej, w której odrazu możemy przystąpić do wymierzenia zachodzącej myopii lub hyperopii.

Trudniejsze jest zadanie, gdy w obu południkach istnieje ametropia *(As. compositus)*. Główne osie astygmatyzmu wskazałby nam inteligentny pacyent, podając, w których dwóch położeniach rozstęp linii jest najmniejszy i największy. Jeśli zachodzi *As. mixtus*, wtedy obrazki w przekroju niedomiarowym są zgodne, a w przekroju nadmiarowym skrzyżowane. Główne osie wskaże największy rozstęp jednych i drugich. Już teoretycznie trzeba przypuścić, że przy *As. mixtus*, skoro w jednem położeniu obrazki są zgodne, a w drugiem skrzyżowane, to musi się znaleźć jakieś położenie pośrednie, w którem diplopia znika zupełnie i oko zachowuje się tak, jak gdyby było miarowe. Jest to ta chwila przy okręcaniu płytki, kiedy barwne linie, dążąc naprzeciw siebie, mijają się wzajemnie i równocześnie przecinają się ze środkowym punktem świecącym. To zachowanie się obrazu stenopeicznego stwierdziłem istotnie w kilku przypadkach wybitnego *As. mixtus*.

Na ogół jednak nie należy zanadto polegać na podaniach

chorych przy takiem szukaniu głównych osi astygmatyzmu i lepiej na innej drodze poznać ich położenie, a potem ustawić otworki stenopeiczne kolejno, równolegle do jednej i do drugiej i w każdej z nich ametropometrycznie oznaczyć refrakcyę.

Ryc. 4.
Astygmoskop.

Nieraz, — jeśli zachodzi wybitna niezborność rogówkowa, — dostatecznie nas poinformuje keratoskop. Oczywiście za pomocą astygmometru Javal'a jesteśmy w stanie położenie głównych osi oznaczyć z wielką dokładnością. Ale ani keratoskop, ani astygmometr nie wykryją wcale ewentualnej niezborności soczewkowej, to też nieraz musimy się uciec bądź do skiaskopii, bądź do metod podmiotowych. Z tych ostatnich praktycznym jest sposób zalecony przez Dra Le Méhauté*). Pokazuje on badanemu w ciemnym pokoju krzyż *(la croix lumineuse astigmoscopique),* którego ramiona złożone są z szeregu otworów w ekranie, zasłaniającym silne źródło światła. Badany siedzi w odległości 5 mtr od ekranu. Przyjmując najprostszy przypadek *As. myopicus simplex,* wiemy, że wszystkie punkty świecące przedstawią się jako krótkie kreseczki (smugi rozproszenia) równoległe do południka nieprawidłowej (krótkowzrocznej) krzywizny. Skutek będzie taki, że ramiona krzyża przedstawią się jako szeregi krótkich kreseczek świetlnych. Ramię, które stoi równolegle do południka nieprawidłowej refrakcyi, widziane będzie zatem, jako jednostajna, ciągła linia świetlna, bo poszczególne smugi rozproszenia, ułożone równolegle do kierunku tego ramienia, nakrywają się dachówkowato i zlewają się ze sobą. Drugie zaś ramię będzie się przedstawiać, jako szereg poprze-

*) Fromaget: Ann. d'Ocul. 1903. Nr 3.

cznych, do sztachet podobnych kreseczek jasnych. Jeśli ramiona krzyża nie odpowiadają swem ustawieniem głównym osiom astygmatyzmu, wtedy Le Méhauté okręca ekran z krzyżem tak długo, aż badany ujrzy jedno z ramion krzyża jako pełną linię świetlną.

Jeżeli w żadnym południku refrakcya nie jest prawidłowa *(As. compositus, As mixtus)*, w takim razie powstają, gdy ekran z krzyżem jest o 5 mtr odległy, nie linijne smugi, lecz owalne kręgi rozproszenia, a tem samem różnica między ramionami krzyża staje się mniej wyraźną, mniej w oczy bijącą. Należałoby zatem za pomocą odpowiedniego szkła sferycznego wyrównać najpierw ametropię w jednym z głównych południków i w ten sposób *As. compositus* wzgl. *mixtus* zamienić na *As. simplex*. Ponieważ tu jednak chodzi tylko o znalezienie kierunku głównych osi, więc, aby uniknąć tej uciążliwej zwłoki, używam zamiast ekranu z krzyżem małej tarczy okrągłej (4 ctm średnicy), osadzonej na rączce, z małą, dziurkowaną, dwunastoramienną figurą gwieździstą (ryc. 4). Przyrządzik ten możnaby nazwać *astygmoskopem*. Jeśli mamy do czynienia z *As. myopicus, compositus* takiego stopnia, że obie linie ogniskowe znajdują się w niewielkiej odległości przed okiem, wtedy badany sam znajdzie jednę lub drugą linię ogniskową, zbliżając, to oddalając od oka przyrząd zwrócony ku światłu (n. p. ku lampie żarowej ze szkła mlecznego). Druciki z główkami, wystające poza obwód tarczy w przedłużeniu poszczególnych promieni, służą do tego, aby badany, trzymając w jednem ręku rękojeść astygmoskopu, palcem drugiej ręki mógł wskazać drucik odpowiadający temu promieniowi, który widzi jako ciągłą linię świetlną. Okręcać płytki astygmoskopu nie potrzeba wcale, bo wobec większej liczby promieni zawsze dwa z nich znajdą się w położeniu zbliżonem do głównych osi astygmatyzmu, które można tem samem określić z wystarczającą dokładnością.

Jest to oczywiście sposób badania, nieróżniący się zasadniczo niczem od badania za pomocą promienistego półkola czarnych linii, podanego przez Wecker'a. Tylko astygmoskop

pozwala badanemu o wiele łatwiej zauważyć i ocenić to, co nam służy do określenia kierunku głównych osi astygmatyzmu (por. ryc. 5 na tablicy między str. 4 a 5). Jest rzeczą łatwo zrozumiałą, że różnica między poszczególnymi promieniami astygmoskopu występuje tem jaskrawiej, im wyższy jest stopień niezborności i im ona jest bardziej regularną. Przy As $< 1{,}_0$ D nie każdy pacyent potrafi dokładnie nam wskazać promień, odpowiadający jednemu z głównych południków. W takich razach musimy użyć jednej z metod przedmiotowych.

Jeśli niezborność jest tego stopnia, lub takiego rodzaju, że żadna z linii ogniskowych nie znajduje się w pobliżu przed okiem badanem (n. p. *As. hyperopicus*), w takim razie nic łatwiejszego, jak stworzyć za pomocą szkła sferycznego, wypukłego dość silną myopię sztuczną w obu południkach i zbliżyć w ten sposób linie ogniskowe na odległość wygodną do badania. Wiadomo przecież, że przytem ani stopień niezborności, ani tem mniej kierunek osi głównych nie ulegnie żadnej zmianie. Wystarczy znaleźć kierunek jednej osi głównej, boć przy niezborności regularnej druga stoi na niej prostopadle lub zbacza od linii prostopadłej o kąt bardzo nieznaczny.

Oczywiście za pomocą opisanego przyrządu możnaby także oznaczyć refrakcyę tak w jednym, jak i w drugim południku, mierząc odległość obu linii ogniskowych od oka. Przy *As. myopicus compositus* odległości te wskazują wprost stopień myopii, przy innych rodzajach niezborności trzebaby odjąć soczewkę wypukłą, użytą do wytworzenia sztucznej myopii. Byłby to jednak sposób wcale nie nowy i mógłby chyba tylko przy zapewnionym spoczynku akomodacyi dać pewne wyniki. Natomiast, jeżeli chodzi tylko o szybkie wyszukanie położenia osi głównych, to astygmoskop odda nam może lepsze usługi niż niejeden z zalecanych dotąd sposobów badania. W obu znalezionych osiach oznaczamy następnie refrakcyę bezpośrednio drogą ametropometryi.

Jakakolwiek metoda oznaczania refrakcyi, jeśli ma pozyskać sobie zwolenników i znaleźć szersze zastosowanie, musi odpowiadać co najmniej dwom warunkom: po pierwsze trzeba, żeby była łatwą i praktyczną w użyciu, a powtóre musi dawać wystarczającą rękojmię dokładności.

Co do pierwszego warunku, to pamiętać należy, że ametropometrya jest metodą podmiotową, wymaga zatem inteligentnego współdziałania ze strony osoby badanej. Jeśli to jest jej wadą, to wadę tę podziela ona z całym szeregiem innych metod podmiotowych, z których niejedna pomimo tego dobre oddaje nam usługi. Toć i niczem niedająca się zastąpić metoda doboru szkieł Donders'a wymaga pewnego stopnia inteligencyi i wielkiej uwagi ze strony badanego, zwłaszcza, jeśli chodzi o wyrównanie, a tem samem oznaczenie astygmatyzmu. Przy ametropometryi badany nie potrzebuje się zastanawiać, czy widzi wyraźniej, lub mniej wyraźnie, co nieraz nie bywa rzeczą łatwą, a tylko ma podać moment, w którym dwa wyraźne, jasne, kolorowe promienie zleją się w jeden promień koloru mieszanego, przechodzący przez środek świecącego punktu. W najgorszym razie wystarczy, jeśli nam powie, kiedy czerwony promień przechodzi na prawą stronę od zielonego, a kiedy na lewą. Szkło korrekcyjne znajduje się wtedy w pośrodku między temi dwiema pozycyami. Otóż — która ręka prawa, a która lewa i który promień czerwony, a który zielony, — to są pytania, na które możemy śmiało żądać odpowiedzi nawet od dziecka, co się czytać jeszcze nie uczy. Jak sobie radzimy w przypadkach ślepoty barwnej, — o tem była już mowa na str. 7.

Badając ametropometrem wielu chorych w klinice uniwersyteckiej prof. Wicherkiewicza, wybierałem niekiedy umyślnie jak najmniej umysłowo rozwiniętych, a prawie bez wyjątku udawało mi się wytłómaczyć im, o co chodzi i wydobyć z nich zadawalniające odpowiedzi. Co prawda, we wielu razach nie opłaci się ten trud, a jeśli go podejmowałem, to tylko dlatego, aby się przekonać, jak daleko może sięgać zastosowanie ametropometryi. Metoda ta jednak niewątpliwie jest tylko wtedy

istotnie wygodną i praktyczną, gdy mamy pacyenta, którego spostrzeżeniom możemy zaufać, ale tacy stanowią przecież większość osób zgłaszających się z powodu wad refrakcyi. Oczywiście, gdzie są zaćmienia środków łamiących, plamki rogówkowe, łuszczka, zaćmienia w soczewce i t. d., lub, gdzie zachodzą zmiany na dnie oka, — tam badanie ametropometrem jest trudniejsze, ale wiadomo, że wtedy i każda inna metoda trudniejsza jest w zastosowaniu, a właśnie może ametropometrya łatwiej niż inne daje się użyć. Mianowicie przy plamkach rogówkowych, gdzie ani doborem szkieł, ani skiaskopią, ani badaniem refrakcyi w obrazie prostym nie można sobie poradzić, — przekonałem się, że, o ile tylko nie ma bardzo nieregularnego astygmatyzmu, ametropometr pozwala nieraz z łatwością rozpoznać rodzaj podstawowej wady refrakcyi i dość stanowczo oznaczyć jej stopień. Co do bystrości wzroku, której, nawiasem mówiąc, przy ametropometryi wcale nie oznaczamy, bo to nie jest jej zadaniem, — to przekonałem się, że, jeśli jest większa, niż $^1/_6$ ($^6/_{36}$), to, dzięki stenopeicznemu działaniu otworków ametropometru, punkt świecący i linie barwne widziane są na tyle wyraźnie, że badanie może być przeprowadzone. Wogóle stenopeicznym otworkom mamy do zawdzięczenia, że nawet przy znacznych stopniach ametropii badany widzi punkt i promienie świetlne względnie ostro i dokładnie. Jeśli wada jest bardzo wysokiego stopnia, wtedy trzeba ją częściowo, z grubsza niejako, wyrównać, aby badany mógł się lepiej zoryentować w tem, co ma widzieć i na co zważać.

Poważniejszą trudność stanowi konieczność należytego ustawienia oka względem otworków stenopeicznych i objęcia tychże otworem źrenicznym. Przy wązkiej źrenicy znikanie raz jednej, raz drugiej linii świetlnej mogłoby istotnie zniecierpliwić i pacyenta i lekarza. Wystarczy jednak, jak już wyżej wspomniałem, zapuścić kroplę 1% lub nawet $^1/_2$% rozczynu kokainy, aby rozszerzyć nieco źrenicę i niedogodność tę usunąć. Gdzie można, używam homatropiny, bo zarazem osłabienie akomodacyi sprzyja dokładnemu oznaczeniu stanu łamliwości. Używanie

jakichkolwiek przyrządów ustalających dla umieszczenia otworków stenopeicznych ściśle naprzeciw źrenicy (jak to czyni Fromaget) nie wydaje mi się praktycznem. Lepiej powierzyć badanemu »zaglądanie przez dziurkę«, gdyż widzenie pełnego obrazu diplopii stenopeicznej (dwóch linii bocznych i punktu świetlnego w środku) jest dostatecznym regulatorem prawidłowego trzymania głowy i oka. Dwa są sposoby umieszczenia płytki z otworkami przed okiem badanem: albo dajemy osobie badanej do ręki przyrząd opatrzony odpowiednim trzonkiem, albo umieszczamy cały ametropometr na statywie w odpowiedniej wysokości. Ten drugi sposób okazał mi się w praktyce o wiele praktyczniejszym (Por. str. 8).

Drugim ważnym warunkiem, od którego zależy upowszechnienie każdej nowej metody badania, jest stopień dokładności, jakiego po niej można się spodziewać. Już w tem, że ametropometrya jest metodą podmiotową, że sam chory rozstrzyga o wyniku badania, leży przyczyna, dla której nie możemy od niej wymagać takiej ścisłości, jak n. p. od skiaskopii. Bądź co bądź jednak do celów praktycznych lub do kontrolowania wyników, uzyskanych na innej drodze, dokładność wyników, jakie daje ametropometr, jest zupełnie wystarczającą. Oczywiście, że tak tu, jak przy wszystkich zresztą innych podmiotowych i przedmiotowych sposobach oznaczania refrakcyi, akomodacya oka badanego czycha na dokładność naszych pomiarów i psuje je często. Przed szkodliwym jej wpływem zabezpieczeni jesteśmy tylko u osób starych *(presbyopia completa)*, u ludzi pozbawionych soczewki, lub w wyjątkowych wypadkach, gdzie zachodzi *ophthalmoplegia interna*. Pozatem tam, gdzie nam akomodacya zbyt przeszkadza, możemy ją prawie zawsze poskromić atropiną, a wtedy mamy zazwyczaj to zadowolnienie, że wszystkie zastosowane metody, a w ich rzędzie i ametropometrya, dają nam jednakie i zgodne wyniki.

Do porównania i oceniania wyników, otrzymanych za pomocą ametropometru, używałem przedewszystkiem skiaskopii, jako najdokładniejszej i najpewniejszej ze wszystkich metod przedmiotowych oznaczania refrakcyi. Do tej pory mam 184

dokładnych spostrzeżeń, a liczę tu tylko te, gdzie za pomocą skiaskopii lub przynajmniej za pomocą podmiotowej metody Donders'a sprawdziłem pomiary ametropometryczne. Różnice w przypadkach, gdzie nie zastosowałem atropiny, ani homatropiny, rzadko dochodziły do $1_{,0}$ D, a wyjątkowo tylko przekraczały $1_{,0}$ D, zwykle zaś były mniejsze, niż 0,5 D i stosunek był z reguły taki, że myopia stwierdzona ametropometrem wypadała nieco za wysoko w porównaniu z wynikiem skiaskopii, a hypermetropia nieco za nisko. Najwidoczniej winę tej niedokładności należy przypisać akomodacyi. Dlatego to w takich razach wydało mi się stosownem, jak to już wyżej raz wspomniałem, z góry »wziąć poprawkę«, aby tę prawie stałą różnicę wyrównać i niedoprowadzać fuzyi aż do zupełnego nakrycia się promieni barwnych, a zadawalniać się samem tylko ich dokładnem zetknięciem tak, żeby nie pozostawała między nimi żadna, choćby najwęższa szczelina czarna. Tym sposobem uzyskuje się dla praktyki wystarczającą zgodność wyników ametropometryi ze skiaskopią i z badaniem podmiotowem za pomocą tablic Snellen'a i doboru szkieł.

A teraz — gdy mnie kto zapyta, czy wydałbym przepis na okulary na podstawie samego tylko badania ametropometrem, to odpowiem, że nie uczyniłbym tego. Ale tak samo nie uczyniłbym tego na podstawie samego tylko wyniku skiaskopii, co nie przeszkadza mi wcale, zgodnie ze zdaniem ogólnem, uważać tę metodę za jednę z najlepszych i najdokładniejszych. Sądzę, że w każdym przypadku obowiązkiem naszym jest wynik jednej metody sprawdzić za pomocą innej, a wszędzie, gdzie tylko to jest możliwe, uzupełnić badanie próbą podmiotową przez włożenie znalezionych szkieł korrekcyjnych. Metodzie Donders'a należy się zawsze ostatnie słowo. Nie zapominajmy, że oko, to nie martwy przyrząd optyczny, ale żywy i nieraz bardzo kapryśny organ, do rozpoznania zatem jego zboczeń nie dojdzie okulista drogą samego rachunku i fizycznych pomiarów bez uwzględnienia fizyologicznych i patologicznych czynników. Ułatwione ma zadanie, jeśli rozporządza szeregiem sposobów badania, których wyniki może porównywać i sprawdzać. Dla-

tego to, pomimo, że posiadamy już kilka doskonałych i wypróbowanych metod oznaczania refrakcyi, witamy chętnie każdą nową, — byle tylko była dobrą. Takim pożytecznym nabytkiem są w ostatnich czasach podane nowe sposoby badania: kineskopia (Holth), skiaskopia podmiotowa (van den Bergh) i skiakineskopia (Holth). Sądzę, że i ametropometrya w tej postaci, jak ją w niniejszej pracy przedstawiłem, ma dość warunków, żeby zająć miejsce w szeregu metod, o których nie tylko się pisze i mówi, ale których się także w praktyce codziennej używa. —

II. SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI.

Zapalenie rogówki pęcherzykowe (Keratitis vesiculosa).

Podał

DR WŁ. GARLIŃSKI

z Łodzi.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego dn. 19 października 1904 r.

Do rzędu chorób ocznych, najbardziej pobieżnie traktowanych w literaturze naukowej, należy przedewszystkiem zapalenie błony rogowej oka pęcherzykowe. W wielu podręcznikach okulistycznych choroba ta jest stale pomijaną, w innych znów znajdujemy tylko kilkuwierszowe wzmianki o istnieniu takiej postaci chorobowej i tylko w bardzo niewielu dziełach napotykamy krótki opis tego cierpienia. W literaturze peryodycznej zajmujące nas w tym względzie prace ukazują się niezmiernie rzadko, wobec czego nie można żadną miarą uzupełnić sobie wiadomości, zaczerpniętych z podręczników o całokształcie sprawy patologicznej, o warunkach powstawania i o sposobach leczenia zapaleń rogówki pęcherzykowych. Tymczasem, zdawałoby się, że nic nie zdoła wytłómaczyć takiej

obojętności uczonych w wymienionym kierunku, bo i miejsce, na którem rozgrywa się sprawa chorobowa, a mianowicie, rogówka należy do najważniejszych części oka, i zagadkowe powstawanie peryodycznych napadów, i ciężki ze wszech miar przebieg, i niezmiernie trudne leczenie — wszystko to powinnoby służyć za bodziec do częstszego omawiania wymienionej sprawy i do zapisywania w rocznikach bardziej zajmujących przypadków.

Zapalenie rogówki pęcherzykowe należy do rodzaju zapaleń powierzchownych, nieropnych, a pomimo to jest chorobą ciężką i długotrwałą. Rozwija się ono na oczach, będących już w stanie chorobliwym, a zatem w następstwie uszkodzeń oka, w przebiegu jaskry, lub zapalenia błony tęczowej i naczyniowej itp. Znamiennym objawem tej choroby jest pojawianie się co parę dni kilku naraz pęcherzyków na powierzchni rogówki oka. Pęcherzyki te są zupełnie przezroczyste i powstają wskutek wzniesienia nabłonka nagromadzającą się pod nim cieczą; tworząca podstawę pęcherzyka błona Bowman'a jest przezroczystą, niezmętniałą. Wielkość pęcherzyków dochodzi do wielkości główki od szpilki i wskutek tego łatwo je zauważyć nawet nieuzbrojonem w lupę okiem. Na krótki czas przed ukazaniem się pęcherzyków na powierzchni rogówki występują objawy silnego podrażnienia oka: nastrzyknięcie naczyń okołorogówkowych, światłowstręt i łzawienie; jednocześnie prawie zjawiają się bóle w oku i w głowie; niekiedy zauważyć się daje wzmożenie ciśnienia wśródgałkowego i rozszerzenie źrenicy. Wrażliwość rogówki na dotykanie zwykle bywa zmniejszoną, albo zupełnie zniesioną. Tego rodzaju ataki zapalenia pęcherzykowego rogówki trwają niedługo: pęcherzyki pękają, tworząc nieznaczne powierzchowne owrzodzenia, bóle oka i głowy, a także światłowstręt i łzawienie ustają, a rogówka znowu staje się wrażliwszą przy dotykaniu jej pałeczką szklaną. Cała ta sprawa trwa około 2—3 dni, nie pozostawiając po sobie najmniejszych śladów na rogówce; ale zaledwie chory zdoła się uspokoić po pierwszym napadzie, kiedy oto nagle, bez żadnego powodu,

najczęściej z rana, po dobrze przespanej nocy, występuje drugi atak, zupełnie podobny do pierwszego, i t. d.

Rozpoznanie zapalenia pęcherzykowego rogówki zwykle nie przedstawia wielkich trudności, daleko prędzej można przeoczyć tę chorobę dla tej przyczyny, że jednocześnie oko podlega innej jeszcze, zazwyczaj ciężkiej chorobie, która czasami może pochłonąć całą naszą uwagę. Szczególniej trudne jest rozpoznanie w okresie choroby po zniknięciu pęcherzyków z powierzchni rogówki, wówczas tylko wywiady i dokładne zbadanie nabłonka rogówkowego przy bocznem oświetleniu mogą naprowadzić nas na właściwą drogę. Na szczęście chorzy zjawiają się zwykle w gabinecie okulisty w chwili największego podrażnienia oka i występowania wyprysku. Są wprawdzie inne jeszcze postacie chorobowe, przy których na rogówce oka znajdujemy pęcherzyki, a mianowicie: *herpes febrilis corneae*, *herpes zoster corneae*, *keratitis bullosa*, lecz wykluczenie tych chorób przy rozpoznawaniu różniczkowem nie jest zbyt trudnem.

Prawie wszyscy autorzy są zdania, że przyczyną powstawania pęcherzyków jest nieprawidłowe krążenie limfy w naczyniach i przestrzeniach chłonnych błony rogowej oka. Wskutek nagromadzania się większej ponad normę ilości surowicy, pewna część płynu wciska się pomiędzy błonę Bowman'a i nabłonek, rozdziela miejscami wymienione warstwy i tworzy tym sposobem pęcherzyki, napełnione przezroczystą cieczą. Ściślejsze badania wykazały, że podczas oddalania się nabłonka od błony Bowman'a zakończenia nerwów pomiędzy komórkami nabłonka ulegają rozciąganiu, co wywołuje silne bóle rzęskowe w oku i skroni; przytem niektóre z tych końcowych gałązek nerwowych rozrywają się, inne znów po pęknięciu pęcherzyków powracają do stanu poprzedniego.

Przebieg choroby, jak już wyżej zaznaczyliśmy, jest długotrwały: nawroty następują często jedne po drugich i nic nie tracą na swej sile. Z tego powodu rokowanie jest bardzo niepomyślne, ponieważ oko, dotknięte zapaleniem rogówki pęcherzykowem, staje się źródłem nieustannych cierpień dla cho-

rego, czyniąc go zupełnie niezdolnym do żadnej systematycznej pracy.

Leczenie zapalenia rogówki pęcherzykowego jest trudne. Istnieje wprawdzie wiele sposobów zwalczania tej choroby, ale dotąd żaden z nich nie cieszy się zupełnem uznaniem. Wogóle można powiedzieć, że cały arsenał środków farmaceutycznych i cały szereg zabiegów operacyjnych, stosowanych przy leczeniu zapalenia rogówki pęcherzykowego, dzieli się na dwie grupy: pierwszą z nich stworzyła idea zapobiegania tworzeniu się nowych pęcherzyków na powierzchni rogówki, drugą — idea przywrócenia stosunków prawidłowych w krążeniu limfy. Do pierwszej należą: preparaty rtęci i jodu, opaska uciskająca i przypiekanie pęcherzyków żegadłem elektrycznem. Do drugiej — środki zwężające źrenicę (ezeryna, pilokarpina) i szereg operacyi, które się zwykle stosuje przy wzmożeniu ciśnienia wśródgałkowego: *punctio, sclerotomia, iridectomia* i t. p. Często jednak lekarz, wyczerpawszy wszystkie te środki, dochodzi do przekonania, że już nic nie jest w stanie pomódz choremu i, z przykrem uczuciem poznania swej bezsilności wobec choroby, skłania się doradzać choremu wyłuszczenie gałki ocznej.

W ostatnich czasach miałem sposobność spostrzegać przez czas dłuższy przypadek pęcherzykowego zapalenia rogówki, który, ze względu na wyniki odrębnie przeprowadzonego leczenia, zasługuje na uwagę. Dotyczył on mistrza fabrycznego, J. S., lat 33 mającego, człowieka zresztą zupełnie zdrowego, który w dniu 22 stycznia 1904 roku uległ wypadkowi uszkodzenia prawego oka gwoździem. Rana była głęboka, drążąca i znajdowała się w dolno-wewnętrznej części rogówki, tuż przy rąbku rogówkospojówkowym. Oprócz rogówki przeciętą została także błona tęczowa, natomiast soczewka szczęśliwie uniknęła zranienia. Przez 6 tygodni chory był leczony przez lekarza fabrycznego. Na razie, wskutek odpowiednich opatrunków, rana zaczęła się zabliźniać i chory był już w przededniu wyzdrowienia, gdy oto nagle, bez żadnego powodu, nastąpiło znaczne pogorszenie: oko zaczerwieniło się, zaczęło łzawić, unikać świa-

tła; zjawiły się bóle w oku i skroniach... Pogorszenie trwało wprawdzie niedługo, ale od tej pory zaczęło się powtarzać co 4—5 dni. Zastosowano wówczas energiczne przypalania galwanokauterem, lecz pomimo to stan chorego nie poprawiał się. W dniu 6 marca, t. j. w dniu, kiedy chorego poraz pierwszy widziałem, stan oka prawego był następujący: spojówka powiek w stanie nieżytu przewlekłego. Spojówka gałki ocznej przekrwiona; naczynia okołorogówkowe mocno nastrzyknięte; rogówka w dolnowewnętrznym wycinku utraciła swą przezroczystość; zmętnienie jej ma postać trójkąta, którego podstawa opiera się o rąbek rogówkotwardówkowy, a wierzchołek zwraca się ku środkowi rogówki. Na terytoryum zmętnienia gołem okiem można dojrzeć trzy małe pęcherzyki, wielkości ziarnka maku, napełnione płynem wodnistym, i jeden pęcherzyk, znajdujący się na przezroczystej części rogówki ku górze i ku zewnątrz od wierzchołka opisanego trójkąta. Wrażliwość rogówki przy dotykaniu pałeczką szklanną znacznie zmniejszona. Przy oświetleniu bocznem i odpowiedniem powiększeniu widzimy te same 4 pęcherzyki na powierzchni rogówki; nadżarcia nabłonka nie zauważyliśmy nigdzie. Na miejscu zranienia rogówki zauważyć się daje blizna z wrośniętą w nią błoną tęczową. Komora przednia opalizuje wskutek nacieczenia drobnokomórkowego; źrenica w swobodnej swej części ku górze-zewnątrz rozszerzona, lecz mętna; soczewka zdaje się być przezroczystą. Gałka oczna twarda (T = + 1), lecz niebolesna. Siła widzenia = $\frac{1}{\infty}$. Przy badaniu wziernikowem dna oka nie widać. Chory uskarża się na silne bóle w oku, na światłowstręt i łzawienie.

Początkowo, przez pierwsze 3 tygodnie, leczenie prawego oka polegało na zapuszczaniu kropel, działających na zmniejszenie ciśnienia wśródocznego *(Rp.: Eserini salicylici* 0,025; *Pilocarpini hydrochlorici* 0,05; *Aquae destillatae bisperfect.* 10,0*)* i na zakładaniu maści sublimatowej *(Rp.: Hydrarg bichlorat. corros.* 0,003; *Lanolini purissimi Liebreichi anhydrici* 8,0; *Ol. vaselini, Aquae destillatae āā* 1,6*);* nadto oko cały czas pozostawało pod lekko uciskającą opaską. Pomimo wszakże nader

starannych opatrunków nie osiągnęliśmy żadnych wyników: po zaprzestaniu wkraplania ezeryny ciśnienie wśródgałkowe wzmogło się znowu, a na powierzchni rogówki przez cały czas nie przestawały ukazywać się znamienne pęcherzyki. W szóstym tygodniu od początku leczenia postanowiłem przystąpić do zabiegu operacyjnego, polegającego z jednej strony na oddzieleniu zrostów przednich tęczówki, a z drugiej na wycięciu szerokiem tęczówki aż do brzegu rzęskowego. Operacyi dokonałem dokładnie. Zdawało mi się, że zostałem upewniony w przypuszczeniu, że, jeżeli prześladujące chorego napady *keratitidis vesiculosae* miały jakikolwiek związek ze zrostami rogówkotęczówkowymi i ze wzmożeniem ciśnienia wśródocznego, to teraz napady te powinny zupełnie ustać. Tymczasem, pomimo tak energicznych i ze wszech miar racyonalnych zabiegów naszych, pomimo zaznaczenia godnej cierpliwości chorego napady wróciły z poprzednią siłą.

Wszystkie moje wiadomości, nabyte drogą teoryi i praktyki, zdawały się wyczerpywać. Napróżno szukałem w pamięci podobnego rodzaju przypadków, leczonych w szpitalach i klinikach, które zwiedzałem; napróżno przeglądałem raz jeszcze dostępną mi literaturę — innych wskazówek, prócz wyżej wymienionych, znaleźć nie mogłem. Myśl moja krążyła głównie około tego, w jaki sposób możnaby wytworzyć warunki, prowadzące do ściślejszego zespojenia nabłonka rogówkowego z błoną Bowman'a, ażeby tym sposobem przeszkodzić nagromadzaniu się płynu pomiędzy temi dwiema warstwami. Po pewnym czasie przypomniałem sobie, że podobne warunki można wywołać pomiędzy spojówką gałki ocznej, a tkanką podspojówkową, przy stosowaniu zastrzykiwań podspojówkowych sublimatu; nie byłem jednak pewny, czy i nabłonek rogówki, który, nawiasem mówiąc, jest przedłużeniem nabłonka spojówkowego, zachowa się w ten sam sposób względem błony Bowman'a. Pomimo to rozpuściłem świeżo sublimat w stosunku 1:1000 we fizyologicznym roztworze soli kuchennej i w dniu 15 maja, kiedy się powtórzył atak występowania pęcherzyków, za-

strzyknąłem choremu pół strzykawki Prawaz'a pod spojówkę gałki ocznej, w miejscu, sąsiadującem z blizną na rogówce. Skutek okazał się znakomity: chory spał dobrze i na drugi dzień po zdjęciu opaski przekonałem się, że oko było zupełnie spokojne; na rogówce nie było śladów wczorajszych pęcherzyków i nabłonek na całej przestrzeni był nienaruszony. Napady zapalenia pęcherzykowego rogówki ustały zupełnie i już się nie powtórzyły. Ostatnim razem widziałem chorego po 5ciu miesiącach; powrócił on do dawnych zajęć i najmniejszych przez cały czas nie doświadczał bólów. Siła widzenia poprawiła się znacznie = $^{20}/_{200}$ (Snellen).

Zastrzykiwania podspojówkowe wogóle zyskały już sobie opinię dzielnego środka w lecznictwie okulistycznem i liczą już bardzo wielu zwolenników. Stosowane są najczęściej ze znakomitym skutkiem przy zapaleniach rogówki ropnych, głębokich i przy nacieczeniu ropnem w komorze przedniej oka; pozatem i przy leczeniu wielu jeszcze innych chorób ocznych o przebiegu złośliwym zauważono znaczne polepszenie po zastosowaniu zastrzykiwań podspojówkowych. Jednakże, pomimo dokonywania próbnych zastrzykiwań przy leczeniu bardzo wielu postaci chorobowych ocznych, bo nawet przy wysokich stopniach krótkowzroczności, dotychczas nikt jeszcze nie próbował leczyć w ten sposób zapaleń rogówki pęcherzykowych, przynajmniej wzmianki o tem nigdzie nie znalazłem. Ta okoliczność tłómaczy mnie w dostatecznej mierze, dlaczego dziś szczegółowo przedstawiłem historyę choroby mojego chorego i dlaczego pozwoliłem sobie zająć uwagę Sz. Panów sprawą leczenia zapalenia rogówki pęcherzykowego.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Arch. f. Aghk. T. L. Zeszyt 4. (Ref. Dr T. Bałłaban).

Ropne zapalenie mózgu jako następstwo wyłuszczenia gałki ocznej (Eitrige Meningitis als Folge von Enucleatio bulbi.). Dr Enslin und Y. Kuwahara.

Opisany przez autorów przypadek jest z dwóch względów zajmującym. Po pierwsze poucza on, że nawet przy przewlekłem ropnem zapaleniu wnętrza gałki ocznej może stać się wyłuszczenie oka niebezpiecznem, jeżeli nie bywa ono przedsiębranem z możliwie największą przezornością, a powtóre wskazuje on drogę, którą ropa przedostaje się z torebki Tenon'a do jamy czaszkowej.

U 64letniej chorej okaleczała prawa rogówka, przyczem wrzód przebił, a tęczówka wypadła. Od tego czasu gałka ta była bolesną tak silnie, że musiano ją wyłuszczyć.

Przy przedsiębranej w tym celu operacyi pokazało się, że torebka Tenon'a była miejscami przyrosłą do twardówki, przez co miękka gałka oczna została nadciętą, a nieco z jej zawartości wylało się. Następnie wystrzykano ranę rozczynem sublimatu, spojówkę zaś pozostawiono niezaszytą.

W 24 godzin po operacyi powstała gorączka i kloniczne skurcze po większej części w prawej ręce i nodze, w 36 godzin zaś potem umarła chora wśród objawów obrzęku płucnego. Sekcya wykazała ropne zapalenie mózgu, i to lewej jego połowy, i móżdżku małego, następnie obrzęk płuc, zapalenie oskrzeli i początkowe zapalenie płuc. W prawym oczodole nie można było wykazać żadnego nacieku ropnego.

W celu zbadania drogi, którą sprawa ta się rozprzestrzeniała, poddano histologicznemu i bakteryologicznemu badaniu zawartość prawego oczodołu wraz z nerwem ocznym i małą część schorzałego mózgu. Badanie prawej gałki ocznej wykazało: przewlekłe ropne zapalenie jagodówki, oderwanie siatkówki i ropień w ciele szklistem. Przytem wykazano, że gałka oczna była przeciętą w ten sposób, że przecięcie tyczyło się nie tylko twardówki, ale i naczyniówki. Przeglądając preparaty, widzi się, że tak cała zawartość gałki ocznej, jak i nerw oczny, podległy nader gwałtownemu ropieniu. Bakteryologicznie wykazano w torebce Tenon'a i w mózgu istnienie t. zw. *streptococcus pyogenes.*

Te same streptokoki dały się wykazać także w skrawkach, robionych ze stwardniałej zawartości gałki ocznej.

Jak więc widzimy, przedostała się ropa przez przecięcie gałki ocznej z jej głębi do torebki Tenon'a, skąd streptokoki wdarły się wzdłuż miękich pochewek nerwowych wgłąb jamy czaszkowej.

Na podstawie tego doświadczenia przed enukleacyą i przy *panophthalmitis* przemawiają za egzenteracyą*).

Zaburzenia wzrokowe, spowodowane użyciem środka anilinowego, barwiącego włosy (Sehstörung in Folge der Anwendung anilinhaltigen Haarfärbemittels.). Dr E. Berger.

U zupełnie zdrowej 36letniej osoby wystąpiły bardzo silne bóle głowy i środkowy brak w polu widzenia (*scotoma centrale*) natychmiast po użyciu pewnego środka do barwienia włosów. Bystrość wzroku oka lewego zmniejszyła się bardzo znacznie, podczas, gdy oko prawe pozostało prawidłowe. Przy wziernikowaniu była lewa tarcza wzrokowa nieco zaczerwienioną.

Po zarzuceniu tego środka, chora w krótkim czasie wyzdrowiała całkowicie**).

Anatomiczne spostrzeżenia w przypadku całkowitej przewlekłej jaskry, przyczem t. zw. stratum pigmentatum retinae było bardzo niezwykle uwarstwionem (Anatomische Beobachtungen über einen Fall von einfachen chronischen absoluten Glaucom mit einer eigenthümlichen Schichtung des Stratum pigmentatum retinae.). Dr Orlando Pes.

Histologiczne badanie wyłuszczonej, z powodu przewlekłej jaskry, gałki ocznej wykazało obok innych zmian także niezwykłe ułożenie przybłonka barwikowego siatkówki. Miejscami była blaszka szklista zupełnie pozbawioną przybłonka barwikowego, miejscami był przybłonek zmarszczony i nieprawidłowo uwarstwiony. W warstwie pręcików i czopków i w t. zw. *choriocapillaris* nie było odpowiednio tym miejscom zmian żadnych. Z tego wnioskuje autor, że zmiany, które dotyczą przybłonka barwikowego, mogą po-

*) Mojem zdaniem: byłoby o wiele lepiej i słuszniej, gdyby autorowie przyszli do tego koniecznego wniosku, że wyłuszczenie gałki ocznej, jeżeli ma być przedsiębranem, powinno być wykonanem skończenie technicznie, lub co najmniej bez zarzutu. Przecięcie zaś twardówki przy enukleacyi jest bardzo ciężkim błędem technicznym, którego skutki w tym przypadku nie dały na siebie długo czekać i spowodowały śmierć operowanej. — *Przyp. Sprawozd.*

**) Pomimo, że znane są opisy zaburzeń wzrokowych, oparte na podobnej etyologii, to zdaje mi się być związek pomiędzy zaburzeniem nerwu wzrokowego a środkiem do barwienia włosów więcej niż wątpliwy. *Przyp. Sprawozd.*

wstać także i bez zaburzeń w warstwie *choriocapillaris* i w tkance siatkówki*).

Przetrwałe naczynie ciała szklistego (Ein persistirendes Glaskörpergefäss.) Dr G. Hirsch.

Autor spostrzegał u 59letniego robotnika podobne naczynie, które, wychodząc od wewnętrznego brzegu tarczy wzrokowej, umiejscowiało się w pobliżu wewnętrznego brzegu torebki soczewki. Autor przypuszcza, że w życiu wśródpłodowem istnieją obok środkowej tętnicy szklistej jeszcze cztery inne naczynia ciała szklistego, które przebiegają pomiędzy siatkówką a ciałem szklistem w kierunku południkowym oka.

Cthrbl. f. pr. Aghk. 1904. Z. 10 i 11. (Ref. Dr L. Gruder.).

Oderwana tkanka tęczówkowa, wessana przez gałkę oczną (Beiträge zur Resorption des abgerissenen Irisgewebes durch den Augapfel.). Dr Juliusz Fejér (Peszt).

Wessanie płynów i obcych ciał odbywa się przez zatokę Fontany i *circulus venosus Schlemmii* za pomocą *venae ciliares anter.*, za pomocą powierzchni tęczówki, następnie za pomocą żył ciała rzęskowego, a wreszcie przy pomocy *venae vorticosae.*

Deutschman wykazał, iż przy wessaniu z przedniej komory główną rolę odgrywa tęczówka, przyczem krew lub ropa prędzej wessaną bywa przy wąskiej źrenicy, aniżeli przy rozszerzonej. Leber zwraca uwagę, iż okoliczność ta zawisłą jest nie od wielkości powierzchni tęczówki, lecz od zmniejszenia ucisku śródocznego i łatwiejszego dostępu do zatoki komorowej — objawów, występujących przy zwężeniu źrenicy (*miotica*) Przy wessaniu ciał stałych odgrywa rolę nie tylko dyfuzya, ale także i leukocyty i komórki olbrzymie. Działanie wstrzykiwań pod-pojówkowych (Mellinger) polega na wywołaniu przekrwienia i następowego zwiększenia prądu limfy.

Co się tyczy stałych ciał, n. p. oderwanej tęczówki, Delacroix i Praun utrzymują, że tęczówka może być całkowicie wessaną. Niektórzy (Gayet i Lyder Borthen) są przeciwnego zdania.

Najbardziej nadają się do tego takie przypadki, gdzie twardówka, a wogóle cała gałka nie jest pęknięta, i gdzie można dokładnie spostrzegać stopniowe zanikanie, a raczej wessanie oderwa-

*) Sprawa ta byłaby nader zajmującą, gdyby autor mógł stanowczo wykazać, że znalezione przez niego zmiany nie są sztucznymi wytworami (*artefacta*). *Przyp. Sprawozd.*

nej tęczówki. Jeden taki przypadek opisał Toyl, a drugi sam autor.

Trzeci przypadek opisuje również sam autor. Majtek 37letni zostaje przypadkowo uderzony w oko. W wewnętrznym górnym kwadrancie rogówki nieco wydęta blizna, komora głęboka, soczewka napęczniała, a na niej oderwana tęczówka. Po dwóch tygodniach oderwana tęczówka została wessaną, a na powierzchni soczewki były widoczne złogi barwikowe, pochodzące od tęczówki. Przy oświetleniu bocznem widać było wyrostki rzęskowe, a nawet zonulę Zinnii.

Po uskutecznionej dyscyzyi soczewki bystrość wzroku podniosła się z liczenia palców na $^1/_2$ m — na $^3/_{60}$ za pomocą + 10 0 D sfer. W gałce nie było żadnych śladów tęczówki. Częścią wypadła ona przy zranieniu oka przez ranę w rogówce, a częścią została wessaną przez samą gałkę.

Na poparcie zdania, iż nawet całkowita tęczówka może być wessaną przez gałkę, przypomina autor tę okoliczność, iż nieraz po dyscyzyi cała soczewka zostaje wessaną, a Reuss zestawił w literaturze 34 przypadki zaćm zupełnego wessania i zniknięcia ze źrenicy przy *cataracta senilis hypermatura.*

Anatomiczne ryciny oka u Arabów (Die anatomischen Abbildungen vom Auge bei den Arabern.). Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Najwcześniejsza książka o okulistyce, zaopatrzona rycinami anatomicznemi, pochodzi z wieku IX p. Chr. (Hubaiš.).

Z rycin tych widać, iż krzyżowanie nerwów ocznych nienaturalnie i zbyt naprzód jest posunięte. Wydłużenie opon mózgowych w odpowiednią warstwę gałki ocznej również nie jest uwidocznionem. Soczewka znajduje się w środku gałki, przednia torebka zbyt gruba, tylna komora za wielka. Źrenica nawet na przecięciu jest okrągłą, co tylko widocznem jest przy patrzeniu z przodu lub z tyłu. Przejście twardówki w rogówkę nie jest dokładnie uwidocznionem. Dokładnie zaś widać na rycinie drogę duszy widzenia *(Sehgeist)* w wydrążeniu nerwu ocznego, sięgającem aż do ciała szklistego.

Oderwanie tylnej części barwikowej warstwy tęczówki blizko jej nasady rzęskowej i wypadnięcie wywróconego płatu przez źrenicę do komory przedniej (Abreissung des hinteren Blattes der retinalen Pigmentschicht der Iris nahe ihrem ciliaren Ursprunge und Vorfall des umgestülpten Lappens durch die Pupille in die Vorderkammer). Dr E. Praun (Darmsztat).

Silnie krótkowidząca 50letnia kobieta zostaje uderzona odłamkiem drzewa z dołu w lewe oko. Źrenica obustronnie równomierna

i oddziaływa prawidłowo. Przez dolny odcinek źrenicy lewego oka zwiesza się do przedniej komory brunatny pomarszczony płat, sięgający do połowy szerokości zresztą nietkniętej tęczówki. Płat barwikowej warstwy tęczówki podobny z wyglądu do dywanu, wywieszonego z okna.

Przy ruchach głową płat ten również się porusza w lewo lub prawo. Na przedniej torebce soczewki i na powierzchni tęczówki rozsiane pojedyncze złogi barwikowe. Zresztą nie było żadnych innych objawów, przez ten uraz wywołanych.

Obustronnie *chorioretinitis centralis* i *degeneratio retinae*. Prawdopodobnie barwik tęczówki był nader kruchy i z tego powodu bardziej nadawał się do tego rzadkiego oderwania się.

Przyczynek do nauki o śródbłoniastych torbielach jagodówki (Ein Beitrag zur Kenntniss der interepithelialen Uvealcysten.). Dr F. Rabitsch (z I kliniki okulistycznej w Wiedniu).

Schieck opisał dwa przypadki barwikowych torbieli na tylnej powierzchni tęczówki; po wyjęciu gałki (*Tumor corp. ciliaris*), znaleziono torbiel wielokomorowy, powstały, zdaniem Schieck'a, z bujania siatkówkowej warstwy tęczówki (*retinales Pigmentblatt*). Drugi przypadek torbiela dotyczy oka wyjętego z powodu *iridocyclitis*. Wedle anatomicznych badań zaś torbiel powstał z rozczepienia obu warstw barwikowych tęczówki; rozczepienie to prawdopodobnie spowodowanem było przez zbliznowaciałe zrośnięcie ciała rzęskowego.

Torbiele na tylnej powierzchni tęczówki napotykamy najczęściej przy ropnem zapaleniu rogówki, a mianowicie przez oddzielenie całej warstwy barwikowej od *membrana Bruch'a*.

Nader rzadko napotykamy je w prawidłowem oku (Kuhnt). Orth i Kuhnt znajdowali taki torbiel umiejscowiony w *ora serata*, gdy tymczasem Rabitsch wykazuje na preparatach Elschnig'a z oka 54letniego krótkowidza, iż torbiel sięgał od przedniego wyrostka ciała rzęskowego aż poza korzenie tęczówki. Prócz tego widać na preparatach, iż nabłonek barwikowy tęczówki w miejscu, gdzie tworzy przednią ścianę torbiela, jest zredukowany do połowy, a tylna ściana torbiela miejscami składa się z jednowarstwowego nabłonka barwikowego. Również widać, jak siatkówkowa warstwa barwikowa (*retinal. Pigmentblatt*) po pokryciu pierwszego wyrostka rzęskowego ciała odwraca się, aby na dłuższą przestrzeń utworzyć ścianę torbiela, a następnie przechodzi w gęsto pigmentowaną warstwę (*Retinalpigment*) tylnej powierzchni tęczówki.

O trigeminie. Prof. Birnbacher (Grac).

B. znalazł działanie tego środka bardzo skutecznem przy do-

legliwościach bolesnych ciężkiej *kyklitis* i przy napadzie ostrej jaskry. Jednorazowe użycie 0·25 *trigemini* wystarcza, aby przerwać bóle. Najlepiej używać tego środka w kapsułkach żelatynowych.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLII. T. II. Z. 11. 1904. (Ref. Dr Liebermann).

Moje flaszeczki do sterylizowania (Unsere sterilisirbaren Augentropfflaschen. — Ein neues Modell.). Ed. Hummelsheim.

Jest to odmiana flaszeczki Strohschein'a o tyle, iż postać tej nowej flaszeczki jest jajowata, co ułatwia mechaniczne jej oczyszczenie.

Zakraplacz uległ o tyle zmianie, iż ponad rozdęciem górnem znajduje się jeszcze część stożkowata. W około tej części zakraplacza, która tworzy zatyczkę, znajduje się wąski brzeg, dokładnie do brzegu flaszeczki doszlifowany.

Płyn we flaszce wyjaławia się, gotując flaszeczkę na siatce drucianej. Zatyczka wisi ponad flaszeczką tak, aby pomiędzy jej szyjką a zakraplaczem była wolna przestrzeń, którą para uchodzić może. Po kilkominutowem gotowaniu odwraca się zakraplacz, by i drugą jego połowę wyjałowić, a dopiero potem dokładnie zamyka się flaszeczkę. Na drugi koniec zakraplacza nakłada się wkońcu gumkę.

W sprawie iridodesis (Zur Wiedereinführung der Iridodesis.). H. Sattler (Lipsk.).

Operacyę tę, którą z powodu wielkiego niebezpieczeństwa zakażenia zarzucono, można, zdaniem autora, mimo to we wielu przypadkach z korzyścią zastosować.

Dobry wynik osiągnął nią autor u 15letniej dziewczynki, okazującej wrodzone zwichnięcie soczewki ku górze i na zewnątrz w obu oczach.

Po wygojeniu się rany operacyjnej bystrość wzrokowa chorej znacznie się podniosła.

Przypadek rozszerzenia źrenicy i lekkiego niedowładu akomodacyi skutkiem dostania się do oka nasienia lulku (datura stramonium) (Ein Fall von Mydriasis und leichter Akkommodationslähmung in Folge des Hereinfallens eines Fruchtkorns von Datura stramonii in die Bindehaut des Auges.). Vollert (Lipsk).

Robotnicy sztucznych kwiatów wpadło, przy otwieraniu owocu wspomnianego chwastu, ziarnko tego nasienia do oka. Mimo, iż to ciało obce wkrótce znów na zewnątrz się wydostało, chora źle tem okiem widzi.

Stwierdzono rozszerzenie źrenicy i niedowład akomodacyi, które to objawy po kilku dniach ustąpiły.

Doświadczalnie, u psa, mógł autor, wprowadzając do oka owoc bulku, wywołać zupełnie analogiczne objawy.

Rzadkie objawy w przebiegu miąższowego zapalenia rogówki (Seltener Befund an der Hinterfläche der Cornea, bei einer klinisch-diagnosticierten Keratitis parenchymatosa.). G. Stanculéano (Bukareszt — Freiburg).

Chora cierpiała na obustronne miąższowe zapalenie rogówek. Ponieważ pacyentka zmarła z powodu gruźlicy płuc, mógł więc autor histologicznie zbadać obie gałki oczne. Badanie to wykazało, co następuje:

Przybłonek zewnętrzny rogówki prawidłowy; cały miąższ rogówki, zwłaszcza w tylnych warstwach, nacieczony.

W przednich warstwach widać stare, zaczopowane naczynia. Od strony lewej, to jest od strony przedniej komory, znajduje się w rogówce ubytek.

Błona Descemet'a poprzerywana i pomarszczona. W ciele rzęskowem i w tęczówce, która miejscami do rogówki przylega, obraz *uveitis chronica*.

Obraz oka lewego podobny do obrazu oka prawego, z tą różnicą, iż zniszczenie postąpiło tu dalej, a mianowicie i warstwa Bowman'a okazuje w tem oku ubytki.

Na podstawie tego wyniku badania przychodzi autor do wniosku, iż miąższowe zapalenie rogówki spowodowało rozmiękczenie i rozpad tylnych, środkowych części rogówki, przez co powstał wrzód wewnętrzny.

Dwa przypadki dwojakiej, monokularnej refrakcyi (Zwei Fälle zweifach korrigierbarer monocullärer, doppelter Refraction. Erworbene partielle Hyperopie, im Bereiche einer centralen Hornhautfacette, in vorher myopischem Auge.). R. Halben (Greifswald).

Skutkiem owrzodzenia powstał w 2óch przypadkach ubytek w rogówce, który nie wypełnił się tkanką łączną bliznowatą, lecz na stałe pozostał w środku rogówki, przybłonkiem rogówkowym pokryty, menisk. Lubo oko w obwodowych częściach prawidłowej rogówki okazywało wyraźną refrakcyę krótkowzroczną, to było ono w środkowych częściach, w obrębie wspomnianego menisku, dalekowzrocznem, czyli, że korrekcya szkłami była w dwojaki sposób możliwą: albo szkłami dwuwypukłemi, lub dwuwklęsłemi.

The Royal London Ophthalmic Hospital Reports. T. XVI. Cz. I. c. d. 1904. (Ref. Dr W. Reis).

Zakrzep środkowej żyły siatkówki (Thrombosis of the central vein of the retina.). George Coats.

Autor zastanawia się w niniejszej pracy nad zmianami anatomopatologicznemi, które tworzą podstawę dla obrazu klinicznego zakrzepu żyły środkowej. Liczne krwotoki, żyły obrzmiałe i pokręcone, zmiany dotyczące tylko jednego oka i występujące u osobników starszych ze zwyrodnieniem miażdżycowem, utrata wzroku nagła — wszystko przemawia za rozpoznaniem klinicznem zakrzepu żyły. Jednakże badania anatomiczne nie potwierdzają istnienia zakrzepu we wszystkich klinicznie rozpoznanych przypadkach.

Autor zestawia porównawczą tablicę z 19 anatomicznie badanych i od r. 1878 w literaturze ogłoszonych przypadków zakrzepu żyły środkowej. W połowie przypadków znaleziono zakrzep żyły; w pozostałej zaś reszcie inne zmiany patologiczne, jak bujanie warstwy wewnętrznej żyły środkowej, zakrzepy lub zmiany wsteczne w innych naczyniach siatkówki, krwotoki w nerwie ocznym.

Co może być przyczyną tej różnorodności obrazów anatomicznych i jak pogodzić te dane anatomopatologiczne z przyjętym klinicznie jednolitym obrazem zakrzepu żyły środkowej?

Główną rolę odgrywa tu nieścisłość w badaniach anatomicznych. Chcąc bowiem przekonać się o istnieniu zakrzepu w żyle środkowej, należy całą długość nerwu ocznego badać na skrawkach seryjnych na przekrojach poprzecznych, nie zaś na przecięciach podłużnych, jak to przeważnie czyniono.

Najbardziej uprzywilejowanemi bowiem miejscami dla powstawania zakrzepu są blaszka sitowa i wyjście żyły środkowej z nerwu ocznego. Dalszą trudność w tłómaczeniu danych anatomicznych stanowi ta okoliczność, że obraz chorobowy zakrzepu powikłany jest częstokroć zmianami, powstałemi wskutek jaskry następowej.

Dane wywiadowcze z historyi choroby, dotyczące sposobu, w jaki utrata wzroku nastąpiła, rozstrzygnąć mogą, które ze spraw chorobowych należy uważać za pierwotne.

Autor przytacza następnie dokładne badanie drobnowidowe 4 przez siebie spostrzeganych i badanych przypadków. W 3ech przypadkach rozpoznanie kliniczne zakrzepu żyły środkowej zgadzało się z wynikiem badania anatomicznego.

Na podstawie dokładnego spostrzegania wymienionych przypadków przekonał się autor, że jedną z najczęstszych przyczyn, ułatwiających powstanie zakrzepu, jest ogólna miażdżyca tętnic,

przyczem brak oznak miażdżycy ogólnej nie przemawia jeszcze za brakiem zmian miażdżycowych w naczyniach oka.

Występowanie jaskry następowej jest bezpośredniem następstwem zmian siatkówkowych, miażdżyca tętnic stanowi tylko moment pomocniczy.

Autor omawia następnie budowę histologiczną naczyń środkowych i zwraca szczególną uwagę na zachowanie się błony sprężystej, barwionej we wszystkich przypadkach metodą Weigert'a. Zmiany zaś patologiczne, znalezione w naczyniach, dają się podporządkować pod ogólne postacie *endo- et peri-arteritis et phlebitis* i szklistego zwyrodnienia ścian naczyniowych.

Ilość badanych przez autora przypadków jest za małą, by upoważniała do ogólniejszych wniosków, lecz skoro dalsze przypadki ogłaszane w literaturze będą w ten sam sposób badane, stworzą one trwałą podstawę anatomopatologiczną dla danej klinicznej postaci.

Badanie siatkówki w ślepocie przy wiądzie rdzenia kręgowego (Étude de la rétine dans l'amaurose tabétique.). André Leri. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière. Nr 4. 1904.

Wśród olbrzymiej literatury, dotyczącej wiądu rdzenia, zaledwie skąpe istnieją wiadomości o badaniach nad anatomią patologiczną nerwu ocznego. Szczególnie na siatkówkę nie zwracano dotychczas prawie żadnej uwagi. Badań anatomicznych dokonał pierwszy Popoff w r. 1893.

Na podstawie faktu, że w badanym przypadku ślepoty przy wiądzie rdzenia znalazł nerwy oczne bardzo zcieńczałe tuż przy samej gałce, sądził, że zanik rozpoczyna się od komórek zwojowych siatkówki. Moxter w 1895 na podstawie swoich badań również utrzymuje, że zanik rozpoczyna się w siatkówce i jest chorobą głównie neuronu obwodowego.

Michel w 1897 i Grosz znaleźli przedwczesne zmiany wsteczne w komórkach zwojowych siatkówki. Dopiero Moeli i Holden (1899) zaprotestowali przeciw faktom, opisanym przez poprzednich autorów: znaleźli oni bowiem przy zupełnym zaniku nerwu ocznego liczne komórki zwojowe wcale nienaruszone. Wyniki badań autora są zgodne z ostatniemi zapatrywaniami.

Autor badał siatkówki 11 osobników ze ślepotą przy wiądzie rdzenia; dla porównania zaś 4 siatkówki oczu prawidłowych i 2 siatkówki osobników ślepych z innego powodu.

We wszystkich przypadkach zanik nerwu istniał już lat kilka; mimo to znalazł autor liczne komórki zwojowe siatkówki chorobowo niezmienione, podczas, gdy równocześnie w 4 przypadkach ani śladu

nie było włókien nerwowych w nerwie ocznym, a w innych ilość włókien była bardzo ograniczoną. Istnienie lub brak warstwy włókien nerwowych siatkówki również nie pozostaje w związku z zachowaniem się komórek zwojowych, a obie warstwy są zupełnie niezależne od zmian chorobowych, znalezionych we włóknach myelinowych nerwu ocznego.

Na podstawie tych badań twierdzi autor, że sprawa zanikowa przy wiądzie rdzenia nie rozpoczyna się w siatkówce, a w szczególności, że nie idzie tu o pierwotne zmiany wsteczne w warstwie komórek zwojowych. Objawy kliniczne i badania wziernikowe świeżych przypadków również nie zgadzają się z ideą pierwotnych zmian wstecznych w komórkach wielobiegunowych siatkówki.

Dr W. Reis.

Przyczynek do sprawy raków przerzutowych ciałka rzęskowego (Ein Beitrag zum metastatischen Karzinom des Ciliarkoerpers.) Uhthoff. Deutsche med. Wchschrft. 1904. Nr 39.

Przypadek dotyczy 49letniego mężczyzny, u którego badanie w październiku 1903 wykazało: prawe oko prawidłowe, w lewem zapalenie tęczówki, prócz tego w tylnej, wewnętrznej części komory przedniej widocznym jest podłużny, wałeczkowaty, szarożółty guz, który wciska tkankę podścieliskową tęczówki ku tyłowi.

Według podania chorego pierwsze objawy chorobowe w oku wystąpić miały przed 14 dniami po podróży koleją. S = $^5/_6$. Dno oka prawidłowe. Kiły miał nie przechodzić, przed laty przebył tylko rzeżączkę. Jest bezdzietny, żona jego nigdy nie była w ciąży. Chory uskarża się na dolegliwości ze strony serca, badanie przedmiotowe nie wykazuje wady zastawkowej, istnieją jednakże objawy niedomogi serca (tętno przyspieszone, rytm cwałowy, obrzęki na kończynach dolnych i t. d.). Wątroba nieco powiększona, brak apetytu, bóle w dołku podsercowym przeważnie po jedzeniu, okolica żołądka przy ucisku tkliwa, obmacywaniem nie wyczuwa się jednak tutaj żadnego guza.

Po przyjęciu chorego na klinikę, pomimo swoistego przeciwkiłowego leczenia (wcierki, *Jodkalium*), stan oka się pogarsza, guz w oku powiększa się i zajmuje prawie całą przednią komorę w tylnym wewnętrznym kwadrancie. Brzeg rogówkotwardówkowy jednak wolny i zewnętrznie nie widać żadnej wyniosłości.

Napięcie oka wzrastało powoli, a w trzecim tygodniu po przyjęciu chorego do kliniki wystąpiły objawy jaskry z silnymi bólami.

Prócz tego od czasu do czasu tworzą się wybroczyny na powierzchni guza i w przedniej komorze.

Po dwóch miesiącach chory zmarł; na pewien czas przed

śmiercią wystąpiły częste wymioty, brak apetytu i wytworzyły się ogólne obrzęki.

Rodzina nie zgodziła się na sekcyę i zezwoliła tylko na wyjęcie oka.

Badanie mikroskopowe wykazało obecność raka w ciałku rzęskowem (w oczkach siatki łącznotkankowej liczne gniazda komórek nabłonkowych). Rak ten przeszedł na tęczówkę, która uległa wskutek tego zgrubieniu — soczewka przypłaszczona, a od zewnątrz ogranicza nowotwór twardówka.

Rozpoznanie wahało się w danym wypadku z początku między kilakiem a rakiem przerzutowym. O mięsaku nie mogło być mowy ze względu na silne objawy zapalne i wybroczyny do przedniej komory. Tak samo nie można było myśleć o guzie gruźliczym, gdyż brak było gruzełków w sąsiedztwie i guz ten nie okazywał skłonności do przebicia twardówki na zewnątrz.

Na podstawie badania mikroskopowego należy w tym przypadku rozpoznać: rak przerzutowy oka, pomimo, że za życia pierwotnego guza rakowego nie znaleziono. Niepodobna zaś uważać tego raka za nowotwór pierwotny ciała rzęskowego, choćby z tego względu, że opisane dotychczas przypadki pierwotnego raka oka nie są należycie uzasadnione, podczas, gdy raki przerzutowe w oku, jakkolwiek rzadkie, były już jednakże niejednokrotnie dokładnie opisane.

Dr A. Beigel.

Nerwice urazowe oka i wypadki przy pracy (Hystérotraumatisme oculaire et accidents de travail). F. de Lapersonne (La Presse médicale 22 Octobre 1904.).

Autor zastanawia się nad tą kwestyą z punktu widzenia praktycznego, mianowicie, co się tyczy oceny stopnia niezdolności do pracy.

Rozróżnia on 2 grupy przypadków:

1. Przypadki, występujące po nieznacznym urazie u osób obciążonych nerwowo: alkoholików, diabetyków, zatrutych ołowiem, obarczonych dziedzicznie.

2. Przypadki, występujące po gwałtownych wstrząśnieniach, silnych urazach, bez poprzedniego tła nerwowego.

Ocena będzie naturalnie o wiele niższa w przypadkach pierwszej kategoryi.

Główne zaburzenia ze strony wzroku w nerwicach urazowych są: ścisk powiek, znieczulenie rogówki i spojówki, światłowstręt, amblyopia ze zwężeniem współśrodkowem pola widzenia dla barwy białej i innych, wreszcie ślepota jedno- lub obustronna z możliwem zachowaniem odruchów źrenicy. Bardzo rzadko porażenia lub skurcze zewnętrznych mięśni oka.

Charakterystycznem znamieniem dwuwidzenia w tych wypadkach jest jego zmienność. Częstsze są zaburzenia ze strony mięśni, mikro- i megalopsia.

Autor wielkie znaczenie przypisuje badaniu pola widzenia, mniejsze badaniu bystrości wzroku naosiowego, gdzie trudniej, niż gdziendziej usunąć symulacyę, względnie agrawacyę.

Wielka trudność stanowi określenie długości trwania zupełnej niezdolności do pracy. Pożądanem jest dla obu stron możliwie najwcześniejsze określenie stopnia częściowej trwałej niezdolności do pracy, wynikającej z wypadku.

Biegły powinien przy ocenie wskazać, że nie ma żadnej zmiany organicznej.

Dziś już powszechnie wiadomo, że zdarzają się przypadki uleczenia nerwicy nazajutrz po otrzymaniu wynagrodzenia, i że nie należy uważać tego za symulacyę. *Dr J. Matusewicz.*

Ważny wynik badania oka za pomocą promieni Roentgena po ranie postrzałowej śrótem (Wichtiger Röntgenbefund bei Schrotschuss ins Auge.) Dr Albin Köhler (Wiesbaden). Deutsche med. Wochenschrift, Nr 39.

Zasada jego postępowania jest następująca: Robi jedno zdjęcie profilowe, przy którem badany ma stale zwrócony wzrok w jednym kierunku: na negatywie znajdzie się wtedy wyraźny cień ciała obcego, z którego nie da się jednak rozpoznać, czy ciało to znajduje się w gałce, czy tylko w jamie oczodołowej. Roentgen daje nam bowiem, jak wiadomo, tylko obraz kostnej jamy oczodołowej. Robi więc drugie zdjęcie w tem samem położeniu, każe jednak badanemu podczas zdjęcia zmienić kierunek wzroku. Jeśli więc ciało obce znajduje się w jamie ocznej, wtedy i w drugiem zdjęciu znajdziemy tylko jeden wyraźny cień tegoż ciała, w drugim zaś wypadku, gdy ciało tkwi w gałce, musi to ciało przy zmianie kierunku patrzenia przez poruszanie się gałki ocznej i swój kierunek zmienić, i na negatywie okaże się wtedy podwójny cień tegoż ciała.

Że ta kwestya da się tylko za pomocą Roentgena rozstrzygnąć, ilustruje najlepiej wypadek, nadesłany mu do zbadania przez Pagenstechera:

20letni chłopak postrzelony został śrótem przez cyganów. Prawe oko jest prawie zupełnie zniszczone, podczas gdy lewe pozornie nie okazuje żadnego uszkodzenia.

Bystrość wzrokowa zaś i projekcya znacznie upośledzone. Badanie wziernikiem daje wynik ujemny.

W danym więc przypadku tylko badanie za pomocą Roentgena w powyższy sposób przeprowadzone dało wynik pomyślny.

Albowiem w pierwszem zdjęciu widziano jeden cień ciała obcego, w drugiem zaś, gdzie chłopak po $1^1/_2$ minutach na komendę kierunek wzroku zmienił, widziano nań negatywie dwa cienie. Na podstawie powyższego rozumowania nie ulegało najmniejszej wątpliwości, że ciało w danym przypadku utkwiło w gałce ocznej.

To zaś, że badanie wziernikiem dało wynik ujemny, pochodzi stąd, że wziernikiem możemy wprawdzie dokładnie zbadać całą gałkę oczną i wewnętrzną stronę ściany, ale nigdy ścianę przez całą jej grubość. *Dr A. Beigel.*

IV. Z TOWARZYSTW.

Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Posiedzenie naukowe z dn. 2 grudnia 1904.

Prof. Machek: *Nowe szczegóły o chirurgach i okulistach w starożytności.*

W roku 1902 wykopała ekspedycya francuska na Akropolis miasta Suzy kamień, pokryty pismem klinowem. Doniosłe to odkrycie wywołało żywy ruch w świecie naukowym, gdyż pokazało się, że przeszło tysiąc lat przed prawodawstwem Mojżesza istniało już prawodawstwo babiloń-kie, które dzisiaj zdumiewa nie tylko historyków i prawników, ale i lekarzy. Chammurabi, król babiloński, żyjący około 2550 lat przed Chrystusem, kazał wyryć na kamieniu, który właśnie znaleziono, kodeks, zawierający liczne działy, między którymi znajduje się i dział o wykonywaniu sztuki lekarskiej i o lekarzach. Tamże czytamy, że, jeżeli lekarz zada człowiekowi ciężką ranę nożem brązowym i człowieka przytem przy życiu utrzyma, albo jeżeli przetnie »nagabli« i oko wyleczy, otrzyma 10 syklów srebra. Jeżeli operacye te wykona na »muskenu« (stan pośredni), otrzyma tylko 5 syklów, jeżeli zaś na niewolniku, to 2 sykle srebra. Dalej czytamy, że, jeżeli lekarz złamaną kończynę wyleczy lub chore wnętrzności wygoi, otrzyma 5 syklów. Widzimy z tego, że już naówczas wykonywano operacye chirurgiczne, podczas, gdy w prawodawstwie żydowskiem nie znajdujemy wzmianki o operacyach. Dalej widzimy, że zależnie od stanu pobieraną była zapłata, zauważyć przytem należy, że nawet niewolnicy, a więc ludzie najbiedniejsi, obowiązani byli do uiszczenia zapłaty, i że lekarze pobierali wynagrodzenie za całe leczenie. Ile wart był sykel srebra, trudno ściśle oznaczyć, w każdym razie jednak była to zapłata znacznie większa, aniżeli dzisiejsza.

Jak z jednej strony prawodawstwo zabezpieczało lekarzom wynagrodzenie, tak znów z drugiej strony nakładało kary za nieszczęśliwe leczenie. Czytamy bowiem w prawodawstwie, że, jeżeli lekarz zada ciężką ranę człowiekowi nożem brązowym i sprowadzi śmierć tegoż, albo, jeżeli przełnie »nagabti« i zniszczy oko, należy mu ręce obciąć. Dzisiaj wydaje się nam to okrutnem, jeżeli jednak zważymy, że znacznie późniejsze prawodawstwo żydowskie oddawało »oko za oko — duszę za duszę«, to w tem oświetleniu będzie to kara, która wówczas wydawać się musiała zupełnie słuszną.

Przytem zdaje się, że wyjątkowo tylko, w gorszących przypadkach, karano lekarzy w ten sposób. Również i pod względem wymiaru kary zachodziły różnice, zależne od stanu. Inny bowiem paragraf orzeka, że, jeżeli lekarz zada ciężką ranę niewolnikowi i zabije go, a ten niewolnik jest własnością »muskena«, musi dać niewolnika za niewolnika, jeżeli zaś niewolnikowi zniszczy oko, płaci połowę ceny niewolnika.

Dla nas okulistów przedewszystkiem interesującem jest, co znaczy wyżej wspomniane słowo »nagabti«, przecięcie którego leczyło, względnie niszczyło oko. Dosłownie nagabti znaczy: głębia, otwór, źródło. Scheil i Winkler sądzą, że chodzi tutaj prawdopodobnie o operacyę zaćmy. Byłoby to tem ciekawsze, że Hipokrates i Grecy nie wiedzieli nic o zaćmie, o której pierwsze wiadomości mamy dopiero od Celsusa, żyjącego za czasów Chrystusa. Prelegent sądzi, że nagabti znaczy co innego, a mianowicie zapalenie woreczka łzowego.

Widzimy wreszcie z prawodawstwa babilońskiego, że lekarze stanowili stan odrębny, który w hierarchii społecznej szedł zaraz po kapłanach, był to więc stan wysoko położony, otoczony czcią i szacunkiem. Tuż po lekarzach szli weterynarze, którzy zwali się »lekarzami od wołów i osłów«. Ci otrzymywali za wykonanie operacyi $^1/_6$ sykla, jeżeli zaś osioł po operacyi zginął, musieli zapłacić $^1/_4$ wartości osła.

W dyskusyi Doc. Bylicki zaznacza, że z prawodawstwa babilońskiego nie wysnuwa wniosku, jakoby chirurdzy i okuliści stanowili niejako odrębne specyalności. Że lekarze byli bardzo szanowani, powodem tego to, że otaczali się nimbusem, byli prawie cudotwórcami. Jest to cechą kultury, że lekarz zajmuje dzisiaj niższe stanowisko społeczne.

W odpowiedzi Prof. Machek twierdzi, że chociaż lekarze w Babilonie nie byli w dzisiejszem znaczeniu specyalistami chirurgami i okulistami, wykonywali jednakże operacye, które wchodzą dziś w zakres czynności tych specyalistów. — *A. Bednarski.*

X międzynarodowy Zjazd okulistów w Lucernie w dn. 13—17 września 1904. (C. d.).

2. Dzień 15. IX. 1904.

Przewodniczący: de Lapersonne (Paryż).

Rozprawa nad pracą Sulzera i nad przedłożeniami francuskiego oftalmologicznego towarzystwa co do oznaczenia jednostki bystrości wzroku.

Monoyer (Lyon) przypomina, że Snellen i Giraud Teulon wydali po raz pierwszy swoje tablice w roku 1862 i że Monoyer r. 1879 ogłosił swoje decymalne tablice z 10ciu w równej wielkości odstępach sporządzonymi szeregami. Od tego czasu później podano więcej, niż 25 nowych tablic. M. omawia następnie sposoby miernicze, poleca kąt jednej minuty i zarzuca nowy centymalny podział łuku przez Sulzera. Nacisk należy położyć na 5 punktów.

a) podstawa metody miernicze.

b) wybór jednostki dla oznaczenia bystrości wzroku.

c) nazwanie tejże.

d) sposób stopniowania.

e) postać i barwa znaków.

Co do pierwszego punktu zgadza się M. z tow. ofl. franc., przeciwnie nie jest on za mianowaniem oznaczonej jednostki. Stopniowanie w postępie geometrycznym należy zarzucić, a przyjąć postęp arytmetyczny, następnie według jego poglądu wystarcza decymalny podział dla potrzeb praktycznych. Należy badać z odległości 5 m. Litery mają być czarne na białem tle, dla analfabetów powinny być znaki pojedyncze.

v. Siklossy (Budapeszt) uważa za rzecz ważną, aby także w oświetleniu tablic próbnych zaprowadzono jednolitość. Metroświece uważa on za nie do użycia. S. robił próby swym przyrządem *(Universal-Egzaminator)*, badając wzrok u 32 prawidłowowzrocznych przy obniżonem lub podwyższonem oświetleniu, przy S = 1 szukał najlepszego, przy S więcej niż 1 szukał odpowiedniego oświetlenia i znalazł, że wartość 10 (H) świec Hefnera *pro* 2 m², t. zn. 10 Mikrohefnera *pro* mm², polecić należy, t. zn. takie oświetlenie, przy którem optotypy tyle oddają energii światła, jak gdyby w miejsce każdego kwadratowego milimetra postawiono 10 Mikrohefnera świec (1 Mikrohefner = 0·000001 Hefner). To oznaczenie jest dokładniejsze niż w metroświecach, przyczem nieznanem jest, ile energii światła odbitem zostaje od powierzchni optotypów (białe, świecące, szare i t. d.).

Za pomocą przyrządu *(Universal-Egzaminator)* można szybko

oznaczyć bystrość w jednostkach i to dokładniej, również poczucie barw, symulacyę i agrawacyę i t. d. Przyrząd ten jest dobrym fotometrem. Siklossy udowodnił, że gdy natężenie światła wzmaga się w postępie geometrycznym, bystrość wzroku wzrosła w szeregu arytmetycznym (tylko nie przy S 0,9 — S 1,1). Jako jednostkę chce S. przyjąć bardzo małą bystrość wzroku, mianowicie tę, przy której z odległości 1 m. przy jednostkowem oświetleniu przedmiot z *distantia separabilis* 1 cm. rozpoznanym zostaje (więc przedmiot 5 cm. wysoki, 5 cm. szeroki, jego zaś poszczególne kreski szerokości 1 cm.), bo odpowiada kątowi 34.376 minut. Tę jednostkę nazywa on *Acuitas* 1, odpowiada to dotychczasowemu 0,029. Gdy z odległości 1 m. podwójnie drobniejsza litera rozpoznaną zostanie, wtedy jest *Acuitas* 2 i t. d. = *Acuitas absoluta (Aa)*. Gdy przedmiot, odpowiadający pewnej *Acuitas absoluta* rozpoznanym zostanie z odległości *d*, wtedy $S = d \times Aa$. *Acuitas relativa*. S. bada w odległości 7 m., ponieważ wtedy otrzymuje wartości, które zgadzają się z wartościami Snellena, tak, że Snellena tablice mogą być używane, np. Sn. 1 = Ac. 35, Sn. 0,6 = Ac. 21 i t. d.

Noiszewski (Dynaburg): Nie Snellen, lecz Candillac zastosował pierwszy kąt jednej minuty. N. zwraca się przeciw jednostce kątowej; jako praktyczna metoda, metryczny system powinien być podstawą oznaczania bystrości wzroku. $1\ ^m/_m$ należy przyjąć jako jednostkę. Kto w odległości przedmioty o $1^m/_m$ *distantia separabilis* rozpoznaje, powinien mieć S = 1, jak już to przedtem polecał.

Javal (Paryż) podnosi, że geometryczny postęp znanym jest od r. 1867 i pochodzi od Amerykanina von Green'a, a nie od von Nicati'ego. Co się zaś tyczy wskazówek Fechner'a, to tylko jednę, w zastosowaniu do sporządzenia tablic próbnych, należy uwzględnić, tę, że tylko względne wartości mają znaczenie. Co do reszty zgadza się on z Siklossy'm.

Landolt (Paryż). Możliwem jest ujednostajnienie mierzenia bystrości wzroku na całym świecie i jest ono ważnem; do spełnienia tego potrzeba czterech warunków: 1. Przedewszystkiem muszą być uwzględnione praktyczne strony. 2. Podstawa *minimum separabile* musi być zastosowaną. 3. Jako jednostka kąta widzenia musi być uznaną 1 minuta, a jeżeli chce się używać liczb prostych, a nie ułamków, wtedy trzeba przyjąć 10 minut. 4. Powinien być jeden jedyny wzór do badania wzroku, jednak każdemu zostawia się wolność ułożenia tablic, czy kto chce stopniowania wielkości według postępu geometrycznego, czy arytmetycznego.

Pergens (Maeseyck) przedstawia optotypy, które jeszcze wyraźniej uwidoczniają, że nie chodzi tylko o wielkość znaków, lecz

także o wypełnienie pola, o rozdzielenie barwy czarnej i białej. Gdy czarny kwadrat białe wycięcie w środku krawędzi posiada, to w innej odległości rozpoznanym jest ten wycinek, a w innej kwadrat, na którym się ten wycinek blisko od rogu znajduje.

Siegrist (Berno) spodziewa się, że niedługo znikną litery na tablicach próbnych (są za nierówne, nie do użycia dla analfabetów i mają inne ujemne strony). Przeciw znakom Sulzer'a okrągłym, częścią szarym, częścią skośnie kreślonym, ma rozmaite zarzuty do podniesienia: nie są one równe, raz są trzy kreski, to znów cztery; występuje prędko pewne uczucie znużenia, gdy się na nie dłużej patrzy i t. d. Dlatego raczej poleca znaki dla analfabetów Snellen'a lub pierścienie Landolt'a, szczególnie te ostatnie. S. jest za decymalnym systemem Monoyer'a i zwraca się przeciw nowemu czynnikowi Sulzer'a.

Berry (Edynburg) jest za *minimum separabile*. Dla celów praktycznych uważa za dostateczne znaki Snellen'a, dla naukowych kwadraty Reymond'a, które są częścią szare, częścią kreskowane.

Steiger (Zurych) krytykuje tablice Sulzera, gdyż nie są one ułożone na zasadzie *minimum separabile*, szeregi ich są za wąskie, ścieśnione, tak samo pojedyncze znaki. Poleca w pierwszym rzędzie Landolt'a pierścienie, a potem znaki Snellen'a dla analfabetów.

Gullstrand (Upsala) oświadcza krótko, że spodziewa się, iż z projektów Société franç. tylko dwa pierwsze zostaną przyjęte.

Sulzer (Paryż) zwraca uwagę, że przy całej tej sprawie zapomniano o względach ekonomicznych. Tablice powinny być praktycznemi. Czynnik, według którego czynił stopniowanie, był już wynalezionym przez van Greena. Ponieważ siatka dla optotypów jedynie jest usprawiedliwioną, dlatego połączył on okrągłe figury z kreskami.

Javal: Snellen'owskie haki są teoretycznie bardzo dobre, jednakowoż wydały mu się one niedogodnymi po dłuższem użyciu i badaniu, a zwłaszcza przy astygmatykach. Podobne znaki, jak Sulzer, sporządził on sobie przed laty, ale zarzucił je w praktyce. Z Siegrist'em czyni Javal projekt, aby wybrać komisyę, któraby się zajęła sprawą oznaczania bystrości wzroku, która ma przedstawić projekta na najbliższym kongresie. Nie należałoby tych kolegów do komisyi wybierać, którzy sami ogłosili już optotypy.

Snellen (młodszy) (Utrecht): W imieniu ojca swego sprzeciwia się nazwaniu jednostki bystrości wzroku »Snellen«. Mierzenie bystrości wzroku przez *minimum separabile* jest słusznem tylko przy odległości 6ciu metrów. Silni krótkowidze przy mniejszej odległości

będą mieli wyższą niż prawidłowa bystrość wzroku, ponieważ w bliskości pod mniejszym kątem mogą (rozróżniać i oddzielnie) czytać. Sulzer podaje 5 metrów, ale dlaczego nie jest to uwidocznionem. Nie można mierzyć bystrości wzroku, jak się mierzy linię, metrem, albo, gdy się stosuje do mierzenia dyoptrye. $2 \times S\ ^1/_2$ nie czyni $= 1$, dlatego należy mierzenie według optów zarzucić. Następnie według Sulzer'a porównuje się bystrość wzroku chorego nie z wartością przed schorzeniem $S = 1$, jednak z więcej nieprawidłową $S = {}^1/_{10}$, ale powinno się przecież po zachorowaniu porównać z bystrością przed schorzeniem. Liczeniem optów niczego się nie osiąga, trudnem ono do zrozumienia dla lekarza, a nielekarzom, np. urzędnikom rozmaitych zawodowych stowarzyszeń, nieraz nie można go wytłómaczyć.

Wniosek Javala, aby wybrać komisyę przez głosowanie, uchwalono i zgodzono się, aby, gdzie można, autorów tablic do komisyi nie wybierać.

Postanowiono następującą komisyę, złożoną: Charpentier, Nuel, Hess, Dimmer, Reymond, Jessop, Epéron. Potem rozprawa o dwóch pierwszych wykładach:

Hummelsheim (Bonn): *Projekt zgodzenia się na jednakowe oznaczanie południków przy astygmatyzmie i oznaczaniu pola widzenia.*

H. podnosi ważność i możność międzynarodowego ujednostajnienia. Jest on za tem, aby południk pionowy był oznaczonym przez 0°, poziomy przez 90°.

Knapp (Nowy Jork): *Symetrya pary ócz do południkowej płaszczyzny ciała w przeciwieństwie do asymetryi pojedynczego oka z szczególnem uwzględnieniem południków.*

K. poleca symetryczne oznaczenie tego rodzaju, że końce poziomego południka oznacza 0°, pionowego 90°.

Rozprawa:

Gullstrand (Sztokholm). Poleca za podstawę liczenia stopni kompas, a mianowicie podobny podział, jak na kompasie, gdzie kierunki oznaczone *Nord-Süd-Ost-West*, tu poleca oznaczenie S. N. I. T., to znaczy *supraorbital, nasal, infraorbital, temporal.* Np. N 15° S znaczy 15° od południka N ku południkowi S.

Knapp (Nowy Jork) uważa projekt Gullstranda za zbyt skomplikowany, aby go można przyjąć.

Javal jest za tem, aby dawny podział przyjąć z 1862 według Nacheta, który tak bardzo już się rozpowszechnił.

Pfalz (Dysseldorf) podaje projekt wyboru komisyi.

Steiger (Zurych) jest za symetrycznem oznaczeniem, i twier-

dzi, że oznaczanie trzema znakami jest niewygodniejszem, aniżeli dwoma

Czermak (Praga) poleca oznaczanie Snellen'a-Landolt'a, według nachylenia górnego końca południka, i używanie oznaczenia, na prawo lub na lewo, względnie + lub —. Przy mierzeniu pola widzenia idzie się ku dołowi 180°.

Ma być to połączenie symetrycznego i identycznego oznaczania.

Emmert (Berno) jest za trygonometrycznym podziałem od 1°—360°. Przy badaniu pola widzenia trzeba zaczynać od prawej strony chorego, przy badaniu astygmatyzmu od prawej strony lekarza.

Dransart objaśnia zaprowadzoną przez siebie metodę Betremieux'a, zgodnie z Hummelsheimem.

Zakończenie: Knapp z Nowego Jorku poleca tę metodę podziału koła, która zdaje się, że ma najwięcej zwolenników, mianowicie oznaczenie strony skroniowej i nosowej (jak chce Hummelsheim) literami t. n., a przy oznaczaniu pola widzenia 0° wypada na górny koniec południka pionowego, następnie przechodzi się cały obwód koła, prócz tego pole widzenia ma być podzielone na równoległe współśrodkowe kręgi, a punkty ich przecięcia z południkami mają być oznaczone (podobnie, jak geograficzne podzielenie kuli ziemskiej).

Identyczny system nadaje się do oznaczenia porażeń i dla chorób nerwu wzrokowego między *chiasma* a *fissura calcarina*. Osobiście woli nosowy koniec południka poziomego oznaczyć 0° i liczyć potem wokoło do 360°.

Hummelsheim: Nie powinno się wybierać komisyi. Poleca metodę Snellen'a-Landolt'a, gotów jest do ustępstwa (dla Knappa), aby liczyć dookoła, lecz gdy się będzie zaczynać od górnego końca południka pionowego, oznaczywszy go 0°.

Z głosowania okazuje się, że zgromadzenie nieznaczną większością jest za tem, aby nie oznaczać żadnego sposobu, tak, że uniformowanie trzeciego punktu kongresu wykluczonem zostało.

3. Dzień 16. IX. 1904.

Przewodniczący: Argyll-Robertson (Edynburg).

Rozprawa nad dalszymi wykładami:

Gourfein (Genewa): *Le rôle du bacillus subtilis dans les affections oculaires.*

Po krótkiem sprawozdaniu dotychczasowych spostrzeżeń Silberschmidt'a, Kayser'a i Michalskiego, omawia Gourfein morfologię i biologię własnych hodowli *bacillus subtilis*. Są

one takie, jak i innych autorów, a Gourfein nie jest wcale w wątpliwości, że ma do czynienia z *b. subtilis*. Gourfein spostrzegał 17 przypadków *conjunctivitis*, a za przyczynę podaje *b. subtilis*. Obraz choroby nie jest pojedynczy, rozwój, objawy nie są stałymi, bardzo są zmienne. Wspólnem jest to, że *conjunctivitis* samoistnie się nie pojawia, lecz zawsze wywołaną jest urazem i że zawsze spotyka się ją u wieśniaków, którym do ócz wpada ziemia, lub dostaje się tamże przez potarcie rękami. Pięć razy znalazł on resztki ziemi w worku spojówkowym. Dwanaście razy obok *b. subtilis* był *staphylococcus aureus*, *streptococcus pyogenes*, albo *pneumococcus*. Pięć razy spostrzegał ostrą *conjunctivitis* z wyraźnymi objawami przedmiotowymi i podmiotowymi (obrzęk powiek, obrzmienie i surowiczo-ropną wydzielinę spojówki). Dwa razy było powierzchowne obrażenie rogówki. Leczenie polegało na stosowaniu roztworu *arg. nitr.* 2% i trwało 6—18 dni.

Doświadczalnie wywoływał G. *conjunctivitis* na królikach, zniszczywszy spojówkę i wtarłszy im hodowlę. Trwało to 3—6 dni. Nie udało mu się wywołać zapalenia rogówki i woreczka łzowego. Zaszczepienie do przedniej komory wywołało lekkie podrażnienie, do ciałka szklistego *panophthalmitis*.

Rozprawa:

Gonella opisuje przypadek *panophthalmitis* wskutek *b. subtilis* w przebiegu i wyniku podobny do przypadków Silberschmidt-Baenzinger'a i Kayzer'a.

Były to obrażenia przy ziemnych robotach z szybkim przebiegiem, już w kilku godzinach wystąpiło ciężkie zapalenie, a po pięciu dniach wykonano *exenteratio*.

Kultury wykazały *b. subtilis*, a doświadczenie na królikach *panophthalmitis* przy obecności *b. subtilis*.

L. Buchanan (Glazgów): *A raport the examination of 1000 eyes*.

W liczbie 163,000 chorych wykonano 1000 enukleacyi. B. podaje dokładne statystyczne dane z badań tych ócz. 695 razy przyczyną był uraz, 305 razy przyczyną enukleacyi choroba ócz.

Gonin (Lozanna): *Le rôle du corps vitré dans les différents formes de décollement rétinien*.

G. badał 70 gałek ocznych, które stwardniał w formolu, a po 8—10 dniach otworzył.

G. chce dowieść, o ile teorya Leber'a o powstaniu oderwania siatkówki przez pociągnięcie przez ciałko szkliste jest do przyjęcia w poszczególnych przypadkach oderwania. Potwierdzenie tej teoryi znalazł w trzech przypadkach idyopatycznych.

W 60% przypadków naczyniówkowosiatkówkowe ogniska były

miejscem oderwań. Miejsca zrostów ciałka szklistego z siatkówką odrywają się tak, że często kawałeczki naczyniówki i siatkówki znajdowały się w ciałku szklistem. *(Le type à l'emporte-pièce)*, przy niezupełnem oderwaniu znajdują się płatki, ustawione podobnie do wentylów *(le type à soupape)*. Przy oderwaniu przez tumory nie jest odpowiednią teorya Leber'a. oderwanie ma zupełnie inny wygląd, również tak samo i przy zapalnych postaciach, jak *retinitis albuminurica* i t. d.

Przedewszystkiem oznacza G. postacie urazowe i dochodzi do wniosku, że w większej części przypadków żadnej roli nie odgrywa ciałko szkliste, nawet przy obfitej jego utracie.

Rozróżnia i opisuje 5 rodzajów urazowego oderwania i przy pierwszym rodzaju przypisuje pewną rolę ciałku szklistemu.

1. Zapalne ściągnięcie się ciałka szklistego ze zrostami. 2. Pozasiatkówkowe wybroczyny. 3. Wprost urazowe oderwanie. 4. Ściągnięcie się bliznowate zewnętrznych osłon w przednim odcinku gałki. 5. Szybkie ściągnięcie się po znacznym ubytku ciałka szklistego.

W jego przypadkach częstsze są oderwania ze znacznym ubytkiem ciałka bez oderwania siatkówki.

Rozprawa:

Leber jest zdania tego samego, co Gonin, że przy idyopatycznych samoistnych oderwaniach zawsze musi być przerwaną siatkówka. Co się zaś tyczy wzmianki przeciw teoryi wysiękowej, że pociąganie nigdy nie jest wzmożonem, to, według badań Wesselyego, obecnie małe ma znaczenie.

Addario (Palermo) powołuje się na swoje badania, że siatkówka w okolicy przedrównikowej silnie jest połączoną z ciałkiem szklistem, a usiłowanie odciągnięcia ciałka za pomocą szczypczyków prowadzi do oderwania. Poza równikiem w tylnym odcinku ciałko szkliste luźnie przylega. Dlatego sądzi, że odstawanie ciałka za życia nie jest tak rzadkiem, i że poprzedza ono często oderwanie siatkówki i że odpowiednie temu patologiczno-anatomiczne obrazy nie są wytworami sztucznymi. To, że istnieją włókna w przedłużeniu włókien Müller'a do ciałka szklistego, jest podporą teoryi Leber'a.

Gdy ściąga się ciałko szkliste, powstaje pociąganie, które prowadzi do objawów zapalnych, uwiądu, zrostów, jak to przedstawia Gonin.

Nordenson (Stockholm) zwraca się przeciw spostrzeżeniu Gonin'a, ponieważ utrzymuje on teoryę pociągania przy oderwaniu przy tumorach naczyniówkowych. Na drugiem miejscu stawia ściągnięcie się ciałka szklistego.

Scheffels (Krefeld) podaje 3 punkty przeciw uogólnieniu teoryi Leber'a.

1. Wyniki doświadczeń na zwierzętach przy wypalaniu galwanicznym prądem twardówki.

2. Przypadki samoistnego wyleczenia bez przecinania włókien.

3. Podobieństwo z innymi organami (n. p. opłucną i t. d.), które ma znaczenie dla teoryi wysiękowej.

Noiszewski (Dynaburg) uważa atrofię i ściągnięcie się ciałka za następowe, wskutek następowej nieprzepuszczalności siatkówki dla materyału odżywczego.

Terson (Paryż) jest zdania, że całkowite rozpłynięcie ciałka szklistego nie wystarcza do oderwania siatkówki, i wskazuje na krótkowzrocznych wysokiego stopnia z rozpłyniętem ciałkiem szklistem. Pociągania siatkówki prowadzą do zmian barwikowych i do naczyniówkowych międzysiatkówkowych i ułatwiają oderwanie siatkówki.

Na zakończenie odpowiada Gonin poszczególnym mowcom. Zgadza się on z zapatrywaniem Nordenson'a, samoistne wyleczenie uważa za rzecz niesłychanie rzadką. Przeciw zapatrywaniu Noiszewskiego podaje swoje badania wziernikowe i wyniki badań anatomicznych.

Przy wysokiej krótkowzroczności ogniska zapalne naczyniówki są czynnikiem, usposabiającym do oderwania siatkówki.

Przeciw Addari'emu podnosi, że fizyologiczne przyczepy siatkówki do ciałka szklistego są za słabe, aby spowodować wyrwania kawałków siatkówki, do tego potrzebaby patologicznych zrostów. C. d. n.

Dr Berezowski.

V. LECZNICTWO.

Radium przeciw jaglicy. W kilku przypadkach jaglicy użył prof. Cohn z Wrocławia z rzekomo nadzwyczaj dobrym skutkiem kryształu bromidu radiowego (1 mg — za 50 mk.).

Kryształik ten kazał sobie Cohn wtopić w cewkę szklaną 3 cm długą a 3 mm szeroką i dotyka nim każdą pojedynczą jagiełkę i każdy mieszek (?), a tak codzień oświetla te wytwory patologiczne przez 10—15 minut.

Berl. Klin. Wochenschrift. 1905, Nr 1.

VI. ROZMAITOŚCI.

Wrąb gałki. spowodowany przez ucisk mięśnia skośnego górnego. W Dtsche Med. Wschrift, Nr 45, daje prof. Stilling odprawę drowi Hamburgerowi, który w wadliwem zrozumieniu teoryi Stilling'a o owym wrębie zbija rzekome Stilling'a zapatrywanie, jakoby wrąb taki powstać mógł na oku żywem, czego Hamburger nie zauważył, a tylko na gałce trupiej takowy przez ucisk wywołać zdołał. Stilling zastrzega się przeciw takiemu przedstawieniu rzeczy, a zaznacza, że tylko pod uciskiem mięśnia ukośnego powstaje przedłużenie gałki, prowadzące do myopii.

Towarzystwo oftalmologiczne w Egipcie zostało utworzone ze siedzibą stałą w Kairze.

Prezesem mianowano dra Démetriades'a, a sekretarzem jeneralnym dra Lakah w Aleksandryi. Członkami honorowymi zostali mianowani: dr Edw. P. Davis z Filadelfii, prof. Gayet z Lyonu, prof. Hoor z Wiednia, prof Sobordone z Neapolu, Trousseau, Abadie, Landolt, Wecker z Paryża, prof. Wicherkiewicz z Krakowa, prof. Baudry z Lille. —

Budapeszt. Już na przyszły rok budżetowy przewidziano utworzenie drugiego okulistycznego ordynaryatu.

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Starszy lekarz pułkowy dr Cywiński z Mohylewa mian. nacz. lekarzem 167 polowego ruchomego szpitala na polu wojny.

Doc. dr Bednarski mian. konsultantem w oddziele ocznym lwowskiego szpitala dla dzieci.

Dr Babiński w Paryżu mian. oficerem legii honorowej.

Prof. Hirschberg w Berlinie obchodził 24 grudnia z. r. 25letni jubileusz profesorski. Ze zbiorowej książki jubileuszowej, wydanej na cześć jubilata przez jego uczni i przyjaciół, podamy niebawem w P. O. streszczenia.

Dr Xavier da Costa wybrany został w miejsce zmarłego dra Hygino Sousa sekretarzem sekcyi okulistycznej XV międzynarodowego lek. kongresu w Lizbonie.

Prof. Dr Vossius w Giessen otrzymał tytuł tajnego radcy medycynalnego.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty | ROCZNIK SIÓDMY | 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Zajęcie rogówki iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego (Synchisis scintillans).

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Obecność srebrzystych iskrzących się kulek, widocznych przy wziernikowaniu dna oka, nazywa się »iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego«.

Anatomicznym podkładem iskrzącego się rozpływu ciałka szklistego są kryształy cholestearyny i tyrozyny, niekiedy fosforany [1]). Według E. Meyer'a [2]) spotyka się kryształy cholestearyny w soczewce, siatkówce, a także pomiędzy siatkówką a naczyniówką. W oczach bezsoczewkowych znajdowano kryształy cholestearyny w przedniej komórce oka (Schöler).

L. Mauthner [3]) utrzymuje, że kryształy cholestearyny w ciałku szklistem, nieuległem rozpływowi, są jakby zawieszone i przy poruszeniach gałki ocznej wykonywają tylko bar-

dzo nieznaczne ruchy wahadłowe; przeciwnie przy rozpływie ciałka szklistego leżą owe kryształy na samym spodzie; przy poruszeniach oka wzlatują, jak iskrzące się rakiety, w górę.

Zdarza się jednak, że wygląd iskrzącego się rozpływu niekiedy jest inny: tak Thomson [4]) opisał wypadek iskrzącego się rozpływu u kobiety 45letniej, w którym kryształy cholesteraryny nie pływały, jak zwykle, w ciałku szklistem, ale miały wygląd nieruchomych, we wszystkie strony rozpostartych cieniuchnych gałązek szronem pokrytych.

Inny, bardziej jeszcze od zwykłych opisów odmienny wypadek iskrzącego się rozpływu spostrzegałem u 21letniej D. Sz. z guberni witebskiej [5]). Dn. 26 marca r. 1890 zwróciła się chora do lecznicy, prosząc o usunięcie zaćmy w oku lewem w celu kosmetycznym.

Badanie przy świetle dziennem rozproszonem wykazało, co następuje:

Ok. pr. krótkoogniskowość wysokiego stopnia.

Ok. lew. rogówka nienaruszona, tęczówka nieco odbarwiona, ale wrażliwa na światło, atropinę i czerynę; soczewka zaćmiona.

Badanie światłem ogniskowem wykazało, że przednia komórka napełniona jest srebrzysto połyskującymi kryształami cholestearyny, zawieszonymi nieruchomo w cieczy wodnistej przedniej komórki oka; $V = 0$.

Przy szybkich poruszeniach oka z góry na dół i z prawa na lewo daje się zauważyć bardzo nieznaczny ruch wahadłowy iskrzących się kryształów, zamieszczonych w cieczy wodnistej.

Unieruchomienie kryształów w cieczy wodnistej dowodzi, że w danym wypadku ciecz wodnista posiada wagę gatunkową równą wadze gatunkowej kryształków cholestearyny.

Ale nie tylko w cieczy wodnistej przedniej komórki oka znajdują się iskrzące się kryształy cholestearyny, cały miąższ rogówki iskrzy się nimi, cała bowiem rogówka aż do warstwy przybłonka gęsto jest jakby ponabijana drobnymi kryształikami iskrzącymi się przy oświetlaniu rogówki.

Tak iskrząca się rogówka podobna jest do iskrzącego się lodu na wiosnę.

Przed 3ma laty w oku tem było oderwanie siatkówki*).

Literatura.

1. A. Alt: Comp. d. Hist. d. Auge, str. 216. 1880.
2. E. Meyer: Handb. d. Augenheilk. 1883, str. 285.
3. Mauthner: Lehrb. d. Ophthalmoscopie. 1868, str. 152.
4. Thomson: Synchisis scintillans. — Ophthalm. Record, p. 240. — Jahrber. d. Ophth. f. d. 1900.
5. Noiszewski: Zapiski lecznicy ocznej w Pohulance. — R. 1890. L. 552.

Ichtyolan cynku (Zincum sulfoichthyolicum) w przed i pooperacyjnem leczeniu zaćmy starczej.

Podał
KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Leżenie na wznak w ciągu dziesięciu dni bez ruchu, cięcie liniowe, opaska uciskowa, postępowanie przeciwgnilne, postępowanie bezgnilne, usuwanie worka łzowego, usuwanie rzęs, w końcu usuwanie samej opaski — oto długie i wymowne dzieje walki z powikłaniami pooperacyjnemi zaćmy starczej.

Pomimo to wszystko każdy operator z pewnym niepokojem opatruje oko operowane nazajutrz, a Snellen[1]), mówiąc o postępowaniu bezgnilnem przy operacyach na oku, twierdzi, że »auch nach tadellosesten Kataraktextraktionen hat jeder Operateur hin und wieder Wundeiterung erlebt«.

*) Przed wielu laty spostrzegałem u dziewczynki 10letniej *synchisis* ciałka niezwykle silną wraz z przejściem zwyrodniałego ciałka szklistego do przedniej komory. Po wydobyciu przez nakłucie rogówki płynu z przedniej komory, niebawem ta masa szarolśniąca pojawiała się znowu w przedniej komorze. Przypadek ten, dotychczas nieogłoszony, opiszę szczegółowo później. *W.*

Zdarza się to i przy otwartem leczeniu ran rogówki, o którem słusznie utrzymuje prof. Wicherkiewicz[2]), że i ono nie zabezpiecza od zakażeń: »i bez tego postępowania miewamy 200, 300 wypadków bezropnych, a potem nagle kilka i kilkanaście zakażeń od razu«.

Ostatnimi czasy zwrócono w chirurgii uwagę na jeden ważny bardzo czynnik zakażenia podczas operacyi; mianowicie na mówienie podczas operacyi.

Tak Mendes Leon[3]) utrzymuje, że podczas operacyi ani operator, ani otaczający mówić nie powinni, a to na podstawie następujących doświadczeń: mówił on przez $1^1/_2$ minuty nad płytką Petri'ego oddaloną od ust o 30 cm. Po włożeniu następnie płytki tej do termostatu znajdowano na niej liczne osady paciorkowców, gronkowców i dwójkowców.

Podług tego autora na 100 wyrazów wypada 60 kropel śliny, każka zaś kropla śliny zawierała 4375 gnijów; przeważały paciorkowce.

Za przykładem chirurgów i okuliści również wstrzymują się od mówienia, co jednak jest zadaniem daleko trudniejszem przy operacyach na oczach, ponieważ zwykle operujemy bez narkozy, którą zastępuje wpływ moralny operatora; nieraz więc musimy przemawiać dla uspokojenia chorego.

Na szczęście zdaje się jednak, że nie tyle szkodzi mówienie, ile stan ust i nosa zarówno u operatora, jak i u osób otaczających operowanego.

Nieraz już uważałem, że dostatecznie, żeby osoba, cierpiąca na próchnienie zębów i wogóle mająca usta lub nos niezdrowe, była obecną przy operacyi, by zakażenie niezwłocznie wystąpiło w mniejszym lub większym stopniu. Szczególniej niebezpieczne jest trzymanie chorego za głowę i oddychanie nad głową. Zresztą nawet osoby, mające w zupełnie dobrym stanie nos i usta, dobrze zrobią, jeśli przed operacyą wypłuczą je sobie roztworem nadmanganianu potasu.

Najczęstszą przyczyną zakażeń pooperacyjnych są paciorkowce i to nie tylko w czasie samej operacyi, ale i później aż do 5go dnia włącznie.

Uniknąć zanieczyszczenia rany tak lotnym zarazkiem, jak są paciorkowce, niełatwo.

Doświadczenie kilku lat ostatnich przekonało mnie, że przetwory ichtyolowe są lekiem prawie tak samo swoistym w zakażeniu paciorkowcami, jak chinina w zakażeniu bagiennem, a rtęć w zakażeniu kiłą.

Przeciwnie działanie przetworów ichtyolowych przy zakażeniach gronkowcami i płucowcami (pneumokokami) jest albo żadne, albo nawet niekorzystne dla zakażonego ustroju.

Swoistość zaś i skuteczność przetworów ichtyolowych w zakażeniach paciorkowcami jest tem większej wagi, że każdego innego zakażenia łatwiej jest uniknąć, aniżeli zakażenia paciorkowcami.

Przetwory ichtyolowe używane są tutaj w podwójnym celu: albo dla uniknięcia zakażenia w wypadkach podejrzanych przed operacyą, albo w celu zwalczania, a przynajmniej osłabienia zarazka, gdy zakażenie już nastąpiło.

W tym właśnie celu używa prof. Wicherkiewicz 5%owej maści ichtyolowej, smarując nią brzegi powiek po operacyi zaćmy (l. c. str. 98).

Moje postępowanie z ichtyolanem cynku przy zaćmie starczej jest takie:

Najcieńszy, jaki tylko dostać można, papier parafinowy kraje się na kawałki 5—6 cm długie i 3—4 cm szerokie i składa się je do słoika z 90%owym wyskokiem dla wyjałowienia i zachowania w stanie bezgnilnym. Następnie, gdy trzeba, wybiera się taki skrawek wyjałowionemi szczypczykami, układa się na podkład z waty hygroskopowej i pokrywa warstwą ichtyolanu cynku według przepisu:

Zinc. sulfoichthyolici 5,0
Lanolin. anhydrat.
Vasel. alb. anseri āā 2,5
MDS. Maść na powieki.

Jak już powiedziałem, innem jest postępowanie z tą maścią dla zapobiegania zakażeniom paciorkowcami, innem znowu przy leczeniu zakażenia.

W pierwszym wypadku na kilka dni przed operacyą nakłada się lekką opaskę ichtyolową, to jest z cienką warstwą ichtyolanu cynku.

Jeżeli maść nałożona była cienką warstwą, nie doświadcza przytem chory żadnych dolegliwości, wiadomo bowiem, że skóra doskonale znosi przetwory ichtyolowe. Opaskę taką zmienia się raz lub dwa razy na dobę i ma ona doniosłe znaczenie przy nieco podejrzanym wyglądzie dróg łzowych. Zakraplanie siarczanu cynku z kokainą, lekkie mięsienie i maść ichtyolanowa mogą nieraz zupełnie usunąć lżejsze stany zapalne dróg łzowych.

Oczywiście, że w takich razach postępowanie wyżej podane trwać nieraz może kilka tygodni nawet, aż wszelkie ślady nieprawidłowego stanu dróg łzowych ustąpią. Wtedy dopiero przystąpić można do operacyi.

Po operacyi maść zastąpić należy przetworami obojętniejszymi dla skóry, n. p. roztworem kolargolu 1:100.

W razie jednak zakażenia, opaskę z kolargolu należy usunąć i nałożyć znowu opaskę ichtyolanową.

Teraz jednak maść nakłada się warstwą grubą na 3, a nawet 5—6 mm. Zwykle taką opaskę nakłada się raz na dobę. Chociaż tak gruba warstwa ichtyolanu cynku sprawia pieczenie, to jednak chorzy opaskę taką znoszą zwykle bardzo dobrze, a następstw złych nie tylko nie sprowadza, lecz zachować może niejedno oko, zagrożone zakażeniem, a nawet już zakażone*).

Literatura.

1. Snellen: Operationslehre, str. 6. — Graefe-Saemisch 2te Aufl. 48 Lieferung.
2. Wicherkiewicz: Kilka słów w sprawie opasek ocznych. — Post. Okul., str. 63. 1903.
3. Mendes L.: Arch. f. klin. Chir. LXXII, 4.

*) Działanie maści ichtyolanowej tłómaczy się tutaj wchłanianiem jej przez skórę i drogi chłonne powiek oka i oczodołu.

II. NOWE PRZYRZĄDY.

Nowy przyrząd do sterylizowania, zawierający przybory i opatrunki okulistyczne.

Podał
BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

(2 ryciny w tekście.)

Zmiana opatrunku u operowanych na oczy, szczególniej po operacyi zaćmy, wymaga często niemałej ostrożności pod względem aseptyki materyału opatrunkowego i używanych środków.

A jakże często zapomina się tego lub owego, jakże często właśnie środek, wskazany ze względu na stwierdzony stan oka, wogóle nie jest pod ręką lub znajduje się w stanie niepewnym co do swej jałowości.

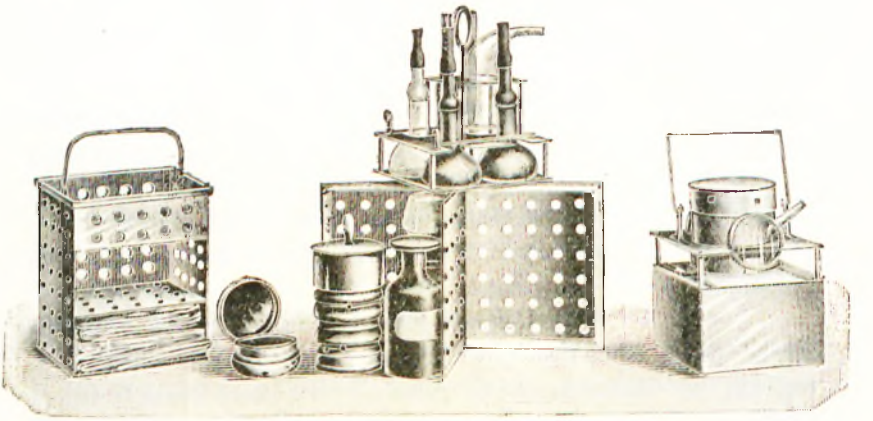
Chcąc zaradzić tym brakom i licząc się pod każdym względem z aseptyką, kazałem sobie sporządzić metalową puszkę opatrunkową, zawierającą wszystko, czego operator mógłby w danym wypadku potrzebować. Puszka wraz ze swą zawartością daje się w łatwy i pewny sposób sterylizować

Ponieważ od szeregu lat prawie do wszystkich operacyi, szczególniej zaś, gdy chodzi o operacyę zaćmy, używam opatrunku papierowego, przeto głównie uwzględniony został materyał do tego opatrunku potrzebny, puszka również zawiera wszystko, co wymaganem jest do zwykłych opasek zwojowych.

Puszka, jak to przedstawia fig. 1, jest czworokątna, 17.5 × 12 × 15 cm.

Wybrane zostały właśnie te rozmiary, aby puszka mogła się łatwo pomieścić w dolnym oddziele sterylizatora Ostwald'a, może być jednak również dobrze sterylizowana w każdym zwykłym sterylizatorze. Zamyka się ona za pomocą metalowej sprzączki, tak, aby przy przenoszeniu uniknąć odsunięcia się otworów. Można ją więc przenosić w stanie jałowym i ma się

pewność, że nie została dotknięta ręką niepowołaną. Po usunięciu zasuwki i podniesieniu wieka opiera się takowe na dwóch przytwierdzonych z tyłu pręcikach, które można przez odpowiedni mechanizm tak ustalić w położeniu poziomem, by służyły za podstawę dla wieka, którego wewnętrzna powierzchnia, będąc jałową, może być użytą do składania rozmaitych przyborów. Do niej przytwierdzone jest metalowe płaskie pudełko, zawierające odpowiednio przykrojone papierki do papierowego opatrunku.



Ryc. 1.

Puszka zawiera w swoich 4ech oddziałach następujące przedmioty:

1. Zwierciadło wklęsłe (reflektor) składane, z rękojeścią; jest ono pokryte miedzią i znosi sterylizacyę, służy zaś do oświetlania oka za pomocą światła, zwracanego od źródła świetlnego, umieszczonego za chorym lub obok niego.

2. Puszkę metalową, otwartą z boku, zawierającą 3 pudełka do maści (Xeroform x, Thigenol t, Ask [Atropina, skopolamina i kokaina]). Pudełka są metalowe i mieszczą w sobie słoiki szklane.

Dalej podłużną flaszeczkę z gąbką do gumy arabskiej do przyklejania papierków; flaszkę z rozcieńczonym spirytusem do czyszczenia palców lub do opaski Salzwedla.

W drugim oddziale znajduje się metalowa podstawka, zawierająca flaszeczki z zakraplaczami na pilokarpinę i kokainę, pręciki do maści, wysmukłą undynkę z roztworem boru do opłukiwania i szczypczyki do chwytania przedmiotów opatrunkowych. Flaszeczki wyjmuje się z podstawki po zwróceniu zastawki na prawo.

Ryc. 2.

Trzeci oddział zawiera podstawę, dającą się wyjąć za pałączek. W górnej części znajduje się puszka z otworami, dająca się szczelnie zamknąć przez obrócenie wieka, a służy do płatków gazowych; dalej 2 wypukłe soczewki, + 15 i + 20 D, służące do bocznego oświetlania oka. Dolny przedział da się wyciągać i jest zaopatrzony w otwory, tak, że jego zawartość (opaski z gazy i organtyny) przy odsunięciu przedziurawionego dna przystępna jest również sterylizowaniu.

Czwarty oddział zawiera etażerkę na watę i ściereczki.

Pojedyńcze etażerki, napełnione materyałem, wkłada się do pudełka po odsunięciu otworów sterylizacyjnych. Puszkę zamyka się, odsuwa płytki, znajdujące się na wieku i pod dnem, o tyle, aby ich otwory przypadły na otwory ścian tak,

żeby para mogła swobodnie przechodzić. 30—40 minut trwające sterylizowanie w aparacie Ostwald'a wystarcza, aby całą zawartość pudełka wyjałowić i przygotować do użytku w niezmienionym stanie.

Po wysterylizowaniu, a przed użyciem, zasuwa się znowu wyżej wspomniane płytki tak, że puszka staje się szczelnie zamkniętą. Za pomocą na wstępie wspomnianej sprzączki ochraniamy puszkę przed niepowołaną ręką. —

Mam nadzieję, że ten nowy przyrząd opatrunkowy okaże się równie pożytecznym w rękach kolegów, jak się okazuje od pewnego czasu w moich.

Pierwotna puszka została wykonana jako wzór według mego przepisu przez tutejszego mechanika, p. Ornatowskiego, a powielania podjęła się firma »Medizinisches Warenhaus« w Berlinie, postarawszy się o markę ochronną.

W mojej prywatnej klinice puszka ta świeżo sterylizowana do wizyty u chorych operowanych stoi przygotowana.

Posiada ona jeszcze i tę wygodę, że lekarz wezwany poza dom ma wszelkie do operacyi potrzebne opatrunki i leki w jałowym stanie, okulista zaś posiadający moje »Vademecum oculisticum« i tę puszkę wyjałowioną i dostatecznie zaopatrzoną, wszystko będzie miał pod ręką, czego w najtrudniejszych przypadkach chorobowych i operacyjnych mógłby zapotrzebować.

III. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. Październik i listopad 1904. T. CXXXII. (Ref. Dr Matusewicz).

Leczenie wysokiej krótkowzroczności za pomocą usunięcia soczewki przezroczystej. Wyniki po dłuższym przeciągu czasu (Traitement de la myopie forte par l'extraction du cristallin transparent. Résultats éloignés.). Feliks Lagrange (Bordeaux).

W 20 wypadkach operowanych i spostrzeganych przez czas dłuższy (niektóre do lat 8) zauważył autor znaczny przyrost bystrości wzrokowej, prawie zawsze w dwójnasób, niekiedy w trójnasób. Przyrost ten tłómaczy autor, wbrew zdaniu Pflüger'a, nie zmienionymi na korzyść warunkami krążenia, ale wprost zmianą refrakcyi. Jak to wykazał Bordier (thèse, Bordeaux, a potem Archives d'Ophthalmologie. 1894.), krótkowidz przez korekcyę za pomocą szkieł otrzymuje pozorną bystrość wzrokową, niższą od swej rzeczywistej, z hyperopem dzieje się odwrotnie: otrzymuje on za pomocą szkieł bystrość wzrokową pozorną wyższą od swej rzeczywistej. Ponieważ więc krótkowidz staje się po operacyi przeważnie hyperopem, przeto tem samem jego bystrość wzrokowa wzrasta.

Zmniejszenie się stopnia refrakcyi wahało się pomiędzy 19—25 D.

Zmiany wewnętrzne, w wielu wypadkach bardzo silne przed operacyą, nie uległy pogorszeniu.

Odczepienia siatkówki po operacyi autor nie widział w żadnym wypadku. W niektórych wypadkach utworzyła się po jakimś czasie błonka, którą z łatwością usunięto za pomocą dyscyzyi.

Co się tyczy wpływu operacyi na rozwój dalszy myopii, to nie udało się zauważyć jej postępu nawet u osobników bardzo młodych (lat 8—10), gdzie można było oczekiwać wydłużenia się gałki z wiekiem. Autor przypisuje ten dobry skutek usunięciu akomodacyi.

Zresztą operacya była wykonana we wszystkich wypadkach (z wyjątkiem 2) na jednem, gorszem oku dla widzenia w dal, usunięto więc widzenie obuoczne, a z tem wysiłek konwergencyi.

Autor podaje opis operacyi, nie różniącej się zresztą niczem od zwykle wykonywanej.

Schorzenia rogówki w kile nabytej (Les altérations de la cornée dans la syphilis acquise.). H. Villard (Montpellier).

Niegdyś Hutchinson, Graefe i inni zaprzeczali możliwości zchorzeń rogówki przy kile nabytej. Późniejsze doświadczenia wykazały niesłuszność tego zapatrywania.

Autor przy okazyi spostrzeganych przypadków grupuje dotychczasowe dane z literatury.

Na ogół przypadki są rzadkie, według stopnia częstości dadzą się w następujący sposób ugrupować:

1. *Keratitis interstitialis:* a) *keratitis interstitialis diffusa*, b) *circumscripta.*
2. *Keratitis punctata.*
3. *Gummata corneae.*

Z 3ech pierwszych postaci autor opisuje spostrzegane przez siebie przypadki.

Pierwsza postać przedstawia znaczne podobieństwo z typową *keratitis interstitialis*, występującą prawie zawsze na tle dziedzicznej kiły.

Główne różnice, mogące zarazem służyć za charakterystykę, są następujące:

1. Występuje prawie zawsze u dorosłych.
2. Zazwyczaj na jednem oku.
3. Nacieczenie jest mniej rozlane.
4. Minimalna skłonność do unaczynienia się, które trwa krótko po wystąpieniu
5. Podrażnienie bardzo nieznaczne.
6. Szybkość rozwoju.
7. Bardzo wyraźny wpływ leczenia swoistego.
8. Nawroty tylko wyjątkowo.

Rokowanie jest przeważnie dobre. Leczenie miejscowe za pomocą gorących okładów, tuszów parowych, atropiny, następnie masażu maścią żółtą. W poważniejszych wypadkach radzi uciekać się do zastrzykiwań podspojówkowych sublimatu.

Ogólne leczenie rtęcią lub wcierkami, bądź też zastrzykiwaniem podskórnem i jodem w szybko wzrastających dawkach.

Keratitis interstitialis circumscripta jest postacią rzadszą od poprzedniej. W dotąd spostrzeganych przypadkach częściej występuje u kobiet, niż u mężczyzn, w wieku od lat 30—50ciu. Występuje, przeważnie na jednem oku, nacieczenie, umiejscowione na obwodzie, często przybiera postać trójkąta, wierzchołkiem zwróconego ku środkowi. Unaczynienie może trwać długo. W przeciwieństwie do poprzedniej postaci towarzyszy jej silny światłowstręt, łza-

wienie, ból, trudno poddający się środkom ogólnym i miejscowym. Prawie zawsze występuje zapalenie tęczówki, niekiedy dotknięta jest i naczyniówka.

Opisane są wypadki złośliwego zapalenia tęczówki.

Według Alexandr'a i Nagl'a chodziłoby wtedy o zchorzenia rogówkowe natury troficznej, wywołane przez *neuritis degenerativa* nerwów rzęskowych, dotkniętych wskutek zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego.

Rokowanie poważne, leczenie swoiste ma mniej wyraźny wpływ na przebieg choroby, niż w poprzedniej postaci.

Leczenie na ogół to samo, co w poprzednich postaciach z uwzględnieniem stanu tęczówki (atropina, pijawki. Heurteloup na skroń i *processus mastoideus*, środki przeczyszczające, zastrzykiwanie podspojówkowe przetworów rtęciowych, środki uspokajające miejscowe i ogólne i t. d.).

Keratitis punctata, także *keratitis punctiformis* (Hock) jest, według de Wecker'a, bardzo rzadką postacią. Występuje w *lues secundaria* i *tertiaria*. Znamionuje się małemi kropeczkowatemi zmętnieniami, wyraźnie ograniczonemi, wielkości główki od szpilki, a występującemi w tylnych warstwach tkanki rogówkowej. Zmętnienia te występują i znikają dość szybko. Nastrzyknięcie rzęskowe i podrażnienie bardzo nieznaczne. Dotyk prawie zawsze bolesny, bóle samoistne natomiast słabo wyrażone.

Brak objawów ze strony tęczówki i ciała rzęskowego, jakoteż położenie zmętnień w miąższu rogówki pozwalają odróżnić ten obraz chorobowy od *keratitis punctata posterior* przy *iritis serosa*.

Rokowanie jest dość poważne, nacieczenia bowiem są dość uparte, a następnie pozostawiają plamki, upośledzające bystrość wzrokowa.

Leczenie to samo, co i w poprzednich postaciach.

Gummata rogówki. Najpewniejszy przypadek, bo stwierdzony autopsyą i badaniem histologicznem, opisany jest przez Denarié, a spostrzegany i badany przez Gayet'a. Na ogół przypadki są rzadkie i niewszystkie dosyć pewne. Trudnem jest różniczkowe rozpoznanie między *keratitis interstitialis*, a jeszcze trudniejszem między *abscessus corneae*.

Rokowanie dość poważne, poprawia się przy pewnem rozpoznaniu, leczenie swoiste bowiem wywiera dobry skutek.

Krótkowzroczność po urazie, spowodowana przez wypchnięcie soczewki ku przodowi (Myopie traumatique par propulsion du cristallin en avant.). A. Bourgeois (Reims).

Nieliczne przypadki, opisane w literaturze, zebrane są w pracy

Bouchart'a (Recueil d'Ophthalmologie. 1901.). Oprócz tego jest parę przypadków, opisanych przez Darier'a, i przypadek Gueude.

Krótkowzroczność spostrzegana była objawem przemijającym. Wyjątek stanowi przypadek, opisany przez Darier'a, a zbliżony do tych, które opisuje autor. Soczewka w tych przypadkach była wypchnięta ku przodowi, przysunięta zupełnie do tęczówki z całkowitem zniesieniem przedniej komory.

Po wyleczeniu urazu, oraz usunięciu napadów jaskry następowej, pozostała krótkowzroczność, a, co za tem idzie, trwałe upośledzenie wzroku i zmniejszona zdolność do pracy. Przypadki mają więc znaczenie poważne, gdy chodzi o odszkodowanie. Jeden z przypadków, opisanych przez autora, jest ciekawy z tego względu, że w 6 miesięcy po urazie oko musiało być wyjęte z powodu szybko rosnącego *sarcoma*. Na oku tem autor zauważył oprócz wypchnięcia soczewki irydodyalizę, przypuszcza więc, że oderwanie tęczówki nastąpiło w tem właśnie miejscu, gdzie się mieścił wtedy jeszcze zapewne bardzo mały nowotwór.

Mimochodem porusza autor teoretyczną kwestyę powstawania krótkowzroczności, którą tłómaczono powszechnie, w myśl teoryi Helmholtz'a, silniejszem wypukleniem soczewki wskutek rozluźnienia więzadełka Zinn'a. Autor sądzi, że słuszniej możnaby ją objaśnić wypchnięciem cieczy wodnej do tylnej komory, która to ciecz, uciskając na obwodowe części soczewki, sprawiałaby powstawanie stożka soczewkowego, zgodnie z teoryą Tscherning'a.

Leczenie operacyjne ectropium senile (Le traitement opératoire de l'ectropion sénile.). A. Terson.

Autor przypomina, ogłoszony już przez siebie w 1896 roku (Archives d'Ophthalmologie A. Soc. d'Opht.), sposób operowania ectropion, nowe bowiem doświadczenia w tym kierunku przekonały go o pożytku tej metody.

Operacya polega:

1. Na wycięciu wału zmienionej spojówki od *commissura externa* do *interna* za pomocą szczypczyków ząbkowanych i nożyczek zakrzywionych, bardzo szpiczastych. Trzeba przytem uważać, aby załamek pozostał nienaruszony; dobrze jest wyciąć nieco spojówki poza punktem łzowym, która ma dużą skłonność do wywinięcia się. Szwów się nie zakłada.

W okolicy *commissura externa* podnosi się załamek skóry szczypczykami lub palcami, póki się *ectropion* nie wyrówna prawie zupełnie, uważając jednakże, aby kącik zewnętrzny nie opuszczał gałki. Załamek skóry odpowiada powierzchni trójkąta, który się wy-

cina ze skóry i mięśnia, podstawą przechodzi o 5—6 mm od *commissura externa*, wierzchołkiem zwrócony jest ku skroni.

3. Zakłada się 3—5 szwów cienkiego jedwabiu, zaczynając od połączenia wierzchołka trójkąta ze środkiem podstawy, tworzy się więc linia pod kątem otwartym ku powiece.

Nitki wyjmuje się mniej więcej 4go dnia, nigdy wcześniej. Opaska sucha z gazą i watą dość mocno założona.

Chorego przygotowuje się przez kilka dni przez przecięcie punkcików łzowych i przestrzykanie, na spojówkę stosuje się *argentum nitricum* lub protargol, na skórę w celu zmiękczenia wazelinę z lanoliną.

Operacya nadaje się tylko do *ectropion senile*, gdzie jest nadmiar spojówki i skóry.

Keratitis parenchymatosa i tuberkulina T. (La kératite parenchymateuse et la tuberculine T.). Stanculeano (Bukareszt).

Wobec tego, że wielu badaczy podaje w wątpliwość *lues hereditaria*, jako jedyną przyczynę *keratitis parenchymatosa* (Panas, Fournier, Pfister, Hippel i inni), a niektórzy raczej skłaniają się ku tuberkulicznej naturze tego cierpienia, autor podjął szereg doświadczeń z tuberkuliną T w celach rozpoznawczych. Zastrzyknął on ją 8 osobnikom dotkniętym *keratitis parenchymatosa*, u których anamnestycznie gruźlica nie dała się wykazać. U paru były nieznaczne objawy przedmiotowe ze strony płuc. Oprócz jednego dziecka, u wszystkich objawiła się silna reakcya ogólna i podniesienie się ciepłoty po zastrzyknięciu ilości nie dochodzącej do 0,01.

Reakcya miejscowa na oku (ból, łzawienie, silniejsze zaczerwienienie) wystąpiła tylko u jednej kobiety, u której też zdawało się zastrzyknięcie mieć wpływ na zmniejszenie się nacieków. U innych przebieg pozostał bez wpływu.

Autor przytacza dane z pracy Enslin'a, podobnej i równocześnie prawie, a niezależnie od jego badań przeprowadzonej.

Neuritis optica pochodzenia zakaźnego (Névrites optiques d'origine infectieuse.). Bichelonne.

Autor podaje szczegółowo spostrzegany przez siebie przypadek *neuritis optica*, występujący po nieznacznej anginie kataralnej. Od innych podanych w literaturze analogicznych wypadków różni się tem, że upośledzenie wzroku (do poczucia silnego światła) trwało 5 miesięcy, pomimo to pod wpływem leczenia wróciła bystrość wzrokowa prawidłowa. Zauważono też powikłania ze strony słuchu i smaku i powonienia.

Arch. f. Aghk. T. LI. Zeszyt 1. (Ref. Dr T. Bałłaban).

O anoftalmii, powikłanej innemi potwornościami twarzy i ich etyologii (Über Anophthalmus mit anderen Missbildungen am Auge und deren Aetiologie.). Prof. Greeff.

Autor opisuje przypadek, w którym obok jednostronnego anoftalmu znajdowały się na twarzy także inne potworności. Zmiany te wszystkie były spowodowane uciskiem więzów owodnych *(amniotische Stränge)*. Na podstawie swoich badań przychodzi też Greeff do przekonania, że przyczyną powstania anoftalmu bynajmniej nie są jakieś wśródmaciczne potworności, lecz, że powstaje on wskutek mechanicznej przeszkody w rozwoju oka.

O kiłowem zapaleniu chrząstki powiekowej, występującem pod postacią mączkowatego zwyrodnienia (Über Tarsitis syphilitica unter dem Bilde der Amyloiddegeneration.). Dr H. Yamaguchi.

U 56letniej chorej powstały w ciągu kilku miesięcy na obu górnych powiekach, i to w pobliżu brzegów powiekowych, guzy wielkości grochu, tak twarde, jak chrząstka.

Klinicznie rozpoznano mączkowate zwyrodnienie spojówki, natomiast badanie histologiczne wyjętych guzków wykazało zchorzenie samej chrząstki, a mianowicie dały się wykazać w niej zmiany, jak *endarteriitis obliterans, perivasculitis* i nowo wytworzone włókna łącznotkankowe o bardzo nielicznych komórkach. Odczyny na zwyrodnienie mączkowate dały wynik ujemny. Autor jest zdania, że w przypadku tym rozchodzi się o przewlekłe kiłowe zapalenie chrząstki.

W związku z opisanym przypadkiem omawia autor literaturę, tyczącą się mączkowatego zwyrodnienia spojówki i kiły chrząstki powiekowej.

I. *Oderwanie przybłonka w środkowej tętnicy siatkówki, spostrzegane klinicznie jako zakrzep żylny* (Abhebung des Endothelrohres in der Centralarterie unter dem klinischen Bilde der Venenthrombose verlaufend.).

II. *Krótki opis podobnego przypadku, przyczem przyszło do oderwania t. zw. tunica intima* (Kurze Beschreibung eines ähnlichen Falles von Intimaabhebung). Dr Sidler-Huguenin.

Omówiwszy najnowszą literaturę, tyczącą się zchorzeń siatkówki, omawia autor 2 przypadki, w których zchorzenie wewnętrznej błony środkowej tętnicy spowodowało bardzo ciężkie zaburzenia w krążeniu w naczyniach siatkówki.

W pierwszym przypadku zostało poddanem badaniu histologicznemu oko, ociemniałe wskutek jaskry, a wyłuszczone wskutek nadmiernych bólów.

Tętnica środkowa była bardzo znacznie rozszerzoną i po większej części pozbawioną przybłonka.

W wewnętrznej błonie *(intima)* były bardzo liczne włókna sprężyste, a błona ta była poza blaszką sitową nerwu ocznego tak pozałamywaną, że tworzyła w tem miejscu ze ścianą tętnicy niejako tępy kąt. Naprzeciwko miejsca, w którem załamek ten się znajdował, był na ścianie tętnicy umiejscowiony znacznie wydłużony zakrzep, wypełniony licznemi, świeżo tam przybyłemi i pęczniejącemi komórkami. Środkowa żyła była również rozszerzoną, a znajdował się w niej drożny zakrzep, zamykający jej otwór. Kanały tego zakrzepu były wyścielone przybłonkiem. Naczynia naczyniówki i siatkówki, a szczególnie tętnice, były stwardniałe. Wzdłuż cieniutkich naczyń znajdowały się czerwone bezpostaciowe złogi krwi.

Powstanie tych zaburzeń tłómaczy sobie autor w ten sposób, że w pewnem miejscu wyłała się krew pod przybłonek i pod graniczącą z nim warstwę włókien. Tkanka ta została posuniętą w kierunku krążenia krwi w postaci załamka, który to załamek znowu zatkał światło tętnicy środkowej, a tem samem stał się powodem powstania zakrzepu. Dopiero następowo powstało krążenie poboczne.

Przeciwko zapatrywaniu, jakoby oderwanie przybłonka było zmianą pośmiertną, przemawia ta okoliczność, że ilość włókien sprężystych była znacznie zwiększoną, co najlepiej i najpewniej wskazuje na sprawę życiową, która przypomina sposób powstania t. zw. *aneurysma dissecans.*

II. 44letni mężczyzna uderzył się w oko batogiem.

Przednia komora była krwią wypełniona — amauroza. Wskutek bólów wyjęto tę gałkę

Badanie histologiczne wykazało stwardnienie tętnicy środkowej. Poza blaszką sitową była błona sprężysta rozdwojoną i wypełnioną skrzepami krwi. W miejscu rozdwojenia była błona wewnętrzna tętnicy wydętą.

Paranefryna, nowy preparat nadnercza (Paranephrin, ein neues Nebennierenpraeparat.). Dr Polte.

Autor badał nowy preparat nadnercza, sporządzony w zakładzie Mercka w Darmsztadzie (Roztwór 1:1000 w 0·6% roczynie soli kuchennej.).

Jeżeli zapuścimy do worka spojówkowego 1—2 kropel tego płynu, to spojówka blednie już w 2—3 sekund po zapuszczeniu, a działanie tego środka trwa przez 15 minut. Jeżeli spojówka jest

zapaloną, to działanie anemizujące występuje dopiero po upływie 3 minut. Jeżeli zastrzyknie się tego płynu do przedniej komory lub do ciała szklistego oka królika, to bardzo rychło zwężają się naczynia naczyniówki i siatkówki, a zwężenie tych naczyń trwa około godzinę.

W łączności z kokainą wspomaga ten środek bardzo dzielnie znieczulające działanie kokainy.

Po wkropleniu tego środka do worka spojówkowego lub po podskórnem jego użyciu przebiegają operacye całkiem bezkrwawo, tak na powiekach, jako też na samej gałce ocznej. W głąb oka jednak nie przedostaje się ten środek. Użyty przed zastrzykiwaniami podspojówkowemi zapobiega powstawaniu następowych podspojówkowych krwawych wybroczyn. Przeciwko nieżytom spojówek jest ten środek bezsilnym, natomiast korzystny wpływ wywiera przy wiosennym nieżycie spojówek. Przy zapaleniu tęczówki paranefryna nie odnosi skutku, przy miąższowem zapaleniu rogówki zdaje się ona leczenie opóźniać, przy łuszczce zaś limfatycznej jest wprost szkodliwą.

O leczeniu tylnych zaćm torebkowych (Über die Heilung der hinteren Capselstaare.). Dr Kozłowski.

Od r. 1837 operował K. 21 przypadków tylnej zaćmy torebkowej w następujący sposób. Po zrobieniu średnio dużego cięcia w rogówce tuż na jej brzegu, otwiera on cystotomem przednią torebkę soczewki, poczem zostaje soczewka wygniecioną przy pomocy dwóch łyżeczek.

Przy tym zabiegu wydala się zmętniała tylna torebka równocześnie ze soczewki, a pozostaje tylko niewiele resztek z kory soczewki.

Całą zmętniałą tylną torebkę udało się wydostać tylko w 7iu przypadkach, natomiast w pozostałych 14stu przypadkach musiano torebkę wyciągać następowo zębatemi szczypczykami.

W 8iu przypadkach musiano przedsięwziąć jeszcze dodatkową dyscyzyę. Po usunięciu przeszkód optycznych dało badanie wziernikiem następujący wynik.

W 4ech przypadkach barwikowe zwyrodnienie siatkówki, w 3 przypadkach zapalenie siatkówki i naczyniówki, w 7iu przypadkach zapalenie naczyniówki. Co do bystrości wzroku, to w 3ech przypadkach nie było polepszenia, w 1nym była $^1/_{50}$, w 4ech przypadkach $^1/_{20}$, w 7iu przypadkach $^1/_{10}$, a w 6ciu przypadkach $^3/_{10}$.

Dalszy przypadek zachowania przysiatkówkowej części siatkówki przy częściowem zatkaniu środkowej tętnicy siatkówki (Ein weiterer Fall von Freibleiben eines parapapillären Netzhautbezirkes bei partiellem Verschluss der Arteria centralis Retinae). Dr Genth.

U 34letniego gospodarza, który przed 12 laty cierpiał na gościec stawowy, ociemniało nagle oko prawe, i to bez poprzedniego urazu i bez żadnego wysiłku mechanicznego.

Badanie wziernikiem wykazało nieco przekrwioną tarczę wzrokową, jej granice zatarte. Tkanka około siatkówki była białawozielono zmętniałą, a zmętnienie to zakrywało największą ilość naczyń.

Zmętnienie to rozszerzało się ku żółtej plamce, gdzie też były widoczne bardzo wązkie naczyńka.

Ku obwodowi jest dno oka prawidłowe. Sama żółta plamka była szarawobrunatną, ponad tą plamką znajdowały się krwawe wybroczyny.

Tuż obok tarczy wzrokowej widać było bardzo silnie świecącą czerwoną część siatkówki, która w postaci stożka rozprzestrzeniała się pomiędzy żółtą plamką, a tarczą wzrokową. *V. c.* ekscentrycznie $^1/_{1000}$.

Leczenie polegało na codziennem zapuszczaniu $^1/_2\%$ roczynu atropiny, wcierkach i codziennych zastrzykiwaniach podspojówkowych ze soli kuchennej 4%.

W przeciągu 2 miesięcy dno oka stało się prawie całkowicie prawidłowem, a bystrość wzroku zwiększyła się na $^2/_7$. Autor sądzi, że w przypadku tym rozchodzi się o obrzęk siatkówki *(oedema)*, który powstał przez nagłe zaburzenie w krążeniu środkowej tętnicy siatkówki.

Ctbrbl. f. pr. Aghk. 1904. Z. 12. (Ref. Dr L. Gruder.).

Rzadki przypadek operacyjny (Ein seltener Operations-Fall.). Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Autor opisuje dotychczas ze skutkiem niewykonywany przypadek operacyjny, polegający na wyjęciu odłamka żelaznego, przymocowanego do nerwu ocznego u wstępu do gałki.

26letniemu ślusarzowi wleciał do prawego oka odłamek żelazny. Po 2 miesiącach chory zgłosił się do kliniki prof. Hirschberg'a. Światłowstręt, łzawienie, rogówka czysta; lupą spostrzedz można delikatną bliznę poziomą, $1^1/_2$ mm długą, w twardówce na dole zewnątrz od brzegu rogówkowego. Odłamek żelazny wszedł tędy do wnętrza gałki. W ciele szklistem (w dolnej jego części) niebieskawe zmętnienie. Na tarczy nerwu ocznego widać ów odłamek że-

lazny, o połysku metalicznym. Przykrywał on prawie całą tarcz n. o. z wyjątkiem wąskiego odcinka od dołu. Ku górze wewnątrz od tarczy delikatne pęknięcie naczyniówki. L. oko prawidłowe. Pr. o. = $^5/_{10}$ z —1·0 D sph., lekkie zwężenie pola widzenia od strony nosowej i skroniowej, i wielkie *scotoma*, od strony skroniowej od punktu środkowego, od 10°—30° sięgające. Sideroskop daje niedokładny lub nieznaczny wynik. Autor przyłożył ostrożnie grubsze zakończenie magnesu ręcznego na skroniową część równika gałkowego, aby odłamek w ten sposób namagnetyzować, poczem sideroskop dawał dodatni wynik. Chociaż nerw oczny wstępuje w gałkę od strony nosowej tylnego bieguna, to jednak można bardziej zbliżyć się do niego od strony skroniowej, ponieważ człowiek może gałkę więcej zwrócić ku wewnątrz, aniżeli ku zewnątrz. Ta okoliczność wpłynęła też na plan operacyjny autora.

Podobne wypadki utkwienia odłamka żelaznego w tarczy n. ocznego przytaczają Oeller i R. Saemisch, lecz wszelkie usiłowania wydobycia go okazały się bezskutecznemi.

Hirschberg odradza przykładać magnes do rogówki, gdyż albo siła magnesu mogłaby się okazać za słabą, lub odłamek mógłby w ten sposób przebić soczewkę. Ostrzega także przed zbyt silnem działaniem magnesu, aby uniknąć przerwania naczyń siatkówkowych, będących w łączności z odłamkiem żelaznym.

Hirschberg najpierw przykłada ręczny magnes po stronie skroniowej w okolicy równika i lekkiemi poruszeniami stara się odłamek ruszyć z łożyska jego; natychmiast zaś bada wziernikiem dno oka, aby przekonać się o skutku, puściwszy przedtem działanie połowy siły olbrzymiego magnesu. Wziernikiem nie było już widać odłamka na dawnem miejscu, wskutek czego było pewnem, iż musiał się teraz znajdować w okolicy równika. Połową siły olbrzymiego magnesu (na skroniowy brzeg rogówki) posunął odłamek do tylnej ściany tęczówki, stamtąd do brzegu źrenicznego, a za pomocą pełnej siły magnesu wydostał się odłamek na przednią powierzchnię tęczówki. Przez cięcie na granicy rogówkotwardówkowej wydostaje autor odłamek za pomocą ręcznego magnesu.

Krwotoku nie było: czeryna, opaska i spokój. Wielkość odłamka była: 2·5 mm dług., szerok. 1·5 mm, ciężar wynosił 4 miligramy.

Po siedmiu tygodniach chory został wypuszczony jako wyleczony. V = $^5/_7$, pole widzenia prawie prawidłowe.

„Conjonctivite infectieuse de Parinaud“ (Über Lymphom-Conjunctivitis.). Prof. W. Goldzieher (Peszt).

Choroba ta zasługuje na dokładniejsze sprawozdanie już z tego

powodu, że pod względem morfologicznym jest bardzo podobną do jaglicy w jej ziarnistej postaci *(trachoma granulosum)* i dlatego łatwo może dać powód do mylnego rozpoznania.

Charakterystycznem znamieniem tej choroby jest: równocześnie z rozwojem wielkich limfomatów na szyi powstaje silne zgrubienie ziarniste i follikularne na spojówce oka tej samej strony, objawy zapalne, *oedema* i *chemosis* powiek.

Zdaniem autora główny nacisk kłaść należy na koincydencyę objawów na szyi z objawami na oku i podaje on w tym celu *resumé* z trzech przypadków, spostrzeganych przed 11stu laty przez niego samego.

U wszystkich trzech chorych, prawie równocześnie z rozwojem wielkich limfomatów na szyi, występywały objawy zapalne na spojówce w połączeniu z olbrzymiem zgrubieniem *(Follikelwucherung)*. We wszystkich przypadkach zajęte było tylko jedno oko. Spojówka obu powiek silnie obrzmiała i przekrwiona, załamki występują w postaci silnych zgrubień przy odwróceniu powiek i łatwo krwawią. W tej, nader silnie obrzmiałej i przekrwionej spojówce występują olbrzymio rozwinięte guzy follikularne i wegetacye.

W pierwszej chwili stan ten przypomina ostrą jaglicę, tylko, że zastanawia olbrzymio rozwinięte zgrubienie follikułów (nieraz wielkości grochu). Wrzodów na spojówce nigdy nie było.

Co się tyczy obecności gruczołów *(lymphoma)* na szyi, to były to całe t. zw. pakiety lymfatyczne o znacznej twardości. Równoczesne wystąpienie objawów na szyi i na oku odróżnia ten stan od jaglicy, przynajmniej morfologicznie przez wielkość zgrubień i przez szybki przebieg kliniczny.

Od tuberkulozy na spojówce różni się ta choroba swą *restitutio ad integrum* i zupełnym brakiem znamiennych wrzodów gruźliczych. Drobnowidowe badanie daje obraz zwykłego *lymphoma*.

Należy więc przypuścić, iż ten sam proces limfatyczny odbywa się równocześnie i w gruczołach szyjnych i w spojówce oka.

Przebieg choroby był szybki i korzystny. Wielkie guzy na spojówce usunięto nożycami i galwanokauterem. Następnie przemywano codziennie sublimatem $1\%_{00}$. Wewnętrznie zastosowano arsen i żelazo, poczem objawy na szyi ustąpiły szybko.

Czwarty, świeży przypadek dotyczy 10letniej dziewczynki, ze zdrowych rodziców pochodzącej, która miała te same objawy na szyi i spojówce po prawej stronie. Rogówka, podobnie jak w poprzednich, niedotknięta. Przebieg na oku był taki sam, jak w poprzednich trzech przypadkach, z tą tylko różnicą, iż po trzech miesiącach musiano gruczoły na szyi operować. Wewnętrznie arsen

i żelazo. Szybkie wyzdrowienie, żadnych danych, wskazujących na tuberkuły.

Parinaud, który pierwszy w r. 1889 opisał trzy przypadki tej choroby, przyjmuje jako przyczynę *contagium* zwierzęce, gdy tymczasem prof. Goldzieher jest przeciwnego zdania.

Gifford uważa to za chorobę infekcyjną, choć natury nie zbyt silnej, gdyż zawsze stan ten występywał tylko na jednem oku, a przeniesienia tej choroby na resztę członków tej samej rodziny nie spostrzegano.

Co się tyczy przebiegu klinicznego, to wszyscy zgadzają się na korzystny przebieg, gdyż olbrzymie zgrubienia na spojówce znikają bez blizn. Rogówka nigdy nie była objęta tą chorobą. Objawy na szyi ustępują przeważnie bez zabiegu operacyjnego.

Badanie drobnowidowe wykazuje siatkowaną, hydropiczną tkankę, w której nie ma owego nagromadzenia lymfocytów, znamiennego przy tworzeniu follikułów, napotykanych przy jaglicy. Nadto nabłonek, wciskający się w nieregularnych masach do głębi, okazuje nadzwyczajną skłonność do zwyrodnienia śluzowego *(schleimige Entartung)*.

Obustronny krwotok do ciała szklistego (Über beiderseitige Glaskörper-Blutung.). Dr Juliusz Fejér (Peszt).

Do chorób, wywołujących w ścianach naczyń krwionośnych tego rodzaju zmiany, iż następstwem tego są wynaczynienia, należą przedewszystkiem: tuberkuloza, *anaemia perniciosa*, *syphilis*, *malaria* i zaburzenia w obiegu krwi.

Nawrotne krwotoki w naczyniówce i do ciała szklistego występują najczęściej między 15 a 20 rokiem życia. Występują one najpierw na naczyniówce, później do ciała szklistego, recydywują często i dają złą prognozę *(ablatio)*.

Silnie zbudowany majtek 33letni skarży się na bardzo silne upośledzenie wzroku od kilku tygodni. Badanie na kiłę ujemne; serce i mocz nie wykazują żadnych ważniejszych zmian.

Badanie wykazuje obustronnie silne, nieprzezroczyste, wolno pływające męty w ciele szklistem. *V* = ruchy przed okiem. *JK.*, wcierki i wstrzykiwania *Na Cl* 2% (dlaczego taki słaby roczyn *Na Cl? [R.]*), pilokarpina i syrup Fellowa bezskuteczne.

W zgięciu kolanowem i na szyi znalazł autor kilka zwiększonych gruczołów lymfatycznych, lecz bezskuteczny wynik wcierek przemawia przeciw kile.

Chociaż chory liczył już 33 lat i mimo, iż powracające krwotoki do ciała szklistego i na naczyniówkę występują w młodszym wieku, to jednak autor zalicza ten przypadek do nawrotnych krwo-

toków młodszego wieku, za czem przemawia obustronność choroby i brak miejscowych przyczyn.

Clin. Ophth. Nr 21—24. (Ref. Dr A. Bednarski.).

Nowe zdobycze w lecznictwie okulistycznem (Nouvelles conquêtes de la thérapeutique oculaire.). Dr Darier.

Różne postacie kliniczne zajęcia spojówki przy erythema multiforme (Variétés cliniques des localisations de l'érythème polymorphe.) Dr Moissonnier.

Przypadki *erythema multiforme* na spojówce należą do rzadkości. Do r. 1902 Chaillous zebrał ich zaledwie 6, dodając swój własny, jako 7-my. Autor opisuje nadto jeden przypadek chorobowy. Zestawiając dotąd ogłoszone przypadki, dzieli objawy oczne na 5 postaci chorobowych: 1. Proste rozłane zaczerwienienie spojówki. 2. Postać guzkowa, najczęstsza, znamienna przez guzki różowe, umiejscowione w kąciku wewnętrznym. 3. Postać pęcherzykowa, rzadka (przyp. Rosenthal'a). 4. Obrzęk spojówki. 5. Błony na spojówce powiekowej.

Nystagmus histeryczny (Le nystagmus hystérique.). Dr Santos Fernandez.

Kobieta, lat 40, dostała nagle porażenia połowiczego z wyraźnemi znamionami natury histerycznej. Wkrótce potem wystąpił nystagmus. Myopia — 3 D, zresztą żadnych zmian w oczach. *Nystagmus oscillatorius* trwał przeszło półtora roku, powoli ustępując. Przy ostatniem badaniu, w cztery lata od początku choroby, mógł A. stwierdzić jeszcze ślad *nystagmus*.

Leczenie zaćmy wstrzykiwaniami podspojówkowemi jodku potasu (Traitement de la cataracte par les injections sous-conjonctivales de JK.). Dr Verdereau.

Wydobycie zaćmy na drodze operacyjnej nie może być ideałem leczenia lejże. Czy możliwem jest wyjaśnienie się zaćmy? Na to pytanie możemy odpowiedzieć twierdząco, opierając się na znanych przypadkach samoistnego wyjaśnienia się zaćm u diabetyków równocześnie z ustąpieniem *diabetes*. Przemawiają za tem również spostrzeżenia Jaeger'a, Badal'a i in. Autor robił doświadczenia na królikach. Wywołując poprzednio wytworzenie się zaćmy sposobem Jocqs'a, wstrzykiwał następnie 5% *KJ* do soczewki lub podspojówkowo i dochodzi do następujących wniosków: 1. Podspojówkowe wstrzykiwania *KJ* wyjaśniają zaćmienia soczewki, 2. nie mają pra-

wie żadnego wpływu na zaćmienia torebki, 3. wstrzymują postępowanie zaćmy. Klinicznie wstrzykiwał autor u kilku chorych $2^1/_2\%$ *KJ* podspojówkowo i otrzymał polepszenie, w jednym zaś przypadku wyleczenie zaćmy starczej. Wstrzykiwania są bolesne, trzeba dodawać 1% akoiny i 2% kokainy.

Zapalenie rogówki kropeczkowe (La kératite ponctuée.). Dr Jocqs.

Rzeżączkowe zapalenie tęczówki (De l'iritis blennorrhagique.). Dr Sondez.

Krótka bibliografia znanych dotąd odnośnych przypadków i opis jednego przypadku chorobowego.

Leczenie oderwania siatkówki wstrzykiwaniami wody z cukrem (Traitement du décollement de la rétine par les injections de sérum sucré.). Dr Dianoux.

D. poleca przy oderwaniu siatkówki wstrzykiwania roztworu, zawierającego 1 gr. *NaCl* i 4 gr. cukru trzcinowego na 100 gr. H_2O. Na jeden raz zastrzykuje 4—5 centymetrów kubicznych płynu, wbijając przytem igłę czterokrotnie między mięśniami prostymi w załamek ku równikowi gałki, aby się dostać ile możności pod pochewkę Tenona. Wstrzykiwania nie są bolesne, wessanie następuje szybko. Po trzeciem wstrzyknięciu D. bada oko, w razie zniknięcia oderwania, co się nierzadko zdarza, robi wstrzykiwania dalej aż do dziesięciu.

Enukleacya za pomocą ostrej łyżeczki z następowem wszczepieniem płata skórno-tłuszczowego (Enucléation à la rugine suivie de greffe cutanéo-adipeuse.). M. Rollet.

R. obcina spojówkę do około rogówki, następnie chwyta po kolei wszystkie mięśnie hakiem tenotomijnym i odłuszcza przyczepy tychże za pomocą ostrej łyżeczki, tak, że twardówka pozostaje całkiem gołą. Przecięcie nerwu ocznego. Po usunięciu gałki, R. wkłada w oczodół płat skóry, wycięty wraz z podściółką tłuszczową w okolicy deltoidalnej, większy, aniżeli rogówka, i do jego brzegów przyszywa mięśnie i spojówkę katgutem.

O przypadku tenonitis serosa ze zapaleniem tęczówki (Sur un cas de ténonite séreuse unilatérale, avec iritis torpide.). Dr H. Leroux.

Przypadek nystagmus hystericus (Un cas de nystagmus hystérique.). E. Deluenville.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLII. T. II. Z. 12. 1904. i 1. 1905. (Ref. Dr Liebermann).

Nowy rodzaj szkieł, szkła izochromowe (Eine neue Brillengläserart, Izochromgläser.). E. H. Oppenheimer (Berlin).

Barwne szkła szlifowane mają tę ujemną stronę, iż okazują w grubszych swych częściach, t. j. obwodowych przy szkłach wklęsłych, środkowych zaś przy szkłach wypukłych, inne, większe nasycenie barwy, niż w reszcie szkła, okoliczność, która noszącym szkła bardzo daje się we znaki.

Aby niedogodność tę usunąć, zaleca autor szkła, zbudowane w sposób następujący. Szkło składa się z dwóch warstw: bezbarwnej i zabarwionej. Część barwna, zbudowana jak szkło muszlowe, posiada stałą krzywiznę + 1·25 D, w części zaś bezbarwnej szlifuje się żądaną krzywiznę. Szkła takie wyrabia obecnie firma Nitsche i Günther w Rathenow.

Przyrząd do kalaplazmów na oko (Ein Apparat zu warmen Umschlägen für das Auge.). K. Hoor (Koloszwar — Klausenburg.).

Główną składową częścią przyrządu są dwa pudełka magnoliowe, wypełnione asbestem, przetkanym cienkimi drucikami, przewodzącymi prąd elektryczny. Pomiędzy oko a skrzyneczkę tę kładzie się zwilżony płatek materyi. Przyrząd elektryczny, rozgrzewający asbest pudełek, pozwala równocześnie na regulacyę temperatury i utrzymanie tych poduszeczek przy żądanej ciepłocie.

O odczepieniu się ciała szklistego (Über Glaskörperablösung.). Elschnig (Wiedeń).

Dotychczasowe mniemanie, iż odczepienie ciała szklistego poprzedza odczepienie siatkówki, tak, że pomiędzy obomą temi schorzeniami ścisły zachodzi związek, wydaje się autorowi nieuzasadnionem. Jego zdaniem są to dwie od siebie niezależne choroby.

Badania swe przeprowadził autor na oczach krótkowzrocznych.

O jaskrze urazowej i jej leczeniu (Über Glaukom nach Kontusionen des Auges und seine Therapie.). A. Peters (Rostok).

Autor miał sposobność badać i leczyć dwa przypadki jaskry urazowej. W pierwszym z nich zakraplanie ezeryny wystarczyło do zupełnego wyleczenia, w drugim natomiast okazała się potrzeba wykonania punkcyi. Po wypuszczeniu gęstej cieczy z przedniej komory, jaskra trwale ustąpiła.

Należy zatem we wszystkich tych przypadkach, w których objawy jaskry zależą od zmian w zgęszczeniu cieczy w przedniej

komorze, wykonać przedewszystkiem punkcyę, a dopiero, gdyby ten zabieg nie osiągnął skutku, przystąpić do irydektomii.

Przyczynek do nauki o wędrówce ciał obcych w oku (Beitrag zur Wanderung fremder Körper im Auge.). Wicherkiewicz (Kraków)

Dwunastoletniemu chłopcu dostało się podczas polowania ziarnko śrótu do oka lewego po stronie skroniowej. Wszelkie próby wydobycia ciała obcego z oka nie doprowadziły do celu. Wobec tego przystąpiono w drugim dniu choroby do zaszycia rany spojówkowej. Rana zagoiła się gładko. Kiedy autor badał powtórnie chorego przed opuszczeniem przez tegoż lecznicy, zauważył w pobliżu blizny twardą wyniosłość, z której operacyjnie wydobyto wspomniany poprzednio pocisk.

Zdaniem autora prąd soków odżywczych oka przypędził śrót znów w pobliże rany, jako do miejsca, przedstawiającego mniejszy, niż otoczenie, opór.

Doświadczenia kliniczne ze surowicą Römera przeciw ulcus serpens (Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Römerschen Pneumokokkenserums beim Ulcus serpens.).

Na 14 surowicą leczonych przypadków udało się autorowi zaledwie dwa wyleczyć. Były to wrzodziki małe, nie przechodzące $1^1/_2$ mm szerokości. Na większe wrzody okazała się surowica bezskuteczną. Zdaniem autora mały ten odsetek wyleczonych przypadków da się tem wytłómaczyć, iż rozmaite pneumokoki rozmaite okazują właściwości życiowe, tak, iż trudno stworzyć surowicę przeciw wszystkim gatunkom wspomnianego drobnoustroju.

O ciałkach skrobiowatych w prawidłowej siatkówce (Corpora amylacea in der normalen Retina.). Brown-Pusey (Chicago — Freiburg).

Autor opisuje typowe ciałka skrobiowate w prawidłowej siatkówce oka, które wyłuszczono z powodu małego mięsaka, umieszczonego w około tarczy nerwu wzrokowego. Przed wyjęciem gałki z oczodołu wzrok był prawidłowym, a wziernikiem, ani w nerwie wzrokowym, ani w obwodowych częściach siatkówki, gdzie właśnie owe ciałka skrobiowate leżały, żadnych zmian nie zauważono.

Zachowanie się ciała szklistego podczas ruchów gałki ocznej, oraz przyczynek do etyologii odczepienia siatkówki (Der Glaskörper bei Augenbewegungen zugleich ein Beitrag zur Aetiologie der Netzhautablösung.). F. Best (Giessen).

Ludzie, mający zaćmienie w c. szklistem, widzą przed okiem

cień, którego wielkość, pomijając wielkość nieprzezroczystego ziarnka, leżącego w c. szklistem, zależy również i od odległości tegoż od siatkówki. Cień ten jest tem większym, im bliżej od siatkówki te ciałka leża.

Przy ruchach gałką oczną poruszają się odpowiednio i te zaćmienia, ale następnie opadają z powrotem. Zjawisko to tłómaczy się tem, iż te nieprzezroczyste opady mają wśród oczek siatki ciała szklistego swe stałe położenie, które przy ruchu gałką oczną na mocy siły odśrodkowej opuścić muszą, ale następnie wracają skutkiem działania siły ciężkości do swego pierwotnego położenia. Odpowiednio do wielkości siły odśrodkowej ruchy tych nieprzezroczystych części będą tem wybitniejsze, im bliżej siatkówki one leżą.

Przy każdym zatem ruchu gałką oczną zmienia ciało szkliste swe położenie. Ponieważ zaś jest ono cieniutkiemi niteczkami łącznotkankowemi zrośnięte z siatkówką, przeto musi tę ostatnią przy każdym ruchu pociągać. W prawidłowych warunkach czynnik ten żadnego nie ma znaczenia. Inaczej rzecz się ma, gdy wewnętrzne warstwy siatkówki uległy w rozmaitych miejscach zwyrodnieniu, czy to starczemu, czy też z innych jakichkolwiek powodów lub też, gdy ciało szkliste uległo rozrzedzeniu. Wówczas bowiem ta siła ciągnąca nie rozkłada się już jednomiernie na całą wewnętrzną powierzchnię oka, lecz skupia się niejako tam, gdzie znajduje silniejszy punkt oparcia, to jest na zdrowszych częściach. Skutkiem tego niejednomiernego rozmieszczenia sił, mogą w siatkówce powstać małe przerwy, do których wnika c. szkliste, dając początek odczepieniu siatkówki.

Badania doświadczalne nad przesączaniem się roztworów soli i białka przez przednią komorę i rola tegoż w powstawaniu jaskry (Recherches expérimentales sur la filtration de liquides salins et albumineux à travers la chambre antérieure et son rôle dans la genèse du glaucome.). Uribe y Troncoso (z Meksyku). Ann. d'Oculist. 1905. Nr 1.

Przed czterema laty postawił Uribe y Troncoso teoryę powstawania jaskry, wedle której *primum movens* przy wzmożeniu parcia wśródocznego jest zwiększenie zawartości istot białkowatych cieczy wodnej przedniej komory, co w wysokim stopniu utrudnia prawidłowe przesączanie się tej cieczy przez naturalne drogi odpływowe. Tę zwiększoną zawartość białka w cieczy wodnej stwierdził on w 21 przypadkach jaskry bądź ostrej, bądź przewlekłej. Obecnie, aby doświadczalnie uzasadnić prawdziwość tej teoryi, przedsięwziął szereg prób z pomocą manometru filtracyjnego Webera. Wprowa-

dzał on pod pewnem ciśnieniem do przedniej komory oka świeżo wyłuszczonego określoną ilość płynu i wymierzał, ile z tego płynu wydobywało się w oznaczonym czasie z oka na zewnątrz drogą przesączania. Przez porównanie szybkości, z jaką przesączają się roczyny soli, ze szybkością przesączania się rozczynów białka — wykazał, że te ostatnie w jednakich zresztą warunkach wydostają się z oka w ilości o $^2/_5$ do $^1/_3$ mniejszej, niż roczyny solne. Ta zmniejszona zdolność filtracyjna cieczy wodnej bogatej w białko, oraz zaciśnięcie dróg odpływowych oka przez obwodowe części tęczówki — są, zdaniem autora, głównymi czynnikami, wywołującymi wzmożenie parcia wśródgałkowego przy jaskrze. —

K. W. Majewski.

Zmiany oczne, spowodowane działaniem adrenaliny (Accidents attribuables à l'adrénaline.). Dr A. Bouchart z Tours. Rec. d'Opht. 1905. Nr 1.

W maju 1903 wykonał autor u 20letniej dziewczyny tenotomię mięśnia prostego wewnętrznego na oku lewem z powodu zeza towarzyszącego. Do znieczulenia użył przetworu z nadnercza pod nazwą awazyny (1%) z dodatkiem kokainy. Rozczyn tego środka miał barwę różową. W kilka dni później zrobiona została internotomia na drugiem oku, znieczulonem za pomocą świeżego i jasnego rozczynu adrenaliny. Przebieg pooperacyjny na tem oku był prawidłowy, natomiast u lewego oka wystąpiło ósmego dnia po operacyi zaćmienie rogówki, z wejrzenia podobne do nacieczenia limfatycznego, jakie się często widzi po operacyi katarakty. Źrenica rozszerzyła się *ad maximum*, a ciecz wodna przybrała barwę niebieskawą. Pomimo zapuszczenia ezeryny $^1/_2$%, źrenica nie zmniejszyła się wcale. Stan ten utrzymywał się przez szereg miesięcy, a prócz tego pojawiły się bóle neuralgiczne, wychodzące z okolicy blizny po tenotomii. W obrębie zaćmienia rogówki w pobliżu jej brzegu wewnętrznego powstał pęcherzyk o podstawie 2—3 mm szerokiej, wypełniony cieczą mętną. Pod wpływem mieszanki dionino-ezerynowej (aa $^1/_2$%) pęcherzyk znikł, pozostawiając po sobie dość ściśle ograniczoną, wysyconą plamkę. Źrenica zwężyła się częściowo i nieregularnie, przyczem okazało się, że tęczówka nabrała znamion zaniku podobnych, jak przy przewlekłej jaskrze. $V = ^1/_{10}$.

Wykluczywszy wpływ kokainy, która była dodana do rozczynu znieczulającego, oraz sinku rtęci, użytego do wyjałowienia narzędzi, przypisuje autor wszystkie te dość osobliwe zmiany szkodliwemu działaniu przetworu adrenaliny (t. zw. awazyny). Broni się też przed możliwym zarzutem uszkodzenia podczas operacyi jednego z włókienek nerwików rzęskowych. — Wobec potężnego działania adrenaliny na ściany naczyniowe zmiany troficzne w rodzaju opisanych

nie powinny zadziwiać, ale nakazują pewną ostrożność w stosowaniu tego środka, tak chętnie dziś używanego. —

K. W. Majewski.

Przyczynek do etyologii nieżytu wiosennego spojówki (Zur Aetiologie des Frühjahrskatarrhs der Conjunctiva.). Prof. Dimmer (z Gracu). Wiener klin. Wschrft. 1905. Nr 2.

Autor rozpoczyna rzecz krótkim opisem obrazu klinicznego tej dość rzadkiej postaci chorobowej i zwraca przedewszystkiem uwagę na ten szczegół, że zmiany występują tu zawsze na obydwu oczach. Z różnych postaci nieżytu wiosennego najrzadszą jest postać czysto powiekowa (bez zmian na rąbku rogówkowym), częściej spotykamy postać czysto gałkową (bez zmian na spojówce chrząstkowej), najczęściej jednak widzi się postacie mieszane. Jest to cierpienie wieku młodzieńczego i zazwyczaj z biegiem lat samo wygasa.

Vetsch był pierwszym, który ogłosił badania anatomiczne przypadków nieżytu wiosennego, i jako główną zmianę podnosi zwyrodnienie szkliste tkanki łącznej. W każdym razie stwierdzamy zarówno bujanie tkanki łącznej, jak i znaczne zgrubienie warstwy przybłonkowej. Uhthoff, Tailor i Raabe uznają tę ostatnią zmianę za pierwotną, przeciwnie Reymond, Seegers i Burckhardt uważają bujanie składników łącznotkankowych za punkt wyjścia zmian anatomicznych. Michel określa zgrubienia na rąbku spojówkowym rogówki po prostu jako folikuły spojówki gałkowej.

Sprawa etyologii nieżytu wiosennego jest dotąd jeszcze niewyjaśniona. Teorya bakteryjna znalazła bardzo niewielu zwolenników. Więcej prawdopodobieństwa ma przypuszczenie Schieck'a, który przyjmuje raczej drażniące działanie nieznanych zresztą czynników, natury chemicznej.

Nowe światło na etyologię tego cierpienia rzucają spostrzeżenia Kreibich'a, profesora dermatologii w Gracu, który opisał kilka przypadków *hydroa vaciiniforme* (Bazin) i t. zw. *Summerprurigo* (Hutchinson), gdzie obok zmian na skórze istniały także typowe objawy nieżytu wiosennego na oczach, stwierdzone częścią przez docenta okulistyki Müller'a, częścią przez samego autora. Były to przypadki, należące do postaci czysto gałkowej. Kreibich nałożył w jednym przypadku na jedno oko szczelny opatrunek i po ośmiu dniach przekonał się, że zmiany na spojówce gałkowej w otoczeniu rogówki znikły prawie zupełnie. Na drugiem oku do osiągnięcia tego skutku trzeba było pozostawić opatrunek przez dni 14. Po zdjęciu opatrunku jednak zaczął się stan wkrótce znowu pogarszać. Na podstawie tych spostrzeżeń wypowiada Kreibich twierdzenie, że przyczyną nieżytu wiosennego jest działanie światła słonecznego na spojówkę, usposobioną do zmian tego rodzaju.

Autor miał sposobność na jednym przypadku nieżytu wiosennego — również ograniczonego do samej tylko spojówki gałkowej, — ale bez jakichkolwiek zmian na skórze (u 22letniego młynarza) stwierdzić korzystny wpływ odcięcia dostępu światła na przebieg choroby. Zmiany na prawem oku ustąpiły zupełnie po 14-dniowem szczelnem zawiązaniu oka, a na lewem oku wystarczył do tego pusty opatrunek Wolffberg'a z czarnego papieru. Przed nawrotem cierpienia uchroniły chorego okulary muszlowe dymne lit. C., szczelnie przylegające do obwodu oczodołów.

Autor przypuszcza, że główną rolę odgrywają tu krótkofaliste promienie fiołkowe i pozafiołkowe i sądzi, że okulary ochronne ze szkła żółtego mogłyby mieć znaczenie środka zapobiegawczego. — Geograficzne rozprzestrzenienie nieżytu wiosennego przemawia też za teoryą Kreibich'a. Cierpienie to ma być częste we Włoszech, w Szwajcaryi, w Konstantynopolu, natomiast należy do wielkich rzadkości pod mglistem niebem Anglii i Holandyi. —

K. W. Majewski.

Zmiany głębokości komórki przedniej oka, długości promieni i grubości soczewki przy ogniskowaniu (akomodacyi). Makłakow. Wiestnik Oftałmołogii. 1904. Z. 1.

Według Helmholtz'a, jak wiadomo, zmiany w ogniskowaniu zależą od zmian wypuklenia soczewki sprężystej, dążącej do przyjęcia postaci kulistej, a spłaszczonej napięciem więzadła soczewki.

Mięsień ogniskujący, kurcząc się, zwalnia napięcie więzadła i powraca soczewce większą kulistość, a wraz z coraz większą wypukłością soczewki powstaje i coraz mocniejsze ogniskowanie.

Według Tscherning'a w soczewce rzadka istota korowa otacza ściśle i kuliste jądro; mięsień ogniskujący napinaniem więzadła soczewki pociąga istotę korową do jej równika, odsłaniając kuliste, ścisłe, mocno załamujące jądro. Gdy ustaje czynność mięśnia ogniskującego, ustaje i napięcie więzadła soczewki, a masy korowe układają się tak, że nadają soczewce postać więcej spłaszczoną, a więc słabiej załamującą.

Jeżeli tłómaczenie Tscherning'a jest słuszne, rozumuje M., i podczas ogniskowania rzadsze masy korowe, otaczające ściślejsze, kuliste jądro, zbierają się na równiku soczewki, to oczywiście komórka przednia gałki musi być przez czas wzmożonego ogniskowania głębsza, a grubość soczewki mniejsza.

Badania M. przekonały go, że komórka przednia oka jest przez czas ogniskowania płytsza, a grubość soczewki większa.

Badając oko oftalmometrem Tscherning'a, M. znalazł, że przy ogniskowaniu na odległość 10 cm głębokość przedniej komórki

staje się o 0.9505425 mm mniejszą, niż przy ogniskowaniu na odległość 84 cm.

Liczba, otrzymana przez M., jest znacznie większa od liczby 0.50646, otrzymanej przez Helmholtz'a.

Znalazł też M., że, w miarę, jak wzmaga się w oku ogniskowanie, promień przedniej krzywizny soczewki staje się coraz mniejszy. Badając długość tego promienia przy ustawieniu oka na odległość 84 cm i na odległość 10 cm, znalazł M., że promień przedniej krzywizny soczewki przy ogniskowaniu na odległość 10 cm staje się krótszy o 2.29266 mm. *Dr K. Noiszewski.*

Istota jaglicy (O suszeności trachomy.). Prof. Szymanowski. Kijów. (Lekcya wstępna.)

Rozpatrując objawy i przyczyny powstania jaglicy, autor dochodzi do wniosku, że nie ma się do czynienia z chorobą jednolitą, a tylko z reakcyą indywidualną błony śluzowej oka na rozmaite podrażnienia, wyrażającą się w powstawaniu folikułów. Skłonność do oddziaływania w tak silny sposób wydaje się autorowi w dość ścisłym związku ze skrofułami, którą ze swej strony uważa za dyskrazyę, powstałą raczej na tle dziedzicznej kiły, niż, jak to powszechnie przyjęte, gruźlicy. Dalej ważną rolę odgrywają warunki życiowe, czystość, odżywianie, klimat i t. d. Jaglica więc jako osobna choroba nie istnieje — to tylko ciężka postać *conjunctivitis follicularis*, lepiej więc wyrzucić tę nazwę ze słownika lekarskiego, a zastąpić je nazwą *conjunctivitis follicularis.* *Dr K. Noiszewski.*

IV. Z TOWARZYSTW.

Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Posiedzenie z dn. 16 grudnia 1904.

Prof. Machek: *Przedstawienie chorej z połowiczą martwotą źrenicy.*

Chora, l. 63, przed kilkoma dniami dostała silnych bólów w przedniej połowie głowy i odtąd źle widzi.

Badanie wykazuje połowiczą ślepotę po stronie lewej *(hemianopsia homonyma sinistra)*, a zresztą prawidłową bystrość wzroku. Przy oświetleniu ogniskowem prawej połowy siatkówki źrenica prawie nie oddziaływa, bardzo żywo zaś przy oświetleniu lewej połowy tejże. Zjawisko to jest wyraźniejsze na oku prawem, niż lewem. Na podstawie tej połowiczej martwoty źrenicy *(hemianopische Pupillen-*

starre), wywiadów i przebiegu choroby rozpoznaje prelegent *apoplexia tractus optici dextri*, a ściśle wziąwszy przerwę dróg widzenia po stronie prawej pomiędzy skrzyżowaniem a miejscem oddzielenia się pasma, przez które włókna źreniczne zdążają do ośrodka nerwu okoruchowego, a więc w każdym razie poniżej *corpus geniculatum ext.*

Prof. M. wspomina, że Wilbrand i Saenger podnoszą wątpliwość, czy wogóle można rozpoznać połowiczą martwotę źrenic, a to z tego powodu, że trudno oświetlić jedną połowę siatkówki, a równocześnie nie oświetlić drugiej. Celem wykazania, że to możebne, przedstawia prelegent chorą. Zrozumiałem jest połowiczne oddziaływanie źrenicy, jeżeli się uwzględni, że oko jako system optyczny tak załamuje promienie, że na dnie oka powstaje obraz źródła światła dobrze oświetlony, a reszta dna jest ciemną. Należy się przytem wystrzegać, aby siatkówki nie prześwietlać.

W dyskusyi zabiera głos prof. Beck i dr Meyer.

Prof. Beck zgadza się z prelegentem i jest także tego zdania, że ilość promieni, które nie bywają regularnie załamane, a więc ulegają rozproszeniu, jest minimalna. *A. Bednarski.*

IX zjazd lek. imienia Pirogowa w Petersburgu. Wydział oczny. Posiedzenie 5 stycznia st. st. 1904.

Noiszewski: *Sprawność wzrokowa i celność strzału* (druk. w Post. Okul.).

Katz nie zgadza się z N., że niejednakowe wyniki, otrzymywane przy badaniu sprawności wzrokowej literami i punktami, pochodzą stąd, że literami badamy widzenie całkowe, a punktami widzenie różniczkowe.

Przyczynę zaś różnicy tych wyników widzi w niedoskonałości współczesnych metod badania sprawności wzrokowej.

Braunsztejn: *Angioneurozy siatkówki oka.*

B. podaje 15 przypadków angioneurozy (skurcz naczyń siatkówki). W 5ciu przypadkach angioneurozy dotknięte były tylko poszczególne gałązki tętnicy wewnętrznej siatkówki *(a. centr. retinae)*; w 2óch przypadkach przyczyną angioneurozy była zbyt słaba czynność serca, w 2óch skurcz tętnicy plamkowej z wybroczynami w siatkówce; w 1nym przypadku przyczyna angioneurozy była kiłową, w 3ech przypadkach samogwałt i nieumiarkowane spółkowanie *(coitus)* i w 2óch miażdżyca naczyń siatkówki *(arteriosclerosis)*.

Ginzburg zarzucił podawcy niewłaściwość zaliczania do angioneurozy wypadków zmian chorobowych w naczyniach siatkówki, dotkniętych miażdżycą *(arteriosclerosis)*.

Gurwicz: Pokazuje *tonometr Fick-Liwszyca.*

Liwszyc zmienił tonometr Fick'a w ten sposób, że podstawę tonometru, którą przykłada się do rogówki i spłaszcza się, zastąpił szklanym klinem prostokątnym, którego przeciwprostokątna naciska na rogówkę, a przez bok klina spostrzega się kółko, utworzone przez uciśniętą rogówkę na podstawie klina.

W miarę, jak tonometr coraz bardziej ciśnie, powiększa się obwód kółka aż do granic podstawy klina; liczbę, którą wówczas wskaże wskaźnik tonometru, mnoży się przez 2 i otrzymuje się wielkość ucisku śródocznego. — D. c. n.

K. Noiszewski.

X międzynarodowy Zjazd okulistów w Lucernie w dn. 13—17 września 1904. (C. d.).

Gourfein-Welt (Genewa): *De la pathogénie du decollement rétinien dans la rétinite albuminurique.*

Odrębne stanowisko oderwania siatkówki przy *retinitis albuminurica.* Do 6 dotychczas badanych przypadków (Schweigger, Nordenson, Kunz, Uhthoff) dodaje G. dwa nowe, objaśnia i przedstawia stosunki anatomiczne: Nie znalazł żadnego przerwania, ani zrostu siatkówki z ciałkiem szklistem. Zmiany w ciałku szklistem są podobne do innych zmian w organizmie przy białkomoczu, ściągnięcie należy tłómaczyć jako mechaniczne i następowe. Ziarnisty wysięk siatkówki pochodzi z jej schorzenia. Jednostajny wysięk podsiatkówkowy jest podobny jak przy obrzękach. Według jego badań nie można przyjąć ani czynnego, ani biernego pociągania siatkówki przez ciałko szkliste.

Hoffmann (Baden-Baden): *Klinowate wycięcie* (kawałeczka błony śluzowej), *poprawa cięcia Bowmana.*

Bowmana rozcięcie czasem nie wystarcza, dlatego H. wycina trójkątny kawałek błony śluzowej po poprzedniem rozcięciu. W razie większego ubytku potrzebnym jest szew.

W ten sposób korzystnie leczył H. przewlekłe sprawy spojówkowe, woreczka łzowego i t. p.

W dyskusyi Mellinger poleca postępowanie H., które on często pomyślnie w zastarzałych przypadkach stosował.

Terson (Paryż): *Le traitement opératoire de l'ectropion sénile.*

T. poleca swój sposób operowania, ogłoszony w 1896 roku. Wycięcie załamka spojówkowego połączone z wycięciem trójkątnem skóry obok *cominissura externa*, nie potrzeba, jak twierdzi, ani wycinać chrząstki, ani zakładać szwu spojówkowego. T. wykonał 34 operacyi, 31 z pomyślnym skutkiem.

Rozprawa:

Landolt (Paryż): Jeden sposób operacyjny nie wystarcza dla rozmaitych przypadków; przy silnem odwróceniu powieki wycina on według swego sposobu pryzmatyczny kawałek.

Angelucci twierdzi, że operacya Terson'a nie wystarczy przy zmienionej postaci chrząstki i zmniejszeniu napięcia mięśnia okrężnego. Według swego sposobu wycina on chrząstkę i mięsień okrężny.

da Gama Pinto (Lizbona) w niektórych przypadkach skraca długość dolnej powieki, po przecięciu *commissura externa*, i zakłada szew, odcięty kawałeczek znów przytwierdzając.

Swanzy podnosi zalety metody Kuhnt'a.

Nakoniec przemawia T. za swoim sposobem, który nie sprowadza zmiany postaci powieki, ponieważ *cominissura* pozostaje całą i chrząstka jest oszczędzaną.

Reymond (Turyn): *Appareil simple pouvant servir à la détermination de rapports de l'éclairage avec l'acuité visuelle.*

Autor sporządził przyrząd, w którym są zastosowane dwa pryzmaty Wollaston'a, służy on do mierzenia stosunku, jaki zachodzi między oświetleniem a bystrością wzroku.

Santucci (Turyn): *Un symptôme caractéristique des amblyopies nicotiniques et alcooliques.*

S. badał wrażliwość siatkówki na światło za pomocą przyrządu Reymond'a.

Przy pewnem ustawieniu pryzmatów Wollaston'a zdrowe oko natychmiast widzi podwójne obrazy, chore zaś dopiero po pewnem mniejszem lub większem skręceniu pryzmatów. To ma być stały objaw przy zatruciach tytoniem lub wyskokiem. Leczące, usuwał od chorego wyskok i tytoń, a czynił wstrzykiwania strychniny i podawał sole jodowe lub bromowe.

Surowica »Chéron« (20 cm^3) raz tylko pomogła.

W rozprawie broni Galesceanu (Paryż) surowicy »Chéron«. G. przyjmując zatrucie krwi wskutek nadużywania tytoniu i wyskoku, podaje, że przyczyną jest tu żółć, powodująca czynnościowe zaburzenia w siatkówce (Przemiany barwikowego śródbłonka).

Rollet (Lyon): *Lymphome de l'épisclère et lymphome bilatéral de glandes lacrymales.*

U 50letniego chorego na lewem oku guz spojówkowy na granicy rogówkotwardówkowej, drugi na pochewce nerwu wzrokowego, prócz tego gruczoły łzowe, zmienione na małe twarde przypłaszczone guzy. Badanie drobnowidowe wykazuje *lymphadenoma.* Lewe oko zostało wyjętem, guzy gruczołowe wyłuszczone. Po roku żadnego nawrotu nowotworu.

Emmert (Berno): *Jak zachowuje się przy niezborności oftalmometrem znalezione położenie osi do położenia, jakie astygmatyk nadaje poprawiającym walcowatym szkłom przy nastawianiu osobistem?*

Emmert (Berno): *Przyczyny krótkowzroczności i postępowanie w postępującej krótkowzroczności.*

Krótki wzrok powstaje przy słabej już z natury budowie oka, przy wyczerpujących chorobach i zaburzeniach w odżywianiu, przy trwałych znużeniach ciała i oka na szkodliwe wpływy oddziałuje tu głównie mięsień rzęskowy i napina naczyniówkę, a przez pociąganie powoduje krótkowzroczną budowę oka.

E. podaje i uzasadnia postępowanie przy krótkowzroczności wysokiego stopnia.

Rozprawa:

Lange (Brunszwik) tłómaczy brakiem włókien sprężystych usposobienie do powstawania krótkowzroczności.

Dor (Lyon): *L'opothérapie orchitique, comme moyen d'arrêter la croissance des enfants, qui grandissent trop vite et qui présentent, à la suite de cette croissance trop rapide des symptômes de fatigue oculaire.*

Bruns (Nowy Orlean): *Removal of the lens in high myopia.*

Br. Poleca usunięcie soczewki w wieku od 10—25 lat, kiedyto chory najwięcej może mieć pożytku z przebytej operacyi.

Postępowanie powinno być powolnem i ograniczać się do częstszych dyscyzyi. Przy takiem postępowaniu miał mieć Br. znakomite wyniki.

Bahr (Mannheim): *O maturacyi zaćmy.*

B. masuje łyżeczką kauczukową lub płytką szklanną przednią powierzchnię soczewki przez 1—2 minut, wkrapla atropinę i zakłada opaskę obuoczną. Już w następnych dniach występuje zazwyczaj całkowite zmętnienie kory. Wydobycie następuje łatwo piątego dnia. Wyniki co do wzroku są lepsze, niż przy innych metodach, leczenie zaś w klinice, przy niepowikłanych przypadkach, trwa 15 do 16 dni. Raz wydarzyło mu się nadwichnięcie soczewki, a raz pęknięcie blizny po cięciu grotem, przy cięciu dla wydobycia soczewki. Operował w 20 przypadkach i gorąco poleca swój sposób postępowania.

Przy rozprawie zabiera głos prof. Wicherkiewicz z Krakowa:

»Daleki jestem od tego, aby powątpiewać o dobrych wynikach Dra Bahr'a, unosić się jednak nie mogę nad jego zabiegiem w celu szybszego dojrzenia zaćmy, chociażby on był polecanym z tak poważnej strony, jak Förster, a zwłaszcza od czasu, jak stosuję mą

własną metodę wypłukiwania resztek przy wydobyciu niedojrzałych zaćm. Niepomyślny wynik mego zabiegu należy do największej rzadkości, a wtedy wykonuję przecięcie pozostałej zaćmy. Każdy mnie przyzna, że moje postępowanie nie przedstawia tak ciężkiego zabiegu, jak to czyni Bahr w celu przyspieszenia dojrzenia. Bahr naraża chorego na dwie operacye, a przy moim zabiegu w bardzo rzadkich przypadkach potrzebną jest druga operacya. To jest tak przekonywującem, że, jeśli zostawimy choremu wybór między tymi dwoma sposobami, z pewnością wybór padnie na mój sposób operowania, gdyż nie tylko oszczędzi choremu jednej operacyi, lecz chory również zyska i na czasie. Według mego zapatrywania i doświadczenia wątpliwą jest korzyść ze sztucznego zabiegu dla dojrzewania i to nawet, gdy się go robi ostrożnie, przy energiczniejszem zachowaniu można wywołać zwichnięcie lub nadwichnięcie soczewki.

Podany zaś przez Bahr'a przypadek, gdzie na operowanem oku uzyskał znacznie lepszą bystrość wzroku, niczego nie dowodzi, trzeba tu uwzględnić wiele innych czynników, które w grę wchodzą«.

W rozprawie przemawiają dalej Kuhnt i Sattler za sposobem Bahra.

Fuchs uważa zabieg Bahr'a za dobry wprawdzie, ale zbyteczny, gdyż masowanie oddziałuje tylko na przednią korę.

Menacho jest za dwuczasową ekstrakcyą.

Scheffels poleca wydobycie wprost, tak samo zapatruje się Abadie, Knapp, który woli czekać dojrzenia zaćmy.

Schirmer (Gryfia) wtedy przyznaje dobry skutek mięsienia, gdy przedni śródbłonek zostanie zdartym, bo wtedy przenika ciecz z przedniej komory i nawet tylna kora zostaje zaćmioną.

Dransart (Somain) jest za ekstrakcyą wprost i wypłukaniem resztek wodą.

Na zakończenie powiada Bahr, że w rozmaitych miejscowościach różne są postacie zaćm i nie wszędzie te same operacye równe mają wyniki; są pewne rozmaitości geograficzne.

Przyznaje, że sposobu operacyjnego Wicherkiewicza nie znał, ale w przyszłości wypróbuje.

Lapersonne i Poulard (Paryż): *De la discision postérieure précoce.*

Dotychczasowe sposoby operowania wtórorzędnych zaćm dają wyniki niepewne, sposób da Gama Pinto trudny do wykonania, ponieważ grozi wypływ ciała szklistego, zwłaszcza, że on przecina torebkę zaraz po wydobyciu zaćmy. de L. podaje projekt, aby za pomocą przez niego sporządzonej igiełki wnet po operacyi uczynić dyseyzyę. Wbija on igiełkę przez twardówkę 1—2 mm od płatu, trzymając ostrze ku przodowi, dostaje się poza zaćmę, którą z ła-

twością od dołu przecina. Operował w 13 wypadkach, gdzie czynił wycięcie tęczówki, a spodziewał się, że zaćma będzie grubą.

Rozprawa:

Menacho (Barcelona): Poleca przecięcie od przodu, bo lepiej się widzi narzędzie operacyjne i nie naraża się ciała szklistego na uraz.

da Gama Pinto (Lizbona) poleca przednią dyscyzyę.

Vitali (Biari): *Capsulotomia et capsulectomia.*

V. sporządził szczypczyki, któremi wyrywa prawie całą zaćmę, nie mając powikłań, jak następowa katarakta i zapalenie tęczówki.

Bourgeois (Reims): *Le traitement des accidents infectieux après l'opération de cataracte.*

B. zmienia opatrunek po operacyi zaćmy na drugi dzień, w razie podejrzywania zakażenia — pierwszego dnia. Jako jedynie skuteczne zwalczanie zakażenia poleca roczyn *hydr. oxycyanatum* 1:1000 z czterema kroplami 5% kokainy, najmniej $^1/_2$ cm^3 przy jednorazowem wstrzyknięciu. Raz dziennie lub częściej albo rzadziej, stosownie do ciężkości przypadku. Prócz tego używa nieraz kauteryzacyi, atropiny, airolu i t. d.

Rozprawa:

Rogman (Gandawa): W przypadkach grożącego zakażenia stosował *serum* przeciwpaciorkowcowe, częścią pneumokokowe, z dobrym wynikiem. Da Gama Pinto twierdzi, że kokaina strąca *Hg* z roztworu *hydrargyrum cyanatum*, dlatego to używa wypalania, podnosząc wysięk szczypczykami, robi wstrzykiwania podspojówkowe i zastosowuje ogólne leczenie. Przeciwnie dowodzi Bourgeois, że świeży roczyn *hydr. oxycyanat.* nie strąca się kokainą.

Darier (Paryż): *Importance de le thérapeutique locale par les injections sousconjonctivales.*

Dufour (Lozanna): *Les injectiones sousconjonctivales de sublimé.*

D. chwali wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu, nie używając więcej niż $^1/_2$ strzykawki Pravaz'a, często nawet wystarcza wstrzyknąć kilka kropel. Do roztworu 1:2000 dodaje 2% roczynu soli przy przypadkach ropnych.

Zwykle jednak używa roczynu 1—3:10000.

W przewlekłych chorobach naczyniówki lub siatkówki stosuje sam roczyn soli, ale w podwójnej ilości. Do użycia sublimatu podaje następujące wskazania: ropne owrzodzenia rogówki, zapalenia miąższowe rogówki, zmętnienia ciała szklistego, urazowe zakażenia, szczególnie *chorioiditis maculoris.*

Senn (Wyl): *Meine Erfahrungen über Subconjunctivaltherapie.*

S. stosuje od r. 1898 do wstrzykiwań podspojówkowych 2% i 4% rozczyny soli kuchennej i przetworów rtęciowych *hydrargyrum oxycyanatum* 1:5000. Wykonał około 5000 wstrzykiwań. Roczyn soli stosuje w *herpes corneae, ulcus corneae, keratitis traumatica* i krwotokach siatkówki.

W innych chorobach zastosowuje *Hg oxycyanatum*.

We wszystkich cięższych schorzeniach rogówki w zakaźnych sprawach w oku, przedewszystkiem w zastarzałych sprawach na dnie oka daje *Hg oxycyanatum* pierwszeństwo przed *NaCl*.

Vitali (Bari): *Trattamiento dell'ipopion.*

V. robi podspojówkowe wstrzykiwania soli zamiast cięcia Saemischa.

Angelucci (Palermo): *Gli effetti dei topici più communi nella terapia oculare sopra sostanze diffusibili contenute normalmente o eventualmente nel sangue.*

Doświadczenia A. wykazały, że atropina, duboizyna, eumydrina i *ac. picrin.* zmniejszają zawartość białka w cieczy przedniej komory. Pilokarpina, czeryna, kokaina, dionina, irydektomia z cięciem twardówkowem i podrażnienie elektryczne zwiększają ilość białka, tak samo działa pod spojówkę wstrzyknięte *Hg*, podczas, gdy rozczyny soli pozostają bez działania. Szybkość dyffuzyi wzmaga się przy kokainie, pilokarpinie, czerynie, dioninie, irydektomii, zmniejsza się zaś po atropinie i duboizynie.

Krzepnięcie ułatwia wstrzyknięcie *Hg* i podrażnienie elektryczne, lecz także kokaina, pilokarpina, eumydrina, dionina i inne.

4ty dzień. 17. IX. 1904.

Przewodniczący: Reymond (Turyn).

Abadie (Paryż): *Variétés peu connues du glaucome, leur traitement.*

A. zwraca uwagę na niektóre postacie jaskry, które pozostają długi czas w okresie zwiastunów, później występują ostrzej z przerwami, a w końcu przechodzą w stałą, wyraźną jaskrę.

Objawy zwiastunowe są trojakiego rodzaju: napadowe bóle, różniące się od nerwobólów brakiem bolesnych punktów uciskowych i przez nieregularne ich występowanie, następnie przypadłości widzenia w tęczowych barwach, po trzecie występowanie zaćmień wzroku. W międzyczasie oczy są prawidłowe. Objawy zwiastunów mogą występować pojedynczo lub w połączeniu. Środki zwężające źrenicę usuwają je. Jedyne usprawiedliwione lecz nie irydektomia. Wszystkie ostre lub podostre przypadki i występujące zaostrzenia muszą być operowane. Przewlekła jaskra może być leczoną środkami zwężającymi źrenicę.

Gdzie oba sposoby leczenia zawodzą, musi się przeciąć szyjny nerw sympatyczny.

Wicherkiewicz zauważa, że odmiana, o której wspomina Abadie, nie jest tak rzadką, jakby się to zdawać mogło. Zwłaszcza jaskra przyostra, peryodycznie występująca, jest właśnie częstym objawem u hysteryczek i w neurastenii. Będąc zdania Abadie'go, że tylko dobrze wykonana irydektomia może osoby te uchronić od następstw jaskry, dodaje W., iż zdanie to podtrzymuje o tyle, o ile osoby te nie podlegają właściwemu ogólnemu leczeniu i o ile nie zwalcza się pojedynczych napadów. Na poparcie tego zdania przytacza W. odnośne przypadki, a w jednym z nich irydektomia, wykonana za granicą u osoby podlegającej takim napadom, obniżyła trwale wzrok tego oka, gdy drugie w podobnych warunkach od wielu lat leczone symptomatycznie, a zwłaszcza mięszanką (pil., ezeryna i kokaina), stale zatrzymuje znakomitą bystrość wzrokową. Podobnie u innej osoby, gdzie irydektomia jednego oka połączona była z wynaczynieniem do siatkówki i ciała szklistego, z zanikiem wzroku, gdy drugie oko, nieoperowane a leczone stale od 12 lat symptomatycznie, zachowuje bystrość prawidłową.

Do sklerotomii nie przywięzuje W. żadnej wagi, wykonuje ją tylko w rzadkich przypadkach jako przedwstępną operacyę, gdy na razie, dla płytkości przedniej komory, wykonanie irydektomii połączone z niebezpieczeństwem. Po sklerotomii przednia komora pogłębia się i umożliwia późniejsze wykonanie irydektomii.

Menacho (Barcelona). Postać jaskry A. jest to okres zwiastunów. Irydektomia niezawsze pomaga. Pojedyncza sklerotomia bez wyniku, chyba tylko podspojówkowa, połączona z masowaniem gałki.

Emmert (Berno): *Zur Behandlung schwerer ekzematöser Hornhauterkrankungen.*

W ciężkich schorzeniach rogówki w połączeniu z wypryskiem na twarzy stosuje E. okłady z 5% maści protargolowej z hyoscyną i eumidryną. *Protargoli* 2·0, *hyoscini* 0·05, *eumydrini* 0·10, *vasel. (lanolini)* 40·00.

Rozprawa.

Eliasberg (Dynaburg) poleca połączenie żółtej maści z maścią z azotanu srebrowego. *Hg-oxyd.* 1%. *Arg. nitr.* $^1/_2$%. *Coc. nitrici* 1%. *Atrop. sulf.* 1%.

Herbert (Bombay): *A distinctive type of conjunctival papule.*

H. opisuje klinicznie i anatomopatologicznie pojedyncze brodawkowate wyrośle na spojówce gałki w obrębie szpary powiekowej jednostronnie występujące.

Przypadki takie często spostrzegał u Indyan.

Herbert: *Thę chromatophores of the human conjunctiva.*

Barwikowe komórki, występujące bardzo często u Indyan po zastarzałej przybłonkowej sklerozie H. twierdzi, że one są tego samego pochodzenia, co barwikowe komórki przybłonka.

H. Parson (Londyn): *Some anomalies of pigmentation.*

1. Rozległe zabarwienie spojówki i rogówki. 2. Barwik w podstawowych komórkach przybłonkowych. 2. *Melanosis* spojówki i twardówki z silnem zabarwieniem *tractus uvealis*. 3. Wrodzone plamy barwikowe siatkówki. 4. Zabarwienie przy *siderosis* w *tractus uvealis* i w ciałkach rogówkowych.

V. Gros: *Bekämpfung des Trachoms in Ungarn.*

Bajurti (Turyn): *Ancora sul esame microscopico dei vasi della congiuntiva nel vivo.*

B. przedstawia spostrzeżenia o krążeniu i zachowaniu się naczyń spojówki gałki w rozmaitych chorobach i przedstawia rycinę zmian naczyniowych.

Mazza (Genua): *Un nouveau cas de circulation ou infiltration lymphatique transitoire de la cornée.*

M. zauważył u chorego na przymiot przemijające nacieczenie lymfatyczne rogówki, tak, że przy pochyleniu głowy powstawała biała plama w dolnej połowie rogówki, która znikała przy podniesieniu głowy.

Plamka ta, złożona z linijek cienkich, była w powierzchownych warstwach rogówki.

Jako przyczynę podaje M. zaburzenia w krążeniu.

Houdart (Brest): *Ophthalmie septique et hépatite suppurée simultanées chez un malade atteint de diarrhée endémique des pays chauds.*

H. opisuje bardzo zajmujący przypadek ropnia wątroby z równoczesnem zropieniem przerzutowem lewego oka w przebiegu chronicznej dyzenteryi. Wskutek *panophthalmitis* lewego oka, wyjęto je, zwłaszcza, że drugie okazywało objawy podrażnienia. Badanie wyjętego oka wykazało strepto- i stafylokoki, podczas, gdy punkcya wątroby wykazała płyn ropny bez drobnoustrojów.

Harms (Wrocław): *Zur Frage der Retinitis hämorrhagica, infolge der Erkrankung der Arteria centr. und ihrer Aeste.*

H. na podstawie dokładnych badań gałek ocznych doszedł do wyników, że *retinitis haemorrhagica* powstaje nie tylko przy zamknięciu się tętnicy, lecz także wskutek zmian chorobowych, — lecz także i żyły bywają zatkane.

Constentin (Genewa): *Un cas de diplopie monoculaire d'origine rétinienne.*

C. opisuje przypadek oderwania siatkówki, gdzie oderwana górna połowa siatkówki zwiesza się na dolną tak, że warstwa prę-

cików i czopków zwrócona do wnętrza gałki. Chory widzi podwojone obrazy, jeden obraz odwrotnie ustawiony tak, jak obraz w zwierciedle. Najprawdopodobniej obie połowy siatkówki były czynne, a na oderwanej powstał obraz, tak, jakby się znajdowała na swojem miejscu.

Morax (Paryż): *La nomenclature ophthalmologique.*

M. proponuje wybór komisyi dla ujednostajnienia nomenklatury okulistycznej.

Addario (Palermo): *L'involuzione senile del vitreo e della matrice ciliare.*

A. omawia zmiany starcze w ciele szklistem i przedstawia odpowiednie ryciny.

Tscherning (Paryż): *Le daltonisme.*

T. podaje przyrząd nowy do mięszania barw, gdzie widmo wytwarza siatka Roland'a.

Meisling (Kopenhaga): *Ein Apparat zur Mischung der Farben und Untersuchung von Farbenblinden.*

Przyrząd do badania ślepych na barwy.

Noiszewski (Dynaburg): *Das Purkinje'sche Phänomen und die Adoptation der Netzhaut.*

Na podstawie doświadczeń za pomocą spektrofotometru Glan'a dowodzi N., że zjawisko Purkinje'go nie zależy od zdolności przystosowania się siatkówki, następnie omawia ustanowienie jednostki dla poczucia barw.

Javal (Paryż): *Evaluation rapide de la perception lumineuse. Photométrie.*

Mowca przedstawia swój pojedynczy i praktyczny przyrząd do szybkiego badania poczucia światła u chorych, a przy użyciu do tego przyrządu barwnych żelatynowych płytek można badać poczucie barw.

Pergens (Maeseyck): *La lisibilité des caractères d'impression.*

P. przedstawia badania co do różnicy odczytywania tak zwanych egipskich i starożytnych liter.

Grossman (Liwerpol): *Das Sanson-Purkinje'sche Reflexbild der vorderen Linsenkapsel.*

Według G. odblask powstaje od warstwy między przyblonkiem soczewki a włóknami soczewkowemi, a nie od przedniej powierzchni torebki soczewki.

Treacher Collins (Londyn): *On the development of the accomodative power.*

Przedstawiając rozwój akomodacyi, opiera się na studyach porównawczo anatomicznych na zwierzętach.

Knapp (Nowy Jork): *Einige Bemerkung über die Abhängig-*

keit der Akkomodation und Motilität von der Refraction, deren Untersuchung und Behandlung.

Krótka wzmianka o ukrytej hyperopii i ezoforyi. Dla chorych poleca najsilniejsze szkło wypukłe, które znoszą przy patrzeniu w dal, a prócz tego nieco silniejsze szkło do patrzenia z bliska.

Ahlström (Gotenburg): *Über Bewegungsbahnen des Auges.* O drogach ruchowych dla oka.

A. bada za pomocą powidoków zmiany położenia oka i przejścia z jednego położenia w drugie. Powidoki wywołuje przy silnie przyćmionej lampie łukowej.

Howe: *On the rapidity of the lateral motions of the eye especially in pathological conditions.*

H. utrwala odblask rogówkowy na filmie w ciemni optycznej. Filma porusza się pionowo, rogówka poziomo, w wyniku otrzymuje się linię krzywą, z której długości oznacza się czas poruszenia rogówki za pomocą widełek stożkowych. Za pomocą tego przyrządu można oznaczyć ukryte niedomogi mięśniowe, a także i *nystagmus.*

Sachs (Wiedeń): *Labyrinthogene Störungen der Blickbewegung.*

Po wycięciu poziomych przewodów łukowych wystąpiły zaburzenia w unerwieniu przy bocznych poruszeniach, zbieżność ócz pozostała prawidłową. S. wspomina o zbieżnym zezie przy chorobach uszu, a względnie labiryntu.

Herbert Parson (Londyn): *Notes of ophtalmic neurologie.*

Wzmianki: 1. Rozszerzenie źrenicy przez korowe podrażnienie i przy przecięciach nerwów mózgowych III, V i nerwu sympatycznego. 2. Usiłowania w celu wykazania nerwów zwężających naczynia i w siatkówce i w *tractus uvealis* przez mierzenie śródocznego ciśnienia.

Drażnienie części szyjnej n. sympatycznego u psów wywołuje najpierw rozszerzenie źrenicy, później silne zmniejszenie napięcia przez zwężenie naczyń.

Bernheimer (Insbruk): *Weitere Untersuchungen zur Kenntniss der Lage des Sphinkterzentrums.*

Przedstawia swoje preparaty mózgowe, które wykazują, że zniszczenie pokrycia wzgórków czworaczych jest bez działania na zwieracz.

B. przyjmuje ośrodek mózgowy zwieracza w przedniej trzeciej części przednich ciał czworaczych pod *aquaeductus S.* na lewo i na prawo od linii środkowej.

Małpy ze zniszczonem jądrem zwieracza okazywały stały brak wrażliwości źrenicy na światło.

Wehrli: *Ueber die mikroskopische Untersuchung eines Falles*

Bibliotek... LUBLIN

von Seelen- und Rindenblindheit mit Berücksichtigung der Lokalisation der Macula.

Przypadek przedstawiał obustronne połowicze widzenie, które nagle wystąpiło, z trwale wygasłem środkowem widzeniem, utratą pamięci optycznej i niezdolnością oryentowania się w przestrzeni i połowiczną ślepotą duchową *(Seelenblindheit)*. Mikroskopowo wykazał W. zmiany pierwotne i następowe, mianowicie obustronne zwyrodnienie strzałkowego rdzenia potylicznego i włókien głównych dróg. Siatkówka, nerw wzrokowy i *tractus opticus* zupełnie nie zniszczone. Strzałkowy rdzeń, jego główne włókna, promienistości wzrokowe, *fasc. long. inf. tapetum* pierwotnie zmienione. W *lobus occipitalis* rozmiękczenia części kory wskutek skrzepu.

Wtórorzędne zwyrodnienie dotyczyło promienistości wzrokowych *(Sehstrahlung)* i *corp. genicul. extern.*, również i kora *fissurae calcarinae* była zniszczona. Dotychczasowe przypadki tak zwanej ślepoty korowej nie nadają się, aby dokładnie ograniczyć sferę widzenia albo ośrodka plamki.

Valude (Paryż): *Le chlorure d'ethyle et anasthésie générale.*

V. podnosi zalety narkozy chlorkiem etylu, uważa ją za bezpieczną i praktyczną przy ocznych operacyach, trwa nieco dłużej, niż przy stosowaniu bromku etylu. Podczas niej można wykonać podwójną irydektomię lub enukleacyę. Narkoza ma trwać 2—3 minut i nie ma żadnych szkodliwych następstw.

V. przedstawia maskę do narkozy Dra Siffr'ego, sporządzoną przez firmę Palmer w Paryżu.

Basso (Genua): *L'estirpatione del sacco e del canale lacrymale.*

B. opisuje sposób usunięcia woreczka łzowego wraz z przewodem w celu uzyskania trwałego wyleczenia, stosował on go w rozmaitych postaciach zapalenia woreczka łzowego.

Prócz tego opisuje autor rozmaite wyrośle przy ujściu przewodu łzowego.

Holth (Chrystyania): *Zur Technik des polychromen Hornhauttätowierung.*

H. opisuje swój sposób operacyjny i wyjałowiania na króliku. Przybłonek w polu operacyjnem musi być usuniętym. Do zabarwienia używa rozmaitych barwików. Przez 8 miesięcy zauważył trwałe wyniki swoich zabiegów. Operował podczas jednego posiedzenia w ciągu $^1/_2$ godziny, a do znieczulania używał kokainy z adrenaliną.

Emrys Jones (Manchester): *A procedure for producing a perfect stump.*

E. po enukleacyi założył zaraz szklaną kulistą protezę i otrzymał dobry przebieg wyleczenia i ruchomość protezy.

Weeks (Nowy Jork): *Description of an operation for prooding cul de sacs for the lodgment of an artificial eye in cases, in which the conjunctival sacs have been obliterated from any cause.*

W. operacya przy skróceniu i zbliznowaceniu worka spojówkowego polega na przyszyciu płata do okostnej brzegu oczodołowego.

Schanz (Drezno): *Eine neue Visiervorrichtung.*

Przedstawia nowe urządzenia do celowania.

Chevallereau i Chaillous (Paryż): *Recherches sur l'étiologie de l'iritis.*

Wśród 131 przypadków zapalenia tęczówki jako podstawę zapalenia rozpoznał *lues*, w 13 przypadkach z wielkiem prawdopodobieństwem, 3 razy podstawą była gruźlica, 7 reumatyzm stawowy, 9 razy reumatyzm w połączeniu z rzeżączką, a 8 razy z chorobami narządów podbrzusza. W 5ciu przypadkach zapalenie tęczówki było następowem, w 27 przypadkach nie można było wykazać przyczyny, w poszczególnych przypadkach zapalenie tęczówki występywało przy *diabetes*, białkomoczu, przy rekonwalescencyi itp.

Motais (Angers): *De la transmision de l'ophthalmie sympathique par la voie veneuse.*

O zapaleniu współczulnem drogą żylną.

Pollack (Paryż): *Manifestations du chromatisme de l'oeil.*

Autor przedstawia wpływ refrakcyi na odczuwanie barw.

C. d. n.

Dr Berezowski.

V. LECZNICTWO.

Suprareninum hydrochloricum, przetwór nadnercza, wyrabia fabryka Hoechst. a dr Hamm z Brunświku donosi o doskonałych własnościach tego środka, który dostaje się do handlu w ciemnych buteleczkach w roczynach 1 na 1000.

10 gr. takiego rozczynu kosztuje 1.5 mk.

Rozczyny chlorku suprareniny znoszą dodatki kokainy, atropiny, czeryny, siarczanu cynkowego, nie ulegając zmianom.

Suprareninum boricum stanowi proszek łatwo rozpuszczalny we wodzie. Zawartość cewki 0.065 wystarcza do sporządzenia rozczynu wodnego 50 gr., równoważnego rozczynowi 1:1000 chlorku suprareniny.

Dtsche Med. Wchschrift. 1904. Nr 52.

Natr-benzol-sulphonicum do zastrzykiwań podspojówkowych zaleca prof. Webster Fox z Filadelfii, twierdząc, że skuteczność jest niewątpliwa w zmętnieniach ciałka szklistego, dalej w zapaleniu miąższowem rogówki i zmętnieniach rogówkowych.

Przepisuje: *Sodium sacchar.* 5.0—10.0 na *Aq. dest.* 30.0. Po znieczuleniu spojówki wstrzykuje całą zawartość sikawki 10—20 c. c., a następnie mokrą zakłada opaskę. Wypuklenie pęcherzykowate na około rogówki ma rzekomo znikać już po $^3/_4$ godziny, a tylko bardzo wrażliwe osoby zatrzymywał w szpitalu. Już po 9—10 zastrzyknięciach, robionych co 3—4 dni w najrozmaitszych postaciach zapaleń rogówkowych, zmętnienia rogówkowe miały znikać (100 przyp.), a także i stare plamy rogówkowe korzystnie pod wpływem tego środka zmieniały się. Również korzystne wyniki otrzymywał autor w przypadkach zmętnień ciałka szklistego. Tutaj robi zastrzykiwania 2 razy tyg. przez 3 tyg.

Wschrift f. Ther. u. Hyg. d. Auges. Nr 9. 1904.

Stypticynę przeciw *chorioiditis haemorrhagica*, a także przeciw krwotokom do ciałka szklistego poleca prof. Peschel we Frankfurcie n. M. Podaje tabieciki stypticynowe Merck'a po 0.05 5—6 dziennie.

Dtsche med. Wschrift. Nr 44. 1904.

Parafinę, połączoną z waseliną, o ciepłocie topnienia 41°, uważa Stein we Wiesbadenie za najodpowiedniejszą do celów plastycznych, a nie zastrzykuje więcej od razu nad 3 cm³.

Dtsche med. Wschrift. Nr 36 i 37. 1904.

Eukainum lacticum, łatwo rozpuszczalne, doskonale zastępuje kokainę, a daleko mniej od tejże jest trującym środkiem. Zapisuje się: Rp.: *Eucaini lact.* 0.1—0.2. *Sol. adrenalini* 1/1000 *gtt. X. Sol. natr. chlor.* 0.6% *ad* 100.0. Ds. Do zastrzykiwań nabiegowych przed operacyą. *W.*

VI. ROZMAITOŚCI.

Opoterapia hepatica przeciw hemeralopii. W czasie 14 kongresu dla med. wewnętrznej w Rzymie przytoczył Roncaglio dwa przypadki, w których ze skutkiem wyleczył hemeralopię przez podawanie surowej wątroby w ilości 100—200 gramów. Uważa on samoistną hemeralopię, jako wyraz niedostatecznej czynności wątroby. W nowszych czasach podobne przypadki wyleczenia hemera-

lopii wątrobą podali Trantas i Pech. Przez taką opoterapię niedostateczna czynność wątroby zostaje sparaliżowaną, a protoplazma hexagonalnych komórek pigmentowych, odgrywających ważną rolę przy tworzeniu się szkarłatu *(Sehpurpur)*, odzyskuje prawidłowe własności.

Wedle ref. Muench. med. Wchschrft. Nr 51. 1904.

Zabarwienie skóry powiek brunatne, równomierne uważał Jelinek za wczesny objaw choroby Basedow'a, a badania krwi w przypadkach Basedow'a, przez Jelinka i Rosina przeprowadzane, wykazały, iż ilość hemoglobiny jest względnie zmniejszoną, a tem samem siła barwiąca *(Faerbekraft)* krwi miałaby być wzmożoną. —

Wiener kl. Wchschrift. 1904. Nr 43. *W.*

VII. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Rollet mianowany prof. kliniki oftalm. w Lyonie.

VIII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Prof. dr Gradenigo w Padwie, dr J. R. Wolfe em. prof. okulistyki przy St. Mungos College w Glazgowie.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Marzec — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

O guzach gruźliczych naczyniówki.

Podał

DR KONRAD RUMSZEWICZ

z Kijowa.

Sprawa gruźlicza w naczyniówce spostrzegać się daje w trzech klinicznych postaciach: 1. Gruzełków prosowatych, które za pomocą wziernika pierwszy zbadał w r. 1855 Jaeger. Obraz kliniczny najzupełniej przypominać może rozsiane zapalenie naczyniówki. 2. Ostrego zapalenia, mającego wygląd ostrego zapalenia całej błony naczyniowej *(iridochorioiditis)* i 3. umiejscowionej zupełnie sprawy w postaci guzów. Gruźlica naczyniówki znaną jest od dawna. Już w r. 1838 Guéneau de Mussy[1]) znalazł u chorej, zmarłej na ogólną gruźlicę, również drobne węzełki w naczyniówce. Cohnheim u zmarłych na ogólną gruźlicę prosowatą[2]) stale znajdował gruzełki w naczyniówce. Znacznie dawniej znajdowali je Gerlach (w r. 1852), Autenrieth zaś jeszcze w r. 1808. W r. 1870 Gradenigo[3]) spostrzegał piętna na tęczówce, tylnej powierz-

chni rogówki i w samej istocie jej. Sekcya wykazała, że były to gruzełki gruźlicze, które znaleziono nadto w naczyniówce i prawie we wszystkich narządach wewnętrznych. Wreszcie Perls[4]) dokładnie opisał gruźlicze zapalenie tęczówki i ciała rzęskowego. Były też tu gruzełki w siatkówce. Do zbadania wszakże sprawy gruźliczej błony naczyniowej najwięcej przyczynili się Michel i Haab.

Pierwszy przypadek samotnych skupionych gruzełków w naczyniówce opisał Graefe u świni[5]). Na twardówce znajdowała się wypukłość. Wypełniał ją guz, który nadto znacznie wdawał się do istoty samej gałki. Naczyniówki w obrębie guza wcale nie było, siatkówka była oderwana. Budowa guza nie pozostawiała żadnej wątpliwości co do gruźliczej treści jego.

W pracy niniejszej uwzględnimy li tylko te postacie gruźlicy naczyniówki, w których sprawa powstawała wyraźnie w postaci guza.

Przypadek I. U człowieka pierwszy przypadek samotnego gruzełka gruźliczego w naczyniówce opisał Manfredi[6]). U młodej dziewczyny w lewem oku objawy zapalenia tęczówki i ciała rzęskowego. Wkrótce pomiędzy brzegiem wewnętrznym rogówki a równikiem powstał żółtawy guz. Naczyniówka cała była zgrubiałą, wskutek skupienia węzełków gruźliczych, z których jeden był znacznie większy i serowaty. W jednem miejscu węzeł przedziurawił twardówkę i znajdował się pod spojówką. W siatkówce również znajdowały się węzełki z komórkami olbrzymiemi. Chora cierpiała nadto na suchoty płucne.

Przypadek II. [Weiss][7]). U 27letniego i zdrowego mężczyzny powstało bolesne zapalenie lewego oka. Rogówka była nieco zaćmioną, w obrębie źrenicy nieznaczny wysięk, granice tarczy niewidoczne, żyły siatkówki bardzo grube, sama siatkówka odczepiona. Po 4ech dniach spostrzegania chory zmarł przy objawach zapalenia opon mózgowych. Sekcya wykazała gruźlicze zapalenie opon. Przy badaniu gałki, obok wewnętrznego brzegu tarczy znaleziono guz barwy szarawożółtej, o 3 mm wystający ku wewnątrz, brzeg zaś jego posunięty był ku obwodowi o 8 mm. Guz składał się z kilku drobniejszych węzłów,

w środku których spostrzegano zwyrodnienie serowate. W wielu miejscach znajdowały się komórki olbrzymie. W nerwie wzrokowym, w siatkówce i w przyległych do guza częściach naczyniówki spostrzegano nacieczenie drobnokomórkowe. Cierpienie powstało na tle ogólnem.

Przypadek III. [Haab][8]). U ośmioletniego wycieńczonego dziecka na spojówce lewej gałki ku górze i ku zewnątrz od rogówki spostrzeżono rozrost barwy czerwonoszarawej, o powierzchni nierównej, na której znajdowały się szarawobiałe wyniosłości; w części obwodowej — owrzodzenie. W obwodowej części naczyniówki, w odległości 6 średnic tarczy od nerwu, wziernik wykrył obecność płaskiego guza, na który składały się blade szaraworóżowe węzełki. Brzegi tarczy były niewyraźne, siatkówka odczepiona. Wkrótce wystąpiły objawy guza móżdżku. Chory zmarł w 5 tygodni po pierwszych oględzinach. Sekcya wykazała dawne zapalenie otrzewnej. W móżdżku znaleziono 2 gruzełki, uległe zwyrodnieniu serowatemu. Badanie gałki wykazało nowotwory na zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni ściany jej, połączone ze sobą przez otwór, w twardówce powstały. Piewszy był zserowaciały. Część śródoczna składała się z dwóch części, przedzielonych przez błonę sprężystą naczyniówki. Pierwszą, zewnętrzną, stanowiło skupienie węzełków gruźliczych z komórkami olbrzymiemi i martwicą w środku. Tkanka ta przez mały otwór w błonie sprężystej łączyła się z tkanką wewnętrzną, która nie miała typowej budowy gruźliczej, miejscami była zrośnięta z siatkówką, w której pierwocin nerwowych już nie było.

Przypadek IV. [Manz][9]). U 8letniego chłopca, po przebytej odrze, spostrzeżono utrudnione chodzenie i tężec tylny. Wzrok zupełnie stracony. Obok tarczy w lewem oku dwa guzy o powierzchni dość równej. Śmierć po upływie 5ciu tygodni. Zmiany gruźlicze były we wszystkich prawie narządach. Przy badaniu gałki, twardówka była bardzo zgrubiałą, nie odgraniczała się od naczyniówki, w której zupełnie prawie brakowało barwika. Przeważały komórki epiteloidalne. Błona sprężysta dzieliła nowotwór na dwie części, lecz były w niej małe otwory.

Nieliczne węzełki znajdowały się tylko w części wewnętrznej, bardziej liczne były one w położonym w pobliżu opisanego mniejszym guzie. Siatkówka w obrębie guza była zwyrodniałą. O stanie nerwu wzrokowego i opon jego nie znajdujemy wzmianki.

Przypadek V. [Hirschberg][10]). U 13letniego chłopca, przy wyraźnych objawach guza mózgowego, obok tarcz znaleziono guzy. Innych zmian w gałkach nie było. Po 3ech miesiącach chory zmarł przy objawach gruźlicy płuc. Sekcyi nie dokonano.

Przypadek VI. [Hosch][11]). U 17letniego chorego, z porażeniem kolana, guz zajmował większą część gałki i przedziurawił twardówkę. Był to typowy utwór gruźliczy.

Przypadek VII. [Haab][12]). U 13letniej skrofulicznej dziewczyny (w 4 lata później zmarłej na gruźlicę płuc), po poprzedniem zapaleniu tęczówki, w 4 tygodnie wydatność w twardówce w okolicy równika; ucisk zwiększony, odblask żółty. Po wyłuszczeniu gałki znaleziono obszerny guz gruźliczy w dolnej połowie naczyniówki (prątki gruźlicze).

Przypadek VIII. [Schaefer][13]). U 22letniego zdrowego żołnierza, obok brzegu zewnętrznego rogówki, 2 wyniosłości, u wierzchołka żółtawe, rogówka zaćmiona, hypopyon. Po rozcięciu pokazała się ropa, następnie przez otwory wyrosła tkanka ziarninowa. Po wyłuszczeniu gałki przekonano się, że nadgałkowa tkanka ziarninowa przez otwór w twardówce łączyła się z nowotworem, który powstał w gałce z przedniej części naczyniówki i zajął również ciało rzęskowe i tęczówkę. W rogówce liczne drobne komórki tworzyły niekiedy węzełki (gruzełki), a w nich znajdowano komórki olbrzymie i epiteloidalne. Sam guz stanowiło zbiorowisko gruzełków z komórkami olbrzymiemi i epiteloidalnemi; w wielu miejscach zwyrodnienie serowate. Z naczyniówki pozostała tylko błona sprężysta. Z zupełnie zwyrodniałej gruźliczo tęczówki, tkanka przetarła torebkę soczewki i zajęła części jej istoty. Po obu stronach miejsca przetarcia pod torebką powstała zaćma torebkowa. W wyrostkach rzęskowych okrągłe węzełki, w ciele rzęsko-

wem nacieczenie drobnokomórkowe. Siatkówka była odczepioną tylko ku tyłowi od guza. W niej i w tylnej połowie naczyniówki miało miejsce tylko nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek IX. [Neese][14]). U 38letniego mężczyzny, po silnych bólach, nastąpiło zaćmienie ciała szklistego. Przypuszczano przymiot i poddano chorego leczeniu. Wzrok wkrótce był zupełnie stracony i bolesną gałkę wyłuszczono. W nosowej części oka, na pograniczu ciała rzęskowego i naczyniówki, znaleziono guz, wyraźnie odgraniczony od twardówki. W środkowej, żółtawej części guza, miało miejsce zwyrodnienie serowate, ku obwodowi pośród tkanki siatkowatej znajdowały się okrągłe i epiteloidalne komórki, które w niektórych miejscach tworzyły węzełki z wielką ilością w środku komórek olbrzymich. Węzełki takie znajdował również w przeciwległej części ciała rzęskowego i w wielu miejscach w siatkówce i w naczyniówce. W twardówce znalazł tylko nacieczenie drobnokomórkowe. O stanie nerwu wzrokowego i opon jego nie mówi.

Przypadek X. [Schöbl][15]). U 36letniej kobiety, w okolicy plamy żółtej, przy zwiększonym ucisku śródocznym, w ciągu 3ech miesięcy powstał guz, długi od brzegu tarczy do równika, nierówny, wydatny tylko o 1 mm, który składał się z licznych drobnych gruzełków i jednego większego, uległego zwyrodnieniu. Zwyrodnienie to miało miejsce również w mniejszych gruzełkach. Liczne komórki olbrzymie i epiteloidalne. W siatkówce, mianowicie w warstwach jej wewnętrznych, znalazł zupełnie samotne, bardzo drobne gruzełki prosowate. Po roku niespełna chora zmarła na suchoty płucne.

Przypadek XI. [Wagenmann][16]). U 62letniego mężczyzny (żona cierpiała na gruźlicę), po upływie 51 roku, po uszkodzeniu urazowem lewego oka, powstały w niem silne bóle i krwotoki śródoczne; ucisk zwiększony. Operacya sztucznej źrenicy ulgi nie przyniosła, wyłuszczono więc gałkę. Już trzeciego dnia po operacyi spostrzeżono obrzęk w okolicy ściany wewnętrznej oczodołu, który po 4ech tygodniach doszedł wielkości orzecha. Przypuszczając mięsaka i nawrót tegoż, dokonano wypatroszenia zawartości oczodołu. W tkance jego znaleziono je-

dnakże tylko węzełki o typowej budowie gruźliczej — komórki olbrzymie i zwyrodnienie serowate; obecność prątków. Siatkówka była zupełnie odczepioną; w wewnętrznej połowie gałki znajdował się guz, szeroką mający podstawę, który zajmował tarczę, dochodził do siatkówki i był z nią zrośnięty. O 1 ctm ku tyłowi od ciała rzęskowego naczyniówka przechodziła w guz i później była już niewidoczną. Budowa guza: w części obwodowej komórki okrągłe, w środku zwyrodnienie serowate; komórki olbrzymie nieliczne. W oponach nerwu wzrokowego nieznaczne nacieczenie. Twardówka częściowo wciągniętą była do sprawy. Nacieczenie kierowało się dalej wzdłuż naczyń rzęskowych, pośród niego zaś znajdowały się typowe gruzełki. Tą drogą sprawa przeszła na pozagałkową tkankę oczodołową.

Przypadek XII. [Liebrecht][17]). U $1^1/_2$letniej zdrowej i ze zdrowej rodziny pochodzącej dziewczynki, skóra dolnej lewej powieki była obrzękłą i czerwoną, spojówka również, nadto miały miejsce zapalenie tęczówki i oderwanie siatkówki. Gałkę zbadano dopiero w 12 lat po wyłuszczeniu. Guz zajmował przeważnie skroniową połowę gałki, od ciała rzęskowego prawie do samego nerwu. Twardówka była wciągniętą do sprawy, naczyniówka w obrębie guza niewidoczną. W ciele rzęskowem znajdował się samotny gruzełek. Guz składał się z węzełków, w środku zserowaciałych, dalej znajdowały się olbrzymie komórki, następnie epiteloidalne. Znaleziono prątki. Twardówka była przedziurawioną w stronie skroniowej. W 10 lat później były wyraźne suchoty płucne.

Przypadek XIII. [Jung][18]). U 3letniej dziewczynki przed 3ema miesiącami silne zapalenie, gałka miękka, przyczepiny tylne, odblask w źrenicy. Przy wyłuszczeniu gałki spostrzeżono zgrubienie nerwu i wypadło dokonać wypatroszenia oczodołu. W 7 miesięcy potem dziecię zmarło na suchoty. W nosowej połowie tylna część naczyniówki wraz z tarczą były przeistoczone w guz wysokości 10 mm. Zupełnie odczepiona i ułożona w zmarszczki siatkówka była zrośnięta z guzem i naczyniówka zgrubiałą. W obrębie rąbka pod przybłonkiem znajdował się gruzełek. Gruzełki znajdowały się również obok brzegu rzęsko-

wego tęczówki i w istocie jej pośród nacieczenia drobnokomórkowego i były nawet zserowaciałe. Tylną powierzchnię tęczówki i źrenicę pokrywała tkanka łączna, obfita w komórki barwikowe. W ciele rzęskowem i w wyrostkach nacieczenie drobnokomórkowe; za wyrostkami dwa wyraźne gruzełki. Część wyrostków rzęskowych zupełnie zastępowała tkanka gruźlicza, często zupełnie zserowaciała. Przybłonek barwikowy i warstwa sprężysta były tu przerwane i tkanka gruźlicza wstępowała do ciała szklistego. W zgrubiałej naczyniówce znajdowały się typowe gruzełki, często zserowaciałe. Sam guz składał się z okrągłych epiteloidalnych i bardzo licznych olbrzymich komórek, często barwik zawierających; w wielu miejscach spostrzeżono zwyrodnienie serowate, znaleziono bardzo liczne prątki. W tkance gruźliczej, położonej w przedniej części ciała szklistego, znajdowano komórki olbrzymie, nie było tu jednak sprawy serowatej. Odczepiona siatkówka była zmartwiałą, naczynia zupełnie zwyrodniałe. Przybłonek barwikowy również nie był widoczny. Nerw wzrokowy miał grubości 5 mm, zgrubieniu uległy mianowicie pochewki. W zanikłej tkance nerwu znajdowały się drobne typowe gruzełki, jak również w twardówkowej, pajęczej i naczyniowej pochewce, w tej ostatniej były nawet zserowaciałe. W twardówce znalazł tylko nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XIV. [Haab][19]). U 54letniego osobnika, cierpiącego na suchoty płucne, powstały w oku silne objawy zapalne. Guz 3—3,5 mm szeroki, a złożony z gruzełków, z których kilka wstępowało do pochewki nerwu wzrokowego. Siatkówka nie uległa cierpieniu.

Przypadek XV. [Pröbsting][20]). U 42letniego mężczyzny, który cierpiał poprzednio na zapalenie stawu kolanowego, w oku powstało zapalenie. Przyczepiny tylne, odblask, potem 2 guzy w przedniej części oka. Ucisk zmniejszony. Twardówka później pękła. Guz gruźliczy pochodził od naczyniówki i składał się przeważnie z drobnych komórek; olbrzymich było mało.

Przypadek XVI. [Gutmann][21]). Ojciec 6ciomiesięcznego dziecka cierpiał na gruźlicę, samo dziecię na toczeń prosowaty

i wrzód typowy na prawej szczęce. W prawem oku była gruźlica tęczówki, w lewem na dnie oka ku zewnątrz guz 5 mm wielkości. Wkrótce powstał drugi guz — ku wewnątrz i ku górze. Dziecię niebawem zmarło. Oba guzy łączyły się ze sobą. Stanowiły je okrągłe komórki i nieliczne olbrzymie. Siatkówka była odczepioną, w nerwie wzrokowym miało miejsce naciekanie drobnokomórkowe.

Przypadek XVII. [De Bernardinis][22]). W ciągu 4ech miesięcy, u osobnika bardzo podejrzanego pod względem gruźlicy i przy objawach jaskry, z wysadzeniem nadto gałki, powstał guz, który przedziurawił twardówkę. Pochodził od naczyniówki w stronie równika, budowę miał typowo gruźliczą, następnie przeszedł na twardówkę i bardzo daleko na nerw wzrokowy.

Przypadek XVIII. [Tuyl][23]). Dziecię 7letnie; w rodzinie gruźlicy nie było, na plecach przetoka. W tęczówce liczne tylne przyczepiny. W górnej części twardówki guz nierówny, pokryty punkcikami. Ciało szkliste zaćmione, w górnej części źrenicy żółtawy odblask. Dokonane rozcięcie guza wykazało zwyrodnienie serowate w przedniej części jego, w tylnej typową tkankę gruźliczą. Następnie guz nadgałkowy stopniowo zmniejszał się, śródgałkowy zwiększał. Gałki nie wyłuszczono.

Przypadek XIX. [Kunz][24]). U 5letniego chłopca gruczoły szyjne obrzękłe, — wrzód na piersiach. Wzrok w lewem oku stracony; gałka zwiększona i wysadzona. Najbardziej była wydatną w stronie skroniowej, ku górze; powierzchnia była tu nierówną. Przyczepiny tylne, soczewka zaćmiona. Dokonano wypatroszenia oczodołu. Tylne $^{2}/_{3}$ gałki i nerw wzrokowy otaczała tkanka, której grubość dosięgała 13 mm. Naczyniówka cała była zgrubiała, wypełniona węzełkami o typowej budowie gruźliczej. Takie same węzełki znajdowały się również w twardówce, pomiędzy jej warstwami wewnętrzną a zewnętrzną. Węzełki zawierały liczne komórki olbrzymie i spostrzegać się w nich dawało zwyrodnienie serowate. Niektóre gruzełki przedziurawiały pochewki nerwu wzrokowego i znajdowały się bezpośrednio na nerwie. Stwierdzono obecność prątków. Warstwa

przybłonka barwikowego wszędzie była przechowaną. Siatkówka zupełnie odczepiona, lecz ani w niej ani też w żadnej innej części oka zmian swoistych nie było. W tęczówce, ciele rzęskowem i nerwie wzrokowym miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XX. [Emanuel][25]). U $5^1/_2$letniego zdrowego chłopca w prawem oku odczepienie siatkówki i guz w tylnej i zewnętrznej części ciała szklistego. $V = 0$. Po wyłuszczeniu gałki strzałowa średnica guza położonego w okolicy bieguna tylnego = 11 mm, poprzeczna 12 mm; przyciskał on nerw wzrokowy, odsuwając ku tyłowi, rozciągał twardówkę i przechodził bezpośrednio w zgrubiałą i nacieczoną naczyniówkę. Guz składał się z komórek okrągłych i wrzecionowatych, dość liczne były komórki olbrzymie; w środku był zserowaciały. Szeregi komórek wstępowały do cienkiej bardzo twardówki. Przybłonek barwikowy wszędzie był widoczny, prócz wierzchołka guza. W siatkówce miało miejsce zgrubienie naczyń; w obrębie zrośnięcia z powierzchnią guza była ona zupełnie zmartwiałą. W przegródkach i pochewkach nerwu wzrokowego nacieczenie drobnokomórkowe. W ciele szklistem i w przednich częściach oka zmian żadnych prawie nie było.

Przypadek XXI. [Emanuel][26]). U 10letniego chłopca, w okolicy bieguna tylnego, znajdował się guz o nierównej powierzchni, wielkości 6 średnic tarczy, wysokość jego 4 D; $V = 0$. Po wyłuszczeniu gałki stwierdzono, że guz — utwór gruźliczy — znajdował się w samej istocie zgrubiałej i wydatnej ku tyłowi twardówki; dokoła miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe. Średnica strzałowa guza = 6 mm, poprzeczna 9 mm. Wydatność miała miejsce również ku wewnątrz. Istotę stanowiła tkanka drobnokomórkowa z rozrzuconemi komórkami olbrzymiemi, w środku zserowaciała. Naczyniówka i siatkówka były zrośnięte z guzem; w pierwszej miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe. Przednia część oka była zupełnie prawidłowa.

Przypadek XXII. [Salomon][27]). 20letnia dziewczyna od 4ech dni zaniewidziała na lewe oko. Suchoty płucne. Tarczę

pokrywał guz wydatny, rozpoczynający się w części nosowej, ku tyłowi od równika. Po wyłuszczeniu gałki najdłuższa średnica guza wynosiła 10 mm, wydatność ku przodowi 5 mm; powstał on w naczyniówce. Przybłonek barwikowy był przerwany tylko w okolicy tarczy, gdzie guz wstępował do siatkówki. Składał się on z jednego większego i kilku drobniejszych węzłów; w środku guza zserowacenie. Na tarczy znajdował się drobny guz, od którego nacieczenie drobnokomórkowe posuwało się głębiej błony sitowatej do istoty nerwu wzrokowego. Wyrostek guza przedziurawiał błonę sitowatą i wchodził do pochewki nerwu. W twardówce w okolicy guza miało miejsce tylko nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XXIII. [Zur Nedden][28]). U 16letniej dziewczyny przed 5ciu miesiącami powstało bardzo silne zapalenie prawego oka. Rogówka zaćmiona; na dnie komory ku dołowi żółtawy, $1^1/_2$ mm wielki, unaczyniony wysięk. Tylne przyczepiny. W ciele szklistem żółtawy wysięk ku dołowi, zrośnięty z siatkówką. Wkrótce powstała wydatność w twardówce ku górze i ku zewnątrz i gałkę wyłuszczono. Odpowiednio wydatności, w gałce znajdował się guz — od rąbka do samego nerwu wzrokowego. Budowa jego: komórki okrągłe, epiteloidalne, miejscami olbrzymie, w środku obszerne zmartwienie. W okolicy równika naczyniówka była zupełnie zwyrodniałą, lecz i w innych jej częściach miało miejsce nacieczenie drobnokomórkowe, miejscami drobne gruzełki, nawet z komórkami olbrzymiemi. Znaczne nacieczenie drobnokomórkowe miało miejsce również w ciele rzęskowem, w tęczówce i w nerwie wzrokowym. W siatkówce w miejscu zrośnięcia słabo wyróżniały się tylko warstwy wewnętrzne, inne zaś były przeistoczone w ziarninową tkankę gruźliczą. W ciele szklistem nacieczenie w okolicy guza, w rogówce bardzo słabe. Innych objawów gruźlicy nie było.

Przypadek XXIV. U 5letniej dziewczynki zapalenie od $5^1/_2$ miesięcy; gałka zwiększona i wysadzona. Żadnych objawów ogólnych. Komora przednia płytka, przestwór Fontany zatkany, gałka twarda. Przy oświetleniu bocznem białawy odblask w obrębie źrenicy, $V = 0$. Ku tyłowi wydatność jej powierz-

chni, wynosząca 15 mm i obejmująca nerw wzrokowy. Naczyniówka w obrębie guza niewidoczna, gdzieindziej obficie nacieczona. Guz składał się z tkanki ziarninowej, w środku zupełnie zmartwiałej, ku obwodowi odróżnić w niej można było gruzełki (komórki w nich okrągłe, epiteloidalne i olbrzymie). Twardówka zupełnie była wciągniętą do sprawy i w niektórych miejscach blizką była przedziurawienia; tkanka gruźlicza również bardzo znacznie zagłębiała się do istoty nerwu wzrokowego, a w miejscu tem najwięcej było komórek olbrzymich. W siatkówce, w miejscu zrośnięcia z guzem, odróżnić można było tylko warstwy wewnętrzne, w zewnętrznych zaś znaleziono bardzo obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Naczyń w guzie wcale nie było. W ciele rzęskowem, tęczówce i cieczy wodnej — obfite nacieczenie drobnokomórkowe.

Przypadek XXV. (Własne spostrzeżenie). M. W., 10letnia. Przed 5ciu laty w lewem oku bez widocznej przyczyny powstało bardzo silne zapalenie, które trwało około roku, poczem chora zupełnie na to oko zaniewidziała. Źrenica stała się niewidoczną, lecz stan zapalny zupełnie ustąpił. Przed trzema miesiącami znów powstało bardzo silne zapalenie.

2/VI 1897. Prawe oko zupełnie zdrowe. W lewem oku powieki bardzo obrzękłe, spojówka gałki bardzo nastrzyknięta, obfity łzotok. Rogówka powierzchownie zaćmiona. Tęczówka straciła barwę; nie tylko rysunek przedniej jej powierzchni, lecz nawet źrenica zupełnie niewidoczne z powodu, że zakrywała je powłoka szarawa; komora przednia płytka, $T + 2$, $V = 0$. Przy oświetleniu bocznem przez twardówkę w głębi oka niewyraźny żółtoszarawy odblask. Ruchy gałki swobodne. Od 2óch tygodni dziecię nie sypia z powodu nadzwyczaj silnych bólów głowy dokoła oka.

Bardzo ostra postać objawów zapalnych, bardzo znacznie podniesiony ucisk śródoczny, wreszcie odblask z głębi oka pochodzący przemawiały raczej za guzem śródocznym, niż za jaskrą wtórną, spowodowaną zarostem źrenicy. Dla określenia charakteru guza brakło wszelkich danych, nic zaś zgoła nie

zdradzało sprawy gruźliczej w ustroju. Brakło też wszelkich wskazówek co do dziedziczności.

4/VI 1897 dokonałem wyłuszczenia gałki i gojenie odbyło się zupełnie prawidłowo. Gałkę, przechowaną w płynie Müller'a, poddałem badaniu w styczniu r. b.

Gałkę rozciąłem w kierunku poziomym, znacznie wyżej wielkiego południka, poczem zalałem ją do celoidyny. Na cięciach, w okolicy nerwu wzrokowego dokonanych, widocznem było, że sprawa chorobowa powstała początkowo w naczyniówce, w postaci guza ograniczonego, którego podstawa wynosiła 8 mm. W kierunku nosowym guz nie o wiele przechodził za tarczę nerwu wzrokowego, przeważnie zaś był położony w stronie skroniowej gałki.

Zmiany w częściach poszczególnych gałki były następujące. W przybłonku rogówki żadnych zmian wybitnych nie było. W warstwie jej właściwej miało miejsce rozluźnienie blaszek, znajdowały się w niej niezbyt liczne naczynia krwionośne, nadto nie tylko w powierzchownych, lecz również i przeważnie nawet w warstwach głębokich. W przedniej części twardówki spostrzegłem tylko większą ilość komórek w obu pierścieniach granicznych. Przewód Schlemm'a zupełnie dobrze przechowany, w przestworze Fontany rozrost komórek śródbłonkowych. Tęczówka zgrubiała, komórek podścieliska wcale prawie w niej nie było, błona dodatkowa naczyń bardzo zgrubiała. Prócz dobrze przechowanego zwieracza, pozostałą resztę istoty tęczówki stanowi zwyczajna tkanka łączna. Na przedniej powierzchni tęczówki, w części jej obwodowej, znajduje się błona, grubości często prawie 1 mm, składająca się z grubych bardzo, niezupełnie prawidłowych beleczek tkanki łącznej, ułożonych obok i równolegle do siebie, pomiędzy niemi zaś znajdują się bardzo prawidłowo ułożone, płaskie komórki śródbłonkowe, które bardzo przypominają komórki śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki. Być może, iż beleczki owe stanowiły wytwór śródbłonka przedniej powierzchni tęczówki, na wytwórczą działalność którego już poprzednio zwróciłem uwagę [29]). Bliżej ku pierścieniowi źrenicznemu warstwa beleczek stopniowo

przechodziła w cieńszą już znacznie warstwę włóknistą tkanki łącznej, która posiadała dość liczne naczynia krwionośne. Obok brzegu źrenicznego warstwa ta dzieliła się na dwie; z tych jedna zupełnie zaciągała źrenicę i wszędzie była zrośniętą z przednią torebką soczewki, druga zaś, otaczająca błaszkę jagodówkową i będąca z nią zrośniętą wszędzie na tylnej powierzchni tęczówki, dochodziła do samego brzegu jej rzęskowego.

Pomiędzy włóknami soczewki widoczne były próżnie. W okolicy równika jądra bardzo były liczne, przybłonek zaś soczewkowy był widoczny wzdłuż całej tylnej torebki.

W ciele rzęskowem mięsień nastawczy zupełnie dobrze był przechowany. Wzdłuż boku jego wewnętrznego, pomiędzy nim a warstwą jagodówkową, miało miejsce obfite nacieczenie drobnokomórkowe. Komórki stąd powstałe przerywały często warstwę jagodówkową i przechodziły na powierzchnię jej wewnętrzną. W okolicy wierzchołków wyrostków rzęskowych powstawała błona z włóknistej tkanki łącznej, która udawała się ku tylnej powierzchni soczewki. Dalej ku tyłowi pierwociny, które występywały z wyrostków rzęskowych na wewnętrzną powierzchnię jagodówki, tworzyły dość znaczne gniazda tkanki drobnokomórkowej. Pierwociny warstwy jagodówkowej znacznie mniej zawierały barwika. One, jakoteż pierwociny części rzęskowej siatkówki, ulegały bujaniu i następnie łączyły się z komórkami, które już z tkanki wyrostków pochodziły. W gniazdach, o których wspomniałem wyżej, znajdowały się węzełki o budowie odrębnej. Obwodową część ich tworzyły komórki okrągłe, w środku znajdowały się komórki epiteloidalne, niekiedy komórki olbrzymie, czyli mieliśmy bardzo drobne utwory gruźlicze. W tylnej części obwódki rzęskowej *(orbiculus)* i w przedniej części właściwej naczyniówki dawał się spostrzegać nadzwyczajny rozrost komórek jagodówkowych — przybierały one postać długą, zawierały bardzo mało barwika, tworzyły znane, przypominające gruczoły rozrosty rozgałęzione i następnie, znowuż przy udziale pierwocin, które występywały z samego ciała rzęskowego i wytwarzały włóknistą tkankę łączną, tworzyły na cięciu jakby dwie

blaszki, z których jedna kierowała się ku tyłowi, przechodząc w warstwę zewnętrzną siatkówki, druga, o wiele więcej obfitująca w pierwociny włókniste, nadto w naczynia, które pochodziły od naczyń ciała rzęskowego, więc znacznie grubsza od poprzedniej, udawała się ku wewnątrz, w kierunku ku tylnej torebce soczewki, łącząc się tu z błoną, powstałą z okolicy wyrostków rzęskowych. Poprzednio jednak blaszka przerywała zupełnie dokoła siatkówkę w przedniej jej części, która to część była zupełnie oderwaną, wraz z częścią rzęskową siatkówki, i tworzyła z obu stron na cięciu trójkąty pomiędzy dwiema blaszkami położone. Siatkówka zatem składała się z dwóch jakby części: znacznie mniejszej i zupełnie oderwanej przedniej i znacznie większej tylnej części. W środku obie błony włókniste, pomiędzy któremi znajdowała się przednia część siatkówki, łączyła luźna tkanka łączna. We wspomnianej przedniej części oderwanej siatkówki pierwociny części rzęskowej były bardzo wydłużone, w przyległej zaś części właściwej siatkówki mieliśmy tylko zwyczajną siatkowatą tkankę łączną.

W tylnej części gałki cały środek jej, odpowiadający najzupełniej ciału szklistemu, stanowiła istota bardzo drobnoziarnkowata, wcale prawie nie barwiąca się, w której w bardzo niewielu zaledwie miejscach dostrzedz można było resztki źle zachowanych naczyń, niekiedy zwapniałych. Dokoła otaczała ją warstwa drobnych komórek, które z powierzchni wchodziły nawet do istoty tej masy zserowaciałej. Prócz przedniej powierzchni, która graniczyła ze wspomnianą błoną, przerywającą siatkówkę, dokoła zewsząd otaczała ją siatkówka, która częściowo przechodziła nawet na przednią powierzchnię. Była ona bardzo zgrubiałą, poprzednich warstw jej ani też pierwocin zgoła niepodobna było odróżnić. W warstwie zewnętrznej pośród włóknistej tkanki łącznej, widoczne były komórki podługowate lub wrzecionowate, zawierające nieznaczną ilość barwika, które, jak wyżej powiedziałem, pochodziły od warstwy jagodówkowej, z okolicy obrączki rzęskowej i w części z najbardziej ku przodowi położonych okolic właściwej naczyniówki; komórki te często tworzyły jakby rurki. Taką budowę ze-

wnętrzna warstwa siatkówki miała wszędzie, do samej podstawy guza naczyniówkowego. Zawsze znajdowała się ona w połączeniu z naczyniówką. Przybłonek barwikowy był wszędzie zupełnie dobrze zachowany, również błona sprężysta i warstwy włosowata i naczyń grubszych. Przestwór nadnaczyniówkowy w przedniej części bardzo był szeroki, a to z powodu, iż błona rzekoma odciągała naczyniówkę ku środkowi gałki. W części naczyniówki najbardziej ku przodowi posuniętej, jakoteż w części, która bezpośrednio do guza przylykała, miało miejsce dość znaczne zgrubienie naczyniówki, spowodowane przez nacieczenie drobnokomórkowe. W samej naczyniówce jednakże znalazłem jeden tylko gruzełek samotny w pobliżu guza i nie więcej nad 2 lub 3 bardzo drobne gruzełki w błonie nadnaczyniówkowej, w okolicy znacznie od guza oddalonej. Prócz komórek limfoidalnych i epiteloidalnych, zawsze znajdowały się w nich komórki olbrzymie.

Guz, jak wspomniałem już, znajdował się w okolicy tylnego bieguna gałki. Brzeg nosowy podstawy jego położony był nieco ku wewnątrz od brzegu nosowego tarczy, przeważnie zaś zajmowała ona okolicę skroniową, do nerwu wzrokowego przyległą. Średnica jej wynosiła 8 mm. Guz był wydatny ku przodowi. Część jego najbardziej obwodową na krótkiej bardzo przestrzeni pokrywała naczyniówka, lecz już bardzo prędko znikały stopniowo najpierw przybłonek barwikowy, później błona sprężysta. W istocie guza z błony naczyniówkowej nic zgoła nie pozostawało, nigdzie nawet niepodobna było dostrzedz resztek warstwy przybłonka barwikowego ani też komórek barwikowych podścieliska. Istotę stanowiła tkanka łączna, bardzo obfitująca w komórki. Dość grube pęczki jej dzieliły się i znów łączyły ze sobą, tworząc gęstą sieć, w której były ułożone typowe węzełki gruźlicze, większe lub mniejsze, niekiedy po kilka obok siebie. Obok komórek limfoidalnych i epiteloidalnych, zawsze znajdowały się w nich komórki olbrzymie, jedna lub więcej, bądź w środku, bądź w części obwodowej, z niezliczonemi jądrami obok obwodu ułożonemi. Zupełnie taką samą budowę miała cała tylna część siatkówki.

Tkanka gruźlicza dawała się spostrzegać wszędzie w samej tarczy, bezpośrednio obok błony sitowatej, w środku nawet w samej jej istocie. Błona ta była zresztą zupełnie dobrze przechowaną, lecz całą jej grubość zajmowało obfite nacieczenie drobnokomórkowe.

Lecz nie tylko od siatkówki naczyniówka wcale nie była odgraniczoną; to samo miało miejsce również od strony twardówki. Wewnętrzne warstwy jej stanowczo miały tę samą, co i guz, budowę, z tą chyba różnicą, że przegródki z tkanki łącznej były znacznie grubsze, zawierały bardzo mało komórek, gniazda zaś gruzełków o wiele były większe, lecz natomiast postać miały bardziej płaską. Zupełnie było widocznem, że dokoła tylnych krótkich tętnic rzęskowych i nerwów znajdowały się dość grube całkowite pochewki z komórek okrągłych, a w nich w wielu miejscach typowe gruzełki. Dalej nacieczenie drobnokomórkowe od owych pochewek kierowało się pomiędzy blaszkami twardówki już nieco głębiej, tworząc jeszcze bardziej płaskie gniazda, w których znajdowały się również gruzełki. Odpowiednie barwienie wykazało w niektórych miejscach obecność prątków gruźliczych. Jednakże już w zewnętrznych warstwach twardówki nie napotykałem nie tylko gruzełków, lecz nawet nie znajdowałem w nich nacieczenia drobnokomórkowego. Bezwarunkowo zatem dalej wewewnętrznych warstw twardówki sprawa zgoła się nie posuwała.

Niektóre gniazda, w warstwie wewnętrznej twardówki położone, posuwały się również do pochewek nerwu wzrokowego, chociaż znajdowałem niekiedy zupełnie samotne drobne gruzełki, położone znacznie głębiej, zarówno w pochewce twardej, jakoteż naczyniowej. W częściach nerwu i pochewek w obrębie otworu twardówkowego położonych znajdowałem nacieczenie drobnokomórkowe, które ku tyłowi występywało coraz mniej wyraźnie. Dokoła naczyń środkowych znajdowała się dość gruba pochewka z komórek limfoidalnych; była ona widoczną przeszło o 1 mm głębiej od błony sitowatej, w istocie zaś jej dawały się spostrzegać typowe drobne gruzełki. Obok

miejsca, w którem nerw wzrokowy był przecięty, zmian już żadnych nie było.

W naszym więc przypadku mieliśmy najpierw przed pięciu laty zapalenie ciała rzęskowego i tęczówki. Na jakiem tle powstało owo zapalenie, orzec trudno. Zmiany jednak w przedniej części oka spostrzeżone, nie upoważniają do przypuszczenia, byśmy i wtedy mogli mieć gruźlicze cierpienie. Sprawa gruźlicza w gałce powstała prawdopodobnie bardzo niedawno, może przed trzema tylko miesiącami i nic chyba wspólnego nie miała z poprzedniem cierpieniem oka. Początkowe ognisko gruźlicze powstało w naczyniówce, następnie sprawa przeszła ku przodowi na siatkówkę i ciało szkliste, ku tyłowi na twardówkę i nerw wzrokowy. Samotne ogniska w naczyniówce i wyrostkach rzęskowych do późniejszych wytworów zaliczyć należy.

Jakkolwiek więc sprawa gruźlicza miała postać wyraźnie odgraniczonego guza w naczyniówce, jednocześnie dawała się ona spostrzegać w innych częściach gałki. Rozpatrzmy się więc, o ile okoliczność ta miała miejsce w innych opisanych dotąd przypadkach.

Najpierw co do samej błony naczyniowej.

Jednoczesne zajęcie w pewnym stopniu całej błony naczyniowej spostrzeżono w dwóch tylko przypadkach, w tych jednak utworów swoistych nie było, lecz tylko nacieczenie drobnokomórkowe. W czterech przypadkach znaleziono typowe gruzełki w tęczówce i w ciele rzęskowem. W naczyniówce właściwej, prócz guza, spostrzeżono w częściach do tegoż przyległych nacieczenie drobnokomórkowe i drobne a nieliczne gruzełki samotne — w ośmiu przypadkach.

W siatkówce nacieczenie komórkowe spostrzegano w 4ech przypadkach, w dwóch zaś w obrębie guza miało miejsce obumarcie siatkówki. W pięciu przypadkach znajdowano w siatkówce typowe gruzełki. Na pytanie, które warstwy siatkówki przeważnie ulegają sprawie, odpowiedzieć nie mogę, gdyż w moim przypadku niepodobna było odróżnić w niej zgoła żadnych warstw i pierwocin. Zmiany spostrzegane były o wiele większe, niż w przypadku rozlanej gruźlicy, opisanym przez Lubowskiego[30]). Bongartz[31]) znajdował gruzełki w siatkówce

wyłącznie prawie w warstwie włókien nerwowych i komórek zwojowych; stanowiły je przeważnie komórki epiteloidalne, olbrzymie były nieliczne. Jakkolwiek Tuyl (*l. c.*) i zur Nedden (*l. c.*, str. 366) zaliczają udział nerwu wzrokowego w sprawie gruźliczej naczyniówki do rzadkich przypadków, jednakże w nerwie wzrokowym i w pochewkach jego nacieczenie drobnokomórkowe miało miejsce w 7miu przypadkach i typowe gruzełki w 5ciu. Zwykle znajdowały się one tylko zupełnie blisko od tarczy, przedziurawiając często pochewki nerwu, i tylko w 3ech przypadkach były położone (17, 24 i 25) daleko głębiej, lecz zawsze pośród tkanki, otaczającej środkowe naczynia nerwu wzrokowego. Co prawda, o wiele częściej i o wiele znaczniejsze zmiany w części oczodołowej nerwu wzrokowego znajdowano w przypadkach gruźlicy mózgu i opon jego. Deutschmann, zastrzykując cząstki tkanki gruźliczej do przestworu podnaczyniówkowego mózgu, znajdował gruzełki w twardówkowej i miękkiej pochewkach nerwu, początkowo nawet w pobliżu otworu twardówkowego. Z 4ech przypadków Kabscha[32]), w 2óch gruźlicze zapalenie opon posunęło się stopniowo ku obwodowi, na nieznaczną jednakże przestrzeń; w 2óch innych przypadkach, przy gruźlicy mózgu, zmiany miały miejsce nie tylko w pochewkach, lecz przeważnie w błonie włosowatej. Przypomnę tu, że Garlick[33]) utrzymywał, że zapalenie nerwu wzrokowego ma miejsce w 80% wszystkich przypadków zapalenia opon mózgowych.

W jednym przypadku znaleziono odosobniony gruzełek w rąbku spojówki, w jednym, również (8) gruzełki w rogówce. W twardówce, w jednym przypadku spostrzeżono zgrubienie jej, w 2óch nacieczenie drobnokomórkowe, w 8iu swoistą sprawę gruźliczą, wreszcie w jednym przypadku guz mieścił się li tylko w twardówce. Dodać tu wypada, że znacznie dawniej Koehler[34]) opisał dwa przypadki pierwotnej gruźlicy twardówki.

Co się tyczy ciała szklistego, to zaćmienie w niem za pomocą wziernika spostrzegano w 2óch tylko przypadkach. Zmiany anatomiczne znaleziono tylko w 2óch (13 i 25). W pierwszym tkanka gruźlicza wstępowała do ciała szklistego z wyrostków

rzęskowych, w drugim miejsce ciała szklistego zastępowało zupełnie gniazdo serowate. Wreszcie przedziurawienie twardówki z rozwojem nowotworu w tkankach gałkę otaczających spostrzegano w 3ech przypadkach. W moim przypadku widocznem było, że tkanka gruźlicza wzdłuż tylnych krótkich tętnic rzęskowych i nerwów zmierzała coraz głębiej ku tkance oczodołowej, lecz nie zdążyła jeszcze przekroczyć ścian twardówki.

Widzimy więc, że w przypadkach guzów gruźliczych naczyniówki części otaczające gałki bardzo często bywają wciągnięte do sprawy — o wiele częściej, niż w przypadkach właściwych nowotworów tej błony.

Przytoczyłem tu przypadki, dla których w dostępnej dla mnie literaturze znalazłem dokładniejsze dane; inne przypadki, co prawda bardzo nieliczne, pominąłem. W każdym razie mamy obecnie co najmniej 25 dokładnie opisanych przypadków guzów gruźliczych naczyniówki. W 24ech gruźliczą istotę stwierdziło badanie anatomiczne. W jednym przypadku (21) sprawa umiejscowioną była w twardówce, lecz obraz kliniczny był zupełnie taki, jak przy guzie naczyniówki.

W ustroju w wielu przypadkach na razie nie znajdowano żadnych zgoła zmian gruźliczych w innych narządach. Zdawaćby się zatem mogło, że prątki gruźlicze weszły do ustroju, nie pozostawiając w miejscach wejścia żadnych zgoła śladów, bujać zaś zaczęły dopiero w pewnej części naczyniówki, wywołując powstawanie w niej guza. Okoliczność ta upoważniała poniekąd do przyznania w samotnym gruzełku naczyniówki sprawy zupełnie miejscowej. Jednak już dawniej Liebrecht (*l. c.*) stanowczo twierdził, że w naczyniówce gruźlica w postaci pierwszej nigdy nie powstaje. Przed dwoma laty Salomon podał tablicę porównawczą ogólnego stanu ustroju, dziedziczności i wreszcie zejścia śmiertelnego. W pracy swej zestawił on tylko 14 przypadków, lecz zestawienie to bynajmniej również nie wypadło na korzyść charakteru miejscowego cierpienia.

Niżej przytoczona tab. stanowi uzupełnienie tab. Salomona.

Liczba	Autorowie	Gruźlica w innych narządach		Dziedziczność	Zejście	Wiek
		Rozpoznanie kliniczne	Rozpoznanie anatomiczne			
1	Manfredi	gruźlica płuc			śmierć w kilka miesięcy na gruźlicę płuc.	młoda dziewczyna
2	Weiss	zapalenie opon mózgowych	gruźlicze zapalenie opon mózgowych		śmierć po 4 dniach	27
3	Haab	wycieńczenie	poprzednie gruźlicze zapalenie otrzewnej, gruzełki w móżdżku		śmierć po 5 tygodniach	8
4	Manz	objawy utrudnionych ruchów w dolnych kończynach	ogólna gruźlica		śmierć po 5 tygodniach	8
5	Hirschberg	gruźlica płuc			śmierć po 5 tygodniach	13
6	Hosch	gruźlica stawu kolanowego				17
7	Haab	zapalenie tęczówki	gruźlica płuc		śmierć w 4 lata na gruźlicę płuc	13
8	Schaefer					22
9	Neese	przymiot				33
10	Schöbl				śmierć niespełna po roku na gruźlicę płuc	36
11	Wagenmann			żona zmarła na gruźlicę. Jedno z dzieci cierpiało na zapalenie stawu kolanowego		62

12	Liebrecht				śmierć po 10 latach na gruźlicę płuc	1½
13	Jung	gruźlica płuc			śmierć po 8 miesiącach na gruźlicę płuc	3
14	Haab	gruźlica płuc				54
15	Pröbsting	zapalenie stawu kolanonowego				42
16	Gutman	toczeń, chłodny wrzód, obrzęki gruczołów	gruźlica gruczołów oskrzelowych, śledziony, wątroby, nerek, mózgu, jąder	ojciec cierpiał na gruźlicę płuc	śmierć na gruźlicę narządów wewnętrznych	6
17	de Bernardinis	podejrzenie co do gruźlicy				
18	Tuyl	wyleczone zapalenie otrzewnej				7
19	Kunz	wrzód zimny, obrzęk gruczołów				
20	Emanuel					5½
21	Emanuel					10
22	Salomon	obustronne cierpienie wierzchołków i jednostronne zapalenie opłucnej		ojciec zmarł na cierpienie płucne		18
23	zur Nedden					16
24	zur Nedden					5
25	Rumszewicz					10

Co do wieku, mamy dane tylko dla 23ech przypadków; z tych do 10ciu lat życia 9 przypadków, od 10—20 — 7, od 20—30 — 2, po 30stym roku 5. Czyli przed 30stym rokiem 69,6%, po 30stym 20,4%. Widzimy dalej, że w 10ciu przypadkach chorzy zmarli później — niekiedy bardzo nieprędko — na gruźlicę innych narządów. Z tych przypadków w 5ciu już za życia spostrzegano sprawę gruźliczą w innych narządach. W 5ciu innych wyraźnych objawów za życia nie było, lecz powodem śmierci była gruźlica. W 7iu innych przypadkach, dla których zejście pozostało niewiadomem, spostrzegano również sprawę gruźliczą w innych narządach. W jednym przypadku miała miejsce tylko dziedziczność, w innym żona chorego cierpiała na gruźlicę. Jeżeli dodamy do tego, że dla 2ôch przypadków wywiady wcale nie były podane, to oczywiście wypada wniosek, że samotny gruzełek naczyniówki uważać należy jako sprawę bynajmniej nie miejscową, lecz będącą tylko jednym z objawów (na razie może jedynie wybitnym) ogólnego zakażenia ustroju. Ostre, gwałtowne powstanie i szybki rozwój guzów gruźliczych naczyniówki nakazują mniemać, że do gałki prątki wstąpiły odrazu w wielkiej ilości, co znów, rzecz prosta, wtedy tylko mieć może miejsce, jeśli w ustroju samym znajdują się już one w większej ilości, czyli, że już poprzednio sprawa gruźlicza rozwinęła się w jakimbądź innym narządzie.

Rzecz się tu ma zatem zupełnie inaczej, niż z gruźlicą spojówki, dla tej bowiem wykazałem, że przynajmniej w 70% znanych dotąd przypadków [35]) sprawa była najzupełniej miejscową.

W pracy tej wykazałem również, że w rozpoznaniu gruźlicy spojówki niczego nie można przywiązywać do wyglądu klinicznego, który bardzo bywa rozmaity. Natomiast mamy tam często możność wykryć już na powierzchni obecność prątków, dalej wyciąć cząstkę tkanki, zbadać jej budowę i nadto zaszczepić zwierzęciu. Inaczej rzecz się ma z samotnym gruzełkiem naczyniówki, który występować może w postaci podobnej do mięsaka naczyniówki, glejaka siatkówki i wreszcie kilaka.

Tem bardziej zestawić należy objawy kliniczne, w podanych dotąd przypadkach spostrzegane.

Otóż najpierw zwracamy uwagę na zewnętrzne objawy zapalne. Mianowicie w dwóch przypadkach cierpienie występywało początkowo w postaci zapalenia całej błony naczyniowej *(iridochorioiditis);* w 7iu przypadkach spostrzegano tylne przyczepiny tęczówki, w jednym cała gałka była zwiększoną; w 9ciu spostrzegano inne zmiany zapalne zewnętrzne. W 7iu przypadkach spostrzegano w tej lub innej okolicy gałki guz zewnętrzny. Tuyl (*l. c.*) tłómaczy zmiany te w ten sposób, że toksyny bądź rozpływają się w tkankach, bądź przez przestwory limfatyczne dochodzą do przednich części gałki, wywołując zmiany zapalne. Tylko w 7iu przypadkach zmian zewnętrznych zapalnych w gałce wcale nie spostrzegano. Wiemy natomiast, że zarówno przy mięsakach naczyniówki, jakoteż przy glejakach siatkówki objawy zapalne występują dopiero w okresie jaskrowym cierpienia. Dalej zwiększony ucisk śródoczny znaleziono tylko w 6ciu przypadkach, a z tych tylko w trzech (11, 12 i 25) były wyraźne objawy jaskry wtórnej, w 3ech zaś przypadkach ucisk był nawet znacznie zmniejszony.

Co się tyczy zmian wziernikowych, temi nie zawsze możemy się posługiwać, gdyż w bardzo wielu razach środki załamujące bywają zaćmione. Powierzchnia guza jest nierówną, barwa różowobiała, w pobliżu często znajdują się samotne gniazda. O wiele trudniej jest chyba odróżnić guz gruźliczy od kilaka (9).

Wreszcie okres rozwoju cierpienia o wiele jest krótszy, w porównaniu do mięsaka lub glejaka, mianowicie najdłużej trwał 5 miesięcy. Ważnym jest również stosunek do twardówki. Gdy mięsak i glejak przechodzą na twardówkę tylko w najpóźniejszych okresach cierpienia, z 25ciu przypadków guzów gruźliczych naczyniówki twardówka była dotkniętą w 15stu.

Jeśli dodamy do tego, że więcej niż w połowie przypadków (w 13stu) znajdowano bądź zmiany gruźlicze w innych narządach, bądź też stan ogólny budził wielkie podejrzenie co do zakażenia ogólnego gruźliczego, nadto wiek był zawczesny

dla mięsaka lub zapóźny dla glejaka, dojdziemy do wniosku, że dokładna analiza każdego przypadku poszczególnego daje wiele danych do rozpoznania cierpienia.

Jeszcze kilka słów o leczeniu guzów gruźliczych naczyniówki.

Otóż, gdyby w istocie stanowić one mogły pierwotną sprawę gruźliczą, jedynym środkiem i bezwarunkowo pewnym byłoby niezwłoczne wyłuszczenie gałki. Tuyl ze względu na okoliczność, że sprawa gruźlicza w oku, jak i gdzieindziej, również ulegać może przeobrażeniu wstecznemu; że dalsze szerzenie się sprawy wzdłuż nerwów wzrokowych jakoby nadzwyczaj rzadko ma miejsce i że, wkońcu, cierpienie samo do wtórnych należy, uważał wyłuszczenie gałki za wskazane li tylko przy objawach jaskry wtórnej. Jednakże już Salomon zwrócił uwagę na okoliczność, że współudział nerwu wzrokowego do zbyt rzadkich objawów bynajmniej nie należy. Faktycznie jest on objawem bardzo częstym, gdyż z 25ciu przytoczonych wyżej przypadków spostrzegano go w 11, a z tych w 7iu (2, 13, 14, 17, 19, 24 i 25) miało miejsce nietylko nacieczenie drobnokomórkowe, nerwu i pochewek, lecz w nerwie powstawała swoista sprawa gruźlicza, która, szerząc się dalej, łatwo spowodować mogła sprawę gruźliczą w oponach mózgu i w samem mózgowiu.

Dalej obszerne gniazda gruźlicze w naczyniówce niechybnie prowadzą w krótkim czasie do zupełnej utraty wzroku i, przy wzmagających się ciągle cierpieniach chorego, bardzo łatwo przechodzą na twardówkę, powodując przedziurawienie gałki. Pozostawiając więc sprawę własnemu losowi, przysparzamy choremu cierpień i pozwalamy sprawie przejść na części otaczające. Lecz nie dość na tem: przy sprawie gruźliczej bardzo łatwo następuje zwyrodnienie serowate, które niekiedy, jak to miało miejsce w ostatnim przypadku, tworzyć może gniazda bardzo znaczne, fatalny zaś wpływ gniazd takich na cały organizm dostatecznie jest znany. Wobec tych faktów wyłuszczenie gałki stanowić musi jedyny i konieczny środek.

Zur Nedden uważa wyłuszczenie gałki poniekąd za przeciwwskazane, jeśli już nastąpiło przedziurawienie ściany jej. Operacya, zdaniem jego, utorować może nowe drogi dla dalszego szerzenia się sprawy. Z punktu teoretycznego słuszności zdania tego trudno zaprzeczyć, nie zapominajmy jednak, że dotychczas nawrót po wyłuszczeniu gałki spostrzegano li tylko jeden jedyny raz (11) i nadto już trzeciego dnia po operacyi. Oczywiście sprawa już poprzednio przeszła na tkankę oczodołową. Jednakże i w tym nawet przypadku cierpienie radykalnie usunęło (chory znajdował się pod obserwacyą przez 2 lata) wypatroszenie oczodołu.

Literatura.

1. Guéneau de Mussy: Graefe u. Saemisch. Handbuch d. gesammt. Augenheilk. IV, 2, str. 642, wyd. 1.
2. Cohnheim: Virchow's Archiv, 39, str. 49.
3. Gradenigo: Ann. d'ocul., t. 64, str. 174.
4. Perls: Arch. f. Ophth. XIX, 1, 1873.
5. Graefe: Arch. f. Ophth. II, str. 225.
6. Manfredi: Ann. di ottalm. III, str. 439, r. 1874.
7. Weiss: Arch. f. Ophth. XXIII, 4, 1877.
8. Haab: Arch. f. Ophth. XXV, 4, 1879.
9. Manz: Klin. Monatsbl., str. 18, 1881.
10. Hirschberg: Neurol. Centralbl., nr 24, 1882.
11. Hosch: Correspondenzbl. f. Schweiz-Aerzte, 15, IV, 1883.
12. Haab: Klin. Monatsbl. 1884, str. 391.
13. Schaefer: Klin. Monatsbl. 1884, str. 391.
14. Neese: Arch. f. Aghk. XVI, str. 267, 1886.
15. Schöbl: Centralbl. f. Aghk., p. 331, 1888.
16. Wagenmann: Arch. f. Ophth. XXXIV, 4, 1888.
17. Liebrecht: Arch. f. Ophth. XX, VI, 4, 1890.
18. Jung: Arch. f. Ophth. XXXVII, 4, str. 126, 1891.
19. Haab: Festschr. f. Helmholtz, 1891.
20. Pröbsting: Klin. Monatsbl., str. 321, 1891.
21. Guttmann: Arch. f. Aghk., XXXV, str. 158, 1895.
22. De Bernardinis: Michela Jahresbericht, 1898, str. 353.
23. Tuyl: Klin. Monatsbl., str. 752, 1900.
24. Kunz: Klin. Monatsbl., str. 531, 1901.
25. Emanuel: Klin. Monatsbl., str. 210, 1902
26. — Tamże.

27. Salomon: Ein Beitrag zur solitären Tuberculose der Chorioidea. Diss. Freiburg, 1902.
28. Zur Nedden: Klin. Monatsbl., str. 351, 1903.
29. Rumszewicz: O utworach szklistych w komorze przedniej oka. — Postęp Okul. 1902. Sierpień.
30. Lubowski: Arch. f. Aghk. XXXV, str. 183.
31. Bongartz: Ueber die Ausbreitung tuberculöser Infiltration im Auge.
32. Kabsch: Ueber Scheidenerkrankungen des Sehnerven. 1882.
33. Garlick: Lancet, Juni, 1879.
34. Koehler: Drei Fälle von tuberculösen Granulationsgeschwülsten des Auges. Diss. 1884.
35. Rumszewicz: O gruźlicy spojówki. Postęp Okul. 1903, zeszyt 12.

Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Ze przestrach, przykra wieść, nagła radość mogą ostry u osób do tego usposobionych napad jaskry wywołać, rzecz aż nazbyt wiadoma, by ją potrzeba przypominać.

Sam znam przypadek, gdzie dramatyczne przedstawienie, dobrze odegrane, wywoływało u jednej z moich pacyentek w teatrze napady glaukomatyczne, uśmierzane środkami, chorej polecanymi.

Przed wielu laty przyprowadzono mi pacyenta, 40letniego, niewidomego, kupca, który, odebrawszy tegoż dnia przy obiedzie wiadomość o niekorzystnym dla siebie zwrocie kursu giełdy zbożowej, na obu oczach dostał napadu piorunującej jaskry *(gl. fulminans)*, wskutek której wśród boleści, połączonych z wymiotami, stracił zupełnie, dobry poprzednio, wzrok. Udało mi się ezeryną i zastrzyknięciem podskórnem morfiny usunąć napad, a wzrok przywrócić. Atoli w dwa tygodnie później napad podobny z innej psychicznej pobudki powrócił, co mnie skłoniło, po opanowaniu go, wykonać ze skutkiem irydektomię dla zabezpieczenia chorego przed przykrymi i niebezpiecznymi na-

padami. Podobnych przykładów mógłbym więcej przytoczyć, gdybym się nie obawiał wobec specyalnych kolegów narazić się na zarzut, iż zanoszę sowy do Aten.

Wiemy, że w tych przypadkach psychicznem wrażeniem spowodowane nagłe rozszerzenie źrenicy zaciska drogi odpływowe gałki, tak samo, jak to czynią środki rozszerzające źrenicę i do napadu jaskry pośrednio w odpowiednich oczach dawają powód.

Mniej może zdajemy sobie sprawę z objawu dość często stwierdzonego, iż osoba, z powodu jaskry operowana na jednem oku, dostaje jaskry na drugiem, dotychczas uchodzącem za zdrowe. Przypisywano tutaj wpływ opasce, która dłużej światła oko pozbawia, a tem samem do rozszerzenia źrenicy przyczynia się, a rzadko tylko wspomina się o wpływie psychicznym operacyi samej na drugie oko.

Że ten może najważniejszą przy tem odgrywa rolę, nigdy nie wątpiłem, ciekawy przypadek atoli, szczegółowo przezemnie spostrzegany, potwierdził mnie w tem przypuszczeniu, — przypadek tem ciekawszy, iż dotyczył on osoby, która wogóle objawów jaskry nie miewała. Z tych to powodów pozwolę go sobie tutaj nieco obszerniej omówić.

W maju r. 1880 zgłosiła się do mnie p. K., 40letnia, skarżąc się na słabnięcie wzroku od 6ciu lat. W = obuocznie $^6/_9$. Em. J. 2 c + 2. Badanie i objawy *scleroticochorioiditis posterior*, *paresis accomodationis*; wziernik wykazuje drobnopyłkowe zaćmienie ciała szklistego.

Przyczyną zaburzeń zdawało się być wczesne *klimacterium* z boleściami połączone i *obstipatio*. Leczenie przepisane (kąpiele nożne, natryski oczne, *laxantia*, ciemne okulary) miało ten skutek, że w miesiąc później Wprl = $^6/_6$. Hp. 0·75.

W październiku tegoż roku nastąpiło pogorszenie bez wiadomego powodu, dlatego w grudniu dalsze leczenie (Heurteloup, chinina, wycierania).

Jaki był dalszy los chorej, nie wiem, — aż dopiero w r.

1903 pojawiła się u mnie w Krakowie z powodu prawie zupełnej utraty wzroku. Znalazłem zaćmy w obu oczach i rozpoznałem: *cataracta nucleocort. fere mat. oc. d.* — *cataracta nigra sin.* Prawe oko rozpoznawało palce na $^1/_2$ mtr., lewe na $1^1/_2$ mtr.

Chora prosiła o przywrócenie jej wzroku, ku czemu miała się później zgłosić. Uczyniła to 10go lipca 1904, objawiając wielkie zdenerwowanie o operacyę, którą naznaczyłem na dzień następny. Chorą miano należycie przygotować, do czego należało założenie próbnej opaski na oczyszczone oko prawe, które jedynie miało być operowane, gdyż drugie zawsze jeszcze coś widziało. Spostrzegłszy atoli źrenicę tego oka nieco szerszą od lewej, a T + 1, sam zapuściłem przed poleconem oczyszczeniem oka kroplę pilokarpiny. Nazajutrz pani K. do operacyi nie przybyła, dając znać, że w nocy silny ból miała w oku i leży. Odwiedziwszy ją w domu, dowiedziałem się najprzód, że myśl operacyi tak ją przejęła, że spać nie mogła, a w nocy szalonego dostała bólu oka z wymiotami.

Znalazłem typowy obraz jaskry zapalnej z płytką bardzo przednią komorą i silnem napięciem (T + 2), a źrenicą o wiele szerszą od lewej.

Pod wpływem zapuszczań pilokarpiny i ezeryny, opaski Salzwedlowskiej (spirytusowej) i podawania proszków chininowych z fenacetyną — bóle ustąpiły, a napięcie znacznie się zmniejszyło, źrenica jednak zawsze na 8 mm pozostała szeroką, słabo bardzo na światło oddziałując.

Przy bocznem oświetleniu szerokiej źrenicy z głębi gałki wydobywał się poprzez soczewkę odblask czerwonawy (wybroczyny krwawe).

Stosowano dalej pilokarpinę i wzmacniano chorą.

Dn. 22go lipca napięcie prawego oka stało się prawidłowem, źrenica średnio rozwarta i słabo ruchoma.

Badając chorą ostatnio w październiku z. r., znalazłem u prawego oka T + 2, p. k. płytka, źrenica około 8 mm szeroka, tylko na silne światło nieco ruchoma, torebka soczewki zgrubiała, soczewka cała szarożółta.

Oko to ma tylko poczucie silniejszego światła i wadliwą projekcyę.

Lewe oko nie zmienione. —

Trudno w tym przypadku nie połączyć w przyczynowy związek strachu przed operacyą z wybuchem jaskry ostrej na oku do tego usposobionem. Na szczęście operacyi nie przedsięwzięto w okresie rozwoju jaskry. Prawdopodobny krwotok naczyniówkowy byłby wśród szalonego bólu wynik operacyi i tak unicestwił.

W innych może mniej gwałtownych razach jaskra już po operacyi w łagodniejszej postaci z powodu równocześnie zazwyczaj przy operacyi dokonanej irydektomii występuje. —

Dlaczego jaskra nie wystąpiła pod wpływem tej samej szkodliwej okoliczności i na lewem oku, nietrudno zrozumiemy, uprzytomniając sobie stan tego oka, którego przednia komora głębsza, soczewka prawdopodobnie jest mniejsza, bo częściowo kora wessana; gdy prawe oko miało w chwili zamierzonej operacyi zaćmę pęczniejącą; a zatem przestwór okołosoczewkowy był tutaj, do pewnego, oczywiście nie dającego się stwierdzić, stopnia, zcieśniony, jeżeli nie zatkany. A może wynaczynienie do ciała szklistego dało powód do objawów jaskry.

Przypadki, jak powyższy, nakazują nam szczególnie ostrożnie obchodzić się z osobami przestraszonemi, lękającemi się operacyi, t. z. nerwowemi, zwłaszcza, jeżeli oczy ich, mające być operowane, przedstawiają znane każdemu okuliście znamiona ócz, do jaskry skłonnych. Zabierając się zaś do operacyi, wpływać nam trzeba uspokajająco na nich słowem, a nie zaniechać poprzedniego zastosowywania środków zwężających źrenicę, skoro napięcie najmniej nam się podwyższonem być zdaje. W tych to razach irydektomia, kilka tygodni naprzód wykonana, byłaby może dobrym środkiem zapobiegawczym. Zarazem zwykła ona korzystnie na chorego moralnie przez to wpłynąć, że tenże przekona się, iż operacya oczna może być dokonaną bezboleśnie.

Psychiczny wpływ, niewątpliwie źle oddziałujący na oko, daje się przedewszystkiem kobietom we znaki.

Liczyć się nam z tem trzeba, gdy chodzi o propozycyę operacyi, zwłaszcza zaś zabiegu operacyjnego przeciw jaskrze prostej, którą lepiej, gdy chodzi o osoby nerwowe, zwalczać moralnie i środkami miejscowo działającemi, wiedząc zwłaszcza, iż zabiegi operacyjne wogóle niepewne w tych przypadkach, a nieraz wprost szkodliwe dają wyniki. —

Znany mi jest przypadek, gdzie nieco natarczywie i z wskazaniem na grożące chorej niebezpieczeństwo proponowana przez jednego z zagranicznych okulistów operacya z powodu jaskry prostej, wywołała napad ostry, napad, który udało się mi zwalczyć zwykłymi środkami bez operacyi, która i później okazała się zbędną.

Doświadczenie, połączone z właściwym taktem, znajdzie zawsze odpowiednią drogę i sposób dla przygotowania chorych na operacyę konieczną, niepotrzebnych zaś unikajmy starannie zawsze, a tem więcej, gdy one szkodzić mogą.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. 1905. Nr 1. (Ref. Doc. Dr Majewski).

Historya ciekawego przypadku raka powieki (Histoire d'un épithéliome palpébral.). A. Trousseau.

Do autora zgłosiła się pewna 68letnia kobieta, skarżąc się na owrzodzenie w kąciku zewnętrznym powieki dolnej, istniejące już od lat ośmiu i dotąd wcale nie leczone. Owrzodzenie to, wielkości monety 20centymowej, o brzegach stwardniałych i nacieczonych, nie pozostawiało żadnej wątpliwości co do swej przyrody nowotworowej. Było to *epithelioma*. Chora bezwarunkowo odrzucała wszelką myśl o operacyi i żądała wyłącznie nieoperacyjnego leczenia. W uporze swym trwała ona przez dalszych lat ośm i przez cały ten okres czasu autor miał sposobność śledzić u niej przebieg cierpienia

i wpływ różnych niechirurgicznych sposobów leczenia. Zaczął od oczyszczenia wrzodu za pomocą ciepłych wilgotnych okładów, poczem przystąpił do stosowania sinku rtęci i aristolu. Po upływie miesiąca owrzodzenie było już zupełnie zabliźnione, — wynik na pozór świetny. Po dwóch jednak miesiącach wróciła chora z owrzodzeniem, jeszcze większem, niż poprzednio. Autor użył tym razem kwasu chromowego, potem kwasu mlekowego bez szczególnych skutków i stracił chorą z oczu na przeciąg 5ciu miesięcy. Dowiedział się później, że była w tym czasie leczoną gdzieindziej błękitem metylenowym, który znowu doprowadził wrzód rakowy do zupełnego zabliźnienia. Przypadek ten został nawet ogłoszony, jako dowód niezawodnej skuteczności błękitu metylenowego w leczeniu raka. Z tem wszystkiem chora zgłosiła się z nowym nawrotem choroby, przyczem autor stwierdził znaczne powiększenie nacieku nowotworowego i rozleglejsze, niż dawniej, owrzodzenie. I to owrzodzenie dało się jednak wygoić, tym razem za pomocą chloranu potasowego, naciek jednak wokoło blizny pozostał. Później przeciw ponownie powstającemu owrzodzeniu chloran potasowy i inne podobne środki miejscowe pozostawały bez skutku, dopiero po zastosowaniu arszeniku sposobem Czernego i Trunečka wynik był tak uderzający, że autor miał pokusę ogłosić już przypadek, jako wyleczony za pomocą tej metody. Ze względu na dawniejsze niepowodzenia postanowił pewien okres czasu odczekać, aby się o trwałości wyniku przekonać — i dobrze postąpił, bo po upływie roku chora wróciła z nowem, głębokiem i rozleglejszem, niż dawniej, owrzodzeniem. Nareszcie postanowił spróbować promieni Roentgena. Po kilku naświetleniach owrzodzenie zabliźniło się gładko, ale na ogół stan się pogorszył, bo powiększyły się głębokie nacieki i zaczęły sięgać w głąb oczodołu. Wobec wyczerpania wszelkich miejscowych niechirurgicznych sposobów leczenia postanowił autor przełamać upór chorej i uzyskać jej zgodę na zabieg operacyjny, co mu się wreszcie udało. Operacyi dokonał prof. Berger w 16 lat po wystąpieniu pierwszego guzka. Trzeba było wyciąć cały zewnętrzny kącik obu powiek, oczyścić zewnętrzny zaułek oczodołu, a nawet usunąć część kostnego brzegu oczodołowego. Rana zagoiła się bez powikłań, ale szpara powiekowa uległa znacznemu skróceniu. Wobec bardzo spóźnionej, choć radykalnej operacyi, autor obawia się, że po pewnym czasie jednak przyjdzie do nawrotu.

Tak więc w przypadku tym rak powieki uległ pięć razy zabliźnieniu: po sinku rtęci, po błękicie metylenowym, po chloranie potasowym, przy leczeniu sposobem Czernego, wreszcie po zastosowaniu promieni Roentgen'a. Każdym razem jednak wyleczenie okazało się pozornem. Okazuje się z tego, jak trzeba być ostrożnym

w ocenianiu skuteczności różnych przeciw rakowi zalecanych środków i jak się należy wystrzegać wydawania przedwczesnego sądu. Wczesne rozpoznanie i jaknajwcześniejsze wycięcie nowotworu, to jedynie pewne postępowanie lecznicze. —

Berl. kl. Wchschrft. 8 Aug. 1904. (Ref. Dr Berezowski).

O zatruciu belladoną w praktyce okulistycznej (Ueber Belladonna Vergiftung in der augenärztlichen Praxis.). Dr Julius Fejér.

Autor opisuje trzy przypadki zatrucia belladoną, z tych dwa przy użyciu tego środka wewnętrznem, jeden przy używaniu go jako kropli do oka.

Pierwszy przypadek dotyczył lekarza, który uskarżał się na widzenie jakby przez mgłę i na niemożność czytania i pisania z blizka. V prl. $^5/_7$, $^5/_7$ Hp. 1·0 D. Sn. 1 c. + 2·5 D. Zrenice miernie rozwarte, leniwo oddziałujące na światło. Dna oczu prawidłowe, wziernikiem daje się wykazać Hp. 1·5—2·0 D. Po długich szczegółowych wywiadach okazało się, że chory od kilkunastu dni, z powodu braku apetytu, używał: Rp. *Extr. Belladonnae* 0·10; *Pulv. Rhei Natri. Hydrocarb. aa* 5·00. Mfp. *ad scatulam.* S. Przed jedzeniem na końcu noża zażyć.

Gdyby proszek był należycie rozdzielonym, roztartym, pojedyncze dawki nie byłyby za wielkie. Po zaprzestaniu używania tego leku, a po użyciu środka przeczyszczającego, objawy chorobowe ustąpiły po 48 godzinach.

Drugi przypadek F. tem był szczególnym, że chora, cierpiąca na wrzód żołądka, po wyżyciu trzykrotnem zapisanego jej leku (Rp. *Bismut. subnitr.* 10·00, *extr. Belladonnae* 0·60, mfp. *div. in dos.* XX. S. 3 proszki dziennie), doznała ślepoty zupełnej, trwającej 5 dni. Źrenice były miernie rozwarte i leniwo oddziałujące, dna oczu prawidłowe, brak poczucia światła.

Lekarstwo usunięto.

Po trzech dniach chora powoli odzyskiwała coraz lepszą bystrość wzrokową, a po 14stu dniach liczyła palce z odległości 8iu metrów.

W trzecim przypadku stosował F., przy zdarciu przybłonka rogówkowego, atropinę 1%ową w kroplach z domieszką 20%wej*) kokainy. Na drugi dzień wystąpiły objawy zatrucia, przy których F. zauważył rozszerzenie się źrenicy na zdrowem oku. Wstrzyknięto 0·02 morfiny podskórnie i powoli objawy zatrucia ustąpiły. Ten

---

*) ? *Red.*

sam roczyn atropiny, stosowany w szpitalu, nie wywołał żadnych objawów zatrucia. W tym przypadku była idyosynkrazya do podanego leku.

W przypadku pierwszym to jest szczególnem, że zatrucie wystąpiło tylko z objawami ocznymi, podczas, gdy ze strony innych narządów nie można było dostrzedz żadnych zmian. Z tego przypadku wyciąga autor przestrogę, aby w postaci proszku, nie podzielonego na poszczególne dawki, belladony nie zapisywać.

Ślepotę w przypadku drugim przypisuje autor zadziałaniu trucizny na nerw wzrokowy, jego zakończenia, jak w pierwszym zadziałała ona na mięśnie wewnętrzne oka. W obu tych przypadkach w innych narządach zmian żadnych nie stwierdzono. —

Dtsch. med. Wchschrft. 1904. Nr. 48 i 49 (Ref. Dr Ed. Goldwasser.).

O upośledzeniu wzroku wskutek zaćmień rogówki i soczewki i o tegoż leczeniu (Ueber Sehstörungen bei Hornhaut- u. Linsentrübungen und ihre Behandlung). Schmidt-Rimpler (Halle n. S.).

Zaćmienia, znajdujące się w środkowych częściach rogówki lub soczewki, wywołują upośledzenie bystrości wzrokowej przedewszystkiem w ten sposób, iż promienie światła przez nie przebiegające nieregularnie się załamują. Wskutek tego obrazki przedmiotów na siatkówce posiadają zatarte granice, nadto rozprószone światło oświetla i dalsze, boczne części siatkówki, tak, że owe niewyraźne obrazki tem gorzej od tła się odbijają. To upośledzenie wyraźnego widzenia nazywamy »zamgleniem światła« *(Lichtnebel)*.

Ale nie tylko rozprószone oświetlenie siatkówki ma ten skutek, bo i wobec prawidłowych środków łamiących obrazki będą niewyraźne, jeżeli na obwodowe części siatkówki padnie ostry snop światła, z boku się znajdującego. Przekonać się o tem łatwo, patrząc o zmroku na ulicę, krajobraz lub t. p. Gdy teraz umieścimy obok oka palącą się świecę, wówczas przedmioty, na które spoglądaliśmy, będą jeszcze niewyraźniejsze.

Objaw ten spostrzegamy nieraz u chorych, posiadających zaćmienia środkowe nawet u jednego tylko oka. Niewyraźny obrazek, który powstał, jużto z powodu rozprószonego, jużto skupionego oświetlenia obwodowych części siatkówki, sprawia, że także obraz w drugiem, prawidłowem oku przedstawia się niewyraźnie, pomimo, iż, sam przez się, posiada ostre granice. Chorzy tacy, chcąc wyraźnie widzieć, bezwiednie nieraz zamykają oko chore, chociaż przez to tracą wrażenie bryłowatości przedmiotów. O tem trzeba też pamiętać przy ocenianiu zdolności zarobkowania.

Autor zwraca dalej uwagę, że u chorego z zaćmieniami rogówki lub soczewki można stwierdzić inną bystrość wzroku, badając z bliska, niż przy badaniu w dal. Łatwo tu posądzić chorego o udawanie, lecz niesłusznie, ponieważ bystrość wzroku może być lepszą, gdy źrenica się rozszerzy przy patrzeniu w dal, a plamka znajduje się w obrębie źrenicy — lub też przeciwnie przy zwężeniu się źrenicy, gdy plamka leży w obwodowych częściach. Oprócz tego różnicę tę może wywołać wyżej wspomniane zamglenie światła«, ponieważ utrudnia rozpoznawanie drobnych przedmiotów.

W podobnych przypadkach stosuje autor szparę stenopeiczną. Ma ona wprawdzie tę wadę, że pole widzenia jest znacznie zwężone, ale poprawia często bystrość wzroku w dwójnasób*). —

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLIII. T. I. Z. 1. 1905. (Ref. Dr Liebermann).

O trzeszczu gałki ocznej znacznego stopnia, spowodowanym zmian postacią czaszki (Ueber hochgradigen Exophthalmus bei Schädeldeformität.). Prof. Dr Uhthoff (Wrocław.).

Autor opisuje 3 przypadki (1 przypadek czaszki stożkowatej, 1 wodogłowia zewnętrznego skutkiem zapalenia opon mózgowych i 1 wodogłowia wewnętrznego), które były przyczyną, skutkiem zawczesnego zrośnięcia się szwów (przypadek I), względnie skutkiem rozejścia się szwów (przypadek II i III), zacieśnienia oczodołów tak znacznego stopnia, iż przy rozwarciu powiek obie gałki z łatwością z oczodołów wysunąć było można.

Wszystkie 3 przypadki zakończyły się ślepotą, skutkiem zapalenia nerwu wzrokowego.

O środkowym ubytku w polu widzenia przy wrodzonem niedowidzeniu (Ueber das centrale Scotom bei der kongenitalen Amblyopie.). Doc. Dr Heine (Wrocław.).

Określenie wrodzonej amblyopii jest bardzo trudnem i dotychczas w nauce niezupełnie jeszcze ustalonem.

Zdaniem autora wadę tę należy określić w sposób następujący. Za wrodzone niedowidzenie należy uważać taką wadę wzrokową, od najwyższego do najniższego stopnia, dla której ani na dnie oka, ani w środkach łamiących wytłómaczenia znaleźć nie można i stan ten, według wszelkiego prawdopodobieństwa, żadnym dalszym nie ulega zmianom.

---

*) Od dawna polecamy chorym w tych celach stosować słabe *miotica* albo *mydriatica*. *W.*

Wprawdzie badanie dna oka o osłabionej bystrości wzrokowej wykazuje niejednokrotnie pewne zboczenia od stanu prawidłowego co do połysku plamki żółtej i jej zabarwienia, a przydarzyć się nawet mogą i drobne ubytki w plamce żółtej, — wszelkie te zmiany są jednak tak niestałe i nieznaczne, iż nie wystarczają dla wytłómaczenia ubytków w polu widzenia i obniżenia bystrości wzrokowej. Zdaniem autora amblyopia jako taka jest stanem wrodzonym, a nie wynikiem wpływów hamujących na siatkówkę; te ostatnie mogą jednak zwiększać ubytek w polu widzenia. O ile amblyopia zależy od wspomnianych wpływów hamujących, można ją przez odpowiednie ćwiczenia zmniejszyć.

O stereoskopowem widzeniu w stereoskopie lusterkowym i w przyrządzie do obuocznego widzenia (Ueber Körperlichsehen in Spiegelstereoskop und im Doppelveranten.). Doc. Dr Heine (Wrocław.).

Im obrazy stereoskopowe dokładniej są sporządzone, czyli im bardziej odpowiadają one warunkom, wśród jakich zazwyczaj widzimy, tem dokładniejszem będzie złudzenie bryłowatości po zlaniu tych obrazów w jeden, za pomocą odpowiedniego przyrządu.

Przy sporządzaniu takich obrazów głównie uwzględnić należy dysparacyę poprzeczną, jaką wszelkie przedmioty bryłowate w oku dają. Rachunkiem wykazać można, jak daleko powinny być oddalone od siebie oba przyrządy fotograficzne, aby *optimum* tych warunków osiągnąć.

Patrząc przez stereoskop na 2 obrazki, widzi się je najdokładniej, gdy punkt obrotowy oka spada z punktem węzłowym soczewki. Tak zbudowane soczewki nazwano »Verantlinsen«.

Przy fotografowaniu mniejszych przedmiotów uwzględnić należy, iż najdokładniej widzi się je w odległości $^1/_3$ m, czyli pod kątem zbieżności, wynoszącym 11°; odległość przyrządów fotograficznych powinna być tak dobraną, aby zdjęcia dokonano również pod kątem 11°.

O zależności dostrzegania głębokości od pochylenia głowy (Ueber die Abhängigkeit der Tiefenwahrnehmung von der Kopfneigung.). Dr R. Depêne (Wrocław.).

Doświadczenia robiono przyrządem sztabkowym Förster'a.

Ponieważ okazało się, iż nieznaczna tylko zachodzi różnica, czy pochylano głowę, a przyrząd pozostawał w tem samem położeniu, czy też odwrotnie, przeto wybrano, jako dokładniejszą, tę ostatnią drogę.

Okazało się, iż najdokładniej rozpoznaje oko głębokość, czyli najmniejszą różnicę w głębokości rozpoznaje oko, gdy pręty usta-

wione są pionowo; zdolność ta maleje w miarę pochylenia się pręcików, a równa się 0, gdy pręciki zajmą poziome położenie. Graficznie zdolność tę przedstawić sobie można, jako połowę linii hyperbolicznej.

Inaczej się rzecz ma, gdy zamiast pręcików użyje się do doświadczeń punktów. W tym wypadku pochylenie nie wpływa na dostrzeganie głębokości, gdyż punkty te zawsze dają dysparacyę poprzeczną.

Przyczynek do seroterapii, a w szczególności do leczenia surowicą wrzodu pełzającego rogówki (Beitrag zur Serumtherapie, speciell des Ulcus Corneae serpens.). Dr L. Paul (Wrocław.).

Na podstawie swych doświadczeń dochodzi autor do wniosku, iż leczenie powyżej wzmiankowanego cierpienia zastrzykiwaniami surowicy daje na razie tak niepewne wyniki, iż środek ten, jak dotychczas, nie nadaje się jeszcze do powszechnego użytku.

O keratitis punctata leprosa (Ueber die Keratitis punctata leprosa.). J. Meller (Wiedeń).

Choroba skóry rozpoczęła się u chorego przed 4ma laty wyrzutami na kończynach dolnych; od 2óch mniej więcej lat podupada wzrok. W ciągu tego czasu choroba rozszerzyła się po całem ciele. Po przyjęciu chorego do szpitala stwierdzono trąd, którym chory zaraził się przed 4ma laty podczas pobytu swego w Brazylii.

Obie rogówki są zmętnione; ze spojówki przechodzą na rogówkę nieliczne naczynia. Przy bocznem oświetleniu widać w rogówkach powierzchownie siedzące, białe guzki, otoczone szarą obwódką. Tam, gdzie te guzki bardzo blizko obok siebie siedzą, obwódki ich zlewają się ze sobą.

W tęczówce widać kilka podobnych guzków, a nadto rozległe zrosty tylne. Źrenica zasłonięta szarym wysiękiem; w soczewce kilka guzków.

Badanie histologiczne zdrapanych z powierzchni rogówki części wykazało, obok przybłonków rogówkowych i nielicznych ciałek białych, bardzo duże gromady prątków trądowych.

O gruzłach tarczy nerwu wzrokowego (Zur Kenntniss der Drusen im Sehnervenkopfe.). F. Rabitsch (Wiedeń).

Autor spostrzegał przypadek gruzłów, usadowionych w tarczy nerwu wzrokowego tak rozległych, iż zmieniały w zupełności postać tarczy, nadając jej postać grzyba w środku zagłębionego. Bystrość

wzrokowa była w tym przypadku na obu oczach znacznie obniżoną: *V* p. o. 0·2, *V* l. o. 0·6. Ponieważ żadnych zmian zapalnych nie było, ani też żadnych śladów przebytego zapalenia stwierdzić nie było można, przeto obniżenie bystrości wzrokowej uważać należy za skutek ucisku, jaki rozrastające gruzły wywarły na włókna n. wzrokowego.

O skurczu akomodacyi i nadmiernem jej napięciu u krótkowzrocznych (Ueber Akkomodationskrampf und abnorme Akkommodationspannung bei Myopen.). Dr Herbst (Halle n. Salą).

Oba te stany ściśle odróżnić należy; nie można bowiem nazwać skurczem stanu, który znika przy przedmiotowem oznaczaniu refrakcyi wziernikiem, aby znów się zjawić, gdy chory na jakikolwiek przedmiot patrzeć usiłuje. Stan taki przydarza się, zdaniem autora, dosyć często u ludzi krótkowzrocznych, czyli, że podmiotowo wymagają oni silniejszych szkieł, aniżeli to przedmiotowemu oznaczeniu refrakcyi odpowiada. Aby taki stan nadmiernego napięcia akomodacyi usunąć, radzi autor zakraplać przez 14 dni atropinę, a następnie po 10dniowym wypoczynku powtórnie oznaczyć refrakcyę. Po takiem przedwstępnem leczeniu podmiotowe i przedmiotowe badania dają zazwyczaj zgodne wyniki.

Bodźcem dla takiego skurczu akomodacyi może stać się zbieżność gałek ocznych, potrzebna do patrzenia z blizka, jak to następujący, przez autora leczony, przypadek udowadnia: Młody chłopiec, mający ze szkłem + 0·5 pełną bystrość wzrokową, czyta z blizka zaledwie w 12 cm druk, który powinien czytać w 40 cm. Gdy mu jednak do jego szkła dodano pryzmat 4° podstawą do nosa zwrócony, czytał gładko ten sam druk w prawidłowej odległości. Temu choremu polecono również 14dniowe leczenie atropiną.

Przypadek gruczolaka powieki górnej, wychodzącego z gruczołu Meiboma (Ein Fall von Adenom der Meibom'schen Drüsen.). Pause (Berno.).

U 75cioletniego starca utworzył się w przeciągu kilku miesięcy w górnej powiece oka lewego guz wielkości jaja gołębiego, wykazujący na dolnym swym brzegu nieznaczne owrzodzenie. Skóra nad guzem ścieńczała, zresztą prawidłowa, ponad guzem łatwo przesuwalna. Obmacywaniem wykazać można było płatową budowę nowotworu. Guz w całości wyłuszczono, a powiekę zeszyto. Po wygojeniu się rany operacyjnej, czynność powieki była prawidłową.

Badanie drobnowidowe wyłuszczonego guza wykazało, iż był to gruczolak, wychodzący z gruczołu Meibom'a.

W sprawie wydzielania płynu przedniej komory po punkcyi tejże (Ein klinischer Beitrag zur Frage der Secretion des Kammerwassers nach Punction der Vorderkammer.). W. Stock (Freiburg).

Z powodu *seclusio pupillae oculi utriusque* wykonał autor u chorej obustronną irydektomię. Pomimo, iż przed operacyą tęczówka wszędzie przylegała do soczewki, jak gdyby z nią na całej płaszczyźnie była zrośniętą, nagle, po odpuszczeniu płynu przedniej komory, wypukliła się ona bochenkowato ku przodowi. Po irydektomii tęczówka znów w prawidłowem miejscu się ułożyła. To samo zjawisko powtórzyło się, gdy w kilka dni później wykonano irydyktomię na drugiem oku.

Na podstawie tego spostrzeżenia przychodzi autor do wniosku, iż po odpuszczeniu płynu z przedniej komory, gdy parcie się w niej zmniejszyło, nagle ciecz obficie poczęła się wydzielać na tylnej ścianie tęczówki.

Münch. med. Woch. 1904, Nr 49 (Ref. Dr Ed. Goldwasser.).

Czy ropne zapalenie bocznych jam nosa wywołuje zwężenie pola widzenia? (Bedingen Eiterungen der Nasennebenhöhlen eine Einengung des Gesichtsfeldes?). Doc. Dr Henrici i Dr Häffner (z Rostoku).

W ostatnich latach ogłoszono wiele prac, które wykazywały, iż istnieje przyczynowy związek między chorobami oka a zmianami patologicznemi jamy nosowej. Już samo anatomiczne sąsiedztwo wskazuje, że zdanie to jest uzasadnionem, lecz nieraz zbyt chętnie i bez należytego poparcia przykładami na związek ten się powoływano. I tak Ziem n. p. twierdzi, że $^2/_3$ wszystkich chorób ocznych są pochodzenia rynologicznego, Berger, Kuhnt, Eversbusch spostrzegali zwężenie pola widzenia jako skutek ropienia w bocznych jamach nosowych.

Najmniej wyjaśnionym wydawał się autorom ten właśnie objaw, zwłaszcza, że dotychczas nie zdołano oznaczyć, która z jam bocznych zwężenie to najczęściejby wywoływała, ani też dziwnego tego objawu wytłómaczyć. Dlatego też badali wspólnie chorych, dotkniętych ostrem i przewlekłem ropieniem bocznych jam nosa. Na 37iu badanych, 36ciu posiadało prawidłowe pole widzenia. W jednym tylko przypadku zwężenie istniało, lecz tutaj dałoby się ono wytłómaczyć nerwicą urazową — chory został uderzonym w okolicę skroniową — lub też symulacyą, za czem także przemawiał wynik dalszych badań.

Na tej podstawie autorowie twierdzą, iż nawet długo trwające ropienie bocznych jam nosa nie powoduje zwężenia pola widzenia.

1905, Nr 4. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Użycie niebieskich szkieł przy badaniu w oświetleniu sztucznem i opis prostego przyrządu do badania poczucia barw (Die Verwendung blauer Glaeser bei der Untersuchung mit künstlichem Licht nebst Beschreibung eines einfachen Apparates zur praktischen Prüfung des Farbensinnes.). Dr P. Erdmann (z Rostoku).

Do wykrywania nieznacznych powierzchownych ubytków przybłonkowych na rogówce używa się, jak wiadomo, w dyagnostyce okulistycznej rozczynu fluoresceiny *(kalium fluoresceinicum)*, która barwi miejsca obnażone z przybłonka kolorem zielonym. Sposób ten znajduje też zastosowanie przy bliższem rozróżnianiu niektórych zaćmień i nacieków w tkance rogówkowej. Zabarwienie, jakie powoduje fluoresceina, polega na zjawisku fluorescencyi, które występuje najwybitniej pod wpływem najbardziej łamliwych promieni błękitnych, fiołkowych i pozafiołkowych. Stąd to przy sztucznem świetle, czy to naftowem, czy gazowem, czy żarowem elektrycznem, zawierającem przeważnie promienie żółte i czerwone — nie można wcale dojrzeć miejsc, zabarwionych fluoresceiną. Światła sztucznego używamy jednak często bądź to przy badaniu w oświetleniu ogniskowem, bądź przy badaniu za pomocą lupy Westien-Zehender'a, lub mikroskopu rogówkowego. Aby ułatwić zatem rozpoznanie ubytków przybłonkowych w takich warunkach, zaleca autor zasłonić lampę płytą błękitnego szkła kobaltowego, przez co zjawisko fluorescencyi znakomicie się uwidacznia. Tę samą usługę mogą nam oddać okulary ze szkła niebieskiego, przez które przyglądać się możemy oku zabarwionemu fluoresceiną. Szkło kobaltowe powstrzymuje promienie żółte i czerwone, a przepuszcza tylko »zimną« część widma. W takiem oświetleniu granice miejsc zabarwionych fluoresceiną występują nieraz ostrzej nawet i wyraźniej, niż w świetle dziennem.

Autor poleca użycie fluoresceiny i szkieł niebieskich także w dyagnostyce laryngologicznej, otologicznej i rynologicznej, gdzie również bez światła sztucznego obejść się zazwyczaj nie można. Wreszcie do oglądania preparatów mikroskopowych, barwionych fluoresceiną, o ile się pracuje przy żółtem świetle lampy, — niezbędną jest zasłona ze szkła błękitnego.

Na końcu pracy podaje autor opis przyrządu, mającego służyć do badania poczucia barw. Jest to uproszczona odmiana barwnych latarni, podanych przez Eversbusch'a i William'a. —

Rév. géner. d'Opht. 1904, Nr 11. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Iritis gummosa z rzekomem hypopyon (L'iritis gommeuse à pseudo-hypopyon.). E. Rollet.

Jak kilak podskórny może robić wrażenie ropnia, tak kilak tęczówki daje nieraz powód do powstania żółtego osadu w przedniej komorze, mało różniącego się od zwyczajnego *hypopyon*. Autor przytacza dwa spostrzeżenia, odnoszące się do starszych kobiet dotkniętych zmianami kiły drugorzędnej na skórze i błonach śluzowych. U jednej i u drugiej wystąpiło zapalenie tęczówki połączone z wysiękiem ropiastym, sięgającym do połowy, względnie powyżej połowy przedniej komory. Wcierania szarej maści i *KJ* sprowadziły w obu przypadkach szybkie wessanie rzekomego *hypopyon*, przez co odsłoniło się kilakowe owrzodzenie na tęczówce. Mimo wczesnego okresu kiły (sześć i dziewięć miesięcy po wystąpieniu wrzodu pierwotnego), autor, wnosząc z wejrzenia i przebiegu zmian tęczówkowych, a zwłaszcza ze względu, że po ich wygojeniu pozostały wyraźne bliznowate wyciągnięcia, — uważa je za zmiany trzeciorzędne, a więc za kilaki.

W przebiegu kilaka tęczówki można rozróżnić cztery okresy, podobnie zresztą, jak wogóle w przebiegu zmian kilakowych: okres zbitego nacieku, okres rozmiękczenia, owrzodzenia, a wreszcie zabliźnienia. W okresie trzecim kilak tęczówki rozpada się, a *detritus* stąd powstały tworzy osad, który łatwo pomieszać z ropnem *hypopyon*. Wejrzenie jednak nieco ziarniste z powodu obecności grudek rozpadłej tkanki kilakowej, większa gęstość ropiastej masy, obecność guzka owrzodziałego na tęczówce (widocznego jednak nieraz dopiero po wessaniu osadu), wreszcie równocześnie istniejące zmiany kiłowe na skórze — ułatwia nam rozpoznanie. W razach wątpliwych można rozpoznać tło choroby *ex juvantibus*. —

Wiener Med. Presse. Nr 50. 1904. (Ref. W.).

Odczepienie ciałka szklistego (Ueber Glaskoerperabloesung.). Prof. Elschnig.

Przytoczywszy rozwój naszej wiedzy o tem nie dość jeszcze znanem zjawisku patologicznem, które, zdaniem Weiss'a, już wziernikiem stwierdzonem być może, a bywa wyrazem poczynającej się myopii, wykazuje autor wynik swoich badań. Na 22 ócz o najrozmaitszych stopniach krótkowzroczności, poddanych sekcyi, tylko w czterech o 4, 10, 20 i 25 d. znalazł stan ciałka szklistego, mogący makroskopijnie uchodzić za odczepienie ciałka szklistego, w rzeczywistości zaś było to tylko rozwodnienie ciałka. Wnioskuje więc

z tego, że krótkowzroczność do odczepienia nie usposabia, a nadto zauważa, że i w 4ech przypadkach odczepienia siatkówki, powstałego wskutek *retinitis albuminurica*, i w piątym przypadku samoistnego odczepienia siatkówki w oku wysoce krótkowzrocznem nie było odczepienia ciałka, które zwykle, wedle utartego zdania, miałoby w przyczynowym z takowem być związku.

Opierając się na jednem oftalmoskopijnie stwierdzonem, a później przez autopsyę badanem oku, zaznacza, że lejkowate odczepienie ciałka szklistego objawia się w postaci pędzelkowato od tarczy ku przodowi, na podobieństwo *art. hyaloidea*, rozchodzących się tworów.

III. Z TOWARZYSTW.

Doroczne zebranie brytyjskiego towarzystwa lekarskiego — w Oxfordzie (26—29 lipca 1904.).

W sekcyi fizyologicznej miał Grossmann (z Liverpoolu) wykład o mechanizmie akomodacyi na podstawie własnych badań i spostrzeżeń. U pewnego osobnika, dotkniętego wrodzonym brakiem tęczówki, stwierdził on za pomocą skiaskopii oraz obrazków Purkinje-Sanson'a, że podczas akomodacyi, a jeszcze wybitniej po zapuszczeniu ezeryny, wytwarza się *lenticonus anterior* i *lenticonus posterior*, a przytem soczewka przesuwa się w całości ku górze wewnątrz. U pewnego 37letniego mężczyzny zauważył znów autor przesunięcie obu źrenic — symetrycznie również ku górze wewnątrz, podczas aktu akomodacyi. Chcąc bliżej poznać zmianę postaci soczewki podczas akomodacyi, przynajmniej u zwierząt, przedsięwziął on szereg prób na oczach kotów. Badania polegały na tem, że do jednego oka zapuszczał atropinę, do drugiego ezerynę, poczem obie gałki wyłuszczał i zamrażał je natychmiast w alkoholu, oziębionym za pomocą płynnego bezwodnika kwasu węglowego. Następnie robił przekroje tych zamrożonych gałek w różnych kierunkach i wykonywał zdjęcia fotograficzne, wykazujące różnice w postaci soczewek. Na zdjęciach tych widać bardzo wyraźnie, że tylna powierzchnia soczewki w oku atropinowanem jest w środku nieco przypłaszczona, natomiast w oczach, w które wpuszczana była ezeryna, soczewki okazują wybitne stożkowate wypuklenie tylnej powierzchni, nie zajmujące jednak części przyosiowej, lecz przesunięte o $^1/_4$ średnicy soczewki powyżej jej osi optycznej. Analogiczne mimośrodkowe przesunięcie tylnego stożka soczewkowego ku górze wewnątrz udało

się autorowi wykazać także u człowieka (oprócz przesunięcia całej soczewki *en masse*) na podstawie ścisłych pomiarów, dokonanych za pomocą oftalmometru Helmholtz'a. — *K. W. Majewski.*

Z towarzystwa lekarskiego w Halli n. S.

Posiedzenie z dn. 9 listopada 1904.

Na posiedzeniu tem odbyła się dyskusya o różnicy między *nadmiernem napięciem akomodacyi, a skurczem akomodacyjnym.*

Herbst badał w tym kierunku 80 krótkowidzów; między tymi znalazł 8 przypadków nadmiernego napięcia akomodacyi, a tylko 1 przypadek skurczu akomodacyjnego. Przyłącza się też do zdania tych autorów, jak n. p. Hess, Hirschberg, którzy twierdzą, że skurcz akomodacyjny jest rzadkością, a objawy, objęte tą nazwą, są jedynie wynikiem nadmiernego napięcia akomodacyi.

Schmidt-Rimpler, który pierwszy zwrócił uwagę na tę różnicę, zaznacza ponownie, że wśród uczniów szkół, przez mowcę badanych, 10—30 na 100u było dotkniętych nie skurczem, lecz nadmiernem napięciem akomodacyi. Objaw ten rozpoznaje się wówczas, gdy wziernik wykazuje mniejszą łamliwość, niż badanie szkłami. Występuje on wskutek chwilowego skurczu m. rzęskowego pod wpływem impulsu wzrokowego. Wobec tego trudno objaw ten nazwać »skurczem« akomodacyi, bo inaczej należałoby uważać badanie wziernikiem za środek leczący stan skurczowy mięśnia. Rzeczywisty »skurcz akomodacyi« nie ustępuje przy wziernikowaniu. — *E. G.*

IV. ROZMAITOŚCI.

Szpital dla chorych na oczy zbudowano ze zapisu Adolfa Rotschilda w Paryżu. Lekarzem naczelnym został Dr Trousseau.

Tow. oftalmologiczne.

Tow. oftalmologów francuskich odbędzie swe zebranie doroczne od 1—5 maja b. r. w Paryżu.

Tow. oftalm. w Heidelbergu od 3—5 sierpnia.

Tow. węgierskich oftalmologów od 11—12 czerwca w Budapeszcie.

Kongres włoskich oftalmologów w Neapolu od 10—14 października.

Nowe czasopismo okulistyczne wydaje prof. Parisotti w Rzymie p. t. Rivista italiana di Oftalmologia.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Gallemaerts mian. prof. okulistyki w Brukseli na miejsce ustępującego prof. Coppez'a.

Doc. Dr Łobanow mian. prof. w Tomsku, doc. Dr Sachsalber prof. nadzw. w Gracu.

Habilitowali się: Dr Orlandini w Sienie, Dr Morgano w Katanii.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Budapeszcie zmarł prof. Schulek.

Ur. się tamże w r. 1843, a nauki lekarskie pobierał we Wiedniu, skąd, po uzyskaniu stopnia doktora wszech nauk lekarskich, udał się do Berlina, by pod okiem Graefe'go wykształcić się w okulistyce; dalej zwiedził w tymże celu Londyn, Paryż, a powróciwszy do Wiednia, przyjął asystenturę na oddziele prof. Arlt'a, gdzie przebywał od r. 1867—1872, t. j. do powołania go na katedrę okulistyki do Koloszwaru (Klausenburga). W r. 1874 dostaje katedrę zwyczajną okulistyki przy uniwersytecie w Peszcie. Tu do ostatnich chwil był czynnym jako kierownik znakomitej, wedle własnych jego planów zbudowanej kliniki uniwersyteckiej.

Ogłosił drukiem wiele prac. Wydawał najprzód dodatek »Szemeszet« do pisma ogólnolekarskiego »Orvosi Hetilap«, pomieszczając w nim prace i spostrzeżenia własne i swych licznych uczni. Od roku 1895 wydaje w nieregularnych odstępach pojawiające się obszerne publikacye p. t. »Ungarische Beitraege zur Augenheilkunde», gdzie wiele cennych znajdujemy prac zbiorowych wydawcy i węgierskich okulistów.

Cześć pamięci dzielnego pracownika na niwie naszej wspólnej.

W.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BALLABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Kwiecień—Maj | ROCZNIK SIÓDMY | 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Śródbłoniak oczodołu.

Podał

DR KONRAD RUMSZEWICZ

z Kijowa.

2/VIII. 1904 r. M. L., 28letnia kobieta, zupełnie zdrowa i silnej budowy. Wzrok w obu oczach zupełny, łamliwość prawidłowa. Prawa gałka oczna, wcale prawie niewysadzona, jest o tyle odsuniętą ku dołowi, że dolny brzeg źrenicy znajduje się pod brzegiem powieki dolnej. Ruchy gałki prawidłowe we wszystkich kierunkach, prócz ku górze, w którym to kierunku ruch jest znacznie zmniejszony. Dno oka zupełnie prawidłowe. Rodzice chorej utrzymują, że już wkrótce po urodzeniu prawa gałka była cokolwiek odsuniętą ku dołowi, od 3ech lat jednak zboczenie coraz znaczniejszem się stawało.

W samym środku brzegu górnego oczodołu, w obrębie prawie 3 ctm, bezpośrednio pod brzegiem wyczuwać się dawał brzeg utworu dość twardego. Mały palec przesunąć można było na pewną odległość pomiędzy gałką oczną a owym utworem.

4/VIII. wykonałem w skórze, bezpośrednio pod brwią, cięcie 6 ctm długie i przeciąłem powięź, poczem brzeg utworu wyraźnie wystąpił. Oddzieliłem go ostrożnie od części ku dołowi położonych, wyciągnąłem ku przodowi kleszczykami, poczem oddzieliłem go od górnej ściany oczodołu. Założyłem na ranę trzy szwy, które usunąłem po czterech dniach. Po tygodniu rana była zupełnie wygojoną i położenie gałki w oczodole stało się prawidłowem. Guz był zawarty w torebce. Miał dłuższą znacznie średnicę przedniotylną (2,5 ctm), ku tyłowi zwężał się znacznie. Najdłuższa średnica poprzeczna = 2 ctm, grubość przeszło 1 ctm. Przechowałem go w 10%owym roztworze formaliny, dodając trochę kwasu chromowego.

Środkowe cięcia strzałowe guza przypominały nieco przecięcie podłużne nerki. Zewnętrzna (górna) powierzchnia była mniej wypukłą i nieco dalej ku tyłowi od środka jej znajdowała się jakby przerwa, prawie 0,5 ctm wielka, było to miejsce, w którem guz był zrośnięty z okostną oczodołu. Pozatem guz otaczała torebka z włóknistej tkanki łącznej, od której do istoty guza wchodziło kilkanaście wyrostków, tworząc jakby przegródki. Wyrostki te zresztą zagłębiały się nieznacznie tylko do istoty guza i następnie dzieliły się na bardzo cienkie, ledwie widoczne przegródki, których rozgałęzienia tworzyły jakby wachlarze. Od przerwy wspomnianej w torebce do istoty guza wstępowała włóknista luźna tkanka łączna, naczynia krwionośne zawierająca, która stanowiła środek nowotworu, zajmujący prawie trzecią część powierzchni jego. Unaczynienie guza niezbyt było obfite; naczynia krwionośne nieprawidłowo rozgałęziały się w istocie jego. Pod torebką włóknistą znajdowało się pasemko tkanki gruczołowej, przeszło 2 mm grubości mające, które otaczało więcej, niż trzecią część przednią guza. Pod względem budowy tkanka ta w niczem się nie różniła od gruczołów łzowych. Obok zrazików, dość często dawały się w niej napotykać przewody, niekiedy znacznie nawet rozszerzone. Od istoty guza tkankę gruczołową odgraniczała dość gruba przegródka z włóknistej tkanki łącznej. Ku dołowi i ku tyłowi, mniej więcej szóstą część pasa obwodowego guza, —

środek, jak nadmieniłem już, był utworzony przez tkankę łączną, — zajmowała tkanka, która na pierwszy rzut oka zupełnie przypominała tkankę gruczolaka. Mieliśmy tu podłużne i poprzeczne przekroje rurek gruczołowych, wysłane nizkim walcowatym lub sześciennym przybłonkiem. Na rurkach często znajdowały się pączki, jakby nowopowstające lub zarodkowe przewody gruczołowe. Niekiedy łączyły się z niemi dość znacznej wielkości próżnie torbielowe, które wyścielały zwykle zupełnie płaskie komórki. Rurki łączyły się ze sobą, tworząc sieć. Nie tylko nie posiadały własnej błony, lecz nie oddzielały się wyraźnie od podścieliska. Ciąg dalszy rurek stanowiły często całkowite pasemka komórek, które traciły zupełnie postać walcowatą, stawały się wrzecionowatemi lub wyraźnie płaskiemi, następnie często ginęły w podścielisku, niekiedy bezpośrednio przechodząc we włókienka tkanki łącznej. Podścielisko bardzo słabo załamywało światło, komórki w niem łączyły się ze sobą, tworząc sieci, a całość stanowiła zupełną tkankę śluzową. Pasemka dzieliły się na mniejsze, a w miejscach podziału powstawały jakby węzełki, w których dokładnie widzieć można było stopniowe postacie przejściowe jąder śródbłonka naczyń do komórek nowotworu. Oczywiście mieliśmy w tej części guza tkankę najbardziej młodą. Nieco dalej w częściach obwodowych guza widzieliśmy drobne naczynia chłonne i początkowe szczeliny ich w tkance zupełnie wypełnione przez komórki, obok nich zaś i w bezpośredniem z niemi połączeniu — dość obszerne przestwory, jakby drobne torbiele, a w nich skrzep białkowy z bardzo nieznaczną ilością komórek limfoidalnych. Nawet w środkowej części guza, pośród tkanki łącznej również widoczne były odosobnione gniazda, które najzupełniej przypominały wypełnione przez komórki drobne naczynia chłonne. Główną część obwodowego pasa guza stanowiły komórki wrzecionowate, względnie płaskie, ułożone w pasemka, położone w dość znacznej od siebie odległości pośród podścieliska śluzowego. Oczywiście mieliśmy tu śródbłoniak z naczyń limfatycznych powstały, nadto włóknisty i torbielowaty.

Jakież mamy wytłómaczyć sobie w danym przypadku

powstanie i rozwój nowotworu? Z wywiadów wiemy, że już wkrótce po urodzeniu widocznem było odsunięcie gałki ku dołowi. Badanie drobnowidowe wykazało obecność w brzegu przednim guza tkanki gruczołowej, pod względem budowy zupełnie do tkanki gruczołów łzowych podobnej. Prawdopodobnie mieliśmy w danym przypadku zbłąkane dodatkowe gruczoły łzowe, które ze skroniowej części oczodołu przesunęły się ku części jego środkowej. Gruczoły te mogły być powodem początkowo dostrzeżonego odsunięcia gałki ku dołowi. Następnie, mniej więcej przed trzema laty, w okolicy gruczołu tego powstawać zaczął nowotwór — śródbłoniak, który był powodem wtórnego, o wiele więcej znacznego odsunięcia gałki ku dołowi. Zdanie to zdaje się potwierdzać okoliczność, że w tkance gruczołowej wpływ ucisku z zewnątrz wywieranego bardzo był widoczny, gdyż, najpierw, nie tylko przewody gruczołowe bardzo były rozszerzone i znajdowałem je niekiedy zupełnie dokoła przez nowotwór ściśniętemi, lecz nadto w obwodowych częściach pasemka gruczołowego zraziki były zanikłe i odosobnione pomiędzy dwiema warstwami tkanki włóknistej.

Guzy oczodołu stanowią mniej więcej połowę wszystkich cierpień jego, zatem mniej więcej 0,001% cierpień oka*). Znane są przepukliny mózgowe i torbiele przez wągry i bąblowce spowodowane. Często też znajdujemy w oczodole torbiele skórzakowe. W jednym z tych utworów (Barnes) znaleziono nawet zęby w ścianie torbieli, to też Berlin słusznie zalicza je do potworniaków. W istocie, badania dokładniejsze wykazały, że powstają one początkowo w skórze i później dopiero następuje wgłobienie ich do oczodołu. Zupełnie wybitne potworniaki oczodołu opisali Braer i Weigert i Courant. Jennigs, Alt i Lodato opisali mięśniaki oczodołu. Z właściwych nowotworów znane są raki, gruczolaki, naczyniaki, mięsaki, tłuszczaki, chrząstniaki i kostniaki. Schaaf[1]) u 40,415

*) Graefe u. Saemisch Handb. d. gesammt. Aghk. Isze wydanie, VI, 4, str. 658.

chorych, którzy uczęszczali do kliniki w Giessen przez lat 12, znalazł guzy oczodołu u 46ciu, a z tych guzy pierwotne miały miejsce tylko w 12 przypadkach, w innych zaś były wtórne. Z pierwotnych nowotworów w 6ciu przypadkach były skórzaki — wypadałoby zatem, że guzy potworowe stanowią połowę pierwotnych nowotworów oczodołu.

W r. 1895 Van Duyse[2]) opisał dwa przypadki śródbłoniaka oczodołu, który powstał ze śródbłonka krwistych lub chłonnych naczyń. W r. 1897 opisał on[3]) utwór śródbłonkowy, powstały ze śródbłonka chłonnych przestworów onaczyniowych *(perithelioma)*. Rogman[4]) opisał guz śródbłonkowy w grudzole łzowym powstały. Później śródbłoniaki oczodołu opisali: Krückmann[5]), Ewetzky[6]), Thompson Hugh[7]), Lilcock i Devereux Marschall[8]) i Snell[9]). Wnosząc z podanych opisów, do śródbłoniaków zaliczyć należy również przypadki, opisane przez Alexandr'a[10]) pod nazwą splotowatego mięsaka, i Czernego[11]) pod nazwą splotowatego mięsaka śluzowego.

Literatura.

1. Schaaf: Zur Casuistik der Orbitalgeschwülste. Diss. Giessen. 1903.
2. Van Duyse: Arch. d'ophthalmologie, XV, str. 613.
3. — Annales de la société de médecine de Gand.
4. Rogman: An. d'oculistique. 1900. Février.
5. Krückmann: Bericht über die 29. Versammlung der ophtalm. Gesellsch. zu Heidelberg, str. 245.
6. Ewetzky: Tamże, str. 247.
7. Thompson Hugh: Ophth. Review. 1901, str. 355.
8. D. Marschall: Ophth. Hospit. Reports. XV, p. II, str. 129.
9. Snell: Opth. Review. str. 89, 1902.
10. Alexander: Klin. Monatsblätter f. Aghk. 1874, str. 164.
11. Czerny: Arch. Langenbecka. XI, str. 234.

2. Operacye przeciw jaskrze a nagniatanie gałki następowe.

Uwagi

BOL. WICHERKIEWICZA.

Wiadomo, że zdania co do działania skuteczności, czy to iridektomii, czy sklerotomii przeciw jaskrze są dziś jeszcze podzielone. Co do pierwszej to jedni autorzy, a do nich przedewszystkiem należy inicyator tego rękoczynu t. j. Graefe, który przyznał zresztą, że »die Wirkung der Iridectomie ist möglicherwei sehr zusammengesetzt«, przypisują działanie przedewszystkiem wycięciu kawałka tęczówki jako błony ciecz wodną wydzielającej i dlatego starają się wyciąć jak największy kawałek.

Gdy Graefe otwarcie przyznał się, iż teorya działania iridektomii jest mu niejasna, starano się tę niejasność rozproszyć stawiając coraz to nowe teorye. Donders sądził, iż iridektomia działa przez usunięcie naprężenia nerwowego tęczówki, Schnabel widział w niej neurotomię tęczówkową, Arlt upatrywał w zmianach cyrkulacyi w naczyniówce sprowadzonych skuteczność operacyi, Ulrich widzi w iridektomii usunięcie przeszkody filtracyjnej dla kanału Schlemma, podobnie Weber i de Vincentiis. Inni, a na ich czele pierwszy Stellwag w samem cięciu skleralnem przy iridektomii upatrują główny czynnik leczniczy pozwalający rozszerzyć się powłoce twardówkowej przez wytworzenie nowej tkanki *(Intercalargefüge)*, gdy Wecker tą samą powodowany myślą przypisuje tej tkance nowoutworzonej znaczenie błony filtracyjnej, przesączającej.

Co do sklerotomii, to takowa nie wielu pozyskała sobie wogóle zwolenników, którzy idąc za przykładem Weckera wykonują ją głównie w przednim odcinku. Zwolennicy tej operacyi mniemają, że działanie to jest tylko przemijającem a najwyżej skutecznem w jaskrze prostej przewlekłej.

Na dopiero co odbytym kongresie »Towarzystwa okulistów francuskich w Paryżu«, Dr. Abadie podnosił skuteczność iridektomii we wszystkich przypadkach jaskry, a działanie tej ope-

racyi czynił zależnem od wykonania iridektomii szerokiej, ściśle obwodowej i w tym celu do operacyi, lubo nieznacznej lecz bolesnej poleca głęboką narkozę. Nie tak dawno prof. Dianoux z Nantes ogłosił artykuł: *(Glaucome et sclerotomie Ann. d'ocul. Février 1905.)*, w którym stara się w przeciwieństwie do Dr. Abadiego podnieść znaczenie sklerotomii przeciw jaskrze. Ażeby zaś operacya ta mogła być skuteczną, konieczną jest zdaniem autora odpowiednie mięsienie gałki.

Otóż od dawna sam upatrując w wytworzeniu się odpowiedniej blizny filtracyjnej czynnik leczniczy, tak w sklerotomii jak i iridektomii przeciw jaskrze, staram się, jak już temu dawniej dawałem wyraz, przez odpowiednie nagniatanie cel ten osięgnąć. Jeżeli dziś powracam do tego przedmiotu, to czynię to po dalszem nabyciu doświadczenia w tym kierunku, a głównie wobec co dopiero wygłoszonego odczytu Dra Abadiego zaprzeczającego skuteczności działania blizny filtracyjnej. Co do iridektomii to oczywiście najważniejszym warunkiem powodzenia powinno być staranie się o to, aby ona wykonaną być mogła jak najbardziej obwodowo, i dlatego cięcie zazwyczaj nożem grotowym wykonane powinno obejmować sferę nieprzeźroczystej części rogówki. Po zrobieniu cięcia tęczówkę wyprowadzam zwłaszcza, jeżeli źrenica nie dała się przed tem zwężyć, przy pomocy tępego haczyka w ranę, a dopiero potem uchwyciwszy szczypczykami i mocno ku sobie przyciągając odcinam, nożyczki tangencyalnie przyciskając do twardówki.

Znane są każdemu operatorowi przypadki jaskry, gdzie mimo ponownego i bardzo silnego zapuszczania miotyków źrenica nie zwęża się, a pas tęczówki jest bardzo wąskim. Przy płytkiej komorze przedniej operacya bywa tutaj trudną, bo nożyka grotowego nie możemy daleko posuwać ku źrenicy, chcąc szerokie zrobić cięcie, a jednak i wycięcie tęczówki wąskie byle obwodowe obniża napięcie i równowagę w krążeniu soków gałki sprowadza, skoro tylko umiejętnie nagniatanie wykonujemy, łącząc to z dalszem stosowaniem miotyków.

Szerokość szpary jest tutaj według mego doświadczenia

dla wyniku operacyi obojętną. Dalszem staraniem jest zapobieganie wczesnemu zrośnięciu się rany. A cel ten osięgamy przez częste zmienianie opaski i lekkie mięsienie gałki poprzez powieki. Nawet w przypadkach, gdzie z jakiegokolwiek powodu iridektomia nie wypadła dość obwodowo, regularnem wykonywaniem mięsienia osięgnąć można zadowalniający trwały skutek iridektomii antyglaukomatycznej.

Co do sklerotomii przedniej to wykonywałem ją dość często dawniej przeciw jaskrze prostej, nieraz bez skutku, odkąd jednakże łączę z tą operacyą regularne mięsienie, skutek nie pozostawia nic do życzenia, a nawet w ostatnich czasach w kilku przypadkach okazała się ta operacya bardzo skuteczną przy jaskrze młodego wieku. Nagniatanie wykonywane być winno bardzo oględnie, gdyż silniejsze spowodować może, jak się o tem w kilku przypadkach przekonałem, krwawienie do przedniej komory, co w lżejszych stopniach nie będzie miało następstw, w silniejszych jednak co najmniej przebieg leczenia przedłuża.

Poleciwszy więc choremu oczy przymknąć, dwoma palcami wskazującymi wykonuję przez pół minuty lekkie nagniatanie gałki w miejscu ranki operacyjnej, przesuwając palce po przez powiekę od nosa ku zewnątrz i na odwrót. Chory nie powinien przy tem doznawać żadnego bolu.

Dla zapobiegania bolom i krwotokom winno się przed nagniataniem zastosować kokainę w połączeniu z adrenaliną. Jeżeli mimo to krwawienie nastąpi zakładam opaskę półmokrą na przeciąg kilku godzin.

Nie będę nużył czytelnika statystyką lub długimi opisami przypadków operowanych, które przez ugniatanie korzystny wzięły obrót. Uważam atoli za właściwe przytoczyć kilka przypadków objaśniających skuteczność tego postępowania, tam gdzie warunki były trudne, albo gdzie operacye zwykłe bez tego następowego leczenia mechanicznego nie miałyby wedle mego doświadczenia żadnego widoku powodzenia.

P. S. W. 30 l. z W. przybyła 8 kwietnia br. z powodu boleści doznawanych w lewem oku, na które już w drugim roku

życia po szkarlatynie chorowała, a następnie przez dłuższy czas była na nie leczoną. Od tego czasu często miewa w tem oku ból i uczuwa »zdrętwienie.« Mimo ponownie zasięganych u okulistów rad, nigdy jej o operacyi nie wspominano. Z powodu boleści doznawanych w ostatnich tygodniach pozbawiona snu, zgłasza się dziś chora pragnąc operacyi celem uwolnienia się od dolegliwości. Badanie wykazuje, iż lewe oko w wszystkich rozmiarach jest nieco powiększone. $T+2$. Poniżej środka rogówki plama okrągła 4 mm średnicy. Przednia komora miernie głęboka. Na torebce zmętnienie wystające ku przedniej komorze, średnicy 2 mm. Za pomocą wziernika rozpoznaje się, lubo z powodu zmętnienia rogówki nie bez trudności zagłębienie charakterystyczne aż do brzegu tarczy sięgające, a w otoczeniu tarczy znajdują się rozrzucone pigmentowane plamy. W= ilościowe światło. Po zapuszczeniu kilkakrotnem pilokarpiny i eseryny, które to środki źrenicę zwężyły i napięcie gałki nieco obniżyły, wykonałem tego samego jeszcze dnia na jednem posiedzeniu zabarwienie plamy rogówkowej i przednią sklerotomię (Wecker). W następnym dniu rano chora oświadcza, że po wielu tygodniach pierwszą spokojną spędziła noc. T. n. Przednia komora miernie głęboka, źrenica dość wąska. Masowanie gałki, adrenalina.

12 kwietnia. Przebieg dotychczasowy przy codziennem dwukrotnem mięsieniu dobry, tylko od wczoraj nieco silniejsze zaczerwienienie rzęskowe, które zresztą po kilku okładach z boraksu i zapuszczeniu cynku zmniejszyło się. Przednia komora pogłębiła się, a źrenica po przestaniu zapuszczania miotyków nieco się rozszerzyła, cała gałka ma wygląd prawidłowy, a zwłaszcza podpadające wystawanie oka ustąpiło. Nie tylko pod względem kosmetycznym operacya uwieńczona była korzystnym wynikiem, ale uwolniła chorą od przykrych dolegliwości. Główną część tego skutku, zdaniem mojem, przypisać trzeba nagniataniu, gdyż dawniej po sklerotomii bez tego wykonanej tak wybitnego skutku operacyi nie widywałem.

O przywróceniu wzroku oczywiście mowy być nie mogło

ale objawy jaskry stanowczo i o ile później się dowiedziałem trwale ustąpiły.

W następnym przypadku jaskry młodego wieku mogliśmy nadto stwierdzić po sklerotomii nietylko powrót gałki do rozmiarów prawidłowych, ale nadto i poprawę wzroku.

Stefania M. z R. 13 lat, przybyła dnia 24 marca 1905 i podaje co następuje:

Od 31 stycznia oko prawe boli. Leczona przez miejscowego lekarza. St. pr. Gałka prawa nieco większa od lewej i żyły rzęskowe przednie rozdęte nieco. Rogówka w górnej części okazuje słabe zaćmienia powierzchowne. Kąt rogówko-twardówkowy wyrównany. P. k. głęboka, źr. duża 10—12 mm., nieruchoma. Brzeg wolny tęczówki otoczony pierścieniem pigmentowym, na przedniej torebce plamka składająca się z drobnych punkcikowatych zmętnień. Tarcza do brzegu zagłębiona, tętnienie tętnicy średniej. Żyły ciemne trochę wężykowate. *T*+2. Pole widzenia silnie ograniczone górą i dołem *W Pro*=$^{6}/_{60}$; Sn., 1,25:25 cm. Lo=6/6; Sn 0,5 *Ter.* pr. o: Sol. Pek. Dionina.

25 marca. Prawe oko: Źrenica jeszcze bardzo szeroka. Terapia: kilka razy dziennie Pek. Wieczorem Dionina. 23 marca. Źrenica zwężyła się, lecz w kilka godzin po przestaniu zapuszczania miotyków ponownie się rozszerza. To samo, 31 marca. Pr. o. Źrenica około 6 mm. 1 kwietnia: Sclerotomia anterior o. d. 2 kwietnia. Pr. o. wydzielina skąpa, oko słabo zadrażnione. Rogówka czysta. P. K. dość głęboka, oko miękkie Ter. Pek, masowanie. 3 kwietnia. Źrenica średnio rozwarta. oko miękkie. 4 kwietnia. Nieco silniejsze przekrwienie spojówki gałki. Lekkie wydęcie miejsc punkcyi i kontrapunkcyi. Kąt rog. twardówkowy przywrócony. P. K. dość głęboka. Gałka nie powiększona a nawet robi wrażenie jakoby była mniejszą od drugiej. Oft. zagłębienie tarczy znacznie słabsze, nie dochodzi do brzegów. Chora twierdzi, że lepiej widzi. W pr. = 6/60. Ponieważ oko raczej obniżone miało napięcie przeto leczenie ograniczało się na opasce i zapuszczaniu pilokarpiny. 12 kwietnia: Oko bez podrażnienia, prawie równej wielkości z drugiem. Wydęcie

miejsc wkłucia i wykłucia ustąpiło. Oko przybrało wygląd zupełnie równy drugiemu, a badanie wzroku wykazało istotnie polepszenie, bo Wpro = 6/18.

Inne przypadki dotyczyły jaskry prostej, a sklerotomia wykonana sposobem Weckera w połączeniu z mięsieniem gałki przez kilka dni następnych nietylko trwale obniżyła napięcie, ale i wzrok nieco podniosła, tak, że uważam ten rękoczyn jako odpowiedniejszy od iridektomii, po której jak wiadomo, bardzo często wzrok obniża się w tej postaci jaskry.

Nie zastąpiłbym jednak iridektomii sklerotomią w jaskrze zapalnej, ostrej z powodów, których tutaj wyłuszczać nie potrzebuję, ale zaznaczam, iż warunek uwieńczenia operacyi dobrym skutkiem, jest nie tyle szerokie, ile bardzo obwodowe wycięcie tęczówki i wytworzenie blizny filtracyjnej, ażeby zaś ostatnią osiągnąć, trzeba nam dwa razy dziennie powtarzać nagniatanie gałki po operacyi w sposób wyżej przytoczony.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. 1905. Nr 2. (Ref. Doc. Dr Majewski).

Przypadek zaćmy, powstałej wskutek wyładowania energii elektrycznej (Un cas de cataracte due à une décharge électrique industrielle.). Desbrières i M. Bargy.

Przy czyszczeniu transformatora w elektrowni miasta Limoges został pewien 26letni robotnik rażony prądem o napięciu 20,000 wolt. Mimo tego nie został zabity, lecz stracił przytomność, poczem go dopiero po wielu trudach ocucono. Doznał głębokich oparzeń na ręce prawej i na twarzy. Gdy oparzenia te wygoiły się, badanie wykazało na lewem oku stan zupełnie prawidłowy, u prawego oka natomiast soczewka okazywała liczne drobne zaćmienia w postaci plamek bądź punkcikowatych, bądź pasemkowatych i linijnych. Plamki te rozrzucone były po całej przedniej powierzchni soczewki, najgęściej w pobliżu równika, i znajdowały się pod torebką w przedniej korze. Jądro i tylna kora zmian nie okazywały. Dno

oka prawidłowe. Bystrość wzroku tego oka była tylko trochę obniżona ($^8/_{10}$). Zaćma wyżej opisana okazała się niepostępującą, ponieważ jeszcze w rok po wypadku oko zachowało tę samą bystrość wzroku.

Autor porównywa ten przypadek ze spostrzeżeniem opisanem przez Brixę (Kl. Monatsbl. 1900, Nr 11), który u młodej telegrafistki, rażonej uderzeniem silnego prądu elektrycznego, stwierdził również zaćmienie soczewki w postaci drobnych płaneczek. Soczewka w tym przypadku jednak zaćmiła się następnie z biegiem czasu zupełnie.

W obu przypadkach — zaćmy, spowodowane działaniem elektrycznego prądu o wysokiem napięciu, wytwarzanego w celach przemysłowych, okazywały te same znamiona kliniczne, jakie są właściwe opisanym przez Gonin'a zaćmom »elektrycznym«, wywołanym przez rażenie piorunem. —

Ciało obce metaliczne w soczewce. Wydobycie za pomocą elektromagnesu. Wyleczenie bez powstania zaćmy (Corps étranger métallique du cristallin. Extraction avec l'électro-aimant. Guérison sans cataracte.). Morax.

Przypadek opisany przez Morax'a zasługuje na uwagę głównie z tego względu, że jest wyjątkowym przykładem tolerancyi, jaką może okazać soczewka oka wobec ciała obcego. Młody mechanik doznał zranienia oka lewego odpryskiem stali. Badanie wykazało nieznaczne zadrażnienie gałki ocznej, drobne zaćmienie na wewnątrz i ku górze od środka rogówki, a w odpowiadającem miejscu przedniej torebki soczewkowej cienką białą rysę. Soczewka zupełnie przezroczysta. W głębi masy soczewkowej poza jądrem widać wyraźnie utkwione ciało obce postaci igiełki o metalicznym połysku. Głębsze części oka bez zmian.

Przystąpiono do wydobycia odpryska za pomocą dużego elektromagnesu Volkmann'a, zawieszonego nad głową operowanego, leżącego poziomo. W oświetleniu ogniskowem można było widzieć, jak ciało obce za każdorazowem zamknięciem prądu zmieniało swe położenie i, prując w różnych kierunkach korę soczewkową, zatrzymywało się zawsze pod przednią torebką, która stanowiła dlań zbyt mocną zaporę. Nie bez trudu udało się wreszcie wyprowadzić odprysk do przedniej komory przez rankę, jaką on sam zadał torebce, wnikając do oka. Z przedniej komory wydobyto żelazo po nakłuciu rogówki za pomocą ręcznego elektromagnesu Hirschberg'a. Przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny. Po kilku dniach wypuszczono chorego ze soczewką zupełnie przezroczystą.

Asystent Morax'a, Dr Patry, miał sposobność badać oko

tego chorego w dziewięć miesięcy po wypadku i wydobyciu ciała obcego. Nie okazywało ono żadnych innych śladów po przebytym urazie, jak tylko nieznaczną blizenkę rogówkową i ledwie dostrzegalne linijne zaćmienie torebki soczewkowej w miejscu dawnej ranki. Zresztą soczewka zupełnie przezroczysta, a bystrość wzroku $= {}^{5}/_{10}—{}^{5}/_{7}$.

Autor podnosi wielkie zalety dużego elektromagnesu systemu Volkmann'a. Zdaniem jego przyrząd ten powinny posiadać wszystkie lecznice okulistyczne, a nawet szpitale prowincyonalne, zwłaszcza w miejscowościach fabrycznych. Ponieważ cena takiego elektromagnesu jest znaczna (a użytym może być tylko tam, gdzie jest prąd elektryczny dostatecznej siły, przyp. *ref.*), przeto autor poddaje myśl, że towarzystwa ubezpieczeń robotników od wypadków powinny we własnym interesie zakładom leczniczym i szpitalom przychodzić w tej mierze z pomocą finansową. —

1905, Nr. 3.

O działaniu antypiryny przy zaniku nerwu wzrokowego. (Note à propos de l'action de l'antipyrine dans l'atrophie optique). E. Valude.

Już w r. 1893 ogłosił Valude kilka spostrzeżeń, wykazujących korzystny wpływ antypiryny w niektórych postaciach zaniku nerwu wzrokowego. Dalsze doświadczenia pozwoliły mu ściślej określić wskazania dla tego środka, przekonał się mianowicie, że tylko w przypadkach zstępującego zaniku nerwów wzrokowych w następstwie zakaźnych spraw chorobowych mózgu (np. *meningotyphus*) można się spodziewać po antypirynie dodatnich wyników. Z 50% roztworu wodnego antypiryny (z dodatkiem ${}^{1}/_{2}\%$ kokainy) wstrzykuje on co drugi dzień 2 centymetry kubiczne pod skórę w okolicy lędźwiowej. Jeśli po 25 zastrzyknięciach wzrok się nie poprawia, nie ma celu dalej stosować antypirynę, w przeciwnym razie należy tak długo powtarzać z przerwami serye po 25 zastrzyknięć, jak długo ich korzystne skutki dają się stwierdzić.

Na potwierdzenie skuteczności antypiryny przytacza autor jedno spostrzeżenie, gdzie bystrość wzroku upośledzona do poczucia światła skutkiem zaniku nerwu wzrokowego po przebyciu ciężkiego duru z zajęciem opon mózgowych, podniosła się do ${}^{1}/_{4}$ po 10ciu miesiącach wyżej opisanego leczenia.

Nowe próby leczenia zaćmy bez operacyi. (Nouveaux essais pour guérir la cataracte sans opération). L. de Wecker.

W ostatnich czasach podjęto znowu próby nieoperacyjnego leczenia początkującej zaćmy. Autor zaleca wielką oględność w oce-

nianiu skutków polecanych w tym celu sposobów leczenia, bo zaćmiewanie się soczewki odbywa się nieraz w tak niejednostajnem tempie, że trudno wtedy orzec, czy powstrzymanie przebiegu zaćmy jest następstwem leczenia, czy dziełem przypadku. Trojaki może być cel leczenia nieoperacyjnego zaćmy: 1. Zapobieganie powstaniu zaćmy (np. na drugiem oku, gdy jedno już zaćmie uległo); 2. Powstrzymanie już wytworzonych zaćmień w dalszem ich powiększaniu się; 3. Usuwanie zaćmień soczewkowych, już istniejących. W tym ostatnim razie może być mowa tylko o zaćmieniach początkujących. Do osiągnięcia pierwszych dwóch wskazań najwięcej nadaje się, zdaniem autora, sposób zalecony w r. 1902 przez prof. Badal'a, polegający na zakraplaniu do worka spojówkowego rozczynu jodku potasu ($^1/_{10}$), co Wecker wolałby jednak zastąpić zastrzykiwaniami podspojówkowemi tegoż środka. O wynikach uzyskanych tą metodą nie dowiadujemy się nic z pracy Wecker'a, który ogranicza się na razie do zachęcania praktyków, aby robili próby w tym kierunku.

Aby uzyskać częściowe przynajmniej wyjaśnienie już istniejących zaćmień soczewki — radzi autor stosować wyciąg z wewnętrznych błon gałki ocznej, sporządzony według przepisu d'Arsonval'a i polecony pierwotnie do leczenia oderwania siatkówki. Skuteczność takiej opoterapii możnaby sobie tłumaczyć tem, że wyciąg z jagodówki zawiera bliżej nie znane składniki, które wstrzyknięte pod spojówkę przyczyniają się do poprawy odżywienia soczewki, a tem samem przeciwdziałają rozpoczynającej się w niej sprawie chorobowej.

Co do skuteczności jodku potasu istnieje tylko jedno spostrzeżenie ogłoszone w literaturze (Verderau z Barcelony), gdzie po 18 wstrzyknięciach zaćmienia soczewki tak się wyjaśniły, że bystrość wzroku z $^1/_{10}$ podniosła się na $^2/_3$, i to w przeciągu dwóch miesięcy.

Wecker radzi wstrzykiwać 5% rozczyn jodku potasu z dodatkiem 1% akoiny, lub 2% kokainy — i to nie pod spojówkę, ale nieco głębiej dla uniknienia znaczniejszej chemozy.

Do ocenienia skutków wstrzykiwań może służyć prócz często powtarzanego badania bystrości wzroku oraz przedmiotowego badania soczewki przy rozszerzonej źrenicy, także sposób polecony przez Darier'a, pozwalający inteligentnym chorym badać sobie entoptycznie zaćmienia soczewki. Poleca on patrzeć okiem badanem na płomień świecy umieszczony w odległości 5 m. przez soczewkę dwuwklęsłą o sile 30 lub 40 D. W tych warunkach widzi chory najdrobniejsze zaćmienia własnej soczewki jako cienie w obrębie jasnej plamy.

Zastosowanie suchego, przegrzanego powietrza w okulistyce. (Des bains d'air sec surchauffé en oculistique). F. Ostwalt.

Opierając się na zdobyczach terapii ogólnej, mianowicie na skuteczności przyrządów Tallermanna, pozwalających stosować na poszczególne okolice ciała wysoką ciepłotę w postaci gorącego, suchego powietrza, obmyślił autor swój »termaërofor« przeznaczony do użytku w cierpieniach oka. Przyrząd ten składa się z trzech części: z piecyka gazowego, w którym rozgrzewa się powietrze, przechodzące przez rurkę zwiniętą w postaci wężownicy; z puszki pokrytej asbestem i dającej się otwartą stroną ściśle przyłożyć do obwodu oka i z trzymadła sprężystego, za pomocą którego cały przyrząd jest przymocowany do głowy chorego. Ciepłotę powietrza zawartego w puszce wskazuje wpuszczony w nią termometr. Zwyczajnie oko znosi dobrze suche gorąco, dochodzące do 150° C. Często jednak można podnieść temperaturę do 165° C, a nawet do 175° C. Jest rzeczą ciekawą, że gałka oczna sama lepiej znosi te wysokie ciepłoty, zdaje się, dzięki wydzielaniu łez, które ustawicznie parują, niż skóra powiek. Dlatego to lepiej jest, jeśli cierpienie, dla którego stosuje się termaërofor, pozwala choremu trzymać w puszce oko szeroko otwarte. Autor zakłada swym chorym przyrząd ten raz, czasem nawet dwa razy dziennie. Posiedzenia trwają po 30 minut. Płomyk gazowy gasi się 5—8 minut wcześniej, aby ciepłota przepuszczonego powietrza spadała stopniowo. Dobrze jest po odjęciu termaëroforu przykryć oko warstwą waty na przeciąg jednej godziny. — Wskazania dla tego sposobu termoterapii są bardzo liczne. Ostwalt używa swego termaëroforu wszędzie tam, gdzie dotąd jeszcze powszechnie stosują ciepłe okłady w różnej postaci i uzyskuje lepsze wyniki, jak o tem świadczy jedno szczegółowo przytoczone spostrzeżenie kliniczne.

Przywrócenie krążenia siatkówkowego zapomocą anastomoz w następstwie zaczopowania tętnicy środkowej siatkówki. (Rétablissement de la circulation rétinienne par des anastomoses à la suite d'une obstruction de l'artère centrale). Dr Gonin (z Lozanny).

U 64 letniej kobiety przyszło do zaczopowania tętnicy środkowej siatkówki u oka lewego. Autor, wziernikując oko to w trzy miesiące później, stwierdził zupełny zanik tarczy nerwu wzrokowego ze znacznem zwężeniem naczyń. Żyły siatkówkowe okazywały światło do połowy zwężone, a tętnice w obrazie odwrotnym nie były w obrębie tarczy dostrzegalne i zdawały się wychylać na powierzchnię dopiero w pewnej odległości od obwodu tarczy. W obrazie

prostym widać było jednak ich początki, jako niezmiernie cienkie niteczki, wychodzące z przybrzeżnych części tarczy n. wzrokowego. Tętniczki te tworzyły esowate zgięcia, niektóre z nich zlewały się po dwie, a nawet po trzy, aby utworzyć grubsze nieco naczynia widzialne już także w obrazie odwróconym. Autor przytacza też zupełnie podobne spostrzeżenie opisane przez Nettleship'a. W obu przypadkach wytworzenie krążenia obocznego należy, zdaniem autora, przypisać stałym, przez Lebera opisanym włosowatym połączeniom między rozgałęzieniami tętnicy środkowej siatkówki a takzwanym *circulus arteriosus Zinn'ii*, który okala tarcz nerwu wzrokowego. Połączenia te są zbyt drobne i nieraz tak głęboko położone, że ich w prawidłowych warunkach wziernikiem dostrzedz nie można. Znaczenia nabierają one dopiero w razie zatkania pnia tętnicy środkowej siatkówki, rozszerzają się wtedy i powiększają tak, że krążenie w siatkówce przynajmniej częściowo zostaje przywrócone. Oczywiście, że, zanim to nastąpi, zdolność czynnościowa siatkówki, jeśli zatkanie pnia *art. centr. ret.* było zupełne, ginie tymczasem bezpowrotnie.

Uwagi o złogach w przewodzikach łzowych. (Note sur les concrétions des canalicules lacrymaux). V. Morax.

Autor spostrzegał dwa przypadki, w których wystąpiło łzawienie skutkiem zatkania przewodzików łzowych złogami grzybkowymi. W jednym z tych przypadków czopek wydobyty z dolnego kanaliku łzowego został poddany szczegółowemu badaniu bakteryologicznemu, które wykazało, że składał się on w całej swej masie z drobnoustrojów jednego rodzaju posiadających następujące znamiona: były to nitkowate prątki splątane w gęstą sieć, dające hodowle zarówno aerobowe jak i anaerobowe. Ta względna anaerobioza dobrze się zgadza z bujnym rozwojem prątków w przewodzikach łzowych, gdzie dostęp powietrza jest trochę utrudniony. Prątek ten nie rośnie na ziemniaku, w bulionie natomiast wytwarza kolonie dość podobne z wejrzenia do złogów, jakie tworzy w kanalikach łzowych. Dla zwierząt nie jest chorobotwórczym. Barwi się różnymi barwikami anilinowymi oraz Gramem.

Autor przypomina, że pierwszym, który opisał (w r. 1873) złogi bakteryjne w przewodnikach łzowych, był Cohn. On to nazwał drobnoustrój, dający powód do tych złogów, *streptothrix Foersteri*. Z powodu tożsamości znamion uważa autor grzybek znaleziony w swoim przypadku za tę samą odmianę *streptothrix*.

Arch. d'Opht. 1904. Nr 12. (Ref. Doc. Dr Majewski).

Przyczynek do hygieny ocznej (Contribution à l'hygiène oculaire.). J. Eliasberg (z Witebska).

Do szybkiego oceniania hygienicznej wartości danego druku podał Cohn kartonik z wyciętym otworem wielkości i postaci 1go kwadratowego centymetra. Kartonik ten przykłada się do zadrukowanej stronicy. Druk odpowiada wymaganiom hygieny ocznej wtedy, jeśli w obrębie kwadratowego okienka mieszczą się co najwyżej dwa wiersze. Oczywiście, że muszą być oprócz tego spełnione rozliczne inne warunki, bo nie tylko odstęp pomiędzy wierszami odgrywa tu rolę, ale i wielkość i rodzaj czcionek, długość wierszy, odstępy między literami i między wyrazami, czernidło drukarskie, jakość papieru i t. d. Ponieważ jednak wielkość odstępu między wierszami zależy z reguły od wielkości liter, więc sposób podany przez Cohn'a pozwala na szybkie skontrolowanie większej ilości książek i czasopism co do głównego warunku hygieniczności druku.

Eliasberg zbadał opisanym sposobem 52 podręczników i książek szkolnych, używanych w ludowych i średnich szkołach miasta Witebska. Z tych tylko trzy miały druk odpowiadający warunkom hygienicznym, we wszystkich pozostałych wypadały trzy, a nawet cztery wiersze na 1 centymetr kwadratowy. Z pośród 35 czasopism, częścią dzienników politycznych, częścią tygodników i miesięczników różnej treści — zaledwie trzy posiadają druk pod względem hygieny ocznej wystarczający. Nawet *Wiestnik Oftalmologii* był za dawnej redakcyi źle drukowany, obecnie jednak wykazuje już druk poprawny. Przy tej sposobności przypomina autor, że i z ośmiu niemieckich czasopism okulistycznych tylko jedna *Ophthalmologische Klinik* jest drukowana wedle wymagań hygieny wzroku.

Autor wykonał też pomiary druku w 44ech wydawnictwach francuskich rozmaitej treści, w tej liczbie wielu dzieł lekarskich, a szczególnie okulistycznych. Tylko w 5ciu wydawnictwach próba wykazywała wystarczający rozstęp między wierszami (2 wiersze na 1 cm^2), a do nich należy Panas'a *Traité de maladies de yeux* — we wszystkich innych wypada po 3, a nawet po 4 wiersze na 1 cm^2.

Eliasberg poleca metodę Cohn'a do użytku władz, mających zatwierdzać książki i podręczniki szkolne i zwraca uwagę, że nie tylko główne ustępy, ale wszystko powinno być drukowane odpowiednio dużemi czcionkami. Występuje on przeciw nadużywaniu przez autorów tak zwanych not u dołu stronicy, które z reguły są drukowane drobnemi czcionkami — i przytacza zdanie Cohn'a,

że lepiej wszystkie mniej ważne rzeczy zupełnie z książki usunąć, niż je umieszczać w drobnodrukowanych ustępach.

[Spis książek francuskich, badanych metodą Cohn'a, umieszczony w pracy autora, zestawiony jest drobnym drukiem, którego *trzy* wiersze widać w okienku jednocentymetrowem. Stosując się do przytoczonej przez siebie rady Cohn'a, powinien był autor ustęp ten opuścić. *Przyp. ref.*]. —

Zapalenie rogówki miąższowe z przebiegiem złośliwym i ciąża. Przerwanie ciąży. Wyleczenie. (Kératite parenchymateuse maligne et grossesse, avortement provoqué, guérison.). Dr Trantas (z Konstantynopola).

Do greckiego szpitala w Konstantynopolu zgłosiła się 27letnia Helia z powodu cierpienia oka lewego. Kobieta była w ósmym miesiącu ciąży. Badanie oka wykazało zaćmienie rogówki tak znaczne, że tęczówki wcale nie było widać. Było to zaćmienie miąższowe, które z powodu silnego wysycenia robiło wrażenie nacieku ropnego. Wrażliwość czuciowa rogówki znacznie upośledzona. Pomimo energicznego leczenia miejscowego i ogólnego (wcierania szarej maści i zastrzykiwania rtęciowe) gałka oczna w niedługim czasie przeszła w zanik zupełny. Wkrótce potem chora urodziła na czasie dziecko nieżywe.

We dwa miesiące później Helia zastąpiła znowu i w drugim miesiącu ciąży zauważyła mgłę przed okiem prawem. Tym razem zgłosiła się do lekarza natychmiast i była leczoną tak samo, jak podczas choroby lewego oka. Ale leczenie i tu nie odnosiło skutku, stan oka coraz bardziej się pogarszał i wszystko wskazywało na to, że oko to ulegnie również zanikowi. W przypuszczeniu, że przyczyną złośliwego przebiegu choroby i nieskuteczności leczenia rtęciowego jest ciąża, zdecydował się autor sprowadzić poronienie, co też zostało uskutecznione. Od tej pory w cierpieniu oka nastał stanowczy zwrot ku lepszemu. Rogówka zaczęła się szybko wyjaśniać i chora pod wpływem dalszego leczenia odzyskała wystarczającą bystrość wzroku, aby powrócić do swych zwykłych zajęć.

Autor wylicza spostrzeżenia opisane w literaturze, gdzie z powodu ciężkich schorzeń oczu z pomyślnym dla wzroku skutkiem przerwano ciążę. Były to przypadki: *retinitis albuminurica, amotio retinae, atrophia n. opt. utr., ulcus corneae c. hypopyo.* Do rzędu tych chorób przybywa teraz także *keratitis parenchymatosa gravis.*

1905. Nr 1.

Kilka uwag klinicznych nad hemianopsyą (Quelques considérations cliniques sur l'hémianopsie.). Dr A. Poulard.

Z wielkiej liczby przypadków hemianopsyi, spostrzeganych w klinice okulistycznej w *l'Hôtel Dieu*, przytacza autor dwa, jako odbiegające nieco od zwykłego typu. W pierwszym przypadku u 67-letniego starca zachodziła hemiachromatopsya. Choroba rozpoczęła się nagle silną migreną. Rano zauważył chory, że przedmioty znajdujące się po lewej ręce widzi słabiej, niż po prawej. Badanie pola widzenia wykazało nieznaczne tylko, obwodowe zwężenie granic dla barwy białej, natomiast zupełną utratę wrażliwości dla wszystkich innych kolorów w obu lewych połowach pól widzenia. Bystrość wzroku naosiowa była tylko nieznacznie upośledzona. Nie jest to czysty przypadek hemiachromatopsyi, ponieważ i barwy białej nie rozróżniał chory w lewej połowie pola widzenia tak wyraźnie, jak w prawej. Stan ten zatem, zdaniem autora, można raczej uważać za hemianopsyę jednostronną niezupełną.

Drugie spostrzeżenie odnosi się do 66letniej kobiety, która w jednym roku dwa razy straciła wzrok na obu oczach skutkiem hemianopsyi podwójnej. Za pierwszym razem odzyskała po kilku dniach znaczną część bystrości wzroku, ale tylko w prawej połowie pola widzenia każdego oka, i ten stan hemianopsyi utrzymywał się przez rok, poczem wystąpiła nagle znowu zupełna ślepota. I tym razem wzrok po kilku dniach powrócił, ale pole widzenia u prawego oka było ograniczone tylko do dolnozewnętrznego kwadranta, a u lewego oka tworzyło wąski trójkątny wycinek, obejmujący środek pola i zwrócony ku dołowi wewnątrz. Stan ten należy więc określić, jako całkowitą hemianopsyę lewostronną i częściową hemianopsyę prawostronną. Badanie ogólne nie wykazywało u tej kobiety żadnych wyraźnych zmian organicznych w narządach wewnętrznych, — w szczególności w narządzie krążenia. —

Nr 3. Marzec (Ref. Dr J. Matusewicz.).

Czy istnieje iritis blennorrhoica? (Existe-t-il une iritis blennorrhagique.). F. de Lapersonne.

Z powątpiewaniem zadaje autor sobie to pytanie. Wątpić mu o tem każe rzadkość przypadków, które można przypisać rzeżączce, niejednolitość obrazu chorobowego w tych przypadkach, wreszcie brak jak dotąd bakteryologicznego potwierdzenia dyagnozy.

Najpoważniejszym argumentem jest współistnienie zapalenia tęczówki ze zmianami w stawach, gdzie związek ich z rzeżączką wydaje mu się niewątpliwym. Ale z drugiej strony znane są przypadki (autor przytacza dwa ze swej praktyki), gdzie u osobników artrytycznych i podagrycznych, dotkniętych zapaleniem tęczówkowem nabyta rzeżączka tylko pogorszyła to zapalenie.

Autor przypuszcza tylko uboczne działanie rzeżączki, które może wydobyć na jaw istniejące już zakażenie gośćcowe.

Doświadczenie wskazuje, że leczenie *urethritis gonorrhoica* nie ma wpływu na stan oka, a jedynie leczenie miejscowe i ogólne stosowane przy zapaleniu tęczówkowem t. zw. reumatycznem daje dobre wyniki.

Leucosarcoma ciała rzęskowego. (Leucosarcome du corps ciliaire) Moissonnier (Tours.).

Tylko 5 przypadków znajduje autor w literaturze i swój 6-ty, odznaczający się od innych: 1° tem, że nowotwór wystąpił jednocześnie na obu oczach, 2° u osobnika bardzo młodego (2 lata), 3° odznaczał się budową alweolarną, zauważoną tylko w jednym przypadku jeszcze, 4° zawierał liczne ogniska zwapnienia, 5° wreszcie, małe nowotwory w sąsiedztwie głównego pozwalały poznać pochodzenie leukosarkomatu z *choriocapillaris*.

Leuko sarkomaty ciała rzęskowego są nowotworami pierwotnymi — rozwijającymi się samoistnie bez wyraźnej etiologii. W jednym przypadku był notowany uraz. Zdarzają się w wieku młodym (najstarszy chory lat 48). Pod względem anatomicznym przedstawiają się różnorodnie, składając się z komórek bądź to okrągłych, bądź też wrzecionowatych lub wielokątnych. Komórki barwikowe też się zdarzają, ale tylko przypadkowo wciągnięte, o niezmienionej postaci i nie bujające.

Według zdania autora wychodzi nowotwór z warstwy naczyniowej ciała rzęskowego.

Objawy podobne jak przy innych nowotworach wnętrza gałki, przy czystych medyach bywa spostrzegany objaw Beera.

Leczenie polega oczywiście na jaknajszybszem wyłuszczeniu względnie wypaproszeniu, nowotwór ten bowiem odznacza się wielką złośliwością i skłonnością do nawrotów.

Przyczynek do badań nad ciałami obcymi oczodołu. (Contribution à l'étude des corps étrangers de l'orbite) Dr. Debère (Lille).

W jednym przypadku ciało obce stanowił odłamek kopyta (chory został uderzony przez niepodkutego konia) długości $2^1/_2$ cm., szerokości $1^1/_2$ cm.; w drugim kawałek stali długości 2·2 cm., szerokości 4 mm. Pomimo tych rozmiarów dopiero w miesiąc po zranieniu odkryto ich obecność. Oprócz lekkiego ropienia i obrzęku żadnych innych objawów, żadnego bólu nie było.

Ten brak objawów utrudnia dyagnozę ciała obcego i dlatego zawsze tę ewentualność trzeba mieć na względzie przy zranieniach w okolicy oka.

W niektórych razach może zbadanie przedmiotu, którym rana była zadana, okazać brak jakiejś części.

W każdym razie należy zbadać ranę sondą lub palcami; przy ciałach metalicznych może magnes oddać usługi. Radiografia może również być użyteczną. Ciała, pozostające przez czas dłuższy zdradzą się stwardnieniem, wynikającem z chronicznego zapalenia. W opisanych przez autora przypadkach prognoza była dobrą, niezawsze jednak tak bywa. Ciała obce tej wielkości mogą sprowadzić wprost uszkodzenia poważne oka, a niekiedy i takie, które przez dłuższy czas były znoszone bez szkody, mogą wywołać zaburzenia. Przy wyjmowaniu ciała obcego można używać szczypczyków, sondy, elektromagnesu i t. d.

Jeżeli ciałem obcem jest szkło, to Baudry radzi używać szczypczyków, którego końce owinięto cienkiem płótnem, lub szczypczyków Weckera z końcami kauczukowymi.

Arch. f. Aghk. T. LI. Zeszyt 2. (Ref. Dr T. Bałłaban).

Przypadek panoftalmii powikłanej tężcem i zakończony śmiercią (Ein Fall von Panophthalmie mit Tetanus und tödtlichem Ausgange.). Prof. Oeller.

U 52letniej kobiety okaleczało oko wskutek przebicia rogówki i twardówki widłami. Oko to zostało dopiero wtedy wyłuszczonem, gdy u chorej powstały pierwsze objawy tężca głowy. W 2 dni po operacyi chora umarła. Drobnowidowe badanie wnętrza wyjętej gałki ocznej wykazało rozliczne ogniska ropne, bardzo liczne drobnoustroje i kawałki kłosów. Prątków tężca nie znaleziono. Bardzo zajmującemi były zmiany, jakie się znachodziły w nerwie wzrokowym, a mianowicie miejsca nekrotyczne i zwyrodniałe włókna nerwowe. Powstanie tych zmian przypisuje autor działaniu toksyn.

O drobnoustrojowych złogach na oku (Über einen Bacterienrasen am Auge.). Dr A. Martin.

Autor opisuje przypadek schorzenia rogówki, które wystąpiło pod objawami t. zw. *keratomykosis*. Badanie wyskrobanych z rogówki złogów wykazało w nich obce ciało (odłamek zboża), około którego złogi te się umiejscowiły, a składały się one z prątków kserozy. Próbne przeszczepienia odłamka zboża, który był pokryty prątkami kserozy, w rogówkę królika, dały wynik ujemny. —

Obustronne ostre zapalenie gruczołu łzowego przy rzeżączce cewki moczowej (Die acute bilaterale Entzündung der Thränendrüse bei Blennorrhagie der Urethra.). Dr Orlando Pes.

Pes, który miał sposobność spostrzegać 4 podobne przypadki,

omawia najpierw literaturę, tyczącą się zchorzenia gruczołu łzowego i anatomię narządu łzowego.

Narząd łzowy składa się z 3ech różnych części, a mianowicie:

1. *Glandula innominata Galeni*, która leży w dołku łzowym.

2. *Chrząstkowo spojówkowe gruczoły Ciaccia* (w górnej części powieki)

3. *Gruczoły podspojówkowe Krausego* (w tkance podspojówkowej załamka)

Wszystkie te odrębne dla siebie części składowe narządu łzowego bywają zasilane przez tętnicę łzową, odpływ zaś krwi odbywa się przez żyłę oczną.

Układ naczyń chłonnych stoi w łączności z gruczołami przedusznymi i twarzy.

W literaturze znajdujemy opis zaburzeń poszczególnych tych części jako *dacryoadenitis glandulae innominatae, glandulae Krausi* i *dacryoadenitis palpebralis*. Skoro zachorzenie przejdzie na cewki gruczołu, może przyjść do zmian zapalnych, które ogólnie nazywamy *„dacryops“*.

Zapalenie gruczołów łzowych może być albo wstępującem, a wtedy ma ono początek w cewkach, lub też może być zstępującem drogą naczyń krwionośnych i chłonnych.

Zapalenie gruczołów może być wywołanem także przez toksyny i to w postaci ostrej lub przewlekłej.

Zapalenia mogą występywać albo jako zapalenie pierwotne prawidłowej tkanki gruczołu, albo też jako wtórorzędne, w następstwie zatkania przewodów, lub też wskutek zwyrodniałych zmian w gruczole, szczególnie często po ciężkich chorobach ustroju. Zapalenia pierwotne występują w przebiegu nagminnego zapalenia ślinianki przyusznej, po zaziębieniu, po jaglicy i wskutek innych nieznanych przyczyn. Zapalenie gruczołu łzowego spostrzegano również przy gośćcu stawowym, influency, kurze, skarlatynie, tyfusie, róży, kile i t. p., natomiast zapalenie przewlekłe bywa spowodowane kiłą, gruźlicą, skrofulozą, białaczką i rzekomą białaczką.

Autor spostrzegał w 4ech przypadkach obustronne zapalenie gruczołu łzowego, które wystąpiło przez zakażenie rzeżączką cewki moczowej. Przytem górna powieka była obrzękłą i zaczerwienioną, istniały bóle w okolicy kości oczodołowej i ograniczenie ruchów powieki. Prócz tego była spojówka zaczerwienioną i obrzękłą. Sam gruczoł łzowy, który wystawał nieco ponad górnym zewnętrznym brzegiem oczodołowym, był przy ucisku bolesnym i twardym. Wieczorem występywała gorączka. Po największem nasileniu choroby następywało wyleczenie i ustąpienie tych wszystkich objawów w przeciągu dni kilku.

Zależność tego obustronnego zapalenia gruczołu łzowego od rzeżączki dała się wykazać we wszystkich 4ech przypadkach.

Ponieważ w żadnym z 4ech przypadków nie wykazano we łzach diplokoków i ponieważ gruczoły łzowe nie ropiały, sądzi przeto autor, że powodem zapalenia gruczołów były toksyny.

Przypadek gradówki, umieszczonej na brzegu powiekowym (Ueber einen Fall von Chalazion marginale.). Dr Erdmann.

U 28letniego robotnika, u którego na brzegu powiekowym znajdowało się ekzema, były umiejscowione pomiędzy wewnętrznym i zewnętrznym brzegiem górnych powiek większe i mniejsze, ostro ograniczone, guzkowate wyrostki, o żółtoczerwonej barwie i o zupełnie gładkiej i świecącej powierzchni. Umiejscowienie tych guzków odpowiadało w zupełności przewodom gruczołów Meibom'a, które nie dały się tutaj wykazać. Guzki te wycięto, a histologiczne ich badanie wykazało gradówki.

Ponieważ guzki te były co do czasu powstania różnymi, dało się więc z łatwością wysnuć z tego badania wnioski co do sposobu rozwoju gradówek. A mianowicie po zatkaniu przewodów w gruczołach Meibom'a i to częścią przez stłuszczone, częścią przez zrogowaciałe komórki gruczołów, zwiększa się ilość warstw komórek w przewodach gruczołów. W następstwie tych zmian przychodzi do odczynowego zapalnego nacieku w okolicy gruczołów, i to przedewszystkiem w obrębie małych naczyń, które jednak same nie chorzeją.

Nacieki te, które składają się z komórek okrągłych i komórek przybłonkowych, zwiększają się coraz bardziej, a zlewając się, tworzą guzki, które następnie zwiększają się i nawet, jak w przypadku niniejszym, przerastają ponad powierzchnię. Wkońcu przebijają te guzki t. zw. *membrana propria* gruczołów, przez co powstają w miejsce gruczołów Meibom'a wybujałości.

Komórki przybłonkowe zlewają się miejscami, przez co powstają komórki olbrzymie; w innych zaś komórkach przybłonkowych powstają znowu zwoje. Przez zlanie się znowu takich komórek powstają większe jamki.

W preparatach drobnowidowych nie spostrzegano drobnoustrojów.

O trwałej ślepocie u górników węglowych rewiru reńsko-westfalskiego, spowodowanej użyciem paprotki samczej przy leczeniu robaków (Ueber dauernde Filix-mas Amaurosen bei der »Wurmkur« der Bergleute im rhein-westf. Kohlenrewier.). Dr Stuelp.

Pewien robotnik, który dwukrotnie przeprowadzając leczenie robaków za pomocą paprotki samczej, zażywał każdorazowo w tym celu po 10 grm tego wyciągu, poddał się temu leczeniu po raz 3ci, przyczem zażył w jednym dniu 4 grm, w drugim zaś 8 grm tego wyciągu.

Drugiego dnia wieczorem stracił przytomność, następnego zaś dnia nad rankiem, odzyskawszy ją częściowo, ociemniał. Autor badał chorego w 28 godzin po zażyciu przez niego tego środka, t. j. w 12 godzin po ociemnieniu. Wziernikiem dało się wykazać, przy nadmiernie rozszerzonych źrenicach, które nie oddziaływały zupełnie, zbielałe dno oka, przyczem była siatkówka aż do obwodu silnie obrzękłą. Okolicy tarczy wzrokowej i żółtej plamki nie dało się wyróżnić. Naczynia siatkówki były tylko miejscami widoczne, tętnice bardzo ścieńczałe, słup krwi w nich rozpadły. Widoczne żyły były silnie rozszerzone i pokręcone, a zarazem wypełnione bardzo ciemną krwią. Ku wieczorowi zmniejszył się obrzęk siatkówki, naczynia były więcej widoczne. W celu przywrócenia wzroku stosowano wdechiwania *amylnitrytu* i zastrzykiwania *strychniny* — jednak zupełnie bez skutku. Po upływie kilku dni zniknął obrzęk siatkówki, tarcza wzrokowa uwydatniła się, a na siatkówce dały się spostrzegać liczne krwotoki.

Po upływie miesiąca dał się wykazać następujący stan:

Obie źrenice, o średniej szerokości, nie oddziaływały ani na światło, ani też na zbieżność. O. p r. Tarcza wzrokowa biała, o nieco niedokładnem ograniczeniu, siatkówka wykazywała aż do obwodu białawe rysy, w miejscu żółtej plamki znajdowała się trójkątna szaroczerwona plama. Tętnice były tylko miejscami widoczne i to w postaci białożółtawych pasemek, żyły silnie ścieńczałe o białych brzegach. W okolicy żółtej plamki znajdowały się większe, na obwodzie zaś liczne małe krwotoki. Obustronna ślepota.

Autor znalazł w literaturze 3 podobne przypadki, w których badano dno oka wkrótce po ociemnieniu.

W przypadkach tych znajdowano objawy zakrzepu tętnicy środkowej siatkówki, jako wyraz zaburzenia w krążeniu. A dzieje się to w sposób następujący. Wyciąg paprotki samczej, który bardzo rychło przechodzi do krwi, dostaje się do tętnicy środkowej i do jej rozgałęzień i powoduje w nich silny skurcz (Poraża gładkie mięśnie, po pierwotnem ich podrażnieniu). Wskutek występującego przez to braku tlenu ustaje czynność komórek zwojowych siatkówki. Jeżeli działanie trujące ustanie, a z niem razem i skurcz tętnic, to wówczas siatkówka staje się znowu czynną. Jeżeli zaś działanie trujące trwa dalej, to naczynia rozszerzają się wskutek porażenia ich błony mięśniowej, a krążenie krwi zmniejsza się i przychodzi

w naczyniach do zastoiny, która powoduje obrzęk siatkówki. Wskutek zaburzeń w odżywianiu niszczeją komórki zwojowe, następnie inne warstwy siatkówki, a wreszcie i włókna nerwowe.

1905. Z. 3.

Dalsze badania fizyologii zmysłu rozpoznawania postaci (Weitere Untersuchungen zur Physiologie des Formensinnes.). Dr Guillery.

Na podstawie przedłożonych rysunków dowodzi autor, że rozpoznawanie postaci jest zawisłem: 1. od wydatności działania obwodowej części narządu wzrokowego, 2. od pojęcia, z jakiem wrażenia przedostają się do świadomości. Przy rozpoznawaniu postaci jakichś obrazów nie jest jedynie miarodajnym tylko kąt widzenia, lecz wchodzi w rachubę jeszcze uporządkowanie poszczególnych części obrazów, dalej ich położenie pionowe, poziome lub krzywe, a wreszcie i ich obrysowanie.

O patologicznoanatomicznych zmianach więzadła Zinniusza (Ueber die pathol.-anatom. Veränderungen der Zonula Zinnii.). Dr Bednarski.

Praca była drukowaną w Postępie Okulistycznym.

Przypadek wrzodu rogówki, powstały wskutek zakażenia prątkiem pyocyaneus (Ein Fall von Ulcus corneae durch Infection mit Bacillus pyocyaneus). Dr Szczybalski.

Bakteryologiczne badanie cząstek wrzodu pełzającego, który po przypaleniu w krótkim czasie się wygoił, wykazało jako przyczynę zakażenia *bacillus pyocyaneus*. Po przeszczepieniu jego hodowli w rogówkę królika, powstał bardzo rychło wrzód, który gwałtownie się rozprzestrzeniał. Godnem uwagi było powstanie w drugim dniu po zakażeniu rąbka naciekłego około obwodu rogówki, przyczem był on podobnym do obwodowego ropnia Fuchs'a. Dziewiątego dnia wrzód przebił. Zaszczepiona w okolicy brzucha tym roczynem mysz zginęła po 24 godzinach, a ze śledziony, wątroby i serca dały się wyhodować czyste hodowle.

Autor zestawił z literatury 8 przypadków ropniejącego zapalenia rogówki, które powstało przez zakażenie prątkiem *pyocyaneus*.

Histologia ludzkiego mięska łzowego (Histologie der Caruncula lacrymalis des Menschen.). Dr Enslin.

Autor badał histologicznie 100 mięsek łzowych, które częściowo dostał ze świeżych trupów, częściowo zaś przy sposobności wypatroszenia jamy oczodołowej. Na mięsku łzowem daje się wyróżnić *przybłonek, tunica propria* i *tela submucosa*, a dalej włosy, gruczoły

łojowe i dodatkowe gruczoły łzowe. Przybłonek ma własności uwarstwionego przybłonka płaskiego i jest bez naczyń. Umiejscowionym jest na łącznotkankowej błonie *(Basalmembran)*, w głąb której komórki podstawowe wysyłają liczne wypustki. W przybłonku znajdują się komórki kubkowate i to miejscami pojedynczo, miejscami zaś pod postacią cewek gruczołów. Komórki kubkowate, w których daje się wykazać dość wielka ilość śluzu, są otoczone ostro ograniczoną błoną, która jest o podwójnych zarysach. Ponieważ w komórkach kubkowatych nie dało się nigdzie wykazać *mitozy*, to zdaje się, że komórki te powstały z komórek przybłonka. Nie są one jednak żadnym wytworem patologicznym, lecz przedstawiają komórki wydzielające, które fizyologicznie znajdują się w mięsku łzowem. *Tunica propria*, t. zw. właściwa błona śluzowa, składa się z 3ech warstw: 1. z błony granicznej, 2. z warstwy adenoidalnej, 3. z warstwy włóknistej. Warstwa adenoidalna składa się z drobnowłóknistej tkanki łącznej, która przebiega równolegle do powierzchni, i z licznych komórek limfatycznych. Pomiędzy temi znajdują się liczne włókna sprężyste i cienkie naczynia. W warstwie włóknistej widać obok tkanki łącznej nieprawidłowo uporządkowane gładkie włókna mięśniowe, włókna sprężyste i większe naczynia. *Tela submucosa*, składająca się z tkanki łącznej, zawiera w sobie komórki tłuszczowe i włókna mięśniowe. Znajdujące się w mięsku drobne włoski mają znamiona t. zw. *lanugo*.

Uważane dawniej za gruczoły wypocinowe, dodatkowe gruczoły łzowe są co do swej budowy zupełnie podobne do innych gruczołów łzowych i są one umiejscowione częścią pod przybłonkiem, częścią w warstwie włóknistej, częścią zaś w *tela submucosa*.

Pośmiertny objaw źreniczny obok innych spostrzeżeń nad zmianami ludzkiego i zwierzęcego oka po śmierci (Das mortale Pupillenphänomen, nebst weiteren Beobachtungen über Veränderungen am menschlichen und thierischen Leichenauge. Eine forensisch.-oculistische Studie.). Dr W. Albrand.

Występujące przed śmiercią rozszerzenie się źrenic należy przypisać zmniejszeniu się ilości tlenu w ciele ludzkiem.

Przy oddechaniu Cheyne-Stokes'a jest źrenica podczas *dyspnoë* rozszerzoną, podczas zaś *apnoë* zwężoną. Również i przy przecięciu nerwu współczulnego rozszerza się źrenica przed śmiercią. Przyczyną tego zdaje się być wypróżnienie naczyń tęczówki. Występujące po śmierci objawy źreniczne należy przypisać występującemu pośmiertnemu tężcowi mięśni tęczówki.

A mianowicie przyczyną początkowego rozszerzenia źrenicy jest w początkach przeważające stężenie mięśnia rozwieracza źrenicy, które następnie ustępuje stężeniu zwieracza źrenicy, co znowu po-

woduje zwężenie źrenicy. Po upływie 24ech godzin zwęża się źrenica jeszcze bardziej i to wskutek zmniejszenia się napięcia w gałce ocznej i będącego z tem w związku marszczenia się opon gałki ocznej i tęczówki. Przez zastrzykiwanie cieczy do przedniej komory rozszerza się znowu źrenica.

Oświetlenie źrenicy nie ma na jej zmiany pośmiertne żadnego wpływu. Tak samo pozostaje bez skutku *atropina* zapuszczona do oka przed śmiercią (Dokończenie w następnym zeszycie.).

Berl. kl Wchschrft. Nr. 50. 1904. (Ref. W.).

Przewlekłe zatrucie oka ołowiem. (Die chron. Vergiftung des Auges mit Blei). (J. Lewin).

Znany na polu toksykologii autor omawia najprzód po krótce wogóle najrozmaitsze wpływy trujące na oko w przemyśle zachodzące, by następnie szczegółowo zwrócić uwagę na ten metal, który tak bardzo w przemyśle rozpowszechniony, a którego szkodliwy na ustrój człowieka wpływ nie dość docenionym bywa.

Porażenia mięśni, zapalenia tęczówki, a przedewszystkiem zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki, kończące się często zaniewidzeniem przez autora wyliczone, niedostatecznie jednak zcharakteryzowane. Gdy wcześnie szkodliwy skutek ołowiu, w jakiejkolwiekby postaci on do organizmu się dostał, poznany zostanie, można go stosownymi środkami z organizmu usunąć, byle osobnik oczywiście dalszym wpływom jego nie ulegał. Ale zdarza się, że mimo zastosowania wszelkich środków i usunięcia się z pod wpływu złego, jednak katastrofa chorego spotyka, a to dlatego, że nie rozpuszczone a w organizmie spoczywające części metalu dostają się z czasem w obieg soków i zatrucia dopełniają. Rąbek ołowiowy na dziąsłach niedostatecznie bywa ocenianym. Jego obecność przemawia tylko za tem, że ołów dostał się do organizmu, brak zaś nie dowodzi jednak przeciwieństwa.

1905, Nr. 12. (Ref. W.).

O wpływie alkoholu na zmianę oddziaływania źrenicy (Ueber die Wirkung des Alkohols auf die Veraenderung der Pupillenreaktion) Dr. Henryk Vogt.

Pojęcie intoksykacyi jest względnem, przyjście do skutku tejże zależnem nie tyle od jakości, ilości i szybkiego wchłonienia środka trującego, ile raczej do odporności i sposobu oddziaływania odnośnego osobnika.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy i pod względem alkoholu

nie ma różnicy reakcyi u człowieka prawidłowego a patologicznego podjął autor z polecenia prof. Cramera szereg doświadczeń na 40 przypadkach, podając po 40 ccm rumu lub araku w $^1/_4$ litrze wody. Pomiędzy w ten sposób traktowanymi osobnikami było 17 chorych, a mianowicie już to idiotów już to zdegenerowanych. We wszystkich przypadkach pokazało się, iż objaw kolanowy stawał się pod wpływem alkoholu wzmożonym, u niektórych występował objaw Romberga. Źrenice w 14 przypadkach objawiały powolniejsze oddziaływanie, a tam, gdzie równocześnie była arterioskleroza, objaw ten jeszcze widoczniej występował. Nigdy jednak wpływu tego na źrenicę nie można było spostrzegać u osób zdrowych, podczas gdy inne objawy i u tych w mniejszym lub słabszym stopniu występowały, z czegoby wypływało, iż zmiana oddziaływania źrenicy po alkoholu przemawia za pewnem zboczeniem ośrodków nerwowych. W doświadczeniach powyższych stwierdzono nadto, iż tam, gdzie występował objaw źrenicy nie brakło równocześnie i zmian psychy, co niezmiernej jest wagi dla ocenienia czynów karygodnych spełnionych pod wpływem napoji wyskokowych.

1905. Nr 7. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Przyczynek do kazuistyki kropidlakowatego zapalenia rogówki (Beitrag zur Kazuistik der Keratomycosis aspergillina). Dr Osterroht (z Giessen.).

Autor spostrzegał następujący przypadek: Wieśniak 43-letni zgłosił sie z powodu bólu i zaczerwienienia oka lewego. Cierpienie trwało już pięć dni i doprowadziło do znacznego upośledzenia wzroku. Chory nie mógł sobie żadnego urazu przypomnieć. Badanie wykazało u lewego oka silny światłowstręt, łzawienie, nastrzyknięcie rzęskowe i powierzchowne zaćmienie całej rogówki. W samym środku rogówki okrągłe owrzodzenie około 3 mm. średnicy, pokryte białym wystającym nieco nalotem. *Hypopyon* sięgające do 1 mm. wysokości. Oko rozróżniało tylko ruchy ręki. Pod wpływem atropiny i ciepłych okładów *hypopyon* po dwóch dniach znikło, ale nalot w środku rogówki nie uległ zmianie, tylko wrzód się nieco powiększył, przez co powstał dookoła nalotu płytki rowek. Prof. Vossius postawił rozpoznanie: *keratomycosis aspergillina*. Przebieg choroby był niezwykle uporczywy. *Hypopyon* pojawiło się znowu. Stan zaczął się szybko poprawiać dopiero z chwilą, gdy wyżarzoną igiełką zdjęto z owrzodzenia białawy, gruby nalot. W kilka tygodni później rogówka z wyjątkiem środkowej plamy wyjaśniła się, a bystrość wzroku podniosła się do $^5/_{15}$.

Badanie drobnowidowe zdjętego nalotu wykazało gęstą sieć

nitek grzybni dzielących się dichotomicznie i okazujących zgrubiałe zakończenia. Zarodników nigdzie nie było widać.

Autor zaszczepił cząstki nalotu do pięciu próbówek z agarem: w trzech próbówkach wyrosłe typowe, czyste kolonie grzybka *Aspergillus fumigatus*, w czwartej wyrósł *staphylococcus albus*, piąta została jałową.

Liczne próby zaszczepienia grzybka na rogówce królika nie udawały się z początku. Dopiero wstrzyknięcie zawiesiny zarodników grzybka wgłąb miąższu rogówkowego za pomocą strzykawki Prawaz'a sprowadziło po ośmiu dniach naciek, w którym mikroskopowo dały się wykazać sploty nitek grzybkowych.

Zaszczepienie tej samej zawiesiny do ciała szklistego wywołało bezpośrednio *hyalomycosis aspergillina*, do której przyłączyła się także sprawa ropna.

Zakażenie ciała szklistego pleśnią u człowieka należy do wielkich rzadkości. Przypadek podobny opisał Kampherstein.

Autor zastanawia się nad uporczywością przebiegu w opisanym przez siebie przypadku i tłómaczy ją umiejscowieniem nalotu grzybkowego w samym środku rogówki. Wiadomo, że wszelkie zakaźne sprawy na brzegu rogówki, w pobliżu unaczynionego jej rąbka, goją się prędzej i lepiej, niż umiejscowione w środku, a to dzięki korzystniejszym warunkom wessalności.

W przypadku autora wywiady nie wykazywały żadnego urazu, ale zazwyczaj przenośnikami grzybka są części roślinne, źdźbła słomy, kłoski i ości zboża, łupiny owoców etc., któremi przybłonek rogówki bywa uszkodzony.

Leczenie powinno się zaczynać od doszczętnego usunięcia pleśniowego nalotu zapomocą igiełki lub nożyka, lub dokładnego przypalenia całego ogniska galwanokauterem.

Ctbrbl. f. pr. Aghk. 1905. Z. 2. (Ref. Dr L. Gruder.).

Rzadki przypadek narośli na rogówce (Ein seltener Fall von Hornhautgeschwulst.). Prof. J. Hirschberg i Dr S. Ginsberg.).

Część kliniczna (Prof. Hirschberg). Dziecko 9letnie, od 5ątego roku cierpi na nawroty zapalenia stopy (w stawie) i na zapalenie oczu. Przedmiotowe badanie: blizny na stopie, *skoliosis angularis*, lewe oko — badanie w narkozie — ma w miejscu rogówki, czerwonawą masę granulacyjną, zwieszającą się na spojówkę gałki i nieco przypłaszczoną przez ucisk powiek. Cały przypadek

przypominał gruźlicę tęczówki z następowem przebiciem rogówki*). Ponieważ całe oko było zwyrodniałe i cała sprawa choroby zagrażała poważnie życiu dziecka, przystąpiono do enukleacyi. Po operacyi stan ogólny dziecka znacznie się polepszył i po 10ciu dniach dziecko opuściło szpital.

Anatomiczne badanie nie wykazało przebicia gałki, spowodowanego nowotworem, z wnętrza gałki się wydobywającym, lecz była to narośl, wychodząca z rogówki, przyczem sama rogówka w przeważnej części uległa zniszczeniu

Chociaż z powodu braku czasu nie robiono szczepień doświadczalnych na królikach, Hirschberg uważa ten wypadek stanowczo za skutki gruźlicy.

Część anatomiczna (Dr S. Ginsberg). Makroskopijnie tylko rogówka wydaje się być zmienioną. Gdy z tyłu odgranicza ona w prawidłowy sposób komorę przednią, przechodzi na przodzie w żółtawobiałą narośl, sięgającą prawie do *limbus;* narośl przeważnie płaska, w środkowej części 1—2 mm gruba; w skrajnej części do 4 mm gruba, przewiesza się ponad *limbus,* nie tworząc jednak tutaj żadnych zrostów.

Mikroskopijne badanie wykazuje, iż rogówka tylko w głębszych warstwach jest utrzymaną. Znajduje się bowiem szersza warstwa infiltracyjna o gęsto umieszczonych komórkach, odgraniczona od *membrana Descemeti* już to szerszą, już to węższą warstwą. Ponad tą warstwą infiltracyjną wznosi się właściwa narośl o nieregularnej budowie, nie pokryta żadnym nabłonkiem. Głębsze warstwy rogówki przeważnie prawidłowe; *membrana Descemeti* niezmieniona. Warstwa infiltracyjna, zmiennej grubości, złożona z komórek plazmowych i tucznych; zwykłych leukocytów i komórek tkanki łącznej mała ilość; w najbardziej zgrubiałej, skrajnej części tej narośli pojedyncze gromadki większych, wieloziarnistych komórek, z których największe są typowemi komórkami olbrzymiemi. Prócz tego liczne złogi barwika krwistego, częścią wolnego, częścią w okrągłych komórkach zamkniętego. Między komórkami liczne naczynia włoskowatej natury, częścią krwią wypełnione, częścią próżne.

Właściwy nowotwór znajduje się ponad właśnie opisaną warstwą infiltracyjną, a między obiema warstwami widać miejscami resztki blaszek rogówkowych z napęczniałemi jądrami. Cała ta warstwa nosi znamię młodej tkanki granulacyjnej i obfituje w niezwykłą ilość *wieloziarnistych leukocytów* i naczyń włoskowa-

---

*) J. Hirschberg: Granulationsgeschwulst der Iris. — Virchow's Archiv. T. 60.

tych, których ściany wypełnione wieloziarnistymi leukocytami tak, że wiele z tych naczyń jest wprost zatkanych temi komórkami.

Gdy *środkowa* część, która zarazem jest największą, ma wygląd *tkanki granulacyjnej*, przesiąkniętej wieloziarnistymi leukocytami, to skrajne części nowotworu robią wrażenie, jakoby zwiększenie powstało przez zlanie się pojedynczych guzów granulacyjnych, nie mających atoli typu zwykłej tkanki granulacyjnej. Elementy tworzą i tutaj wieloziarniste leukocyty, lecz brak komórek tucznych; komórki plazmowe są w skąpej ilości w głębszych warstwach. Licznie występują wielkie komórki łącznotkankowe o długich wypustkach, tworząc postacie gwiaździste. Tkanka międzywarstwowa zawiera *mucynę*, znamionującą się czerwonofiołkowem zabarwieniem *(thionina)*.

Powierzchnia całego nowotworu nie posiada żadnego nabłonka. Badanie prątków gruźliczych nie dało dodatniego wyniku.

Komórki t. zw. tuczne znaleziono także w znacznej ilości w tęczówce, mniej w ciele rzęskowem. Zresztą gałka prawidłowa, w około tarczy n. o. wielki *conus temporalis*, do którego przylega zanikła naczyniówka.

Chodzi więc tutaj o sprawę zapalną, do rogówki się ograniczającą, która spowodowała wytworzenie się tkanki granulacyjnej.

Nowotwór rogówkowy należy do grupy rzekomych nowotworów, opisanych jako *fibroma*, *myxofibroma* i *myxoma* (Adler, Simon, Mitwalsky i i.). Przy wymienionych rzekomych nowotworach była powierzchnia pokryta przybłonkiem, gdy tymczasem tutaj nie było żadnego. Możliwe, że z czasem przybłonek z brzegów rogówki byłby przeszedł i na ten nowotwór.

Odłamek żelazny w soczewce; ślepota, wywołana przez ucisk następowy (Eisensplitter in der Linse, Erblindung durch Drucksteigerung.). Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Stolarzowi 46letniemu wleciał do lewego oka odprysk żelazny; po 2óch latach zgłosił się po raz pierwszy do lekarza, który radził usunięcie zaćmionej soczewki. Chory nie zgodził się na operacyę. Po pół roku stan oka był następujący:

Silne bóle i zupełna ślepota lewego oka. T + 3. Rogówka mętna, źrenica rozszerzona, nie oddziaływa na światło. Lupą widać na tęczówce, odpowiednio do okolicy, gdzie odprysk żelazny był w soczewce, liczne naczynia krwionośne, równolegle z brzegiem źrenicznym leżące i miejscami pod ostrym kątem ze sobą spływające. Soczewka zupełnie zaćmiona, tuż przy brzegu źrenicznym (od strony nosowej) w soczewce odprysk żelazny o brunatnej barwie. Na rogówce i tęczówce żadnych wyraźnych znaków rdzy. Sideroskop dodatnio.

Odłamek można było łatwo oddalić za pomocą magnesu ręcznego, ale ponieważ gałka była już zwyrodniała i nie przedstawiała żadnych widoków polepszenia wzroku, wyjęto oko.

Po przecięciu gałki w okolicy równika, znaleziono odłamek żelazny w zmętniałej soczewce. Na tarczy n. o. wyżłobienie wskutek ucisku *(excavatio)*

Autor twierdzi, iż wczesne wyjęcie odłamka żelaznego z soczewki byłoby ocaliło oko od całkowitej utraty wzroku.

Przeciw Robertowi Witz'owi, który w swej rozprawie p. t. *„Toleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper“* wypowiada się za zostawieniem odłamków w gałce, autor stanowczo występuje i zwraca uwagę, że 34 przytoczonych przez R. Witz'a przypadków z dobrym skutkiem wcale nie przemawia za zostawieniem odłamków w gałce, gdyż czas spostrzegania tych 34 przypadków był stosunkowo bardzo krótkim, bo sięgał od 28iu dni najwyżej do 8iu miesięcy.

Są wprawdzie wyjątki, lecz bardzo rzadko. Taki wyjątkowy przypadek opisuje autor z własnego spostrzegania.

Przed 18 laty mechanikowi wpadł do lewego oka odłamek żelazny, poczem wzrok się polepszył do średniej miary. Prób wydobycia odłamka nie czyniono. Przez cały przeciąg 18stu lat oko było w spokoju. W ostatnich czasach nawroty bólów sprowadziły go do lekarza. Zewnętrznie oko prawidłowe; tarcz n. o. prawidłowa, 12 mm ku dołowi i wewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego widać wziernikiem odłamek żelazny w siatkówce, otoczony w tem miejscu złogiem barwikowym. Röntgen i sideroskop dają wyniki dodatnie. Pole widzenia wykazuje odpowiednio do położenia odłamka ubytek, lecz zresztą prawidłowe; przy słabszem oświetleniu koncentryczne zwężenie pola widzenia; przy dziennem, zwykłem oświetleniu $V = {}^5/_7$, przy słabszem ${}^5/_{20}$.

Ponieważ odłamek leżał już 18 lat w siatkówce bez znaczniejszych groźnych skutków, autor nie starał się go usunąć, gdyż silne zrośnięcie odłamka z siatkówką mogłoby, przy usiłowaniach wydobycia go, spowodować odczepienie siatkówki.

Wielki odłamek żelazny, wydobyty małym magnesem (Ein grosser Eisensplitter, mit dem kleinen Magneten gefördert.). Prof. J. Hirschberg (Berlin).

Odłamek żelazny wpadł przed 3ema dniami do lewego oka. Silne bóle, ropa w komorze. $V = {}^1/_{60}$. T — 1. Lekka blizna na rogówce, do której tęczówka przyrosła. Soczewka przezroczysta, na siatkówce wielki krwotok, w niej niewyraźne zarysy ciała obcego. Sideroskop z wynikiem dodatnim. Wielki ręczny magnes posuwa odła-

mek do tęczówki, wypukłając ją; stamtąd wydobyto odłamek przez brzeg rzęskowy tęczówki do przedniej komory; cięcie na brzegu rogówki, wprowadzenie małego magnesu do komory i wydobycie odłamka w całości. Długość = 13 mm, szerokość = $2^1/_2$ mm; ciężar = 52 mg. Po czterech tygodniach chory wyzdrowiał, $V = {}^1/_7$. Lekkie przyrosty tęczówki do rogówki, t. j. miejsca wejścia i wyjścia odłamka żelaznego. —

Klin. Monatsbl. f. Aghk. Luty 1905. (Ref. Dr. Liebermann).

Hemianopsia bitemporalis i diabetes insipidus. (Dr. E. Redslop. Berno. Bitemporale Hemianopsie und Diabetes insipidus).

Skutkiem doznanego ciężkiego urazu powstało u młodego dziewczęcia złamanie podstawy czaszki. Od chwili wyzdrowienia, czuje chora osłabienie wzroku. W klinice stwierdzono hemianopsia bitemporalis i diabetes insipidus. Pod wpływem leczenia wyłącznie dyetetycznego objawy diabetes ustąpiły, gdy jednakże chora powróciła do domu, objawy tej choroby znów wystąpiły. Na tej zasadzie przypuszcza autor, że były to objawy wyłącznie nerwowej natury, hemianopsyę zaś, trwale się utrzymującą, tłómaczy dostatecznie złamanie podstawy czaszki.

Nowy przyrząd do sterylizowania tabletek alkaloidowych. (Dr. Magnani. Smyrna. Ein neues Glasrohr für unsere sterilisierbaren Alkaloidtabletten).

Do sterylizowania i przechowywania alkaloidów używa autor małych rurek, lewarowato zagiętych, na jednym końcu zasklepionych, a na drugim zamkniętych szczelnie przylegającą czapeczką szklaną. Aby nie rozłożyć alkaloidów, sterylizuje się sposobem refrakcyjnym Tyndalla.

Przez potrząsanie rureczką można pojedyncze tabletki wprost do oka pacyenta wprowadzić.

Wyjęcie gałki ocznej przy skombinowanem znieczuleniu miejscowem. (Dr. O. Meyer. Wrocław. Die Enucleatio bulbi in kombinierter Lokalanästhesie).

Autor przecina spojówkę i przyczepy mięśni po zakropleniu kokainy, resztę zaś operacyi wykonuje przy znieczuleniu sposobem Schleicha. Po przecięciu spojówki, wprowadza autor zakrzywiony koniec strzykawki Anela w okolicy mięśnia prostego wewnętrznego aż poza gałkę oczną i wyjąwszy rozwórkę powiekową, wstrzykuje $^1/_2$ strzykawki płynu Schleicha, przytrzymując lekko powieki, by

płyn z powrotem nie wypływał. (Używał płynu Schleicha Nr. II, tj. cocaini mur. 0.10, morph. mur. 0.025, natr. chlor. 1.00, aquae dest. 100.00).

Metoda ta daje zadawalniające wyniki z wyjątkiem przypadków chronicznej jaskry i chronicznego zapalenia jagodówki.

Obrażenia oka przez gąsienice much. (Dr. B. Kayser Stuttgart. Ueber Fliegenlarvenschädigung des Auges).

Podczas zabawy wpadła 6-letniemu dziewczęciu mucha do oka lewego; od tego czasu oko boli i jest zaczerwienione. Po odwróceniu górnej powieki widać w zewnętrznej części spojówki obraz przypominający *conjunctivitis follicularis*. Po chwili jednakże poczynają się z pod załamków spojówki wydobywać małe, białe gąsieniczki. Po zakropleniu kokainy, która ma na te owady zabójczo działać, wydobył autor kilka takich owadów z pomiędzy załamków spojówkowych. Oko po kilku dniach wyzdrowiało.

Przypadek żylaków naczyń siatkówki. (Dr E. Jakoby. Wrocław. Ein weiterer Fall der mit aneurysmaartigen Bildungen der Retinalgefässe verbundenen Retinaerkrankung).

Trzydziestoletnia chora, u której ani kiły ani gruźlicy wykazać nie można, cierpi od lat czterech na silne bóle i zawroty głowy i wymioty. W ostatnich czasach podupadał co raz to bardziej wzrok. Obecnie nic nie widzi.

Badanie dna oczu wykazuje żylakowate rozszerzenia górnych gałęzi naczyń. Barwa tętnic jest ciemniejszą od prawidłowej i zbliża się do zabarwienia żył. Z tego wnioskuje autor, iż rozszerzenia powyżej wspomniane powstały skutkiem patologicznej komunikacyi tętnic ze żyłami. W górnej połowie każdego oka widać duże ognisko, w środku ciemno, na obwodzie zaś jaśniej różowe, obwódką barwikową otoczone. Zdaniem autora nie są to jednak wybroczyny.

Nerw wzrokowy wykazuje obustronnie zanik.

O neuroglii nerwu wzrokowego. (Dr E. Jakoby. Wrocław. Ueber Neuroglia des Sehnerven).

Włókna neuroglii w rozmaitych miejscach oka rozmaitą okazują grubość i różne ułożenie. W samym nerwie wzrokowym przebiegają one poprzecznie, wokoło nerwu wzrokowego, w tzw. wiązce pośredniczącej przebiegają okrężnie, a w siatkówce prostopadle do włókien nerwowych.

Przyczynek do nauki anatomii woreczka łzowego a w szczególności o gruczołach tegoż woreczka. (Th. Wern-

c k e. Odessa. Ein Beitrag zur Anatomie des Tränensackes, spez. der Tränensackdrüsen).

Sprawa istnienia gruczołów w błonie śluzowej woreczka łzowego nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Chcąc sprawę tę wyświetlić, badał autor 14 prawidłowych i 17 chorobowo zmienionych woreczków łzowych, rozkładając każdy z nich na seryę, z 300—400 preparatów złożoną. Okazało się, iż we woreczkach łzowych prawidłowych, znalazł w 57% przypadków gruczoły cewkowe, przeważnie w górnej części woreczka umieszczone, nadto znajdował jeszcze gruczoły rzekome, przez zmarszczenie błony śluzowej powstałe i komórki kubkowe. We woreczkach chorobowo przez zapalenie zmienionych, gruczołów rzeczywistych nigdy nie znalazł, widział tylko gruczoły rzekome i komórki kubkowe.

Co do reszty anatomii woreczka łzowego to folikuły znalazł w prawidłowych woreczkach tylko raz, przybłonka migawkowego nigdy nie widział, przybłonek był 2—3-warstwowym. *Sinus Maieri* znalazł dwa razy, rzeczywistej *plica Rosenmülleri* i *recessus Arlti* nie znalazł nigdy.

Przypadek zupełnego oderwania siatkówki od nerwu wzrokowego, spowodowanego urazem zewnętrznym. (Dr L. Paul. Wrocław. Ein Fall von vollständiger Losreissung der Retina von dem Sehnerven nach Bulbusverletzung).

Czternastoletni chłopiec upadł na szeroki pal i uderzył się w prawe oko. Zewnętrznie nie doznał poważniejszych obrażeń, lecz natychmiast utracił w zupełności wzrok na prawem oku.

Badanie dna oka wykazało wybroczyny krwawe na dnie oka. W miejscu tarczy nerwu wzrokowego widać dużą wybroczynę. W około niej znajduje się 3—4 średnice nerwu wzrokowego wynoszący, ściśle ograniczony, jasnoróżowy pas. Reszta siatkówki jest brudno szara. Ponieważ dopiero po upływie kilku dni pojawiły się liczniejsze i gęstsze zaćmienia ciałka szklistego przeto można było dokładnie badać dalszy przebieg cierpienia. Okazało się, iż wspomniany poprzednio jasny pas pozbawiony był siatkówki, której brzeg, gdy się siatkówka następnie odczepiła swobodnie pływał w ciałku szklistem.

Mechanizm urazu przedstawia sobie autor w sposób następujący. Uraz zadziałał wprost naprzeciwko miejsca wejścia nerwu wzrokowego do oka tak, iż ten ostatni nie mógł na bok się usunąć i został do wnętrza gałki wpuklony, przyczem łączność jego z siatkówką uległa przerwaniu, podczas gdy utrzymała się jego łączność z naczyniówką, gdyż nerw wzrokowy tkwi mocno w pierścieniu twardówkowym.

O wrzodach rogówkowych spowodowanych przez prątki Moraxa-Axenfelda. (Dr L. Paul. Wrocław. Ueber Hornhautulcerationen durch Diplobacillen).

Badania rozciągały się na 26 przypadków wrzodów rogówkowych. We wszystkich istniało równocześnie silne zapalenie spojówki, *hypopyon* i *iritis*.

We wszystkich wspomnianych przypadkach w ropie, wydobytej z dna wrzodu, znaleziono diplobacyle Morax-Axenfelda, tylko w jednym przypadku wrzód spowodowany był przez prątki Petita. Wrzody te goją się bardzo łatwo pod wpływem zakraplanego $^1/_2$—1% cynku. Przypalanie powoduje daleko gęstszą bliznę. Powodem powstania owrzodzenia jest zazwyczaj zranienie rogówki. Zapalenia woreczka łzowego zazwyczaj nie ma.

O samoistnem wessaniu zaćmy soczewkowej w zamkniętej torebce. (Dr Cl. Harms. Wrocław. Anatomische Mittheilung zur Spontanresorption seniler Katarakt in geschlossener Kapsel).

Staruszka, 75 lat licząca, zgłasza się z powodu silnych bólów w lewem oku. Od dawna tem okiem nic nie widziała, nie sprawiało jej ono jednak żadnych dolegliwości, a obecny ból trwa od dni 14. Przed 17 laty zdjęto u tej chorej zaćmę z oka prawego i już wówczas stwierdzono promieniste zaćmienia i w soczewce oka lewego. Obecnie widać pomniejszoną soczewkę leżącą na dnie przedniej komory. Pochewka soczewki przylega gładko do jądra, tylko na równiku wykazuje ona wybitne zmarszczki. Od górnego brzegu równika widać jasno połyskujące niteczki dążące w głąb oka. Są to resztki *zonulae Zinni*. Ośrodki oka czyste; w tarczy nerwu wzrokowego zagłębienie charakterystyczne dla jaskry. Z powodu bólów i wobec tego, iż projekcya światła była niepewną, oko wyjęto.

Badanie drobnowidzowe wykazało, iż rogówka, na przestrzeni, na której do niej soczewka przylega, była nieco ku przodowi wypukloną. Śródbłonek we wielu miejscach uległ zmianom. Soczewka nigdzie nie zatyka kanału Fontany. Torebka soczewki utraciła, z wyjątkiem nielicznych tylko miejsc swój przybłonek. Komórki soczewki rozpadły się, widać tylko jeszcze jądro.

Co do samoistnego wessania się katarakty istnieją dwie teorye. Wedle pierwszej pierwotną zmianą jest zanik przybłonka torebki soczewki, co ułatwia przedostawanie się płynów ze soczewki do przedniej komory, wedle drugiej teoryi zaś rozpad przybłonka torebki i rozpad komórek soczewkowych są zmianami równorzędnemi, przybłonek okazuje tylko większą żywotność, podczas gdy masy soczewkowe już ulegają wessaniu.

Autor przyłącza się do ostatniego zdania. Zanik przybłonka

torebki tłómaczy tem, iż z jednej strony pływające w *cataracta morganiana* jądro może mechanicznie uszkodzić przybłonek, z drugiej zaś ciągłe drgania samej torebki, pozbawionej naturalnej swej podpory, jaką jej kora daje, mogą spowodować ubytki w przybłonku, a te stają się następnie punktem wyjścia dla zniszczenia całego przybłonka.

O niedrożności pnia żyły głównej siatkówki. (Dr Cl. Harms. Ueber den Verschluss des Stammes der Vena centralis retinae).

Na podstawie nowych badań histologicznych, dzieli autor przyczyny niedrożności wspomnianego naczynia na cztery grupy: I. niedrożności skutkiem zakrzepu (marantycznego?) wewnątrz światła naczyniowego; II. zakrzep powstały powyżej miejsca zwężonego w naczyniu (przewężenie takie naczynia może być albo wrodzonem, lub też wynikiem sprawy patologicznej, a zakrzep powstaje skutkiem wirów krwi w tem miejscu, zwłaszcza przy zwolnionem nieco krążeniu); III. niedrożność skutkiem pierwotnej *meso-* i *endophlebitis*, wreszcie IV. zakrzep w naczyniu w miejscu, gdzie toczyła się sprawa zapalna: *meso-* lub *endophlebitis*.

Nouv. Iconographie de la Salpêtrière. 1904, Nr 5. (Ref. Dr W. Reis).

Badanie nerwu ocznego w ślepocie przy wiądzie rdzenia kręgowego (Étude du nerf optique dans l'amaurose tabétique.) André Léri.

We wstępie historycznym streszcza autor rozmaite zapatrywania na pochodzenie i właściwości zmian anatomo-patologicznych w zaniku nerwu wzrokowego, których wspólną wadą jest skąpa ilość materyału, zużytkowanego dla badań histologicznych.

W pracy powyższej posługuje się więc L. obfitym materyałem sekcyjnym, zbieranym przez czas dłuższy w szpitalu dla chorób nerwowych w Bicêtre. Rozkład materyału był następujący: nerwy oczne 21 osobników z wiądem rdzenia i zupełną ślepotą, dwóch chorych ze ślepotą niezupełną; następnie trzech chorych z porażeniem ogólnem postępowem, powikłanem ślepotą. Dla porównania zaś zbadał nerwy oczne u 16stu tabetyków i 18stu paralityków bez ślepoty. Oprócz tego nerwy oczne chorego kiłowego bez objawów wiądu rdzenia, ślepego od lat 10ciu i sześciu kiłowych bez ślepoty z innemi chorobami rdzenia pacierzowego. Wkońcu nerwy oczne u osobników, ślepych z powodu innych przyczyn, u których w na-

stępstwie wystąpił zanik nerwu, i nerwy oczne osobników zdrowych. W całości dokonał L. badań nerwów ocznych u 84ech osobników.

Przy badaniu mikroskopowem zwracały już na się uwagę następujące fakty:

1. Zgrubienie pochewek nerwu, z których szczególnie pochewka środkowa (błona pajęcza) tworzyła na całej rozciągłości białawą, nieprzezroczystą zasłonę — i

2. niestosunek między objętością nerwu a zanikiem włókien nerwowych.

Nerwy oczne mają przeważnie zmniejszoną objętość, dochodzą zaledwie średnicy 1—1½ mm. Zmniejszenie objętości dotyczy równocześnie części oczodołowej i czaszkowej. W miarę zaniku, nerwy oddzielają się coraz bardziej od błony zewnętrznej, będącej przedłużeniem opony twardej mózgu, przestrzeń międzypochwowa staje się próżną, wskutek czego błona zewnętrzna pozbawiona podpory, zgina się w liczne zmarszczki.

Ze zmian jednak w objętości nerwu nie można wnosić o zachowaniu się włókien nerwowych. Gdy bowiem w przypadkach ze znacznem zmniejszeniem objętości ilość zachowanych włókien nerwowych była stosunkowo znaczną, to na odwrót w przypadkach zupełnego nawet braku włókien nerwowych, nerwy przedstawiały objętość prawidłową. Ten fakt wskazuje na to, że w nerwie ocznym musi się odbywać obok zaniku włókien nerwowych jeszcze inna sprawa chorobowa, której przyrodę wyjaśniło badanie histologiczne.

Przy badaniu mikroskopowem nerwu ocznego w części oczodołowej i czaszkowej znalazł L. pochewkę zewnętrzną cokolwiek tylko zgrubiałą, nie przedstawiającą jednak zmian zapalnych; pochewkę środkową, oderwaną zupełnie od opony twardej, a przestrzeń między pochewką środkową i wewnętrzną (oponą miękką), wypełnioną obfitym drobnokomórkowym naciekiem.

Zmiany chorobowe w nerwach ocznych dadzą się sprowadzić do dwóch typów: nerw »cienki« i »gruby«. Pierwszy jest daleko częstszym i przedstawia na przekroju poprzecznym obraz znamienny: zamiast podziału włókienek nerwowych na wiązki, widać tylko jednolite utkanie, zasiane guzkami okrągłej lub owalnej postaci, w których środku spostrzedz można jedno lub kilka ciałek czerwonych krwi. Tkankę podstawową tworzy wybujała tkanka neuroglii. Badając sposobem Weigert'a, znaleźć jeszcze zawsze można kilka utrzymanych włókienek nerwowych.

Drugi typ zbliża się do typu prawidłowego, jest budowy siatkowatej, lecz beleczki te są zgrubiałe, złożone z gęstej tkanki łącznej, a zgrubienie to może dosięgać takich rozmiarów, że mimo za-

nikłych włókien nerwowych, nerw posiada nadal prawidłową objętość. Opisane zmiany anatomiczne nie są, zdaniem autora, czemś właściwem dla wiądu rdzenia kręgowego; odpowiadają one ogólnym zmianom stwardnienia kiłowego tkanek.

Występują tu bowiem 2 okresy:

1. podrażnienia z nowowytworzeniem się naczyń — i

2. daleko silniejszy, oddziaływania tkanek w postaci sklerozy.

Zmiany chorobowe umiejscowiają się zwykle około naczyń, w sąsiedztwie unaczynionej pochewki wewnętrznej, a więc szczególnie na obwodzie nerwu.

Zbierając wszystkie powyższe dane, wypowiada autor przekonanie, że każde zaburzenie nerwu ocznego w ślepocie przy wiądzie rdzenia kręgowego jest międzymiąższowem zapaleniem nerwu, stwardnieniem kiłowem o pochodzeniu naczyniowem. W nerwie przychodzi do bujania tkanki łącznej i naczyniowej, do stwardnienia naczyń przedtem istniejących i nowowytworzonych, w następstwie czego nerw, pozbawiony dopływu krwi, ulega zanikowi drogą pośrednią, tak, że zbytecznem staje się przypuszczenie pierwotnych zmian miąższowych we włóknach nerwowych.

Te dane anatomopatologiczne odpowiadają w zupełności klinicznym obrazom chorobowym.

Okresowi pierwszemu choroby z nagłą utratą wzroku, bólami głowy, pojawieniem się błysków i iskrzyków, halucynacyi wzrokowych lub zaburzeń umysłowych — odpowiada obraz anatomiczny podrażnienia nerwu wzrokowego i opon mózgowych, objawiający się w nacieku drobnokomórkowym pochewek nerwu i nowowytworzeniu się naczyń w nerwie ocznym. Początek sprawy chorobowej na obwodzie nerwu tłómaczy nam nagłą utratę wzroku, gdyż część obwodowa jest siedliskiem pęczka włókien nerwowych, dążących do plamki żółtej.

Rozmieszczenie zmian chorobowych około naczyń, ich przewaga po stronie obwodowej, tłómaczy nam także brak jednolitego typu zwężenia pola widzenia dla wiądu rdzenia.

Okres kliniczny drugi przewlekłego rozwoju choroby odpowiada fazie anatomicznej stwardnienia i zamknięcia światła naczyń i ich następstwom. Chorzy w tym okresie potrafią jeszcze bardzo długo zachować poczucie światła bez rozpoznawania postaci (*l'état „demi-voyant“*), a zawdzięczają to anatomicznym stosunkom: przetrwaniu kilku odosobnionych włókien nerwowych wśród utkania łącznotkankowego.

Die Ophth. Klinik, 1905, Nr. 4. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Zez zbieżny z przebiegiem przerywanym (Strabismus convergens intermittens.). Dr Hähnle (ze Stuttgartu.).

W pierwszem wydaniu podręcznika Graefego-Saemisch'a wyraża się Graefe z powątpiewaniem o istnieniu zeza z przebiegiem przerywanym: »ein wirklich typisch intermittierendes Schielen kommt gar nicht vor oder gehört zu den äussersten Seltenheiten«. Trzeba naturalnie odróżnić *strabismus intermittens* od *strabismus periodicus*. Ten ostatni zdarza się bardzo często, zwłaszcza u dzieci, i polega na chwilowem pojawianiu się zeza, np. przy patrzeniu na blizkie przedmioty, *strabismus intermittens* zaś okazuje w przebiegu swym wyraźny, regularny tor przerywany, na podobieństwo np. napadów zimnicy. Takich przypadków zaledwie kilka dotąd ogłoszono. Autor spostrzegał w dwóch przypadkach: u 10-letniej dziewczynki i u 7-letniego chłopca typowy *strabismus intermittens*. U dziewczynki wystąpił zez w trzecim roku życia i pojawia się regularnie co drugi dzień: jednego dnia oczy ustawione są zupełnie prawidłowo, istnieje prawidłowe widzenie obuoczne oraz dobrze wyrobione poczucie bryłowatości; — nazajutrz od rana pojawia się zez zbieżny oka lewego tak znaczny, że wewnętrzny brzeg rogówki kryje się za mięsko łzowe i utrzymuje się przez cały dzień w jednakim stopniu, przytem, co dziwne, nie ma wcale dwuwidzenia. W ten sposób *alternando* następują po sobie dni prawidłowego i zezowatego ustawienia oczu. Po atropinie wyszła na jaw obustronnie Hp = 5,5 D przy pełnej bystrości wzroku. Ani atropina jednak, ani noszenie szkieł całkowicie hyperopię wyrównujących — nie wywiera żadnego wpływu na kolejność pojawiania się zeza, ani nawet na jego stopień. Raz tylko, gdy dziecko z powodu *angina follicularis* gorączkowało przez 9 dni, zez przez cały ten czas nie ustępował, a i potem przez tydzień jeszcze pojawiał się chwilowo w dniach wolnych od stałego zeza. Gdy ani atropina, ani pełna korrekcya, ani na próbę zastosowana faradyzacya nie odnosiły skutku, a wobec przerywanego przebiegu nie chciano, na razie przynajmniej, podejmować operacyi, odesłano dziecko do domu z poleceniem robienia ćwiczeń stereoskopowych.

Drugi przypadek odnoszący się do 7-letniego chłopczyka, mógł autor spostrzegać tylko przez dwa dni, poprzednio jednak wuj chorego, lekarz, przez czas dłuższy śledził zupełnie regularnie przerywany tor przebiegu zeza zbieżnego, który pojawiał się stale również co drugi dzień. W dniach wolnych od zeza można było wykazać wyraźną ezoforyę. Bystrość zwroku obustronnie prawidłowa. Hp. m. pr. o.: 1,75 D. l. o.: 1,25 D.

W pierwszym, dokładniej spostrzeganym przypadku, możnaby

przypuścić hysteryczne tło cierpienia, ściśle uzasadnionego jednak wyjaśnienia niezwykłym tym spostrzeżeniom autor dać nie może.

Zapalenie rogówki punkcikowate (Die Keratitis punctata.). Dr R. Jocqs.

Klasyfikacya punkcikowatych postaci zapaleń rogówki nie jest dotąd ustaloną, ani ujednostajnioną. Najczęściej spostrzegane przypadki ze złogami wypociny włóknikowej na błonie Descemet'a nie mogą być nawet zaliczone do zapaleń rogówki, bo sprawa zapalna toczy się w tych razach w tęczówce, lub częściej w ciele rzęskowem. Drugą postać opisaną przez Mauthnera uważa przeważna część autorów za odmianę miąższowego zapalenia rogówki *(keratitis parenchymatosa)*. Są to większe i mniejsze, okrągławe, szarawożółte, w tylnych warstwach rogówki położone nacieki zapalne, zlewające się czasem w obłoczkowate zaćmienia. Występują one, zdaniem autora, częściej na tle ogólnej kacheksyi spowodowanej gruźlicą lub zołzami, niż na tle kiły dziedzicznej.

Autor stara się na podstawie objawów wyosobnić trzecią postać, którą spostrzegał w dwóch przypadkach. W miąższu rogówkowym, bliżej przedniej powierzchni występują ostro ograniczone, okrągłe szarożółtawe, punkcikowate ogniska. Choroba rozpoczyna się dość nagle zaczerwieniem oka, łzawieniem i światłowstrętem. Nie ma żadnych objawów ze strony tęczówki i ciała rzęskowego. Trwanie cierpienia jest stosunkowo krótkie, a rokowanie dobre. Do usunięcia zapalenia wystarcza leczenie miejscowe, mianowicie dionina i mięsienie zapomocą żółtej maści rtęciowej. — W jednym z przypadków cierpienie wystąpiło w rok po zakażeniu kiłowem, w drugim ogniska barwikowe na obwodzie naczyniówki przemawiały raczej za kiłą dziedziczną.

1905, Nr 6.

Wyleczenie raka woreczka łzowego za pomocą promieni Roentgena (Heilung eines Tränensackcarcinoms durch Roentgenstrahlen.). Dr Guibert i Dr Guériteau.

Do autorów zgłosił się 56-letni chory z rozległem owrzodzeniem rakowem prawego woreczka łzowego i znacznej części dolnej powieki prawego oka. Owrzodzenia i nacieki były tak głębokie, że o doszczętnej operacyi nie mogło być mowy. Przedsięwzięto leczenie za pomocą promieni Roentgena. Posiedzeń było ośm, a odbyły się one w nieregularnych odstępach w ciągu $3^1/_2$ miesiąca. Już po czwartem naświetleniu wystąpiła silna *dermatitis* sącząca i sprawiająca ból i uczucie palenia. Całą twarz i oko

z wyjątkiem skóry zajętej owrzodzeniem nowotworowem — pokrywała gruba ołowiana maska. Posiedzenia trwały 15—25 minut. Po 5-tem posiedzeniu nastąpił wyraźny wzrot ku lepszemu, a po 7-em owrzodzenia zaczęły się szybko zabliźniać, a nacieki znikać. Chory rozpoczął leczenie 1 kwietnia 1904, a 18 lipca tegoż roku został wypuszczony jako zupełnie wyleczony. Autorowie mieli sposobność badać go w pół roku później (1 lutego b. r.) i stwierdzili stan jak najlepszy. Zarówno skóra w okolicy woreczka łzowego, jak i skóra na powiece dolnej była gładka, miękka, elastyczna, a obecność tkanki bliznowatej zdradzała się tylko bledszem zabarwieniem i połyskiem przypominającym nieco *vitiligo*. Guzów, ani nacieków w głębi nigdzie nie można wyczuć*).

Dość powszechne jest mniemanie, że przy stosowaniu światła Roentgena nie należy nigdy doprowadzać do wystąpienia *dermatitis*. Autorowie twierdzą przeciwnie, że dopiero ten silny odczyn zapalny może wywrzeć właściwy skutek leczniczy.

Rév. gèner. d'Opht. 1901, Nr 2. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Dwa przypadki skostnienia soczewki (Deux cas d'ossification du cristallin.). Dr Roure (z Walencyi).

Możliwość skostnienia soczewki ludzkiej jest już dziś rzeczą dowiedzioną. Niedawno złożył Aubineau francuskiemu towarzystwu oftalmologicznemu niezbite dowody histologiczne takiego skostnienia. Autor znalazł w literaturze 19 dokładnie opisanych spostrzeżeń, a do tej liczby dolicza jeszcze cztery (Hirschberg'a, Chevallereau, Parent'a i Rutten'a), gdzie badanie chemiczne zaćmy wapiennej wykazało stosunek składników mineralnych, odpowiadający dokładnie tkance kostnej. Z własnej klienteli przytacza Roure dwa nowe przypadki, z których jeden odnosi się do 5letniego chłopca, a drugi do 16letniej dziewczyny. U chłopca przyszło do nadwichnięcia zaćmy zwapniałej, a w następstwie tego do objawów zapalnych na temże oku i do podrażnienia współczulnego oka drugiego. Autor wydobył zatem, nie bez trudu, zaćmioną soczewkę, co położyło koniec niepokojącym objawom. Badanie histologiczne zarówno zwapniałej warstwy korowej soczewki, jak i jej części środkowych — wykazało liczne ciałka kostne i osteoblasty. W wolnej źrenicy widać było obecnie głęboki odblask żółtawy, pochodzący prawdopodobnie od skostniałej również naczyniówki.

---

*) Por. Trousseau *Histoire d'un épithéliome palpébral.* Ann. d'Ocul. 1905. Nr 1. Ref. w P. O. Z. III. 1905. str. 124

W drugim przypadku oko, zawierające zwapniałą soczewkę, znajdowało się w stanie bolesnego zaniku i zostało z powodu grożącego niebezpieczeństwa zapalenia współczulnego wyłuszczone. Badanie mikroskopowe wyjętej gałki wykryło tkankę kostną tak w zaćmionej soczewce, jak i w naczyniówce. Autor jest zdania, że we większości przypadków kostnienie pojawia się pierwotnie w naczyniówce, a następowo dopiero przenosi się na inne części oka i częstokroć obejmuje także soczewkę. —

1905, Nr. 3.

Maska na usta dla operatora przy operacyach ocznych. (Masque opératoire buccal en oculistique). Prof. H. Truc.

Maski na usta operatora bywają w chirurgii dość często używane zwłaszcza przez profesorów i dyrektorów klinik, którzy muszą niejednokrotnie podczas operacyi wykładać. W chirurgii okulistycznej, o ile rękawiczki aseptyczne, ze względu na delikatność instrumentów i samych zabiegów operacyjnych, nie zdołały się przyjąć, o tyle maski na usta dla operatora zyskują coraz więcej zwolenników. Zwłaszcza przy operacyach połączonych z otwarciem gałki ocznej (jak ekstrakcya, irydektomia i t. p.), wykonywanych bez usypiania chorego, którego operator nieraz musi wzywać do spokojnego zachowania się i pouczać, jak ma oko zwracać — potrzeba maski ochronnej jest widoczną. Mendes de Léon wykazał, że przeciętnie na 300 słów wypowiedzianych 60 kropelek śliny zrasza pole operacyjne, znajdujące się w odległości 35 cm od ust mówiącego, a każda kropelka zawiera w przecięciu 4.375 mikrobów, w części chorobotwórczych.

Autor wykonał też szereg doświadczeń bakteryologicznych. Mówił on przez pięć minut, bo tak długo trwa mniej więcej np. operacya zaćmy, przed płytkami Petri'ego z agarem i żelatyną, ułożonemi w odległości 40 cm. Takie same płytki wystawił też zupełnie na uboczu, dokąd nie mogły się dostawać kropelki śliny. Miały one służyć do porównania. Płytki żelatynowe pozostawiał następnie w temperaturze pracowni (15—18°), a agarowe wstawiał na trzy, cztery lub pięć dni do termostatu (37°—38°). Na płytkach ustawionych na uboczu wyrosło 51 kolonii, na tych, przed któremi mówił bez maski na ustach: 135, a na tych, przed któremi mówił przez maskę z podwójnej gazy: 62 kolonii. Z niezrozumiałych przyczyn pojawiło się przy użyciu maski złożonej z czterech i ze sześciu warstw gazy — więcej kolonii na płytkach (92 i 93), niż przy gazie tylko we dwoje złożonej.

Bądź co bądź niebezpieczeństwo zakażenia rany mikrobami pochodzącymi z jamy ustnej operatora jest niewątpliwe i usprawie-

dliwia w zupełności używanie odpowiedniej zasłony. Autor poleca maskę z podwójnie złożonej, wyjałowionej gazy, rozpiętej na ramkach z cienkiego drucika, dającego się również wyjałowić. Ramki te opatrzone są nóżkami, które się zakłada za uszy tak samo, jak nóżki okularów. Gaza rozpięta jest w odległości 1 cm przed ustami. Cała maska waży 8 gramów*).

Scottish Medical and Surgical Journal. Grudzień. 1904. (Ref. A. Szulisławski.).

Badania bakteryologiczne w 30 przypadkach keratitis-hypopyon. J. V. Paterson i W. I. Ritchie.

Autorowie wykazali, że w 20 przypadkach na 30 badanych przyczyną owrzodzenia były dwoinki zapalenia płuc *(pneumococcus)* (66·66%); 12 razy znaleziono czystą hodowlę dwoinek, 6 razy zmięszaną z innemi bakteryami j. t., 2 razy z *bacillus xerosis*, 2 razy z prątkiem Koch-Weecks'a, 2 razy z gronkowcem białym, 1 z dwuprątkiem *(diplobacillus)*. W 10ciu przypadkach znaleziono *bacillus xerosis*. Wrzody powstały przeważnie na tle urazowem. (Wedle ref. Münch. Med. Wchschrift.). —

Vierteljahreschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. 1904. T. XXVII. (Ref. A. Szulisławski.).

Znaczenie obrazu wziernikowego dna oka jako znamienia śmierci (Die Bedeutung des ophthalmoskopischen Befundes als Zeichen des eingetretenen Todes.). W. Albrand.

Obok innych zmian pośmiertnych, występujących na oku, może badanie dna oka stanowić bardzo cenny przyczynek do pewnego i wczesnego rozpoznania śmierci. Okoliczności tej nie uwzględniają dostatecznie podręczniki medycyny sądowej, tem mniej zaś podręczniki okulistyki. A jednak może ono nie tylko w wątpliwych przypadkach, n. p. śmierci pozornej, znakomite oddawać usługi, lecz także w pewnych granicach służyć do oznaczenia czasu, w którym śmierć nastąpiła, lub nawet w razie, gdy równocześnie kilku denatów znaleziono, rozstrzygnąć pytanie, który z nich pierwej umarł.

Pośmiertny obraz wziernikowy dna oka jest następujący (Bouchut):

---

*) Od szeregu lat wprowadziłem maski dla operatora i asystentów w klinice mojej. W.

W $^1/_4$—$^1/_2$ godziny po śmierci jest tarcza nerwu wzrokowego blada, jak śnieg biała, główne pnie tętnicze bardzo zcieńczałe i dostrzegalne tylko w najbliższem otoczeniu tarczy (2, najwyżej 3 śred. tarczy); żyły widzialne są zrazu na większej nieco przestrzeni niż tętnice, lecz również zcieńczałe, słup krwi w nich miejscami poprzerywany. Za pomocą ucisku na gałkę nie można wywołać żadnej zmiany w świetle naczyń, tem mniej zaś objawów tętnienia. Zupełny brak odblasków naczyniowych i siatkówkowych (Jäger). Już teraz rozpoczyna się, najpierw około tarczy nerwu wzrokowego, szare zaćmienie siatkówki, które wśród dalszej $^1/_2$—1 godziny stopniowo i szybko się rozszerza. W ciągu najbliższych kilku godzin objawy te coraz się potęgują. Tętnice rozróżnić można już tylko jako cieniutkie prążki, ledwie dostrzegalne na samej tarczy lub w najbliższem jej otoczeniu, albo też nawet nie można ich wcale odróżnić, skutkiem rozpoczynającego się pośmiertnego zaćmiewania się rogówki, podczas gdy żyły, w każdym razie mocno zwężone, jeszcze wyraźnie odcinają się od śnieżnego tła tarczy nerwu wzrokowego. Siatkówka już w całości jednostajnie szaro zaćmiona. Z postępującem zaćmiewaniem się środków łamiących, a szczególnie rogówki, zaciera się również obraz wziernikowy, w każdym jednak razie można, według doświadczenia autora, jeszcze w 8—12 godzin po śmierci dojrzeć niektóre szczegóły dna oka. Poczem już tylko jednostajny szary odblask wziernikiem otrzymać możemy.

Opisane tu zmiany pośmiertne, właściwe najwyższym stopniom niedokrewności, mają wiele podobieństwa do obrazu, jaki spotykamy przy zupełnem zaczopowaniu głównego pnia tętnicy siatkówkowej. Występują one jednak jako zmiany pośmiertne znacznie szybciej i wydatniej Natomiast owa, znamienna dla zaczopowania tętnicy siatkówkowej, czerwona plama, powstająca w dołeczku środkowym jako wyraz przeciwieństwa między szarą siatkówką i przeświecającą tu czerwono naczyniówką, daje się w martwem oku zauważyć tylko przemijająco (Gayet) i, co łatwo zrozumieć, nader niewyraźnie.

Wiestnik Oftałmołogii. 1905. 1—2, 3—4. (Ref. Dr J. Matusewicz).

Przyczynek do operacyjnego leczenia opadnięcia powieki (K operatiwnomu leczenju opuszczenja wierchniawo wieka.). E. P. Braunstein (z Charkowa).

Autor podaje 3 przypadki opadnięcia powieki, operowane przez niego sposobem Lapersonne'a. Cięcie równoległe do brzegu powieki w 4—5 mm przez skórę i *m. orbicularis*, obnażenie chrząstki i ścięgna *levatoris*. Z obu stron ścięgna cięcie pionowe, przez które

przeprowadza się haczyk do tenotomii. Następnie przez nosowy brzeg ścięgna przeprowadza się z zewnątrz ku wewnątrz nitkę z dwiema igłami na końcach; taką samą nitkę przeprowadza się przez zewnętrzny brzeg ścięgna. Ścięgno przecina się u brzegu chrząstki, lub też od dolnego jego brzegu wycina się kawałek. Następnie nitki przedrowadza się przez chrząstkę w odległości 2—3 mm. od wolnego brzegu powiekowego i zawiązuje się, wskutek czego ścięgno *levatoris* przenosi się na przednią powierzchnię chrząstki.

Autor wprowadził małą odmianę w założeniu szwów uwidocznioną na rysunku, a trudną do oddania w słowach. Wynik zarówno kosmetyczny, jak i czynnościowy zupełnie był zadawalniający.

Pemphigus conjunctivae (Samoproizwolnoje smorszczivanje slizistoj obołoczki glaza. [Pemphigus conjunctivae.]). A. A. Makłakow (z Moskwy).

Autor podaje zebrane z literatury dotychczasowe spostrzeżenia, tyczące się tego rzadkiego zachorowania spojówki, poczem przystępuje do spostrzeganego przez siebie przypadku. Ponieważ był bardzo znaczny *symblepharon* ze zniesieniem zupełnem worka spojówkowego, autor uciekł się do operacyi utworzenia brakującego worka. Chora nie zgodziła się na wycięcie błony śluzowej z ust, wobec tego autor użył sposobu, podanego przez Coover David'a w r. 1899 w The Ophthalmic Record. Mianowicie utworzył krwawym sposobem worek spojówkowy, a dla uniknięcia zrostów, wypełnił ranę błonką, wydobytą ze świeżego jajka kurzego. Po dość żmudnem odczepieniu błonki, autor przemył ją roztworem fizyologicznym soli i przyłożył wewnętrzną stroną do krwawiącej spojówki dla pewności podwójnie. Umocował ją następującym sposobem: przeprowadził nitkę z 3ema igłami, jedną pośrodku a 2iema po bokach, przez dno nowoutworzonego worka i przez skórę na zewnątrz, gdzie po przeprowadzeniu końców nitki przez 2 kawałki katetera, zawiązał. Błonka pozostawała przez 12 dni. Po zdjęciu, okazał się worek spojówkowy dostatecznej głębokości, wysłany błoną śluzową, z wyjątkiem niewielkiej przestrzeni, gdzie utworzyły się granulacye. Ruchomość gałki i była zupełnie zadawalniająca.

Autor nie łudzi się co do długotrwałości skutków swej operacyi wobec rodzaju cierpienia, nie dającego się dotąd opanować. Być może, że okoliczność, iż nowo utworzony worek spojówkowy powstał z tkanki łącznej, a nie z właściwej błony śluzowej, daje pewną rękojmię dłuższego trwania dobrych skutków operacyi.

Przyczynek do przypadkowości odczepienia siatkówki (K kazuistikie otsłojek setczatki.). A. B. Cackin.

Autor leczył chorego z cięta, głęboką raną twardówki. Rana zagoiła się gładko, pozostawiając bliznę lekko wciągniętą. We dwa lata potem zjawił się chory ze znacznem odczepieniem siatkówki dołem na tem oku. Mechanizm powstania tego odczepienia objaśnia sobie autor w ten sposób, że na miejscu blizny przyrosła naczyniówka, a następnie skurczyła się bliznowato, wskutek czego siatkówka odczepiła się, płyn zaś, zbierający się stopniowo poza naczyniówką i spuszczający się według prawa ciężkości na dół, powiększał odczepienie.

Wniosek stąd wynika, że trzeba być ostrożnym ze stawieniem rokowania przy zranieniach twardówki, które, nawet po dłuższym czasie, mogą sprowadzić ciężkie skutki dla oka.

Tenotomia z wyciągnięciem (sposób Panasa)* (Tenotomia s wytiażenjem [sposob Panas'a.]). M. N. Błagowieszczeński (z Moskwy).

Praca autora obejmuje część doświadczalną i kliniczną, ma zaś na celu wykazanie, czy sposób Panas'a z wyciągnięciem mięśnia daje lepszy wynik, niż prosta tenotomia. Doświadczenia wykonywane były na królikach. Na jednem oku wykonywał autor zwykłą tenotomię, na drugiem zaś po rozcięciu spojówki wyciągał mięsień za pomocą ciężarka przewieszonego przez blok, a dopiero potem przecinał. Po niejakimś czasie wykonana sekcya wykazywała: 1. Mięsień po tenotomii z wyciągnięciem przyrastał dalej od rogówki, czyli, że skutek był w tym wypadku silniejszy. 2. Po wyciągnięciu mięsień staje się grubszy i tęższy, niż po zwykłej tenotomii, z czasem zresztą znika ten skutek i mięsień wraca do stanu prawidłowego. 3. Tylko wtedy osiąga się dodatni wynik po wyciągnięciu, jeżeli mięsień nie okazywał śladów zmęczenia po przecięciu.

Według autora skutek wyciągnięcia tłómaczy się tem, że mięsień przez mechaniczne podrażnienie wprowadzony jest w stan tężcowego skrócenia i w tym stanie przylega dalej do twardówki i przyrasta. Wyciągnięcie więc służy jako bodziec. Zastąpienie go innemi, jako to: zmianą ciepłoty, elektrycznością, dało takie same wyniki.

Kliniczne spostrzeżenia oraz zestawienia przypadków, operowanych metodą Panas'a i przez zwykłą tenotomię, wykazały, że skutek po operacyi Panas'a jest większy, niż przy zwykłej tenotomii. —

---

*) Wyjątek z rozprawy: »W sprawie operacyjnego leczenia *strabismus concomitans* (sposób Panas'a)«. Moskwa. 1904.

Guz pierwotny nerwu ocznego (Pierwicznaja opuchol' zritielnawo nierwa.). P. I. Czystiakow (z Tomska).

Przypadek dotyczył młodej dziewczyny, dotkniętej od $1^1/_2$ roku trzeszczem lewego oka, stopniowo się zwiększającym. *V. O.* Poza gałką ku górze dawał się wyczuć guz, stojący w ścisłym związku z gałką. Ucisk był nieco bolesny. Wykonano operacyę Krönlein'a z wyłuszczeniem gałki, guz dał się w całości usunąć. Zewnętrzne opony nerwu okazały się zachowane w całości, guz zaś przedstawił się pod mikroskopem, jako *glioma* z ogniskami, jak się zdaje, myksomatycznemi.

Żółta maść w ostrym, zakaźnym nieżycie spojówkowym (Zoltaja osutnaja maź pri ostro-zaraznom konjunktiwitie.). R. A. Katz.

Na podstawie szeregu doświadczeń autor gorąco poleca ten środek, działający nadzwyczaj szybko i nie wywołujący żadnych złych skutków w ostrych nieżytach spojówki. Stosował ją autor z kokainą lub bez niej.

III. Z TOWARZYSTW.

I IX zjazd lek. imienia Pirogowa w Petersburgu. (Dok.).

Posiedzenie z dn. 5 stycznia st. st. 1904.

Reinhardt: *Szerzenie się jaglicy i ślepota w Kurlandyi.*

R., w przeciągu r. 1899, 1900, 1901 i 1902, znalazł na 11,500 chorych ocznych 35% chorych na jaglicę. Pośród chorych na jaglicę było 52% cierpiących na łuszczkę.

U dzieci uczęszczających do szkół jaglica była częstą (12,3%), najczęstszą u dzieci uczęszczających do szkółek ludowych (26%), znacznie rzadszą u dzieci uczących się w gimnazyum i w szkołach realnych (2,3%).

Do szkółek ludowych chorych na jaglicę dzieci w wieku lat 9—10 wstępuje 23%.

Dr R. utrzymuje, że w Kurlandyi 20% całej ludności choruje na jaglicę; jaglica też jest główną przyczyną ślepoty (36%), po jaglicy zaś jaskra 14,7%. —

Dr Braunstein: *Operacyjne leczenie jaglicy.*

Idąc za Kuhnt'em, B. przez leczenie operacyjne jaglicy rozumie:

1. wycinanie załamka spojówki,

2. wycinanie częściowe chrząstki wraz z załamkiem spojówki,
3. usuwanie chrząstki bez wycinania spojówki.

B. 78 razy wycinał sam tylko załamek spojówki w oczach dotkniętych jaglicą, 110 razy wycinał razem z załamkiem spojówki część chrząstki i 2 razy usuwał chrząstkę bez wycinania spojówki.

Z wyników operacyjnego leczenia B. jest bardzo zadowolony i gorąco poleca kolegom ten sposób leczenia jaglicy.

Noiszewski radzi nie przeceniać wartości leczniczej wycinania spojówki (sprowadza ono nieraz blizny i kserozę), a indywidualizować przypadki; przypomina też podany przez siebie sposób leczenia ciężkich postaci jaglicy przeszczepianiem błony śluzowej z ust pod powiekę.

Łotin podaje, że widział chorych, operowanych sposobem Noiszewskiego, i potwierdza dobre wyniki tej operacyi.

Reinhardt widział nieraz bardzo smutne wyniki po wycinaniu spojówki i chrząstki; przeciwnie Iwanow i Czemołosow są gorącymi zwolennikami metody operacyjnej Kuhn't'a.

Kohon: *Operacyjne leczenie podwinięcia powiek.*

Margalin: *Badanie przyczyn powstawania jaglicy.*

M. chciałby urządzenia ciała zbiorowego, złożonego z bakteryologów, anatomopatologów, klinicystów i hygienistów, dla swoistych badań powstawania jaglicy i poszukiwań najskuteczniejszych sposobów zwalczania jaglicy.

Wydział oczny zjazdu Pirogow'a wyznaczył osobną komisyę dla opracowania projektu Morgalin'a.

Posiedzenie z dn. 8 stycznia st. st.

Dr Kubli pokazał chorego *z nowotworem gruczołu łzowego.*

Dr Wygodski: *Wyniki operacyjnego leczenia jaskry.*

W., jakkolwiek przyznaje, że leczenie operacyjne jaskry nieraz zawodzi w wypadkach jaskry niezapalnej, a niekiedy szkodzi, radzi jednak i przy jaskrze niezapalnej wykonywać wycięcie tęczówki.

Prof. Bellarminow utrzymuje, że leczenie nieoperacyjne daje przy jaskrze niezapalnej bardzo dobre wyniki.

Prof. Ewetzky zapatruje się bardzo sceptycznie na działanie lecznicze wycięcia tęczówki nie tylko przy jaskrze niezapalnej, ale i przy jaskrze zapalnej, poleca zaś *sclerotomia posterior.*

Noiszewski: *Widzenie przy strabismus alternans.*

Podwójnego widzenia przedmiotów nie ma przy zezie naprzemiennym, nawet i wtedy, gdy zez jest niewielki, a sprawność wzrokowa w obu oczach zupełnie równa i prawidłowa.

Brak widzenia podwójnego zrozumieć można tam, gdzie oko

zezujące dotknięte jest niedoślepem, lub tam, gdzie zez jest bardzo wielki; w pierwszym bowiem wypadku obraz przedmiotu jest niewyraźny, a w drugim pada na części zbyt obwodowe oka zezującego. Ale tam, gdzie zez jest nieznaczny, a sprawność wzrokowa prawidłowa, tam brak podwójnego widzenia nie jest łatwym do wytłómaczenia.

N. brak widzenia podwójnego przy zezie naprzemiennym uważa jako objaw zwyrodnienia i atawizmu, t. j. powrotu do typu nie posiadającego widzenia binokularnego i używającego naprzemian to jednego, to drugiego oka, jak to widzimy u większości zwierząt.

Dr Katz podał wypadek, w którym przy zupełnej prawidłowości osi wzrokowych i prawidłowej sprawności wzroku nie podobna było żadnym sposobem wywołać podwójnego widzenia; przychyla się do poglądu Noiszewskiego, że brak aktu binokularnego widzenia może być wrodzony.

Dr Braunstein zapytał Noiszewskiego, czy brak aktu widzenia obuocznego jest, według niego, zwyrodnieniem siatkówek, czy zwyrodnieniem psychicznem?

Dr N. uważa brak obuocznego widzenia jako wrodzoną niezdolność wytwarzania wzrokowych wyobrażeń odległości.

Dr Noiszewski: *Zjawisko Purkinje'go i adaptacya siatkówki* (Drak. w Post. Okul.).

Dr Weinstein: *Przyczynek do nauki o torbielach wewnątrzgałkowych.*

Posiedzenie z dn. 9 stycznia.

Dr Wygodski: *Usuwanie worka łzowego.*

Dr Łotin: *Przyczynek do leczenia elektrolizą dróg łzowych.*

Dr Blessig: *O złogach grzybkowych w przewodzikach łzowych.*

B. jest zdania, że złogi grzybkowe w przewodzikach łzowych nie powinny być uważane jako promienica, ponieważ żadnych objawów chorobowych, swoistych dla promienicy, przy tem nie ma. Wygląd zewnętrzny i drobnowidowy grzybków również nie zawsze bywa jednakowy, nie należy więc mówić o *actinomycosis canaliculi lacrymalis.*

Dr Łobanow: *O całkowitem wyrównaniu szkłami krótkoogniskowości (myopia).*

Ł. wypowiada się za całkowitem wyrównaniem; przeciwnie Dr Braunstein jest przeciwnikiem całkowitego wyrównania krótkoogniskowości.

Dr Noiszewski sądzi, że pytanie o całkowitem lub tylko częściowem wyrównaniu krótkoogniskowości nie może być rozstrzygane przy pomocy statystyki. Gdyby nawet większość znosiła do-

brze całkowite wyrównanie, to na podstawie tej nie podobna zmusić wszystkich do noszenia szkieł, wyrównywających całkowicie krótkoogniskowość.

Należy uwzględnić nie tylko samą akomodacyę, ale również zbieżność i koordynacyę zbieżności z ruchami głowy i tułowia. Są wypadki, gdzie chorzy nie tylko czytać, ale nawet chodzić nie mogą ze szkłami, całkowicie wyrównującemi ich krótkoogniskowość. Dotyczy to w szczególności osób starszych, u których utworzyły się już trwałe skojarzenia aktów ruchowych z obrazami ruchowymi na siatkówce.

Dr Grabowski: *Przyczynek do leczenia zapalenia tęczówki ostrego nieswoistego.*

G. jest gorącym zwolennikiem leczenia zapalenia tęczówki elektryzacyą.

Dr Braunstein podnosi, że w klinice ocznej prof. Hirschmann'a w Charkowie od dawna już leczą zapalenie tęczówki galwanizacyą.

Dr Noiszewski przypomina, że jeszcze w r. 1890 polecił osobną hydroelektrodę dla leczenia galwanizacyą chorób ocznych (Centralbl. f. Aghk. 1890. Post. Okul. Nr 11. 1900.).

Posiedzenie z dn. 10 stycznia.

Dr Zielenkowski: *Stan obecny nauki o samoistnem zakażeniu oka.*

Z doświadczeń Dra Zielenkowskiego i Dra Wojciechowskiego wypada:

1. Krążące we krwi drobnoustroje dosyć często dostają się do przedniego odcinka gałki; bronią zaś od zakażeń swoiste działanie na drobnoustroje cieczy wodnistej i fagocytoza.

2. Tylny odcinek gałki (ciało szkliste) jest podatniejszy dla rozwoju drobnoustrojów chorobowych, ale trudniej im dostać się do tylnego odcinka.

3. Podrażnienie i uraz gałki ułatwia drobnoustrojom dostawanie się zarówno do przedniego, jak i do tylnego odcinka gałki.

Dr Czemołosow: *Wpływ podrażnień świetlnych w obwodowych częściach siatkówki na widzenie naośne* (będzie referowane osobno).

Dr Weinstein: *Działanie kokainy i holokainy na rogówkę.*

W. potwierdza spostrzeżenia Bellarminow'a, Reich'a, Knapp'a, Pflüger'a, Ewersbusch'a o szkodliwem działaniu kokainy i holokokainy na rogówkę*).

*) Referent niezupełnie na to się zgadza, używa on kokainy z dobrym bardzo wynikiem w zapaleniach rogówki.

Dr Kubli: *O większej wstrzemięźliwości w używaniu atropiny i środków rozszerzających źrenicę w chorobach ocznych.*

Nie należy używać atropiny przy zapaleniach spojówki, być ostrożniejszym w używaniu atropiny w chorobach rogówki; unikać używania atropiny przy oznaczaniu wad załamania i ogniskowania (refrakcya i akomodacya) i ostrożniej, niż dotąd, używać atropiny przy zapaleniach tęczówki.

Dr Wygodski i Dr Katz są tego samego zdania, co i podawca, przeciwnie prof. Bellarminow, Dr Grabowski i Dr Braunstein wypowiadają się za szerokiem używaniem atropiny, a Dr Lisicyn podaje, że w kilku wypadkach jaskry, powikłanej zapaleniem tęczówki, widział wyraźne pogorszenie od eczeryny i pilokarpiny, gdy przeciwnie skopolamina wywierała wpływ dobroczynny: ustępowały bóle, podrażnienie i tylne zrosty*).

Dr Maławkin: *Badanie sprawności wzrokowej u młodych marynarzy przy słabych stopniach oświetlenia.* —

Dr K. Noiszewski.

2. Niemieckie towarzystwo lekarskie w Pradze.

Posiedzenie z dn. 2 grudnia 1904.

Dr Stransky Hugo przedstawił swe zapatrywania na istotę presbyopii, które w krótkim zarysie są następujące: Twardówka ludzkiego oka staje się z biegiem lat coraz zbitszą i coraz mniej podatną. W młodym wieku zmiana ta jest wynikiem naturalnego powiększania się gałki ocznej przy ogólnym wzroście ciała, przy czem twardówka zyskuje na zbitości i grubości. W starości trzy czynniki składają się na tę wzmagającą się *rigiditas* twardówki: 1. Tkanka jej staje się gęstszą; 2. powstają w niej złogi wapniowe; 3. ubywa włókien sprężystych. Skutkiem zwiększonej niepodatności twardówka nie może ulegać pod wpływem parcia wśródocznego fizyologicznemu napięciu i przybiera postać, odpowiadającą twardówce, uwolnionej od ciśnienia wśródgałkowego. Innemi słowy cała twardówkowa osłona gałki ocznej pomniejsza się z biegiem lat tak, że przeciętna długość promienia gałki skraca się w okresie między 10tym a 70tym rokiem życia około o 0,3 mm. To pomniejszenie rozmiarów gałki ocznej sprowadza zmniejszenie pierścienia rzęskowego, do którego przyczepiają się włókna więzadełka Zinn'a. Stąd zwolnienie tego więzadełka, które z kolei powoduje zmianę krzywizn

*) Wiadomo, jak niekorzystnem jest szybkie zabliźnienie się rany po irydektomii przy jaskrze. Dla opóźnienia zabliźnienia niekiedy należy po irydektomii zakroplić parę razy atropinę. *K. N.*

soczewki, ta bowiem w myśl teoryi Helmholtza przybiera w takich warunkach (poza aktem akomodacyi!) postać bardziej do kuli zbliżoną. Że ta zmiana postaci soczewki nie wpływa na wzmożenie siły refrakcyjnej oka, to ma swą przyczynę w postępującem równocześnie stwardnieniu jądra soczewki, która na tem tyle siły łamliwej traci, ile jej zyskuje na wypukleniu swej przedniej i tylnej powierzchni. Natomiast to trwałe wypuklenie soczewki zmniejsza stopniowo szerokość akomodacyi, ponieważ różnica między postacią soczewki na szczycie akomodacyi i w chwili jej zupełnego zwolnienia z każdym rokiem maleje. — *K. W. Majewski.*

---

3. Z Towarzystwa lekarskiego lwowskiego.

Posiedzenie z dn. 13 stycznia 1905.

Doc. Szulisławski przedstawia chorą ze samoistnem wyleczeniem się *gruźlicy spojówki* jednego oka. Gruźlica była stwierdzoną drobnowidowo.

Posiedzenie z dn. 17 lutego 1905.

Doc. Bednarski przedstawia preparat anatomiczny *wrodzonego torbiela powieki dolnej, połączonego ze zarodkową gałką oka.*

U 3½miesięcznego dziecka wyjął B. gałkę oczną, nieco większą niż owoc wiśni, wraz z torbielem, mniej więcej wielkości śliwki. Na gałce rozróżnić można było rogówkę i cienki nerw wzrokowy, twardówka nie okazywała śladów bruzdy zarodkowej. Torbiel, wypełniony cieczą przezroczystą, połączony był z gałką za pomocą krótkiej, zbitej szypuły, pół cm grubej, która wychodziła z tylnej części gałki, tuż poniżej nerwu wzrokowego. Drugie oko było wielkości prawidłowej, *coloboma iridis*, ani też *chorioideae* nie było, koło tarczy nerwu wzrokowego nieco jaśniejsze zabarwienie, najprawdopodobniej nie było to jednak *coloboma nervi optici.*

Preparat będzie badanym drobnowidowo, a wynik ogłoszony drukiem.

Posiedzenie z dn. 3 marca 1905.

Dr Reis: *O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: Conjunctivitis Parinaudi* (z okazaniem chorej).

Na oddział prof. Machека w szpitalu powszechnym zgłosiła się dziewczyna 14letnia, zajęta przy dojeniu krów, podając, że najpierw wystąpił obrzęk na szyi po stronie lewej, a następnie, przed 2oma miesiącami, zaczęło boleć oko lewe. Badanie wykazuje na

dolnym załamku prawego oka mieszki, a na górnym przerost brodawek lekki. Na oku lewem widzimy na górnym załamku wybujałości różowe, nierówne, dość zbite, tworzące jakby koguci grzebień, ponadto oko nie jest zadrażnione, wydzieliny nie ma, rogówka czysta. Gruczoły podszczękowe po stronie lewej powiększone, wielkości orzecha włoskiego, twarde. Prelegent rozpoznaje *conj. Parinaudi*. Badanie anatomiczne wykazało utkanie, zbliżone do nacieku limfoidalnego. Badanie na prątki gruźlicze z wynikiem ujemnym.

W rozprawach Doc. Bednarski podnosi, że prelegent pominął ziarna jaglicowe, znajdujące się na załamku górnym oka prawego. B. rozpoznaje stanowczo sprawę jaglicową na oku prawem. Co się tyczy oka lewego, nie widzi dostatecznych podstaw do pewnego rozpoznania *conj. Parinaudi*. Na wywiadach opierać się nie można, badanie zaś anatomiczne i brak prątków gruźliczych do rozpoznania wspomnianego cierpienia jeszcze nie uprawniają.

B. sądzi, że najprawdopodobniej i na lewem oku mamy do czynienia z jaglicą, czy zaś obok jaglicy istnieje także *conj. Parinaudi*, sądzi, że może na pewne rozstrzygnąć jedynie spostrzeganie dalszego przebiegu i zejścia.

Prof. Machek zgadza się z rozpoznaniem prelegenta, podnosi brak wydzieliny i brak zajęcia rogówki, która nigdy przy *conj. Parinaudi* nie bywa zajętą, a wreszcie cały obraz chorobowy typowy dla *conj. Parinaudi*, jakkolwiek przypominający wielce sprawę jaglicową.

Doc. Bednarski stwierdza częsty brak wydzieliny przy jaglicy, i że to samo dotyczy również braku zajęcia rogówki.

Prof. Gluziński mówi, że gdyby nic nie wiedział o oku, to rozpoznałby z wejrzenia chorej obrzęk gruczołów skrofuliczny. Przypuszcza, że, jeżeli choroba ta zaczęła się od zajęcia gruczołów podszczękowych, a potem dopiero wystąpiły objawy oczne, to chorobę tę uważaćby należało jako skazę ogólną, a nie za cierpienie wyłącznie oka.

Prof. Kadyi twierdzi, że mogła być sprawa na spojówce, a chora jej nie zauważyła, że wywiady w takich wypadkach nic nie pomagają. — *A. Bednarski.*

Posiedzenie d. 17 marca 1905.

Dr Feuerstein: *Idiotismus familiaris amauroticus (Tay-Sachs) na podstawie spostrzeżenia z praktyki.* Choroba ta opisaną została niedawno. Dotychczas znanych jest pięćdziesiąt kilka przypadków, a dotyczyły one przeważnie dzieci żydowskich. Etyologia cierpienia nie jest znaną. Dzieci do 5 miesiąca rozwijają się prawidłowo, potem stają się stopniowo niedołężne, a w 2—3 roku życia

umierają. Obok zniedołężnienia umysłowego występuje zaniewidzenie, przeczulica słuchowa i porażenie kończyn. Bardzo znamiennym jest przytem obraz wziernikowy. W plamce żółtej występuje biała plama, w środku której znajduje się czerwony punkt, podobnie jak przy embolia art. centr. ret. Zmiana ta jest obustronną, trwałą, później dołącza się do niej zanik tarczy nerwu wzrokowego. Przypuszczają, że siatkówka ulega zwyrodnieniu, głównie komórki zwojowe, a ponieważ fovea centr. ich nie zawiera, więc pozostaje czerwoną. Sekcyi jest dotąd 9 niedokładnych. Choroba występuje często w tej samej rodzinie u kilku dzieci, czy jest wrodzoną, zdania co do tego są podzielone, prawidłowy rozwój dziecka w pierwszych miesiącach przemawiałby za zmianami nabytemi. Następuje przedstawienie chorego.

W dyskusyi Dr Bednarski potwierdza opis dna oka przedstawiony przez prelegenta: mówi, że chociaż obraz wziernikowy przypomina rzeczywiście obraz przy zatorze tętnicy środkowej siatkówki, przecież jest odmiennym. Plama w plamce żółtej ma barwę ścięgnistą, niebieskawą o połysku nieco aksamitnym, brzegi jej są nierówne, postrzępione ale ostro przytem odgraniczone. Wogóle obraz jest tak znamienny, że go nie można pomieszać z żadną inną chorobą dna oka. *A. Bednarski.*

IV. ROZMAITOŚCI.

Leczenie jaskry. W Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1905. Nr 6. Silex omawia ważne dla lekarza praktykującego główne objawy i sposoby leczenia tej często zapoznawanej choroby ocznej. Z rozprawki zaznaczamy, iż autor podnosi trzy sposoby postępowania przy ostrej jaskrze, t. j. iridektomią natychmiastową, leczenie lekowe poprzedzające tamtą i wyłącznie lekowe postępowanie, skłania się w niektórych razach do pierwszego sposobu i operuje przeważnie w narkozie, a obierając drugą drogę stosuje przez nas podaną kompozycyę, t. j. roczyn eseryny, pilokarpiny i kokainy. Co do ostatniej zaś drogi przez Cohna propagowanej jest jej przeciwnikiem, co słusznem mienimy. Wycięcia zwoju szyjowego symp. nie robił, dla tego zdania swego co do wartości tego rękoczynu nie wypowiada. *W.*

Nowe czasopismo okulistyczne, la Rivista italiana di Ottalmologia wychodzi w Rzymie pod redakcyą prof. Parisotti.

Tow. oftalmologiczne, węgierskie odbędzie posiedzenia tegoroczne dn. 11 i 12 czerwca, w klinice okulistycznej królewskiej w Bu-

dapeszcie. Komitet wybrał jako przedmiot referatu patologię i terapię jaglicy a nadto operacyę zaćmy. *W.*

V. SPRAWY OSOBOWE.

Pan Dr Jan Sędziak, czcigodny nasz współpracownik, został, jak się właśnie dowiadujemy, nagrodzony na konkursie Tow. laryngologów w Ameryce za pracę pod tyt. »the etiology and treatment of mycosis occuring in the opper respiratory tract.«. Cieszymy się z odznaczenia i życzymy dalszego uznania rzetelnej pracy naukowej.

Dr Gallemaerts mian. prof. okulistyki i dyrektorem kliniki w Brukseli.

Doc. Dr Best w Giessenie mian. nadzw. prof.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Dr Wolfe, em. prof. okulistyki w Glasgowie.

VII. OD REDAKCYI.

Wydając tym razem podwójny numer, zniewoleni jesteśmy za opóźnione pojawienie się »Postępu okul.« spowodowane przeważnie zmianą osób w drukarni naszego pisma, jaknajmocniej przeprosić Szan. czytelników, a współpracowników naszych prosimy przy tej sposobności bardzo usilnie o regularne dostarczanie nam streszczeń z artykułów, pojawiających się w literaturze wszech światowej, jako też o prace oryginalne. Niechaj jedyne pismo okulistyczne polskie będzie obrazem ruchu naukowego okulistycznego całej rzeszy naszej we wszystkich dzielnicach naszej Ojczyzny. Wszak nowi co rok przybywają pracownicy, uprawiający niwę okulistyczną, chętnie ich obok dawnych wypróbowanych naszych współpracowników pragnęlibyśmy widzieć zeszeregowanych około »Postępu okulistycznego«, którego łamy stoją do rozporządzenia Kolegów dla wszystkiego, co postępem w naszej specyalności się znaczy. *W.*

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE *WSPÓŁUDZIAŁEM* PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Czerwiec — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Z uniwers. kliniki okulistycznej Radcy Prof. B. Wicherkiewicza w Krakowie.

Przyczynek do etiologii pryszczykowych zapaleń oka

podał

Dr ADOLF BEIGEL.

Jako przyczynę pryszczykowych zapaleń oka uważano do niedawna wyłącznie skazę zołzową (skrofulozę) a jednym z głównych przedstawicieli tego zapatrywania był v. Arlt. Każdą postać takiego zapalenia, czy miało miejsce na spojówce czy na rogówce, uważał on za wyraz ogólnej skrofulozy i tak tą rzecz nie tylko w swoim podręczniku ale także w później ogłoszonem dziele „klinische Darstellung der Krankheiten des Auges“ przedstawił. To samo zapatrywanie wyraża także w swoim podręczniku Fuchs, który zapalenia pryszczykowe wogóle uważa za chorobę pojawiającą się wyłącznie u dzieci i ile razy wedle jego zdania znalazł chorobę tą u dorosłych, zawsze jeszcze mógł stwierdzić, że osobnik ten już w dziecięcym wieku na zapalenie pryszczykowe chorował. Nie da się wprawdzie zaprze-

czyć, że skrofuloza w przeważnej ilości wypadków odgrywa rolę czynnika etiologicznego, nie jest to atoli prawdopodobnem i wogóle niczem nie popartem, jakoby skaza ta, wyłącznie i sama przez się mogła dać powód do wystąpienia takich zmian na oku. Przemawia już przeciw temu sam fakt, że ogromna liczba ustawicznie pojawiających sie corocznie przypadków zapaleń pryszczykowych nie wątpliwie znacznie przewyższa liczbę wypadków stwierdzonej skrofulozy. I słusznie zwracają w nowszych czasach jeszcze uwagę na cały szereg innych wpływów etiologicznych zaliczając do nich:

1. cierpienia miejscowe i skazy ogólne, jak suchoty, kiłę, rozległe schorzenia skóry i inne choroby, które przez swe długie trwanie znacznie osłabiają ustrój.
2. choroby zakaźne, jak płonica, odra, ospa i t. d.
3. ostre i przewlekłe wypryski na twarzy.
4. wrzodziejące zapalenie brzegu powiekowego.
5. liche odżywienie i wilgotne, piwniczne mieszkania, do których rzadko dochodzi promień słońca. W dalszym rzędzie badania bakteryologiczne u człowieka jakoteż u zwierząt, jeżeli nie udowodniły na pewno wpływu drobnych ustrojów na wytworzenie się zapalenia pryszczykowego, to w każdym razie uczyniły to bakteryjne tło omawianego cierpienia bardzo prawdopodobnem. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że na tem polu, które wymaga jeszcze dokładnego opracowania, możemy się spodziewać ważnej zdobyczy dla etiologii zapaleń pryszczykowych, chociaż dotychczasowe mozolne i dokładne bakteryologiczne badania spojówek i pryszczyków nie wydały jeszcze stanowczego wyniku.

Najlepiej okazało się to i to dosyć często przy bogatym i wielostronnym materyale kliniki okulistycznej krakowskiej jak niewystarczające są dotychczasowe poglądy na etiologię omawianego cierpienia, bo niejednokrotnie zwłaszcza u dzieci spotykaliśmy wypadki niewątpliwego zapalenia pryszczykowego, które to dzieci były pomimo tego dobrze odżywione, wyglądały zupełnie zdrowo i czerstwo i które jak niejednokrotnie naocznie można było stwierdzić pochodziły z również zdrowych

rodziców tak że żaden z powszechnie dotychczas przyjętych czynników etiologicznych nie dał się do nich zastosować.

Nasz szef miał sposobność z okazyi takiego przypadku wyrazić się, że etiologicznych badań zapaleń pryszczykowych oka nie można jeszcze wcale uważać za ukończone i zwrócił na to uwagę, że zewnętrzne wpływy zapewne wielką odgrywają rolę przy powstaniu tej choroby a w szczególności efflorescencyi. To swoje zapatrywanie opierał szef nasz na tym fakcie, że wedle jego obserwacyi w ambulatoryum klinicznem corocznie w miesiącach kwietniu i maju przeważają w uderzający sposób przypadki tej choroby, a więc w czasie kiedy w naszych okolicach panują najsilniejsze i najczęstsze opady atmosferyczne. Byłoby też istotnie nader interesującą i ważną okolicznością te przypuszczenia stwierdzić zapomocą zestawień i danych statystycznych. To przez szefa wyrażone zapatrywanie oraz zachęta z jego strony spowodowały mnie, że zabrałem się do dokładnego zbadania i przejrzenia nader starannie u nas prowadzonych roczników, a rezultat tych badań podaję poniżej jako materyał uzyskany w latach ostatnich w formie tabeli:

Z tego statystycznego zestawienia okazuje się słuszność wyżej wyrażonego poglądu, oraz i to, że istotnie liczba przypadków choroby pryszczykowej do miesiąca maja stale wzrasta i że dosiągnąwszy w miesiącu tym punktu kulminacyjnego w następnych miesiącach znowu się zmniejsza. To stałe i rocznie powtarzające się tak regularne wzmaganie się tej liczby nie może być w żaden sposób czysto przypadkowem i przemawia z całą stanowczością za tem, że tu szkodliwe zewnętrzne wpływy, jakie idą zwykle w parze z częstymi opadami atmosferycznymi i burzami, wielką odgrywają rolę przy powstawaniu zapaleń pryszczykowych oka.

Czy przypadkiem te opady atmosferyczne, tak bardzo sprzyjające rozwojowi wszelkich bakteryi, nie odgrywają także przy powstaniu i tej choroby pewnej wybitnej roli, co jest nawet rzeczą niewątpliwą, tego tutaj atoli bliżej rozbierać nie chcę, a poprzestaję jedynie na stwierdzeniu samego faktu, co do związku przyczynowego między opadami atmosferycznymi

	1901				1902				1903				1904			
	Conjunct. phlyctaen.	Keratitis phlyctaen.	Razem	%	Conjunct. phlyctaen.	Keratitis phlyctaen.	Razem	%	Conjunct. phlyctaen.	Keratitis phlyctaen.	Razem	%	Conjunct. phlyctaen.	Keratitis phlyctaen.	Razem	%
Styczeń	41	39	80	17·85	20	43	63	9·44	24	40	64	12·57	44	78	122	18·26
Luty	27	44	71	18·06	12	27	39	8·36	23	61	84	17·87	42	46	88	15·57
Marzec	51	69	120	23·48	24	45	69	14·90	49	82	131	19·15	30	75	105	18·98
Kwiecień	49	96	118	22·22	38	50	88	17·52	35	61	96	21·09	36	103	139	23·67
Maj	73	69	169	24·73	85	101	186	20·10	79	90	169	22·13	84	99	183	24·83
Czerwiec	39	46	85	18·51	26	68	94	17·02	26	64	90	16·88	23	75	98	15·55
Lipiec	27	41	68	15·74	17	64	81	16·23	31	36	67	15·54	38	53	91	15·58
Sierpień	14	27	41	13·99	17	27	44	14·81	20	47	67	27·91*)	7	39	46	12·60
Wrzesień	4	12	16	15·09	21	30	51	13·53	9	4	13	8·90	12	10	22	15·27
Październik	11	16	27	14·13	1	3	4	12·50	8	15	23	8·12	13	12	25	10·63
Listopad	21	32	53	12·56	27	28	55	17·08	25	50	75	11·64	28	42	70	11·80
Grudzień	14	30	44	14.63	24	30	54	18·40	36	35	71	17·14	26	34	60	10·78

*) Ten niezwykły procent zachorzeń w sierpniu roku 1903, gdy w innych latach spotkaliśmy sie z temi chorobami przeważnie w marcu, kwietniu i maju tłomaczy się może wyjątkowo w tym czasie niezdrowymi warunkami klimatycznymi Krakowa i zachodniej Galicyi z powodu niebywałej powodzi. *Wicherkiewicz.*

a powstaniem tej choroby. Zapatrywanie to potwierdza właśnie także i ta okoliczność, że choroba ta wydarza się najczęściej w wieku dziecięcym, a więc w czasie, kiedy tkanki jeszcze nie rozwinięte i słabe są mało odporne, a zatem łatwiej zewnętrznym, szkodliwym wpływom ulegają.

Stwierdzona zaś w powyższy sposób jedna z przyczyn powstania tej choroby daje nam wskazówkę jak możnaby prawdopodobnie w znacznej mierze zapobiegać w krytycznych tych miesiącach szerzeniu się tej choroby, gdyby rodzice w tym właśnie czasie ile możności chronili dzieci swe przed szkodliwymi wpływami opadów atmosferycznych, na co uwagę ich zwracać byłoby rzeczą nader wskazaną.

Słówko w sprawie leczenia jaglicy za pomocą radium.

napisał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Radium poszło wskutek wyczerpania zapasów tak wysoko w cenie, iż badania tym środkiem prawie doznały zupełnego zastoju.

Sir William Ramsay donosi wedle gazety »Schles. Zeitung« iż za 1mgr. żądają 400 mk. coby za jeden gram niemal pół miliona koron wynosiło. Wobec podaży preperatów nie posiadających dość siły radioaktywnej wyniki badań osiągane przez najrozmaitszych badaczy nie zawsze są równe.

Przypominamy, iż wedle rozgłośnego zachwalenia prof. Herm. Cohna z Wrocławia w Berl. kl. Wschrift. N. 1. 1905 miał jeden mgr. bromidu radiowego zatopionego w maleńkiej cewce szklanej w krótkim czasie przez oświecanie wyleczyć już to jaglicę, już to zapalenie mieszkowe spojówki — ze wszystkiem jednak tylko trzy przypadki. Natychmiast po tej publikacyi sprowadziłem sobie ze źródła podanego przez prof. Cohna takąż ilość radium za tę samą cenę i rozpocząłem »wojnę przeciw jaglicy« — dla porównania

w przypadkach równego na obu oczach nasilenia, na jednem oku zwykłymi od dawna przezemnie wypróbowanymi lecząc sposobami, na drugiem wyłącznie posługując się radium. Cóż się pokazało? Otóż, że oczy ostatniem leczone pozostały niezmienione przedmiotowo i podmiotowo, tak że po kilku tygodniach i te oczy poddane być musiały wypróbowanym sposobom leczniczym, które znamienny sprowadziły już były postęp ale ócz nie radionowanych. Jakże sobie wytłumaczyć różnicę w skutkach osiągniętych przez prof. Cohna a przezemnie? Albo sąd Cohna był zbyt porywczym albo wrocławski kolega posiadał lepszy preparat.

Zaznaczam, że leczyliśmy ze wszystkiem może 8—10 przypadków prawdziwej jaglicy i to przez kilka i kilkanaście posiedzeń.

W numerze 8 Berl. kl. Wschrift powraca Cohn do tego samego przedmiotu broniąc się przed zarzutem Uhthoffa jakoby radium mogło stać się w postaci przez Cohna używanej niebezpiecznem dla oka. Otóż najzupełniej podzielam obawy prof. Uhthoffa dla tych przypadków, gdzieby chciano do doświadczeń posługiwać się silniejszymi preparatami, lecz chcemy wierzyć iż osłaniając gałkę samą płytami ołowianemi powtrzymującemi jak wiadomo bieg promieni Bécquerela, niebezpieczeństwa dla części nerwowych oka uniknąć możemy.

Ale czy wtenczas leczenie będzie łatwiejszem i znośniejszem dla chorych? Wątpię.

Do doświadczeń środkiem tak silnie wnikającym w ustrój ludzki jakim jest radium, winniśmy przystępować z wszelką oględnością a zwłaszcza, gdy chodzi o tak cenny a wrażliwy organ, jakim jest oko.

Nie chcę jednak twierdzić, by i dla niego z nowego sposobu leczniczego nie miała wyniknąć w tym lub innym kierunku pewna korzyść, ale przedwczesne zachwalanie, nie oparte na doatatecznym materyale ludzkim i nie poprzedzone doświadczeniami na oczach zwierzęcych nie powinno wnikać do szerszej publiczności, bo zrodzić może wręcz zamierzonemu prze-

ciwny skutek tj. zdykredytowanie polecenia wobec żadnego wyniku albo wyniku ujemnego.

Zapoznawanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.

Uwagi skreślone przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Wiemy wszyscy, że dobre rozpoznanie jest prawie w połowie wyleczeniem choroby. Ale nie dość rozpoznać chorobę — trzeba nam znać także przyczynową podstawę.

Do bardzo częstych takich podstaw należy niewątpliwie kiła, ale błędnem byłoby postępowanie lekarza, który jej się wszędzie dopatruje, jak błędnem było zdanie pewnego klinicysty niemieckiego, który zwykł mawiać: »Ein bischen syphilitisch ist am Ende Jeder«.

Nie będę powtarzał bardzo ciekawych pod tym względem ilustracyi dostarczonych przez znakomitego syfilidologa francuskiego Fourniera, ani ciekawych obserwacyi umieszczonych niedawno przez Dr. Suareza de Mendoza w »Archives de Medécine et de Chirurgie spéciales« Nr 8 1904. lecz z własnej praktyki chciałbym kilka odnośnych przytoczyć przypadków, wykazujących jak w jednym i drugim kierunku można błądzić i niestety zbyt często się rzeczywiście błądzi.

Na wstępie zaznaczyć mi wypada, że jakkolwiek dobrze jest zawsze ująć w całość zeznania chorych pod względem byłego zakażenia syfilitycznego, nie można do ich zaprzeczeń choćby najuroczystszych zbyt wielkiej przywiązywać wagi.

Zdarza się, że badany, albo rzeczywiście nie wie, jakie choroby poprzedzały albo wiedząc, usilnie a zręcznie podejrzenie zakażenia kiłowego z badania diagnostycznego usunąć pragnie. Natomiast jest inna kategorya chorych, którzy wprost lekarza na to naprowadzić pragną, iż objawy chorobowe oczne, dla których po radę się zgłaszają, mają związek z istotnie albo tylko we wyobraźni rzekomo nabytą kiłą.

Otóż jak zawsze, tak i tu, ścisłe rozważenie osobistych stosunków, staranne indywidualizowanie ustrzeże lekarza od pomyłek rozpoznawczych, które na wybór sposobu leczenia i na sprawę gojenia z powodu złego właśnie leczenia bardzo ujemny mogłyby mieć wpływ.

Przypadki należące do tej kategoryi podzielić trzeba na:

1) takie, gdzie podstawa kiłowa ukryta wywołuje chorobę oczną,

2) takie, gdzie tej podstawy wcale niema lecz inna jakaś ogólna istnieje a jednak przypadki były leczone długo bezskutecznie antysyfilistycznie; wreszcie

3) takie, gdzie u osobnika kiedyś syfilitycznie dotkniętego następują okoliczności, wywołujące objawy oczne, mogące uchodzić za syfilityczne, lubo one z kiłą rzeczywiście związku nie mają.

A. Do kategoryi pierwszej należy następujący przypadek

(1). Pani S. 40 lat, od wielu lat leczona na chorobę piersiową (bardzo obfite plwociny, krwotok z płuc, stłumienia w wierzchołkach płuc i inne fizykalne znaki, przemawiające za bardzo znacznemi zmianami a nawet wykazano jamy w szczytach płuc).

Chorą wysyłano ponownie do Reinerz i innych miejscowości klimatycznych leczniczych, mimo to stan się nie zmieniał, chora chudła, miewała poty nocne, co wszystko jaknajgorsze kazało dopuszczać rokowania. Piątego czy szóstego roku choroby występuje nagle w Reinerz dwojenie, a z niem powstają objawy oczne podmiotowe inne. Niezwłocznie chorą przywieziono mi do Poznania. Rozpoznałem porażenie mięśnia lewego odwodzącego. Dla dokładniejszego stwierdzenia anamnezy poprosiłem nazajutrz męża chorej do siebie, zwracając mu na to uwagę, iż porażenie oczne, które u małżonki wystąpiło, przemawia za podstawą kiłową, prosząc, by mi wyznał prawdę, bo od tego zależy leczenie wzgl. wyzdrowienie żony. Dowiedziałem się przytem, że sam był po ślubie zarażonym, syfilitycznie ale czy żona kiedy jakiekolwiek tego miała następstwa zapewnić nie może. Otóż leczenie antiluetyczne (mianowicie wcierki) miało

ten dodatni skutek, iż w przeciągu czterech tygodni porażenie ustąpiło, nadto stan płuc tak widocznie się poprawiał, że od wielu lat chora w podobnie dobrym — jak sama zapewniała — nie była. Kuracya wzmacniająca i powtarzane jeszcze wcierki, usunęły później zupełnie chorobę płucną u osoby szczupłej, która stała się tęgą i zdrowo wyglądającą. Nie będę tu przytaczał szczegółów, dotyczących zmian w narządzie oddechowym, bo trudno o te zapiski, ani tu one szczegółowego badzić nie mogą zajęcia. Sądzę, że zaznaczenie widocznego ustąpienia tych objawów w następstwie leczenia swoistego, wskazanego z powodu nagle występującego objawu ocznego wystarcza, by wykazać związek przyczynowy cierpienia płuc z kiłą tak długo w innym narządzie na niekorzyść chorej zapoznawaną.

Przypadek następujący jest o tyle ciekawy, że okoliczność towarzysząca cierpieniu ocznemu narzucała się wprost jako wywołująca a jednak nie ona lecz kiła objawów ocznych bardzo groźnych była powodem. Przypadek ten szczegółowo został swego czasu opisany w »Przegl. lek.« pod tytułem: »Urazowe czy kiłowe zapalenie oka?« Nr 35 i 36. 1881.

Niechaj mi wolno będzie tutaj w krótkości streścić go dla tych szan. czytelników, dla których źródło podane nie jest dziś już przystępnem.

(2) P. K. 26 lat mający technik, dostaje zapalenia ropno-plastycznego tęczówki i ciałka rzęskowego, Przy anamnezie nadmienia, że przed 15 laty strzelając, zranił się kapiszonem w oko lewe obecnie chore. Badanie stwierdziło ślady tego, a nawet pasemkowate zmętnienie tylnej torebki soczewki znaczyło bieg ciałka. Nie przypuszczając, by ciało to jeżeli wogóle w oku a nie poza niem tkwi, miało po tylu latach nagle tak gwałtowne wywołać zaburzenie, poruszyłem raczej przy wypytywaniach stronę dyskrazyi i dowiedziałem się, że chory przechodził kiłę przed kilku laty. Leczenie odpowiednie miejscowe i ogólne usunęło chorobę oczną doszczętnie. a w miarę tego i wzrok znacznie się poprawił, bo z $^1/_{30}$ podniósł się na $^6/_{21}$.

W dwa lata później, gdy w celach zawodowych chory

bawił w okolicy Merseburga, nastąpił nawrót silniejszy jeszcze od pierwszego zachorzenia. Chory listownie zwraca się do mnie z zapytaniem, czy przybyć może. Wskutek mej zachęty telegraficznej udaje się do uniwers. kliniki w H., gdzie mu stanowczo chciano wyjąć gałkę jako grożącą drugiemu sympatycznem zapaleniem.

Przybywszy do mnie do Poznania po raz drugi poddał się kuracyi podobnej do dawnej (wcierki, poty, pijawki dla bardzo silnego nabiegu spojówek), i odzyskuje zdrowe oko. Miałem sposobność przed kilku miesiącami osobistość tę widzieć po długiej przerwie, bo po 25 latach i przekonać się, iż oko to swego czasu przeznaczone przez bardzo wielką powagę okulistyczną do wyjęcia, niezmieniony utrzymało wygląd a lubo wskutek rozwijającej się coraz więcej zaćmy chory tem okiem mało widzi, jednak ma widoki odzyskania wzroku przez operacyę.

(3) Wyrobnica N. l. 45. przedstawia się w Marcu 1901 w krakowskiej klinice okulistycznej z powodu długo trwającego zapalenia ócz. Wydzielina obfita śluzowa, przekrwienie silne spojówki gałki a na spojówce powiek nabrzmienie ciała brodawkowego i dość liczne jagiełki, zwłaszcza na załamkach. Rogówki obie na całej powierzchni zmętnione, liczne naczynia powierzchowne, ciągnące się od brzegu do punkcikowatych nalotów. Światłowstręt, łzawienie, wzrok stosownie do zmętnień rogówkowych znacznie obniżony.

Cała sprawa przedstawiała się jako zapalenie jaglicowe spojówki i rogówki u osoby skrofulicznej. Wprawdzie nie było szczegółowego powodu do przypuszczenia innej podstawy choroby ocznej, ale zwyczajem na mej klinice przyjętym pytano się pacyentkę o ogólne poprzedzające choroby, które jednak, jeżeli protokół nie myli, nie miały były zachodzić.

Chorą poleciłem przyjąć na mój oddział szpitala św. Łazarza, gdzie przez wiele tygodni prawie bez najmniejszego skutku leczoną była wedle zasad w podobnych przypadkach przyjętych a środkami zwykle do celu prowadzącymi.

Zniecierpliwiony niepowodzeniem sam osobiście zbadałem chorą ogólnie, lecz prócz nabrzmienia gruczołów podszczękowych,

karkowych, łokciowych i tu i ówdzie łuszczącego się naskórka, nie znalazłem nic, coby za kiłą przebytą przemawiać mogło. Chora przyznała się atoli, iż kilka razy roniła, a dzieci donoszone miewały »rozmaite choroby«. Poleciłem wobec tego dla próby zastrzykiwania podskórne sublimatu a już po pierwszem widoczna objawiła się poprawa, która po dalszych dziesięciu ustępuje miejsca zupełnemu wyleczeniu, t. j. wydzielina, łzawienie, światłowstręt, zmętwienie rogówek prawie zupełnie znikają a jagiełki i nabrzmienie ciałka brodawkowego mogące uchodzić za formę trachomatyczną, zaledwo jeszcze ślady pozostawiają. Z chwilą opuszczenia szpitala były oczywiście jeszcze naczynia na rogówce ale mniej liczne. —

Często zwracam też na to uwagę, iż tak zwane zapalenie egipskie ze zwyrodnieniem chrząstki, ma nieraz wyłącznie swój powód w kile i jedynie swoiste leczenie takowe bez miejscowego nawet usuwa. Nie będę twierdzenia tego nieraz już wypowiedzianego — ostatnio na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1900 — przykładami, których posiadam aż nazbyt wiele popierał, ale zaznaczę iż chwilowo właśnie mam znowu w leczeniu chorego (4), który przyznał się, iż przechodził przed laty rozmaite postacie kiły, a do kliniki zgłosił się przed kilku miesiącami z zapaleniem rzeżączkowem stwierdzonem bakteryologicznie, także obu ócz, które po bardzo mozolnem leczeniu skończyło się znacznemi bielmami rogówek i zarośnięciem źrenicy. Przy wypuszczeniu ze szpitala ma chory chrząstki zwłaszcza górne obu powiek zgrubiałe i nierówne, prawego oka znacznie ku tyłowi skurczone. Górna prawa powieka zwisła zakrywa gałkę. Na spojówkach obok blizn granulacye i znaczny przerost ciałka brodawkowego. Straciwszy wzrok zgłasza się chory ponownie przed kilku tygodniami, prosząc o przywrócenie choćby części wzroku. Dla dość obfitej wydzieliny śluzowej i zmian spojówkowych powyżej podanych leczymy go najprzód środkami ściągającymi, masowaniem chrząstek, ale mijają tygodnie a sprawa nie wiele postępuje. Przepisuję podskórnie zastrzykiwanie sublimatu, miejscowo zaś pędzlowanie powiek jodyną, do worka zaś spojówkowego maść

Pagenstechera z xeroformem a od tej chwili sprawa gojenia raźnie postępuje naprzód, nabrzmienie chrząstek widocznie zmniejsza się, tak że chory może już powieki należycie podnosić, spojówki przybierają powierzchnię gładką prawie, a iridektomia wykonana zrazu tylko na lewem oku, doprowadza do pomyślnego wyniku. Niewątpliwie zwrot w cierpieniu choroby spojówkowej i chrząstek nastąpił dopiero z chwilą swoistego leczenia. —

Tam zapalenie tęczówki ówdzie porażenie mięśnia ocznego, to znowu pozornie jaglicowe zapalenie rogówek lub zapalenie chrząstek i spojówki podobne do jaglicy mają swą przyczynę w dyskrazyi kiłowej. Ale który z dermatologów nie zna rozmaitych postaci chorób skórnych, zawdzięczających swe pochodzenie i trwanie uporczywe tej właśnie ogólnej przyczynie chorobowej naszego organizmu. Otóż i skóra powiek podobnemu ulega losowi.

Przypadek (5) który niżej podaję budzi o tyle zajęcie o ile jest potwierdzeniem tego, cośmy powyżej powiedzieli lubo postać zapalenia skóry (eczema papuloso-squamosum) samo przez się przemawiało już za pochodzeniem choroby, a jednak chory przez dwa lata najrozmaitszymi był bezskutecznie leczony środkami tylko nie swoistymi przedstawi się w klinice krakowskiej dn. 27/11 1899 gdy Sz. Fr. 21 l. służący mając 14 lat zapadł na nabrzmienie gruczołów szyi po tyfusie. Przed dwoma laty dostał jak protokół opiewa szyszkowinę stożkowatą, kiedy zaś zakażenie pierwotne nastąpiło o tem nie ma wzmianki. Od dwóch lat wyprysk w kącikach wewnętrznych i przylegających częściach skóry dolnych powiek. Leczony już był rozmaitymi środkami bezskutecznie przez okulistów, bo do tych dla cierpienia powiek zwracał się.

Badanie wykazuje gruczoły podszczękowe i szyjne pachwinowe nabrzmiałe. Wyrzut podobny do tego, jaki jest na powiekach znajduje się również na kończynie górnej lewej w okolicy łokcia.

Stosowano zastrzykiwania roczynu olejnego dwujodku rtęci (Panas Scrini) w pośladki a już po kilku takich zastrzyk-

nięciach wyprysk zaczął blednąć, ograniczać się a po dalszych 6 zniknął zupełnie.

Przykładów takich, gdzie rozmaite choroby pochodzenia syfilitycznego przy leczeniu zapoznane bywają możnaby nie wątpliwie przytoczyć o wiele więcej, nie chcąc jednak nużyć czytelnika zakończę kazuistykę chorób ocznych do tego rzędu należących przytoczeniem przypadku (6) rzekomej narośli która była tylko niezwykłym kilakiem.

Kobieta 40 l., która przy anamnezie nic szczegółowego nie podała, zgłasza się przed 5 laty do tutejszej kliniki ocznej z powodu guza wyrastającego pod lewem okiem. Badanie wykazuje poniżej chrząstki po stronie nosowej wyczuwalny guz wielkości większego orzecha włoskiego. Skóra ponad nim prawidłowa, przesuwalna. Guz sam mało twardy i pozornie mało z podstawą oczodołową złączony, niebolesny. Gałka zaledwo nieco przesunięta ku górze, wzrok tejże prawidłowy. Dla celów rozpoznawczych rozciąłem skórę nad guzem, by mały kawałeczek do badannia zdobyć. Takowe nie wykazało żadnej narośli złośliwej a tyko tkankę granulacyjną z naczyniami. Skłoniłem się więc do przypuszczenia k i l a k a tkanki oczodołowej. Wobec tego przepisałem chorej wielkie dawki jodku potasu a po 4—6 tygodniach guz bez śladu znikł pozostawiając bliznę wciągniętą w miejscu wycięcia.

W pół roku później chora zgłasza się ponownie do kliniki, tym razem z powodu typowego zapalenia tęczówki kilakowego na temże oku i wyprysku na całem ciele (roseola). Wcierki położyły koniec tym nowym objawom zakażenia syfilitycznego.

I po operacyach występować mogą zapalenia p o z o r n i e zależne od zabiegu operacyjnego, a w rzeczy samej od choroby konstytucyjnej, która dopiero po operacyi ponownie się objawiła.

(7) Przed pół rokiem operowałem w klinice uniwers. krakowskiej 74-letnią wyrobnicę na zaćmę twardą dojrzałą. Przebieg operacyi nie pozostawiał nic do życzenia a jednak po kilku dniach zaczęło oko boleć, nastąpiło nastrzyknięcie

rzęskowe, przekrwienie tęczówki, nabrzmienie tejże, lekki wysięk do źrenicy, oczywiście obniżenie przywróconej już bystrości wzrokowej. Przystawiano pijawki, zapuszczano mydriatica, dawano na przeczyszczenie, środki napotne, okłady zimne, to znowu ciepłe — wszystko bezskutecznie. Gdy tak stan ten przeciągał się przez 4 tygodnie, a przyczyny w oku samem znaleść nie mogłem, poleciłem robić zastrzykiwania sublimatu podskórne.

Już po 3 wstrzykiwaniach stan oka widocznie się zmieniał, a po 10 chora mogła z doskonałym wzrokiem i czystą źrenicą opuścić zakład. Późniejsze wywiady uzupełniające zdołały rzeczywiście wykazać u chorej skazę kiłową.

Do rzędu chorób ocznych, w których kiła nie bywa zwykle w przyczynowy związek wciągana należy jaskra.

Na zjeździe międzynarodowego kongresu w Heidelbergu w r. 1888 zwróciłem uwagę na ten związek przyczynowy przy sposobności rozprawy Snellena nad leczeniem jaskry przytaczając z własnej praktyki znamienny przypadek. Nie tylko związku tego nikt z obecnych nie zaprzeczył, ale w rozmowie prywatnej potwierdzonym on został przez wielu praktyków a i później nań się odwoływano.

Z powyższego wynika więc, że badanie anamnezy i szczegółów ogólnego stanu nie może być dość ścisłem, gdy chodzi o cierpienia oczne ważne a uporczywe w leczeniu.

(Dokończenie nastąpi).

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Ctbrbl. f. pr. Aghk. 1905. Z. 4. (Ref. Dr L. Gruder.).

O operacyi sympatycznej zaćmy miękkiej i uwagi o sympatycznem zapaleniu oka. (Zur Operation des sympathischen Weichstars nebst Bemerkungen über sympathische Augenentzündung). Prof. J. Hirschberg w Berlinie.

Pacyentka 26-letnia zachorowała przed 7 laty na odczepienie siatkówki lewego oka; zupełne upośledzenie wzroku. Po roku na tem samem oku ostra jaskra z silnemi wymiotami; iridektomia l. oka. Po tygodniu występuje na prawem oku, dotąd zupełnie zdrowem, *iritis sympathica*, tak że bystrość wzroku w kilku dniach zupełnie znikła; V = palce na 1 m. Wyjęcie oka lewego, oddawna ociemniałego, przez 5 miesięcy zastosowywano Jod i Hg, i wstrzykiwania z soli kuchennej na prawem oku; bystrość wzroku podniosła się na $^5/_{10}$. — Przez przeciąg dalszych sześciu miesięcy bystrość wzroku znowu znacznie osłabła.

Po 2 dalszych latach stan oka był następujący: gałka miękka, projekcya i poczucie światła wystarczające, rogówka czysta, komora przednia płytka; tęczówka zupełnie zwyrodniała, tylna jej powierzchnia zupełnie zrośnięta z torebką soczewki, liczne przyczepiny idą do źrenicy.

Chodziło w tym wypadku najpierw, aby zostawić tęczówkę nietkniętą, a następnie trzeba było torebkę soczewkową zupełnie usunąć, aby umożliwić wydostanie soczewki zaćmionej.

Na granicy rogówko-twardówkowej zrobiono z dołu cięcie nożem grotowym; zapomocą szczypczyków wyrwano znaczną część torebki; źrenica natychmiast znacznie się rozszerzyła. Strzykawką Griffina wydobyto bardzo mało zaćmionej soczewki; więcej wydobyto przy pomocy szpatółki. Gojenie prawidłowe. Źrenica była czysta. Męty w ciałku szklistem i schorzenie siatkówki wpływało ujemnie na bystrość wzroku. Mimoto osiągnięto liczenie palców na $1^1/_2$ m. (+ 8·0 do + 10·0 D). Pacyentka, która przedtem nic nie widziała, czuła się nader zadowoloną.

Następnie autor zwraca uwagę na zmiany dna oka na tzw. obraz dna oka, wywołany przez zapalenie sympatyczne. Polega on na wystąpieniu licznych, drobnych, jasnych, okrągłych plam na obwodzie dna oka, które mają wielkie podobieństwo do plam, przy kile występujących. Można takie zmiany spostrzegać zarówno na oku pierwotnie chorem, jakoteż i na oku z sympatycznem zapaleniem. Z czasem widać w środku tychże plamek drobne punkciki barwikowe.

1905, Z. 5.

Ueber Varietäten des Epitarsus. Dr A. Schapringer w Nowym Jorku.

Przeważnie Epitarsus ma postać płaskiego skrzydlika, odmiany zaś występują albo 1) w monstrualnej postaci lub 2) w postaci niezupełnej (schattenhafte Form).

Przypadek obustronnego monstrualnego Epitarsus opisuje Oeller*) (Arch. f. Agh. 1904, 50 Bd. 1 Heft). Obustronnie sterczała ze szpary powiekowej nowonarodzonego dziecka czerwona, okrągława masa, będąca w styczności z załamkiem górnym. Van Duyse przypuszcza, że w bardzo wczesnem życiu embryonalnem, kiedy gałka jest jeszcze niepokrytą, powstaje przylepienie Amnionu z tą częścią powierzchni twarzowej, która odpowiada późniejszym załamkom, przeważnie górnemu załamkowi. Duplikatura tej powierzchni twarzonej, powstała przez pociągnięcie Amnionu, pozostaje nawet wtedy, gdy przylepione Amnion znowu się odsunie od tej powierzchni twarzowej. W pewnych warnnkach ta duplikatura przybiera postać masywną, nie zrastającą z tylną powierzchnią powieki, lecz przeszkadzającą prawidłowemu rozwojowi powieki i tworzy się w ten sposób t. zw. *coloboma palpebrare*. — W ten sposób otrzymujemy olbrzymią postać Epitarsus (monströse Form des Epitarsus).

Trzy przypadki niezupełnej postaci (schattenhafte Form des Epitarsus) opisuje autor z własnej praktyki.

Dziewczynka 8-letnia, prawe oko zewnątrz normalne, po odwróceniu powieki górnej widać trójkątny, skrzydlikowaty Epitarsus; oba ramiona, zwłaszcza skroniowe ramię są dokładnie odosobnione od spojówki chrząstkowej powieki górnej. Lewe oko prawidłowe.

2 przypadek. — Matka tej dziewczynki, 40-letnia osoba. Prawe oko normalne, lewe oko po odwróceniu górnej powieki, posiada na chrząstce, białawą, pionową, niby zbliznowaciałą linię, dzielącą chrząstkę na dwie równe części. Zbliznowaciała ta linia — zdaniem autora — jest skutkiem coloboma tarsus, zabliźnionego przed narodzeniem jeszcze. Zapewne był tu mały Epitarsus, przeszkadzający rozwojowi chrząstki powiekowej, lecz zniknął jeszcze dość wcześnie i umożliwił w ten sposób zabliźnienie tak powstałego coloboma.

3. przypadek. — Dziewczynka 8-letnia. Po odwinięciu powieki górnej prawego oka widać na wewnętrznej połowie chrząstki powiekowej, delikatny, jasny punkcik. Do tego przytyka krótka, łukowata linia w kierunku załamka górnego idąca. Autor uważa punkcik i linię łukowatą jako szczątki niezupełnej postaci Epitarsus, mianowicie punkcik uważa za wysepkę chrząstkową a linię łukowatą jako resztę ramienia wewnętrznego. Dokładny Epitarsus znajduje się na górnej powiece lewego oka. Kształt jego dokładny, trójkątny i odosobniony jest od podstawy.

Przypadek 1 i 2 (matka i córka) przemawia za dziedzicznością Epitarsus.

Bistriktskrankenhaus LUBLIN

Klin. Monatsbl. f. Aghk. Marzec 1905. (Ref. Dr Liebermann.

O utworzeniu sklepień z płatów przyskórkowych. (Ueber Fornixbildung mit geschützten Epidermislappen). Prof. A. Gullstrand-Upsala.

Autor obszywa protezę odpowiedniej wielkości dużym płatem przyskórkowym [6 × 6 cm] tak, aby ranna powierzchnia płatka była na zewnątrz. Przeciąwszy następnie wszystkie zrosty w oczodole i usunąwszy stamtąd wszelką tkankę bliznowatą wstawia poprzednio wspomnianą protezę do oczodołu i zeszywa tymczasowo powieki. Po upływie kilku dni usuwa protezę; płat przybłonkowy wszędzie przylega.

Operacya symblepharon totale obu powiek celem utworzenia sztucznego oczodołu dla protezy. (Die Operation des totalen Symblepharons beider Lider zur Bildung einer Höhle). Prof. Dr Grunert. Brema.

Autor operował w dwojaki sposób; albo wyścielał ranę przyblonkiem błon śluzowych lub też uszypułowanym płatem skórnym, ze skroni wyciętym. Aby ułatwić sobie zadanie, przecinał spojenie w kąciku zewnętrznym oka, powieki odwracał i szwami do otoczenia je przytwierdzał. Odsłoniwszy sobie w ten sposób pole operacyjne pokrywał je błoną śluzową względnie skórą. Na odwróconej powiece łatwiej jest utrwalić płatki w odpowiedniem położeniu. Gdy płatki na powiekach przyrosły odwracał powieki z powrotem i zeszywał ranę w kąciku zewnętrznym.

Badania doświadczalne nad własnościami resorbcyjnemi dionimy. (Experimentelle Untersuchungen über die resorbierende Eigenschaft des Dionins). Dr S. H. Mc. Kee.

Autor wstrzykiwał roztarty tusz do przedniej komory oka zwierząt. Okazało się, iż u tych zwierząt, u których dionina na spojówkę nie działa i resorbcya ciał obcych z przedniej komory oka bardzo powoli postępuje; natomiast u zwierząt wrażliwych na ten środek, tusz nie tylko dosyć prędko znikał z przedniej komory oka, lecz również i zmętnienia rogówki dosyć znacznie się wyjaśniały. Do doświadczeń używał autor 10% rozczynu dioniny.

O obwodowych wydęciach rogówki. (Ueber peripliere Hornhautektasie). Dr H. Lauber.

Autor widział trzy przypadki wydęcia rogówki na obwodzie

tejże położone; wszystkie one znajdowały się w górnej jej części i powstały mniemaniem autora skutkiem chronicznego zapalenia.

Przyczynek do diagnostyki exophthalmus pulsans. (Zur Diagnostik des pulsierenden Exophthalmus). Prof. Dr Braunschweig.

W zamiarze samobójczym strzelił sobie chory kulę w prawą skroń. Gdy wrócił do przytomności, zauważył osłabienie lewej ręki i ślepotę na oku prawem. Objawy te z biegiem czasu ustąpiły, chory odczuwa natomiast obecnie szum w głowie i zauważył wzmagający się coraz bardziej trzeszcz gałki ocznej prawej. W klinice stwierdzono tętniący trzeszcz gałki ocznej prawej. Badanie promieniami Röntgena wykazało, iż kula tkwi tuż przy *sulcus caroticus* a bliżej nieco leży kawałek metalowego płaszcza naboju. Ten ostatni wydobyto. Przeciw trzeszczowi zastosowano ucisk na *carotis*. Chory wyzdrowiał. Zdaniem autora kula rewolwerowa spowodowała uderzeniem pęknięcie śródbłonka *carotis* w *sinus cavernosus*, z czego następowo rozwinął się tętniak; wyleczenie zaś przypisuje tej okoliczności, iż otwór komunikacyjny był małym, a systematyczny, coraz dłużej trwający ucisk na *carotis*, sprowadził zakrzep w miejscu zranienia.

O jequiritolu. (Das Jequiritol). Dr Seefelder.

Środek ten nadaje się wyłącznie do stosowania go w zakładach leczniczych, gdyż używanie tegoż połączonem jest z dosyć znacznemi niebezpieczeństwami. Stosunkowo dosyć często wywołuje jequiritol zapalenie woreczka łzowego, a niejednokrotnie i rogówka ulega zniszczeniu, zwłaszcza jeżeli istniał jakikolwiek nawet drobny ubytek w tejże. Tylko w przypadkach łuszczki jaglicowej środek ten dobre oddaje usługi.

Kwiecień 1905.

Przyczynek do nauki o nowotworach spojówki powiekowej. (Zur Onkologie der Conjunctiva palpebralis). Dr H. v. Hymmen.

Autor opisuje dwa przypadki rzadziej przydarzających się nowotworów spojówki powiekowej t. j. *lymphangioma cavernosum* i *sarcoma globocellulare*. Oba te przypadki operowano z pomyślnym wynikiem.

Przybłonkowy nowotwór tęczówki z tylnej warstwy barwikowej wychodzący. (Ein epithelialer Tumor der Iris vom hinteren Pigmentepithel ausgehend). Doc. Dr Stock.

Autor opisuje nowotwór, wychodzący z poza tęczówki i sterczący na kilka mm w obręb źrenicy u człowieka dotkniętego gruźlicą płuc w ostatnim okresie tej choroby. Można tedy było post mortem, histologicznie budowę tę narośli zbadać; okazało się, iż guz wypuklał przed sobą tylną blaszkę przybłonka barwikowego a od otoczenia wszędzie ściśle był ograniczonym. Był to więc nowotwór dobrotliwy. Autor zalicza go do szeregu przybłoniaków i nazywa *epithelioma papillare* tylnej powierzchni tęczówki.

Przyczynek do kazuistyki przerzutowych raków naczyniówki. (Zur Kasuistik der metastatischen Aderhautkrebse). Dr Th. Gelpke. — Karlsruhe.

U 21 lat liczącej chorej powstało małe wole, które w 50. roku życia chorej nagle szybko wzrastać poczęło. Wkrótce potem utworzyły się liczne przerzuty nowotworowe w płucach i w lewem oku. Z powodu ostrej jaskry musiano oko wyjąć. Badanie mikroskopowe nowotworu wykazało raka. Gdy chora wkrótce potem skutkiem ogólnego upadku sił umarła, wykazano, iż wole było rakowato zwyrodniałe a w płucach znalezione liczne guzy, jakoteż guz w oku lewem były przerzutami.

Operacyjne leczenie zaćmy warstwowej. (Zur operativen Behandlung des Schichtstars). Dr F. Ask.

Autor stara się o ile możności unikać daleko idących zabiegów, t. j. dyscyzyi, względnie wypuszenia soczewki, gdyż zabieg ten pozbawia chorego akomodacyi, a nadto, jak mu doświadczenia na ludziach, operowanych rozmaicie na obu oczach wykazały, oko pozbawione soczewki okazuje zawsze gorszą bystrość wzrokową. Dlatego też stara się autor wybadać, o ile oko chore, po rozszerzeniu źrenicy byłoby zdolnem do patrzenia i o ile takie oko wykazuje dostateczną bystrość wzrokową, wykonywa tylko irydektomię.

Nowy sposób operowania rogówki stożkowatej (keratoconus). (Ein neues Operationsverfahren bei Keratoconus). Dr Stoewer w Litten.

Jeżeli szczyt stożka jest już zaćmiony a nadto stożek sam coraz to bardziej się powiększa, wówczas ścina autor powierzchowne jego warstwy, starając się o ile możności nie otworzyć przedniej komory. Następnie wycina ze spojówki tego samego oka płat uszypułowany podwójnie i przeciąga go, podminowawszy go poprzednio, na ubytek w rogówce i szwami pętlicowatemi przytwierdza ten płatek po przeciwnej stronie gałki tak, aby się przesunąć nie mógł.

Po kilku dniach przecina szypuły i usuwa szwy utwierdzające. Przemieszczony płatek spojówkowy zmienia z biegiem czasu swoje wejrzenie tak, że pozostaje na rogówce tylko lekka plama natomiast obwodowe części rogówki przybierają bardziej prawidłową krzywiznę, tak iż można następnie ze skutkiem wykonać irydektomię optyczną.

Tarsoplastyka sposobem Büdingera. (Zur Tarsoplastik nach Büdinger). Dr A. Birch-Hirschfeld.

W 5 przypadkach, w których bądźto z powodu nowotworów musiano usunąć powiekę górną, bądź też ona była z innego powodu zniszczoną, operował autor wyż wspomnianym sposobem z dodatnim zawsze wynikiem. Płat skórny dla pokrycia rannej powierzchni powieki brał z policzka.

Die Ophth. Klinik, 1905, Nr. 9. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.).

Najprostsza operacya przeciw jaskrze (Einfachste Glaukomoperation). Dr Haberkamp.

W przypadkach jaskry ostrej znaglają nas bole, jakie chory znosi, i obawa o wzrok dotkniętego oka do stanowczego działania i to, jeśli *miotica* zawodzą, do podjęcia operacyi, najczęściej irydektomii. Chorzy niejednokrotnie z obawy przed nożem nie godzą się na operacyę i utrudniają przez to lekarzowi zadanie. Jako drogę pośrednią w takich przypadkach poleca autor obwodowe przepalenie rogówki igiełką galwanokauteru. Taka galwanokaustyczna paracenteza może być wykonaną w godzinie ordynacyjnej ambulatoryjnie, nie wymaga szczególnych przygotowań, a ma tę wyższość nad punkcyą rogówki zapomocą noża grotowego, że nie wytwarza rany o gładkich brzegach, które się niezwłocznie sklejają i muszą być chyba następnie rozdzielane sztyleckiem wśród ostrożności aseptycznych, lecz otwór mniej więcej szeroki, który nie zamyka się zwykle przed upływem kilku dni. Autor wykonał ten zabieg w dwóch przypadkach: w jednym chodziło o jaskrę w następstwie urazu, w drugim wystąpiła jaskra na oku oślepłem już poprzednio z powodu iridocyclitis. W pierwszym objawy jaskry bezpośrednio po przepaleniu rogówki ustąpiły i chory odzyskał pełną bystrość wzroku, a w drugim punkcya galwanokaustyczna usunęła trwale bóle i uratowała oko przed zamierzoną już enukleacyą. Autor po-

stanowił spróbować tego zabiegu także u chorych z jaskrą pierwotną i ogłosi w swoim czasie uzyskane wyniki.

Nr. 10.

O kosmetycznych zaletach leczenia raka powieki promieniami radu i o metodzie tego leczenia. (Über die kosmetischen Vorzüge der Heilung von Lidkrebsen durch Radiumstrahlen und die Methode der Behandlung). Dr H. Kirchner.

Operacye plastyczne, jakie musimy wykonywać po wycięciu raka powieki, wytwarzają zazwyczaj mniej lub więcej widoczne i szpecące blizny. Liczne doświadczenia wykazały już działanie *radium* niszczące tkankę nowotworową. Niedawno Guibert i Guériteau*) wyleczyli *carcinoma inoperabile sacci lacrymalis* zapomocą promieni radu, radzą oni jednak doprowadzić jego działanie do silnego sparzenia miejsc nowotworem zajętych Dr Kirchner w powyższej pracy zaleca przeciwnie ostrożne stosowanie małych ilości (1 miligrama) bromku radu i radki, żeby prześwietlania odbywały się w odstępach dwu- lub trzydniowych i żeby nie trwały nigdy dłużej, jak 15 do 25 minut. W jednym przypadku, gdzie u 67letniej kobiety naciek rakowy zajmował skórę w otoczeniu zewnętrznego kącika i przechodził na górną i na dolną powiekę, uzyskał autor po 20stu posiedzeniach gładkie zabliźnienie całego owrzodzenia z wyjątkiem otaczającego je twardego wału, który musiał być dodatkowo przez szereg dni naświetlany. W trzy miesiące po rozpoczęciu leczenia miejsce nowotworu zajęła zupełnie gładka, nieco tylko zaczerwieniona, delikatna i miękka blizna, dająca się łatwo przesuwać ponad tkanką podskórną. Na spojówce, która także była poprzednio nacieczona, tylko w jednem miejscu pozostała biała blizna, ponieważ z powodów technicznych działanie *radium* było w tem miejscu silniejsze, niż gdzie indziej. — O możliwości nawrotu autor nie wspomina.

Przyczynek do leczniczego zastosowania radium. (Zur therapeutischen Anwendung des Radiums). A. Darier.

Autor wskazuje na lecznicze działanie promieni radu, które wcześniej niszczą komórki nowotworowe, niż komórki otaczającej zdrowej tkanki. Zachowanie się to pozostaje w zgodzie z licznemi spostrzeżeniami, które wykazały, że najwięcej pod wpływem radu cierpią komórki młode, lub komórki, które podlegają okresowej re-

*) Por. Post. Ok. 1905. Nr. IV/V. str. 179.

generacyi, a więc przybłonki, śródbłonki naczyniowe etc. Oczywiście do tej samej gromady zaliczyć należy i komórki nowotworowe. Dalej przestrzega Darier usilnie przed przenoszeniem na ludzi wniosków wysnutych z doświadczeń na zwierzętach, bo działanie *radium* bywa niezmiernie różne co do stopnia, zależnie od rodzaju zwierzęcia. Np. ta sama ilość jednostek siły promieniotwórczej radu, która u morskiej świnki niszczy zupełnie sierć i wytwarza wrzody na skórze, u królika przy tem samem trwaniu naświetlania działa tylko pobudzająco na wzrost włosów.

W praktyce okulistycznej stosował Darier *radium* w rozmaitych przypadkach. Między innymi widział szybkie wessanie się krwi przy wśródgałkowym krwotoku spowodowanym przez uraz. Jako nie podniesioną dotąd przez nikogo zaletę radu wymienia autor jego działanie uśmierzające ból. Działanie to stwierdził on w kilku przypadkach (*Iritis rheumatica*, *neuralgia orbitalis* przy *chorioiditis luetica*, *neuralgia trigemini*, *episcleritis rheumatica* etc.). Równocześnie przytacza jednak spostrzeżenia, gdzie go promienie Becquerel'a, stosowane jako *analgeticum*, najzupełniej zawiodły. Potrzebne są zatem dalsze badania w tym kierunku.

Wiestnik Oftałmołogii. — Maj i Czerwiec. (Ref. Dr J. Matusewicz).

O wahaniach w ciśnieniu śródocznem przy jaskrze w ciągu dnia (O sutocznych kolebanjach wnutrigłaznago dawlenja pri głaukomie) A. J. Maslenikoff, Moskwa.

Autor badał napięcie w oczach zdrowych i dotkniętych jaskrą 2 razy w ciągu dnia: 08—$8^1/_2$ z rana i o 6—$6^1/_2$ wieczorem. Badania prowadził zapomocą tonometru Makłakova. Znalazł on stałe podwyższenie napięcia zrana, a obniżenie wieczorem. W oczach normalnych różnica nie przenosiła 2—2,5 mm. Hg, natomiast w oczach dotkniętych jaskrą obszar wahań jest bardzo rozległy i wynosi od 22—25 mm Hg. Jeżeli się porówna wahanie w napięciu w jaskrze i w normalnych oczach zależne od innych przyczyn, to się spotyka to samo zjawisko: mianowicie jednakowe oddziaływanie jakościowe a inne ilościowe. I tak atropina wzmaga napięcie w zdrowem oku na krótko i tylko o 2—4 mm Kg, w oku głaukomatycznem na długo i o 8—21 mm Kg. Eseryna obniża normalnie na krótko o 3 mm, w jaskrze długotrwale na 5—26 mm Hg. Gołowin znalazł, że ucisk wywarty na *Carotis communis* w zdrowem oku obniża napięcie o 2,5 mm Hg przeciętnie, podczas kiedy w głaukomatycznem do 24 mm Hg. Należałoby stąd wnosić, że

w jaskrze działają nietylko momenty, podnoszące napięcie, ale zachwiana też jest równowaga w regulacyi napięcia.

Pewną ilość badań wykonał autor na oczach glaukomatycznych po zastosowaniu miotyków i po wykonaniu irydektomii. Po zastosowaniu miotyków dało się zauważyć jednorazowe znaczne obniżenie napięcia szczególniej po ezerynie, poczem następowały wahania typowe ranne i wieczorne. Ten sam wynik dała irydektomia, tylko spadek był bardzo znaczny (do 22 mm), następne wahania zaś zachowały typowy dla jaskry szeroki obszar.

W sprawie widzenia w kręgach rozproszenia. (K woprosu o zrenjii w krugach świetorazsiejanja). R. A. Kac.

Autor przytacza kilka przypadków, gdzie przy badaniu skiaskopem stwierdzono myopią, dochodzącą do 8D, a pomimo to V bez korekcyi 0,1 do 0,3. Odpowiednie szkła sprowadzały nieznaczną poprawę. Zmrużenia powiek nie było, źrenica była raczej szeroką. Autor sądzi, że to zjawisko przypisać należy psychicznemu procesowi zużytkowywania obrazów w kręgach rozproszenia. Przypadki takie według autora rzucają światło na dotąd nierozstrzygniętą kwestyę, t. zw. akomodacyi bezsoczewkowej, gdzie również możność oka ustawienia się na różne odległości należałoby przypisać nie akomodacyi, a zdolności zużytkowywania obrazów w kręgach rozproszenia. Przy określaniu zdatności do służby wojskowej przypadki tego rodzaju grają dwojaką rolę: po pierwsze uczą, że bystrość wzroku u krótkowidzów bez szkieł korekcyjnych nie idzie równolegle do stopnia myopii i stąd nie można sprawdzić subjektywnego badania objektywnem. Po drugie wskazują, że obojętność na szkła korekcyjne przy myopii, nie polega koniecznie na symulacyi, a że może istnieć amblyopia ex myopia, być może na tle niedorozwoju, zwyrodnienia, konstytucyonalnej choroby i t. d.

Przyczynek do leczenia ropotoku spojówki noworodków. Kilka słów w obronie protargolu. (Zur Behandlung der Blennorrhoea neonatorum. Ein paar Worte zur Ehrenrettung des Protargols). Dr Pfalz z Dysseldorfu. Zeitschrift f. Augenheilkunde. T. XIII. Z. 3. R. 1905.

W ostatniem wydaniu dzieła Graefego-Saemisch'a znajduje się tak niepochlebna wzmianka o leczniczej wartości protargolu stosowanego przy ropotoku spojówki u noworodków, że niepodobna nie dopatrzeć się w niej krytyki postępowania tych wszystkich okulistów praktyków, którzy od 6 lat, t. j. od czasu, jak

Darier lek ten do okulistyki wprowadził, używają protargolu stale i nieraz wyłącznie samym tylko protargolem ropotok spojówkowy leczą. To skłoniło autora, że stanął w obronie protargolu. Wykazuje on, że przedewszystkiem zupełnie niewłaściwie porównuje się działanie protargolu z działaniem azotanu srebra, ponieważ protargol nie jest środkiem ani żrącym, ani nawet ściągającym, a tylko bakteryobójczym i to szczególnie dzielnym wobec dwoinek Neisser'owskich*). Aby wyzyskać całą jego skuteczność, należy go w odpowiedni sposób używać. Przedewszystkiem musi być roztwór świeżo przygotowany i na zimno przyrządzony, gdyż w wyższej ciepłocie następuje rozkład przez utlenienie ciał proteinowych w protargolu zawartych. Toż samo w starych roztworach protargol ulega zmianom chemicznym i nabiera drażniących własności. Następnie powinien roztwór protargolu często i o ile możności na długo wchodzić w styczność ze schorzałą spojówką. Osiąga się to przez częste i staranne zapuszczenie kropli protargolowych, co śmiało można poruczyć rodzicom dziecka. W tem właśnie leży wyższość protargolu nad azotanem srebra, że do jego stosowania nie potrzeba koniecznie wprawnej ręki lekarza. W przypadkach *blennorrhoea neonatorum* przepisuje autor 5% roztwór protargolu i roztwór nadmanganianu potasowego (1:1500). Tym ostatnim należy wypłukiwać ropę z worka spojówkowego w miarę potrzeby w odstępach czasu od ½ do 2 godzin w ciągu dnia i kilka razy w ciągu nocy. Protargol poleca obficie zapuszczać trzy razy na dobę. Zadaniem lekarza jest tylko czuwać nad przebiegiem choroby i badać stan oczu co kilka dni. Jest to wielką ulgą dla rodziców, bo nie potrzebują dziecka codziennie lub nawet dwa razy dziennie nosić do wizyty lekarskiej, co jest rzeczą konieczną przy stosowaniu azotanu srebra.

Lecząc ropotok w opisany sposób, uzyskuje autor wyleczenie w ciągu 3 do 4 tygodni nawet w przypadkach ciężkich. Jeśli ropotok przejdzie w stan nieżytowy spojówek, wtedy dalszych skutków nie można się po protargolu spodziewać, lecz należy przejść do środków ściągających, a więc do azotanu srebra, a wreszcie do siarkanu cynku. — *K. W. Majewski.*

Dalsze uwagi o leczeniu jaglicy za pomocą radium. (Weitere Bemerkungen über Behandlung des Trachoms mit Radium). Berl. kl. Wchschrft. nr. 8. 1905. Dr H. Cohn.

W rurce szklannej długości 3 cm umieszczone radium sto-

*) Okoliczność, na którą od samego początku, kiedy z protargolem doświadczenia rozpoczęliśmy, zwracamy uwagę. *W.*

suje Cohn w przypadkach jaglicy, prześwietlając ziarna przez jednę do dwóch minut. Radium w ilości jednego miligrama. W siedmiu przypadkach otrzymał wyleczenie. Birsch-Hirschfeld otrzymał niekorzystne wyniki przy stosowaniu radium w doświadczeniach na królikach, niekorzystne zmiany spostrzegał w nerwie ocznym, na rogówce, i na powiekach. Szkodliwe działanie radium w jego doświadczeniach odnosi Cohn, najpierw do wielkiej ilości radium, około 20 miligramów i do długiego czasu działania jego na oko. Cohn wskazując na doświadczenia Heinecka, który przez radium doprowadzał do zaniku mieszki lymfatyczne jelita, zachęca do dalszych prób. Heineck używał 20 miligramów radium i działał przez pięć minut wprost na kępy peyerowskie. *Dr Berezowski.*

Eumydrina jako środek rozszerzający źrenicę. (Das Eumydrin als pupillenerweiterndes Mittel). Heilkunde Nr 3. 1905. Dr Julius Fejer.

Eumydrinę otrzymał profesor Dreser z siarkanu atropiny, a stosując ją, zauważył, że nie oddziałuje ona na układ nerwowy centralny, działając na nerwy obwodowe. Fejer poleca stosowanie eumydriny do rozszerzania źrenicy czy to w celach badania czy leczenia. Podnosi on brak ujemnych skutków działania innych dotąd używanych środków, jak np. atropina, kokaina, skopolamina, homatropina, duboisina. Eumydrina nie posiada własności trujących, działanie jej rozszerzające źrenice występuje szybko i nie trwa długo i prawdopodobnie nie wzmaga ucisku śródocznego, co do tego ostatniego, potrzebne dalsze badania. Swoje doświadczenia popiera autor spostrzeżeniami Goldberga poczynionemi w klinice profesora Schnabla, który stosował eumydrinę w roczynie 1%. Sendenmayer używał eumydriny w roczynach 1, 2, 5, 10%.

Fejer stosuje eumydrinę w 1. 2. 5% roczynach, przy wrzodach rogówki, zapaleniu tęczówki, w przypadkach *episcleritis*, pomyślne działanie skłania go, że poleca ten środek jako rozszerzający źrenicę.

Tanszk używa tego środka w maści 0·005 gr przeciw nocnym potom u suchotników. *Dr Berezowski.*

O objawach ze strony ócz przy porażeniu ramienia. (Ueber Augensymptome bei Armlähmungen). Deut. med. Wchsrft. Nr 37. 1904. Dr Fr. Volhard.

Volhard opisuje cztery przypadki porażenia ramienia, przy czem zauważył ze strony ócz, zwężenie źrenicy i szpary powiekowej, u dwóch chorych wystąpiło nadto lekkie zapadnięcie gałki.

Te objawy wystąpiły po stronie porażonego ramienia. Dwóch chorych doznało urazu przy pracy przy maszynie, jeden został ukłuty nożem w okolicę między 3 a 4tym kręgiem szyjnym, czwarty cierpiał na próchnienie *(caries)* kręgów szyjnych. Uderzony nożem uległ połowiczemu porażeniu, poniżej miejsca urażonego, nadto u niego powstało opadnięcie powieki górnej a *corrugator supercilii* działał zastępczo. Autor podaje szematyczny rysunek przebiegu nerwów współczulnych, działających na oko, których ośrodek ma leżeć na wysokości między 6tym kręgiem szyjnym a drugim piersiowym (to stwierdziły badania Budgego, Klaudjusza Bernarda i Klumpkego) a zadziałaniem urazu około tej właśnie okolicy i porażeniem włókien nerwowych tłumaczy autor objawy ze strony oka.

Volhard podnosi doniosłe znaczenie tych objawów, że strony oka dla chirurga pod względem rokowania i umiejscowienia uszkodzenia włókien nerwowych. Tu przy porażeniach ramienia uszkodzone są nerwy tuż przy wyjściu przez otwór międzykręgowy i pomoc chirurga jest bezskuteczną, przeciwnie przy porażeniu z uszkodzenia splotu nerwowego chirurg nie raz potrafi poradzić.

Dr Berezowski.

O powstaniu i leczeniu krótkowzroczności. (Entstehung und Behandlung der Kurzsichtigkeit). Berl. kl. Wchschrft. Nr 12 1905. Dr Helbron.

Autor zastanawia się, jaki może zachodzić związek pomiędzy pracą z bliska a wydłużaniem się gałki ocznej i podnosi to, że przy pracy z bliska wzmaga się ciśnienie śródoczne w tylnym odcinku gałki ocznej przy czem następowo rozciąga się tylna ściana gałki. (Hess, Graefe-Saemisch VIII. 2). Akomodacya nie wchodzi tu w rachubę, gdyż mięsień rzęskowy kurcząc się, nie podnosi ciśnienia śródocznego. Inaczej przedstawia się sprawa przy działaniu mięśni zewnętrznych na gałkę oczną, szczególnie przy zbieżności ócz. Głównie działają tu mięśnie proste wewnętrzne i zewnętrzne i skośny górny. Działanie tego ostatniego zależy od umieszczenia wałeczka *(trochlea)*, od mniej lub więcej skośnego jego przebiegu i głębokości przyczepu do gałki. Przy pracy z bliska oko zwraca się ku dołowi, przyczem głównie działa mięsień skośny. Nisko ustawiony wałeczek *(trochlea)*, niski średni wymiar oczodołu *(Orbitalindex)* i szerokie pole widzenia są czynnikami usposabiającymi do powstania krótkowzroczności. W tej sprawie wytworzyła się dyskusya między Seygelem a Stillingem, lecz sprawa dostatecznie się nie wyjaśniła. Inni badacze usiłują wyjaśnić powstanie krótkowzroczności warunkami, jakie samo oka posiada, np. więcej

podatną twardówką w tylnym odcinku gałki, która łatwiej się rozciąga przy wzmożonem ciśnieniu i powoduje wydłużenie gałki. Heine w swej pracy podaje, że mogą być rozmaite rodzaje krótkowzroczności, których klinicznie podzielić nie można co do ich powstania i rokowania. On rozróżnia dwa typy krótkowzroczności: *myopia* z *conus ext.* i z *staphyloma posticum* o czem rozstrzyga wziernik, w ostatnim rodzaju rokowanie niekorzystniejsze. Nie rozwodząc się nad przepisami zapobiegawczymi dla krótkowzroczności, poleca Helbron zupełne wyrównanie krótkowzroczności za pomocą odpowiednich szkieł z wyjątkiem przy presbyopii i przy bardzo wysokich stopniach krótkowzroczności, gdyż, jak to zauważył Heine, przy niedostatecznem wyrównaniu oko uciskane powiekami przy patrzeniu w dal, doznaje wzmożonego ciśnienia, a przy większej podatności tylny odcinek gałki wydłuża się. Podobnie i przy pracy z bliska, gdy nie wyrównana krótkowzroczność, oko wskutek ciągłej walki między zbieżnością a rozbieżnością i działania mięśni ocznych zewnętrznych doznaje wzmożonego ciśnienia. W końcu rozprawki podaje autor dane statystyczne i poleca wyrównanie zupełne krótkowzroczności zapomocą szkieł. *Dr Berezowski.*

Peters. *Dalsze uwagi, dotyczące trachoma i leczenia przewlekłych zachorzeń spojówki.* Dtsche Med. Wschrft. Nr 1 1905 r.

Opierając się na dawniejszej tego przedmiotu dotyczącej rozprawie rozszerza autor swe zapatrywania, mianowicie przyjmuje on, że trachoma polega przedewszystkiem na przeroście tkanki adenoidalnej, która jednak i z innych powodów występując, może dać powód do pomyłek rozpoznawczych. Ten przerost przyczynia się do tego, że mieszki więcej występują, albo znamienny przyjmują wygląd szaro-żółto-czerwony. Dalej zaznacza, że w wielu przypadkach przerost brodawkowy jest tak nieznacznym, iż wyklucza rozpoznanie trachomatu. To też za podstawę dyskusyi o trachoma pragnie wciągnąć ów przerost a wykluczyć mieszki, które tylko podrzędną odgrywają rolę; jeżeli zaś trachoma w dolnym krańcu oznaczyć się nie da, to tylko dlatego, iż ten przerost często nie jest dość znacznym, by makroskopijnie podpadać.

Podczas kiedy dotychczas podnoszono zaraźliwość trachomatu, Peters podkreśla skłonność jako ważniejszą sprzyjającą rolę, a brakiem tej skłonności tłómaczy zjawisko, iż w wielu miejscowościach mimo zawleczenia jaglicy przez żniwiarzy polskich u ludności miej-

scowej choroba nie przyjmuje się w tym stopniu, jakby to musiało być, gdybyśmy mieli z chorobą wyłącznie ogólnie zaraźliwą.

Pod tym względem walczy autor, często się zresztą powtarzając z zapatrywaniem Axenfelda i Schmeichlera, którzy wprawdzie nie przeczą istnieniu dyspozycyi ale większą wagę przywiązują do zaraźliwości. —

Zdaniem referenta autor zbyt jest jednostronnym w swych zapatrywaniach, którym zresztą pod względem ważności przerostu tkanki adenoidalnej w stosunku do trachoma nie można odmówić słuszności. Nie tu miejsce krytycznie oświetlić dodatnie i zdaniem naszem ujemne a raczej nierzeczowe autora zapatrywania. Do tego będziemy mieli później sposobność. Tutaj dodamy tylko, iż co do terapii to autor zachwalając »swój« sposób zeskrobywania spojówki daje wyraz niezadowoleniu, że Saemisch w ostatniej publikacyi w zbiorowem dziele najnowszem Graefe-Saemischa o niem nie wspomina. *W.*

Choroby oczne w stosunku do chorób nosa, gardła itd. (Ref. Dr Jan Sędziak.

Holz. *Wyleczenie 2 przypadków Exophtalmus bilateralis i 1 przypadku płasawicy przez usunięcie wyrośli adenoidalnych* (Heilung zweier Fälle von Exophthalmus bilateralis und eines Falles von Chorea durch Entfernung der adenoiden Vegetationen). Berl. kl. Wschrft. 1906. Nr 4.

Na podstawie 3 odnośnych przypadków przychodzi autor do następujących wniosków:

1) Exophthalmus, o ile tylko *protrusio bulbi* nie jest pochodzenia mechanicznego, upoważnia, nawet będąc jedynym objawem do postawienia rozpoznania choroby Basedowa.

2) Choroba Basedowa w swoich różnorodnych odmianach ośrodkowego systemu nerwowego jest wywołana nadmierną wewnętrzną wydzieliną,

3) Morbus Basedowii może być również następstwem wyrośli adenoidalnych, podobnie jak epilepsia i chorea.

4) Przez usunięcie wyrośli adenoidalnych wszystkie te cierpienia (morbus Basedowii, epilepsia i chorea) mogą być wyleczone.

Munger z New Yorku. *Zakażenie oczodołowe z komórek sitowych z samoistnem otwarciem w wewnętrznym kącie oczodołu* (Orbital Infection from the Ethmoid Cells, withspontaneons Opening at the Inner Angle of the Orbit). Journal of lar, rhin, and otol. 1905 — 1.

Autor zwraca uwagę, że w ostatnich czasach ilość przypadków ropni oczodołowych w następstwie zajęcia zatok (komórek) sitowych, znacznie się zmniejszyła, co niewątpliwie zależy od postępów w rynologii, a zwłaszcza wczesnego rozpoznania, oraz leczenia chirurgicznego cierpień (ropni) zatok bocznych nosa. Komplikacye tego rodzaju, t. j. ropnie oczodołowe w następstwie zajęcia komórek sitowych mają charakter przewlekły, jakkolwiek mogą być i tu wyjątki, jak tego dowodzą przypadki Hubbard'a, oraz Milligan'a, w których ropień oczodołowy (w wewnętrznym kącie) wystąpił wkrótce po zajęciu komórek sitowych *(Ethmoiditis)*.

Dudley *Rak gruczołowy, zajmujący wszystkie zatoki: nos i oczodoły* (Adenocarcinoma occupying all of the Sinuses. Nose and Orbits). Ibidem.

Przypadek dotyczył 63letniego chorego. Operowany poprzednio z powodu polipów nosa i nosogardzieli, przedstawia obecnie zajęcie jamy Highmora, jakoteż trzeszcz gałki.

Zatoka i oczodół były oczyszczone z mas nowotworowych lecz wkrótce nastąpiła recydywa, przyczem sprawa rozszerzyła się na wszystkie zatoki. Początkowo badanie drobnowidowe wykazało budowę gruczolaka (*adenoma*), następnie zaś adeno-carcinoma.

Przypadek ten znajdował się pod obserwacyą autora lat 2 przyczem promienie Roentgena z przerwami stosowane, za każdym razem działały dodatnio (zmniejszenie bólów, oraz rozmiarów guza).

Cardone z Turynu *Przyczynek do nauki w zaburzeniach ocznych pochodzenia nosowego.* Archivio ital. di Otol. Juni 1904.

Autor zebrał znaczną liczbę przypadków zajęcia narządu wzrokowego, warunkowanego sprawami chorobowemi jam nosowych. Między innymi zasługują na uwagę: połączenie klinicznego skurczu powiek *(blepharospasmus)* i blenorrhoea z nieżytem zanikowym nosa *(rhinitis atrophicans);* dalej *blepharitis ciliaris, pustulosa et ulcerosa*, oraz *phimosis palpebrarum* ze zwykłym przewlekłym nieżytem nosa.

Ostremu nieżytowi nosa często towarzyszy lub po nim następuje zapalenie łącznicy *(conjunctivitis catarrhalis)*, zaś u dzieci dotkniętych *rhinitide impetiginosa*, często bywa *conjunctivitis pustulosa et kerato-conjunctivitis phlyctaenulosa.*

Wogóle cierpienia nosa mogą powodować występowanie dwojakiego rodzaju zaburzeń ocznych: 1) zwrotnych: *blepharospasmus, photophobia,* łzawienie, *asthenopia,* przekrwienie (nastrzykanie naczyń),

łącznicowe zwrotne wskutek rozszerzenia naczyń przez podrażnienie nerwu trójdzielnego, oraz 2) per contiguitatem rozszerzających się z jam nosowych na narząd wzroku — a więc zaburzenia wzrokowe wystąpić tu mogą zarówno przy zwykłym nieżycie nosa, jako też w przebiegu influenzy, błonicy, jakoteż przy ropnym, różycowym, wreszcie przewlekłym nieżycie nosa.

W większości przypadków tego rodzaju zaburzenia oczne ustąpiły, lub przynajmniej zmniejszyły się w swojem natężeniu jednocześnie z poprawą stanu miejscowego w nosie.

Gellé. *Podwójny szankier umiejscowiony w jamach nosowych i łącznicy*“ (Double chancre syphilitique occupant la fosse nasale et la conjonctive). Arch. internat. de laryngot. etc. 2 1904 r.

Przeniesienie zarazka nastąpiło albo za pośrednictwem palca albo zakażonych łez na nadżarcie (erosio) błony śluzowej nosa.

Wygląd szankra w nosie nie odpowiadał temu, jaki zwykle spostrzegamy na przegrodzie nosa. W przypadku tym istniały też znamienne dla tej sprawy obrzmienie gruczołów w okolicy rogu wielkiego kości gnykowej, ich ruchomość, oraz niebolesność.

Autor zwraca uwagę na fakt, że szankier nosowy pochodzenia poza płciowego należy do najrzadszych.

Polyak z Buda-Pesztu. *Przypadek ukrytego ropienia zatok bocznych nosa z wytworzeniem pęcherzy kostnych, exophthalmus i zanikiem nerwów wzrokowych* (Fall von latenter multipler Nebenhöhleneiterung mit Knochenblasenbildung, Exophthalmus und Atrophie beider Sehnerven). Arch. J. Lar. 1904 B. XV. Istota cierpienia w danym przypadku odkrytą została dopiero podczas operacyi, przyczem okazało się, że pierwotną sprawę chorobową było ropienie w pęcherzu kostnym lewej muszli średniej.

Niezwykłym w przypadku tym był brak zupełny objawów podmiotowych, gdy zazwyczaj nawet w razie niewielkich pęcherzy kostnych bywają bole głowy, a niekiedy nawet napady zbliżone do epileptycznych.

W tym zaś przypadku, nawet gdy nastąpiło tak znaczne rozszerzenie zatok klinowych i sitowych, że wywołało ucisk i zanik nerwów oczowych, oraz przemieszczenia gałki ocznej, chory (24letni mężczyzna) absolutnie nie skarżył się na bole głowy i oczów.

Schmiegelow (Kopenhaga) *O związku chorób nosa i oka*“ (Ueber die Beziehungen zwischen den Kranheiten der Nase und des Auges). Arch. für Laryng. 1904. B. XV.

Ponieważ większość ciężkich zmian chorobowych oczodołów zależy od cierpień bocznych zatok nosa, a zwłaszcza zapaleń kości sitowej, zatok czołowych i klinowych, te zaś ostatnie dawniej nie były po większej części znane lekarzom, nic więc dziwnego, że przyczyna pewnych zaburzeń ocznych pochodzenia nosowego bywała przeoczana.

Schmiegelów podaje krótki schematyczny wykaz swoich odnośnych spostrzeżeń, bliżej zastanawiając się nad związkiem poszczególnych cierpień ocznych z nosowemi. Przychodzi on na podstawie własnego doświadczenia do wniosku, że nigdy nie należy w przypadkach okołogałkowych i głębszych spraw chorobowych ocznych, amblyopii, cierpień nerwów ocznych oraz naczyniówki (chorioidea) zaniechać zbadania nosa, oraz jego zatok. Również niezbędnem jest badanie szczegółowe jam nosowych w przypadkach zaburzeń akkomodacyi, asthenopii i parezy zewnętrznego narządu mięśniowego, jakoteż przy bolesnych stanach w oku i w jego sąsiedztwie.

Henrici i Haeffner (Rostock). *Czy ropienia w zatokach bocznych nosa wpływają na zwężenie pola widzenia.* Münch. med. Woch. 1904. Dec.

Autorzy zbadali w tym kierunku 37 przypadków ropień w zatokach nosowych. Pole widzenia było normalne w 30 przyp. a zwężone tylko w jednym w następstwie obrażenia, tak że ubytek pola wzrokowego był w tym razie niewątpliwie nerwicą urazową.

Autorzy są zdania, że ropienie zatok bocznych nosa, nawet dłużej trwające, nie ma skłonności do wytwarzania zwężenia pola widzenia.

III. ROZMAITOŚCI.

Oftalmologiczne towarzystwo heidelbergskie odbędzie się doroczne zebranie w dniach 3. 4. i 5. sierpnia. Zgłoszenia wykładów przyjmuje prof. Wagenmann w Jenie. W poł. pierwszego dnia odbędzie się głosowanie w sprawie udzielenia medalu Graefoskiego przyznawanego jak wiadomo, co 10 lat temu, kto z współczesnych największe położył zasługi około rozwoju okulistyki.

Pierwszy międzynar. kongres dla terapii fizykalnej odbędzie się w Leodyum (Liège—Belge) od 12 do 15 sierpnia. Zgłoszenia przyjmuje i informacyi udziela w Krakowie Doc. chirurgii i ortopedii Dr Chlumsky, ul. Mikołajska 28.

V. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. Dr Herm. Pagenstecher dyr. lekarz zakładu dla ubogich chorych ocznych w Wiesbadenie otrzymał tytuł tajnego radcy sanitarnego.

VI. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Henryk Parinaud. We Vaucresson pod Paryżem zmarł okulista-praktyk, który, choć nigdy nie zajmował żadnego stanowiska oficyalnego i rozporządzał tylko bardzo skromnymi środkami, pozostawił jednak cały szereg wybitnych prac doświadczalnych, klinicznych i teoretycznych, stawiających go w rzędzie uczonych, którymi oftalmologia słusznie może się szczycić.

Urodzony w r. 1844 w Bellac, jako syn ślusarza, odbywał początkowe nauki w rodzinnych stronnach, a lekarskie studya w szkole medycznej w Limoges. Walczył wtedy z niedostatkiem i musiał pomagać sobie udzielaniem lekcyi. Wojna francusko-niemiecka, w której brał udział jako ochotnik w ambulansie Czerwonego Krzyża, przerwała mu studya, tak, że dopiero w czerwcu 1877 bronił w Paryżu swej tezy opracowanej w szpitalu dzieci u Bouchut'a p. t. *„Étude sur la névrite optique dans la méningite aiguë de l'enfance“*. Po śmierci Giraud-Teulona objął jego bezpłatną klinikę dla chorych na oczy w Paryżu i ten skromny zakład leczniczy był tą pracownią, z której wyszły jego najlepsze i najgłośniejsze publikacye. Pisał prace ze wszystkich działów okulistyki. Najszersze jednak uznanie zdobyły sobie jego poglądy na fizyologią widzenia zestawione w książce, p. t. *„La Vision“* (1898) i na sprawę widzenia obuocznego i jego zboczeń (Le strabisme et son traitement 1899). Obydwa te dzieła były w swoim czasie omówione obszernie w Post. okul. — *K. W. M.*

Radca stanu Dr Jerofejew, b. prof. okulistyki w Tomsku zmarł w 61 r. życia.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Lipiec — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

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

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

Podał

DR WIKTOR REIS.

Wskazania do postępowania leczniczego w przypadkach ropnego zapalenia całej gałki ocznej stanowią do dziś dnia nierozstrzygnięte jeszcze pytanie.

Wyłuszczenie gałki ocznej — zabieg operacyjny podyktowany starą zasadą chirurgów »ubi pus, ibi evacua«, nie bywa przez wszystkich stosowany i zawsze jest jeszcze przedmiotem spornym, mającym swoich przeciwników i nie mniej gorliwych zwolenników. Przed laty kilkudziesięciu, bo jeszcze w r. 1863 doniósł Graefe [1]) na kongresie w Heidelbergu o dwóch przypadkach śmiertelnych w następstwie wyłuszczenia gałki. Niebezpieczeństwo tego zabiegu i połączone z nim złe skutki

upatrywał Graefe w otwarciu licznych przestrzeni limfatycznych i naczyń krwionośnych tkanki oczodołowej.

Boé[2]) w r. 1890 starał się sprawę tę wyjaśnić na podstawie doświadczeń na zwierzętach. Mimo faktu jednak kilkakrotnie zauważonego, że zwierzę pozostawało przy życiu po wyłuszczeniu gałki, znajdującej się w okresie ostrym ropnego zapalenia, kończy Boé swą rozprawę ostrzeżeniem, że wszelkie większe zabiegi operacyjne w panophthalmitis połączone są z niebezpieczeństwem życia.

Przeciw tym wywodom wystąpili inni autorowie (Noyes, Brandenburg 1893[3]), uzasadniając swe zapatrywania tem, że sprawy tej nie można rozstrzygnąć doświadczeniami na zwierzętach, gdyż stosunki topograficzne oczodołu inne są u człowieka, niż u zwierząt. Większa część bowiem strumienia limfy i krwi płynie z oczodołu ku przodowi w kierunku twarzy, a sprzyja takiemu krążeniu zwężająca się stożkowata postać oczodołu. Prąd krwi tętniczej, idący od wierzchołka piramidy do podstawy, powinien jeszcze bardziej się wzmocnić przez wyłuszczenie gałki. Otwarcie dróg krwionośnych sprawia wówczas silniejsze przepłukanie oczodołu, drobnoustroje i ich wytwory wypływają ze szczelin tkanki na wolną powierzchnię rany, a stąd zostają dalej wydalane na zewnątrz. Sposób zaś zakażenia drogą pochewek nerwu ocznego pozostaje otworem dla drobnoustrojów taksamo przed, jak i po wyłuszczeniu gałki, podobnie jak drogi wzdłuż pochewek innych nerwów, skoro zawartość ropna przebiła już ściany osłony zewnętrznej oka.

Teoretyczne roztrząsania nie doprowadziły do porozumienia w sprawie jednolitego postępowania leczniczego, poczęto więc opierać swe wywody na własnem doświadczeniu i statystyce, przyczem daje się zauważyć fakt, że przeważnie autorowie francuscy wychwalają wyłuszczenie gałki, podczas gdy niemieccy zabiegu tego nie polecają.

W dwóch podręcznikach okulistyki wydanych w r. 1894 przez różnych autorów napotkać można zupełnie przeciwne wskazówki. Panas, opierając się na bogatem doświadczeniu, dochodzi do wniosku, że wyłuszczenie stanowi doborową ope-

racyę w ropnem zapaleniu całej gałki (»que l'énucléation pratiquée antiseptiquement constitue l'opération par excellence pour tout oeil franchement panophtalme«). Schmidt-Rimpler nie jest nawet zwolennikiem przekłucia gałki dla wypuszczenia ropy, a zupełnie odradza wyłuszczenie gałki. (»Noch weniger anzurathen ist die Enukleation des Bulbus, da dieselbe in diesem Entzündungsstadium ausgeführt, durchaus nicht ungefährlich ist und öfter zu tödtlichem Ausgange geführt hat«).

W latach następnych liczba bezwzględnych zwolenników wyłuszczenia poczyna się zmniejszać; przypadki śmierci od czasu do czasu spostrzegane w następstwie wyłuszczenia zwracają znowu uwagę na niepewną wartość leczniczą tej operacyi. Zwłaszcza, że przekonano się na podstawie doświadczeń klinicznych (Pflüger 1896[4]), iż postępowanie przeciwgnilne nie chroni przed zakażeniem, a o dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego mowy być nie może.

Na międzynarodowym kongresie lekarskim odbytym w Paryżu w r. 1900 [5]) głównym przedmiotem rozpraw w sekcyi okulistycznej było porównanie wartości leczniczej wyłuszczenia gałki z innemi metodami zastępczemi. Sprawozdawcy główni Pflüger i Schweinitz, oraz inni, zabierający głos w obradach, uznawali wyższość metod zastępczych, jako bardziej bezpiecznych, a jedyny Gayet przemawiał stanowczo za wyłuszczeniem gałki w panophthalmitis. Z metod zastępczych wypaproszenie gałki najczęściej było używane. Lapersonne [5]) (1900) podał modyfikacyę tego rękoczynu, dołączając do zwykłego sposobu postępowania wypalenie galwanokauterem wnętrza gałki (exentération ignée).

Wicherkiewicz (1902)[6]) jest również zwolennikiem wypaproszenia mimo dość licznych wyłuszczeń dokonanych bez szkodliwych następstw w ostrem zapaleniu ropnem całej gałki. Związek bowiem śmierci z wyłuszczeniem gałki, stwierdzony z bardzo poważnych stron, każe liczyć się z możliwością zejścia śmiertelnego i wykonywać rękoczyny, narażające w miejszym stopniu życie chorego.

Zwrot ten jednak ku metodom leczniczym bardziej za-

chowawczym nie był i nadal przez wszystkich przyjętym. W podręczniku operacyj ocznych wydanym w r. 1904 poleca Haab jak najgoręcej wyłuszczenie gałki przy wszystkich ropieniach wewnątrzgałkowych i w przypadkach wybitnej panophthalmitis — podczas gdy Enslin i Kuwahara [7]) ogłaszają w tym samym czasie przypadki zejścia śmiertelnego po dokonanem wyłuszczeniu gałki. Ci ostatni autorowie nie sa nawet zwolennikami wypaproszenia gałki, mimo że po tym zabiegu znanych jest zaledwie kilka przypadków zejścia śmiertelnego. Ilość nie zasługująca wprost na uwagę w porównaniu z ogłoszonymi przeszło kilkudziesięciu przypadkami śmierci po wyłuszczeniu. Mimo to jednak i wypaproszenie nie jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym: niszczy ono bowiem naturalną zaporę wytworzoną przez zlepne zapalenie w otoczeniu ogniska ropnego i przyczynić się może do rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej drogą otwartych żył wirowych. Wspomniani autorowie, a oprócz nich także Öller [8]) nie wahają się nawet w przypadkach ciężkiej panoftalmii zalecić wprost postępowania zachowawczego, powołując się na bardzo rzadkie przypadki zejść śmiertelnych przy wyczekującym sposobie leczenia. Przytaczam tu dosłownie wnioski z pracy Enslina: »Wir resümiren also, dass wir bei einer Panophthalmie, bei der schon eine Perforation in den Tenonischen Raum hinein stattgefunden hat, die conservative Behandlung für die richtige halten, wobei wir uns freilich bewusst sind, dass in sehr seltenen Fällen auch bei dieser Todesfälle vorkommen können, die jedoch eine Operation auch nicht verhütet haben würde. (Warlomont, Webster)«.

Wymienione przez Enslina nazwiska autorów, którzy podali do wiadomości przypadki zejścia śmiertelnego przy leczeniu zachowawczem, powtarzają się prawie we wszystkich pracach omawiających wskazania dla zabiegów leczniczych w panophthalmitis. Obydwa przypadki potyczą zropienia całej gałki w następstwie wydobycia zaćmy z oka i śmierci wskutek zapalenia opon mózgowych; jednym z nich jest przypadek Warlomonta omówiony na kongresie w Heidelbergu w r. 1863, drugim Webstera ogłoszony w r. 1890 [9]).

Od tego czasu nie znalazłem w całej dostępnej mi literaturze ani jednego przypadku śmierci przy leczeniu zachowawczem, natomiast wzmianki, że podobne przypadki należy zaliczyć do wydarzeń nadzwyczaj rzadkich.

Tak np. Praun (1899)[10]) pisze: »...hingegen ist Meningitis nach Panophthalmie ohne Enukleation ein äusserst seltenes Vorkommniss«, a Fuchs w najnowszem wydaniu swego podręcznika czyni również wzmiankę o rzadkich przypadkach śmiertelnego zapalenia opon mózgowych, powstałego w przebiegu ropienia całej gałki mimo zaniechanego wyłuszczenia.

Tem bardziej usprawiedliwionem więc będzie ogłoszenie przypadku przez nas spostrzeganego.

Kap..... Mikołaj, lat 37, zarobnik (pow. Czortków) przyjęty dnia 19go października 1904 na oddział ósmy szpitala powszechnego we Lwowie.

Wywiady: Chory podaje, że przedtem nigdy na oczy nie chorował i przed tygodniem (?) uderzył się patykiem w oko lewe. Nie leczył się i dopiero z chwilą, gdy oko zupełnie było stracone i bole coraz większe, zgłosił się do szpitala. Stan obecny: (oko lewe) Powieki silnie obrzękłe, zaczerwienione. Na powiece górnej, przy brzegu powiekowym, w kąciku wewnętrznym rana o brzegach nierównych, długości 3 cm, przecinająca cały pokład skórny, tak że szpara powiekowa wydłużyła się wskutek tego do 6 cm.

Gałka znacznie wysadzona, nieruchoma, silnie obrzękła. Przednia część gałki zamieniona w masę ropną, w której środku widnieje otwór zapełniony bezkształtnemi czarnemi resztkami utkania tęczówkowego.

Chory uskarża się na silne bóle w oku.

Wobec sprawy chorobowej tak daleko już posuniętej i wyraźnego przebicia gałki w przednim odcinku, ograniczono się tylko do leczenia wyczekującego, nacięcia i otwarcia wolnej drogi dla ropy przedniego odcinka gałki — polecając choremu dla ulżenia bólów okłady z płynu Burowa.

Oko prawe zupełnie prawidłowe.

Rozpoznanie: Vulnus contusum palp. super. Panophthalmitis oc. sin. post trauma.

$^{23}/_{10}$: Bóle nie ustępują, a obrzęk tkanki okołogałkowej coraz bardziej się powiększa.

$^{24}/_{10}$: rano chory opowiada, że cierpiał ogromne bóle w tylnej części głowy. Przypisując te cierpienia niezmiernemu napięciu spojówki gałkowej, dokonano kilku powierzchownych nacięć w miejscach najbardziej obrzękłych.

Bóle głowy nie ustąpiły, lecz wzmogły się do tego stopnia, że chory krzyczał »by go dobić«. Okłady lodowe.

Ciepłota podwyższona do 39·5°.

W karku pojawia się ogromna sztywność. O godzinie 3ej popołudniu chory stracił przytomność i umarł o godzinie 6tej wieczorem.

Sekcyę zwłok dokonano 28 października w zakładzie medycyny sądowej. Gałkę oczną wyjęto zaś przedtem dnia 25.

Z protokołu sekcyjnego, który zawdzięczam uprzejmości asystenta zakładu medycyny sądowej Dra Stankiewicza przytaczam w całej rozciągłości tylko część opisującą stosunki chorobowe w jamie czaszkowej i mózgu.

»...Powłoki czaszkowe od wewnątrz blade, bez zmian. Sklepienie czaszki symetryczne, o kościach prawidłowej grubości, nie uszkodzone, również jak i podstawa czaszki badana po zdjęciu opony twardej. Przy wyjmowaniu mózgu z jamy czaszkowej stwierdza się w jamie czaszkowej nieco większą niż prawidłowo ilość płynu mózgo-rdzeniowego, mętnego; przy usiłowanem zaś zdejmowaniu opony twardej z podstawy czaszki wydobywa się ciecz ropna, zielonkawo-śmietankowata z otworu, przez który przechodzi druga para nerwów. Wobec tego wypiłowano sklepienie oczodołu lewego, przyczem stwierdzono, że tkanka łączna tłuszczowa pozagałkowa jest naciekła i przekrwiona, w tylnej swej części zmieszana z ropą, która przeważnie przez fissura orbitalis superior dostaje się popod oponę twardą, oddzielając ją od kości — do jamy czaszki. Również stwierdza się obecność tej ropy także i w odsłoniętych równocześnie komorach blaszki papierzastej kości sitowej

(cellul. lam. papyr. oss. ethm.). Po lewej stronie w pochewce nerwu ocznego nie stwierdza się — przynajmniej makroskopowo — obecności ropy, nie daje się też ona wycisnąć z pod opony twardej w okolicy otworu dla tegoż nerwu. Śledząc dalej za obecnością ropy na podstawie — napotyka się ją w znaczniejszej ilości, zebraną w okolicy skrzyżowania się nerwów ocznych, nagromadzoną w przestrzeni podpajęczej, przyczem opona miękka tak tej okolicy, jak i wogóle płatu czołowego i skroniowego lewego jest przyćmioną, połysku zupełnie pozbawioną, o naczyniach drobnych silnie krwią nastrzykniętych. Na sklepieniu jest również opona pajęcza silnie nastrzyknięta, nie ma tu jednak widocznego dla oka zmętnienia jej połysku.

Mózg prawidłowej wielkości, o rowkach zwłaszcza po lewej stronie nieco płytszych, tkanka mózgowa w całości ciastowatej konsystencyi; na przekroju po odsłonięciu komór bocznych stwierdza się większą pojemność, w komorach płyn brudny, mętny, lekko krwawy w nieco większej ilości, wyściółka komór różowa, jednak z połyskiem możliwie nieco mniejszym. Wzgórek wzrokowy, ciałko prążkowane i zwoje podstawowe zmiany nie przedstawiają.

Odgraniczenie istoty korowej od rdzennej wyraźne i ostre; istota szara mózgu prawidłowej szerokości, w krew obfita barwy różowo-szarej, istota biała zaróżowiona.

Z przodu płatu czołowego lewego więcej od powierzchni dolnej tuż pod powierzchnią mózgu resp. pod istotą szarą — napotyka się w białej istocie mózgu ognisko do wielkości jaja gołębiego dochodzące, wypełnione gęstą, zielonkawą ropą, zmieszaną ze strzępami istoty mózgowej; ścianę tego ropnia tworzy istota biała mózgu, ciastowata, miękka, w najbliższem otoczeniu wynaczynionkami upstrzona. Dokładniejsze zbadanie stwierdza też komunikacyę tegoż ropnia z komorą boczną lewą mózgu, w której też płyn jest więcej mętny niż w bocznej komorze strony przeciwnej. Zresztą w innych częściach mózgu prócz ciastowatej konsystencyi i przekrwienia innych zmian się nie stwierdza...".

Poza tem stwierdzono: nieżyt oskrzeli, rozedmę płuc, za-

palenie mięśnia sercowego, ostry obrzęk śledziony i przewlekły nieżyt żołądka.

Badanie anatomiczne i drobnowidowe wyjętej gałki ocznej wykonałem w pracowni uniwersyteckiej kliniki okulistycznej Prof. Dra Macheka we Lwowie.

Badanie makroskopowe.

Gałka prawidłowych rozmiarów otoczona dokoła naciekłą tkanką, ściśle do jej ścian przylegającą. Wybitnej ropy nigdzie napotkać nie można. Rogówka w całości zropiała, przedstawia się jako krąg brudno-żółty; wśród mas ropiastych po stronie wewnętrznej wystaje część ciemniejsza, wielkości ziarna prosa.

Gałkę po utrwaleniu w formalinie i alkoholu przecięto na 3 części równolegle do pasu równikowego. Przednia część gałki całkowicie wypełniona ropą. Na obwodzie widać linię zygzakowatą, czarno zabarwioną, silnie się odgraniczającą od nacieku ropnepo, barwy mięsistej. Jest to podłoże barwikowe tęczówki i wyrostków rzęskowych.

W tylnej części gałki oprócz twardówki innych błon oka rozpoznać nie można. Wszystko zamienione w bezpostaciową masę różowo zabarwioną w rozmaitych odcieniach: znajdujemy miejsca ropne o blado-mięsistym kolorze i ogniska krwotoczne ciemniej zabarwione.

Z przedniego i tylnego odcinka gałki sporządzono przekroje podłużne.

Nerw przy sekcyi wyjęty w całości aż do skrzyżowania; część końcową nerwu wraz z przylegającą do nerwu ścianą kostną utrwalono w formalinie i alkoholu, poczem dla odwapnienia użyto płynu Hanga.

Badanie mikroskopowe.

Tkanka nagałkowa obrzękła wykazuje lekkie rozlane nacieczenie. W otoczeniu naczyń naciek obfitszy. Przybłonek na spojówce gałkowej przeważnie utrzymany. W przednim odcinku gałki całkowicie masę ropną zamienionym stwierdza

się na obwodzie resztki barwikowe jagodówki, które w postaci pyłu barwikowego rozprószone są w masie ropnej. Wśród tej ostatniej liczne, źle lub też wcale nie barwiące się obumarłe miejsca. W sąsiedztwie twardówki obfite miejsca krwotoczne.

Zawartość ropna toruje sobie drogę na zewnątrz przez otwór położony na szczycie przedniej części gałki a barwikowe resztki jagodówki tworzą po obu stronach koryto dla ropnego strumienia.

Soczewki ani śladu. Tylko przy zewnętrznem ujściu ropy zauważyć można elastyczną wstążkowato zwiniętą błonę, odpowiadającą pozostałej jeszcze torebce soczewkowej.

Na tem miejscu znajdujemy także ogniska nekrotyczne, wśród których napotkać można grupki drobnoustrojów. Barwione metodą Grama dają się rozpoznać jako kolonie gronkowców.

Tylny odcinek gałki ocznej również całkowicie zropiały. Z zawartości gałki i błon wewnętrznych nic rozpoznać nie można. W miejsce naczyniówki widać różne naczynia, o znacznie powiększonej objętości, których światło wypełnione ciałkami krwi. Są to przeważnie krwinki czerwone, przy których stwierdza się tylko małą ilość krwinek białych.

Przy równiku w sąsiedztwie ścian twardówki stwierdza się w miejsce ropnego nacieku delikatną siatkę włóknikowej wypociny. W okolicy wejścia nerwu ocznego ślady naczyniówki jeszcze najlepiej zachowane. W bliskości wewnętrznego otworu kanału twardówkowego, przez który nerw oczny przechodzi, napotkać można na krótkiej przestrzeni resztki pofałdowanej elastycznej błony i daleko wyraźniej występujący wąski pasek pokładu barwikowego. Cała zresztą zawartość barwika w postaci pyłu rozrzucona w masie ropnej.

Oprócz wnętrza gałki najbardziej w sprawę chorobową zawikłanym jest nerw oczny, a w szczególności jego pochewki. Nerw oczny przed blaszką sitową nacieczony licznemi ciałkami ropnemi, które już w blaszce sitowej ustępują miejsca drobnokomórkowemu nacieczeniu.

Naciek niknie bardzo szybko poza blaszką sitową i po-

zostaje tylko zwiększone mnożenie się jąder tkanki podstawowej nerwu.

Przekroje naczyń środkowych z trudnością można rozpoznać wśród ogólnego nacieczenia. Ścianę naczyń tworzy również pochewka nacieku drobnokomórkowego, posuwająca się wzdłuż pnia nerwu i zmniejszająca się w miarę oddalenia od bieguna gałki.

Przestrzeń międzypochwowa dość znacznie rozszerzona; w części przygałkowej napotykamy gęste drobnokomórkowe nacieczenie, posuwające się dalej wzdłuż ścian bocznych kanału. W świetle kanału spotyka się oderwane, porozrzucane części pochewki zewnętrznej, silnie nacieczone.

Dalszy przebieg nerwu ocznego badano na przekrojach poprzecznych. Wszędzie stwierdzamy wybitne zmiany zapalne w pochewce wewnętrznej, przegrody zaś nerwu ocznego i naczynia środkowe bez zmian. Ściany naczyń wolne są od nacisku. Tętnica z błoną elastyczną silnie pomarszczoną ma na przekrojach światło wąskie, żyła cokolwiek obszerniejsza.

Krwinek we wnętrzu światła naczyń brak.

Naciek zapalny pochewki środkowej nerwu powiększa się w kierunku domózgowym i przedostaje się w kilku miejscach do pochewki zewnętrznej.

W okolicy skrzyżowania wyjęto nerw w połączeniu z częścią kości klinowej, tworzącą górną ścianę *canalis opticus*. Stwierdza się tu w dalszym ciągu szeroki pierścień nacieku zapalnego oraz ropę zapełniającą zatoki kości. Naczynie, znajdujące się w sąsiedztwie nerwu, oddzielone od niego pochewką zewnętrzną, odpowiada [z pomarszczoną błoną elastyczną i silnie rozwiniętą warstwą mięśniową] *arteria ophtalmica* i pozostaje bez zmian.

Twardówka, przylegająca do tylnego odcinka gałki ocznej wykazuje włókna obrzękłe i rozszarpane; przestrzenie międzywłókienkowe wypełnione są krwinkami czerwonemi lub surowiczą wypociną. W warstwach obwodowych twardówki i w innych miejscach gałki jest twardówka tylko lekko naciekłą, z nieznacznem zagęszczeniem w sąsiedztwie naczyń.

Twardówka w pasie równikowym również znacznie zmieniona. Miąższ rozpadł się na pojedyńcze włókienka, o falistym przebiegu, oddzielone od siebie surowiczą wypociną ze skąpem tylko nacieczeniem.

Włókienka są obrzmiałe, barwią się gorzej jak zwykle. Oprócz surowiczej wypociny oddziela włókienka twardówki w kilku miejscach także wysięk krwotoczny.

Dok. nast.

Zapoznawanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.

Uwagi skreślone przez

BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA.

Dokończenie.

Ale na odwrót zaślepieni upatrujemy nieraz kiłę jako przyczynę choroby ocznej tam, gdzie jej albo nie ma i nie było wogóle, albo gdzie była wprawdzie, lecz nie zawinia cierpienia, występującego na tle innej jakiej choroby ustroju, np. na tle malaryi tak mało, zdaniem mojem w tym kierunku uwzględnianej.

B. Do kategoryi tej może nie wiele naliczylibyśmy przypadków, wychodząc ze założenia owego klinicysty, patrzącego na rzeszę chorych przez szkła »luetycznie«, sit venia verbo, zabarwione. A jednak i z takimi spotykałem się w praktyce nieraz, a kilka wybitniejszych przytoczyć niechaj mi będzie dozwolonem.

Znamiennym pod tym względem był przypadek (8) spostrzegany przezemnie w czasie, gdy byłem asystentem w r. 1875, Alek. Pagenstechera w Wiesbadenie, w zakładzie dla ubogich chorych.

Podaję poniżej kilka szczegółów z zapisków przechowanych przezemnie z owych czasów, a zrobionych dla pracy później z powodów odemnie niezależnych przerwanej.

Pan A. zarządca dóbr z Mingrelii na Kaukazie przybył 24 sierpnia 1875 do Wiesbadenu, by ostatecznej jeszcze szukać pomocy w cierpieniu ocznem od wielu lat, przez wielu lekarzy bezskutecznie leczonem. Zdobycie ścisłych wywiadów było ze względów językowych utrudnionem, mogłem atoli w zastępstwie mego chorego szefa, badając, stwierdzić, iż chory 32letni, o bladej śniadej cerze, wysmukły mężczyzna, źle odżywiony, miał mieć kiedyś ulcus syphil. penis, dla którego następstw ponownie wcierkami był leczonym. Śladów zakażenia kiłowego badanie ogólne nie wykazało, a choroba oczna (iridocyclitis chronica, occlusio pupillae) trwała od kilku lat. Choremu radzono już wyjęcie gałki, ale tenże opierał się temu. Nastrzyknięcie rzęskowe, bolesność gałki na dotyk w okolicy rzęskowej. Napięcie obniżone (t—1). Wzrok obniżony ogranicza się do poczucia światła.

Wykonana przez A. Pagenstechera iridektomia, zupełnie zresztą prawidłowa, spowodowała silny krwotok tak, że krew wkrótce zasłoniła zupełnie źrenicę, a później wypełniła nawet przednią komorę.

Polecono po założeniu opaski i zapuszczeniu atropiny rozpocząć kuracyę antysyfilityczną głównie ze względu na anamnezę, ale więcej jeszcze z powodu zapewnienia obecnego przy operacyi lekarza rosyjskiego, który twierdził, że na Kaukazie prawie do wyjątków to należy, by kto nie był syfilitycznym.

Chory dostawał więc wcierki i środki napotne. (Spec. ad Dec. lignor.).

Nie mogłem jednakże, o najmniejszym dodatnim tejże kuracyi przekonać się wpływie u chorego, który po wyjeździe szefa powierzony został mej wyłącznie pieczy. Gdy ślinopłyn silny wystąpił, a sprawa oka nie zmieniała się, przeciwnie, silniejszy wystąpił ból a napięcie oka wzmagało się wskutek zawartości krwi, przystawiane zaś pijawki również nie przyniosły wielkiej ulgi, zaprzestałem po tygodniu kuracyą rozpoczętą a wziąwszy się do ponownego zbadania chorego z powodu występujących u niego boleści żołądkowych, znalazłem śledzionę niezmiernie powiększoną. Przepona brzuszna była po lewej

stronie ku górze przesuniętą do 5go żebra; na prawo sięgał tumor do linea alba a ku dołowi aż do podbrzusza.

Wątroba okazała się zupełnie prawidłową. Wykluczywszy powiększenie śledziony przez nowotwór i przez bąblowce jako też po zbadaniu krwi, białaczkowy nabrzmienia charakter, ważyłem się tylko pomiędzy tumorem malaryjnym a tumorem, spowodowanym przez zwyrodnienie skrobiowate (Amyloid). Przypuszczenie ostatnie było usprawiedliwionem wobec tego, iż chory miał być swego czasu zarażonym, jednakże brak wszelkich pewnych danych, brak podobnego zwyrodnienia w innych narządach i brak białka w moczu kazał mi tego rodzaju nabrzmienie śledziony wykluczyć, a przyjąć raczej podstawę malaryjną, jako jej powód. W owe czasy badanie krwi nie było do tego stopnia wydoskonalonem, abym mógł pewne pod tym względem robić sam lub dać robić poszukiwania. Natomiast ułatwiły mi do nabrania większej ścisłości w rozpoznaniu choroby podstawowej pewne dane powzięte od pacyenta, gdy nauczyłem się z nim lepiej porozumiewać. Do roku 1870 miał zawsze być zdrowym. Teraz dostaje trzeciaczkę (tertiana), która go męczy miesiące. W roku 1872 dostaje rzeżączki cewki, później tyfusu, a w czasie 7 tyg. tegoż trwania miał być przez dwóch lekarzy merkurializowanym. W rzeczywistości nie był jednak zakażonym syfilitycznie, a że owa rzeżączka nie posiadała znamion kiły, wnosił z tego, iż nigdy żadne następstwa luetyczne nie wystąpiły a dzieci są zdrowe.

Rozważywszy to wszystko, zmieniłem postępowanie lecznicze, dając choremu kąpiele mineralne Wiesbadeńskie, silne pożywienie i coraz silniejsze dawki chininy, które chory doskonale znosił, a gdy te przestały działać, a polepszający się stan oka zaczął znowu czasowo robić pogorszenia, zastąpiłem chininę arszenikiem.

Zastosowanie kąpieli słonych Wiesbadeńskich, a później hydroterapia chorego, wycieńczonego, postawiła na nogi, oko zbladło, nabrało napięcia prawidłowego, krew z przedniej komory znikła zupełnie, a lubo chory nie wiele, bo tylko palce na kilka metrów mógł rozpoznawać z powodu zasłonięcia tak

źrenicy jak i szpary tęczówkowej błoną wysiękową wzgl. skrzepem krwawym, to jednak żadnych nie miewał boleści. Zaznaczyć atoli wypada, iż co tydzień, a mianowicie w każdy piątek następowało lekkie podrażnienie oka. Już nawet w czasie całej kuracyi pewne pogorszenie stanu oka bez wiadomego występujące powodu, które znowu pod wpływem wzmożonej dawki środków ustępowało, budziło moje zdziwienie.

Pan A. uzdrowiony wracać chce do kraju, ale poprzednio w sprawach swego chlebodawcy jedzie do Paryża do krewnej tegoż, księżnej M. Przybywszy na początku tygodnia do stolicy Francyi, z początku zupełnie czuje się zdrów, atoli za zbliżeniem się owego fatalnego piątku dostaje znowu zaczerwienienia i bólu oka. Troskliwa gospodyni domu zwołuje naradę z internisty syfilodologa i okulisty, wszyscy godzą się na to, iż sprawę zapalną oka (irido-choroiditis recid.), odnieść trzeba do podstawy kiłowej, chciano odpowiednią, bardzo skomplikowaną, narzucić choremu kuracyę przeciwkiłową, od której jednakże on się usunął, powróciwszy znowu do Wiesbadenu, gdzie w poprzedni sposób prowadzone leczenie doszczętnie złemu zaradziło. Miałem później jeszcze wiadomość z Poti od chorego, który mi donosił, że jeszcze jeden piątek był dla niego fatalnym, ale polecone środki zaradcze wkrótce złemu zapobiegły.

I w tym więc przypadku nie kiła tak uporczywie choremu zarzucana, lecz zakażenie malaryjne było powodem choroby ocznej, występującej z niezwykle długimi okresami względnego polepszenia.

Że przypadki takie nie są odosobnione, o tem nieraz jeszcze miałem sposobność przekonać się.

Przytoczyliśmy przypadek ten nieco szczegółowiej, gdyż z niejednego względu zdaniem naszem na to zasługuje.

Z innymi sprawimy się krócej.

(Przyp. 9.) Panna X. 22letnia, dosyć anemiczna, sierota, zgłasza się do mnie w październiku 1897 z powodu, iż źle widzi prawem okiem. Z historyi choroby podnieść wypada, iż przed pięciu laty miała mieć zapalenie nerwów wzrokowych i przez lekarza okulistę leczoną była wcierkami; prawdopodo-

bnie przyjmowano lues tarda. Później nawroty w 96 i 97 zawsze leczona znowu wcierkami i jodkiem potasu.

Badanie moje nie wykazuje przedewszystkiem żadnych śladów kiły u dziewicy, która straciła rodziców w wieku dziecięcym. O rodzicach zresztą ani ona sama, ani opiekunowie dobrowolni nic powiedzieć mi nie umieli. Wpro. 6/18 Sn. 1·0 Wlo. 6/6 Em. Pole widzenia prawego oka ograniczone obwodowo górą zewnątrz i dołem, raz zupełnie, to znowu tylko dla żółtej i niebieskiej barwy. Zewnętrznie oczy nie przedstawiały żadnych zmian. Wziernik nie wykazuje również zmian, jedynie może granica tarczy nieco słabo oznaczona.

Poleciłem branie kąpieli solankowych i kąpiele nożne.

Po upływie kilku tygodni stan oczu powrócił do normy, tak że i naosiowy i obwodowy wzrok i wszelkie inne własności czynnościowe oka tego stały się prawidłowemi.

W lutym 1898 chora powraca do mnie z powodu, iż nogi nie dopisują. Chora utyka, a badanie wykazuje hemianestezyę prawej strony. Przytem bezsenność, łatwość znużenia i rozmaite objawy nerwowe. Badanie wzroku na obu oczach prawidłowe. Atoli w marcu tegoż roku nieznaczne obniżenie wzroku obu ócz, 6/9—6, a pole widzenia obustronnie ograniczone dla barw u pro. wewn. dołem, u lo. zewn. dołem.

Wziernik znowu nic nie wykazywał szczegółowego. Przepisałem Tct. Valerianae, kąpiele z kory dębowej i poleciłem odpowiednie zajęcie.

Stan powoli poprawiał się, a pole widzenia stało się prawidłowem, naosiowy wzrok podniósł się znowu do 6/6.

Te nawroty powtarzały się często przez przeciąg kilku lat, by w końcu zniknąć bez wszelkiego leczenia swoistego, gdy znowu inne objawy w sferze motorycznej i czuciowej kończyn dolnych występowały, dla ktorych chorą odesłałem do specyalisty, który miał zamiar, powodowany w opowiadaniu chorej zaznaczeniem leczenia pierwszego okulisty, stosować wcierki, gdy idąc za radą moją, odstąpił od tego, ograniczając się do elektroterapii i to z dobrym skutkiem.

I tu więc mieliśmy objawy oczne u osoby histerycznej

wcale nie dotkniętej, o ile badanie i anamneza stwierdzić mogły, kiłą, środki antihisteryczne, leczenie wzmacniające, przymusowe zajęcie i utrzymywanie towarzyskich stosunków, zwłaszcza zaś wyjazd do miejscowości zdrowotnych najlepszymi mi się ponownie okazywały sposobami, by najrozmaitsze objawy usunąć lub złagodzić. Jeżeli pierwotnie wcierki skutkowały, to przeważny wpływ, zdaniem mojem, przypisać trzeba było sugestyi, a do tego nie potrzeba środka tak w organizm wnikającego, jakim jest rtęć podawana w najrozmaitszych postaciach.

C. Z natury rzeczy wynika, że do kategoryi trzeciej przypadków wchodzących tutaj w grę, najwięcej zaliczać wypadnie, bo, gdzie chory sam do przebytej kiły się przyznaje, tam lekarz nie umiejący uwolnić się od uprzedzenia, aż nazbyt jest skorym stosowne wyciągać wnioski i terapię swą odpowiednią z większym lub mniejszym stosować skutkiem, nie oglądając się za innemi choroby powodami.

Zaznaczam przedewszystkiem, że rozlane zapalenia miąższowe rogówek, jak wiadomo bardzo często znamionowane przez Hutshinowską trias występują u młodszych i starszych dzieci, wprawdzie dziedzicznie obciążonych, a jednak o podkładzie syfilitycznym choroby można nieraz powątpiewać ze skutków leczenia, które niejednokrotnie przeprowadzamy z wyłączeniem wszelkich przetworów rtęciowych. Przypadki te zdarzają się u dziewcząt zwłaszcza w okresie rozkwitu ale i u młodszych dzieci obojga płci, przeważnie skrofulicznych. Prawda, że zołzy skłonni jesteśmy uważać za złagodzoną postać kiły, tam jednakże, gdzie występują nawet pozornie skrofuliczne postacie zapalenia rogówek u dzieci, dziedzicznie obciążonych kiłą, częstokroć bez rtęci nie dochodzimy do trwałych i szybkich wyleczeń. Zwracam uwagę na opisaną przezemnie w P. O. wr. 1900 (»O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci«, zesz. 1 i nast.) postać zapalenia przypominająca pryszczykowe skrofuliczne zapalenie, które jednak i klinicznym obrazem i przebiegiem od tegoż się wyróżnia. Tylko energiczne a często powtarzające-

się leczenie antiluetyczne korzystnie wpływa na tę postać choroby. Naodwrot i zapalenia miąższowe rozlane nie bywają częstokroć pochodzenia syfilitycznego w ściślejszem znaczeniu, a ustępują pod wpływem nie swoistego przeciw-kiłowego leczenia. Obok skrofułów uważamy malaryę, gośćciec jako najczęściej chorobę tę wywołujące okoliczności. Jak często znowu i zapalenia inne mianowicie i tęczówki również u osobników syfilitycznie obciążonych, występujące innego mimo pozoru mogą być pochodzenia, na to niechby posłużył następujący przykład (przyp. 10).

Przed dwoma laty zgłosił się do mnie pan X. 40-letni z Krakowa z powodu zapalenia rogówkowego i tęczówkowego (keratitis parenchymatosa diffusa et iritis) od kilku miesięcy leczony antiluetycznie wobec tego, iż przed 10 laty miał ulcus durum z następnymi objawami wtórorzędnymi, zwalczanymi skutecznie rtęcią. Prócz alopecyi mogącej inną okoliczność mieć za przyczynę, nie znalazłem żadnych znaków przebytej kiły; natomiast stwierdziłem dość silny tumor lienalis. Na pytanie oświadczył też chory, iż miewał zimnicę, w Krakowie, jak wiadomo, dość rozpowszechnioną. Zarządziłem więc leczenie wyłącznie przeciw malaryi zwrócone (chinina z antipyriną) a miejscowo atrop. ciepłe okłady później masowanie. W przeciągu 4 tygodni rogówka wyjaśniła się prawie zupełnie, a chory, którego niedawno jeszcze miałem sposobność zbadać, od tego czasu powtórnym nawrotom żadnym nie ulegał i cieszy się zmieniwszy pomieszkanie dobrem zdrowiem. —

O wpływie malaryi na przyrząd wzrokowy mam zamiar przy innej sposobności podać wyniki mych spostrzeżeń tutaj zaznaczam tylko, że ona obok, jak stanowczo powyższe dwa przykłady dowodzą, stwierdzonej często kiły wywołuje postacie zapaleń ocznych, które tej to przyczynie bywają właściwe. W danym więc razie w sądzie naszym pod względem etiologii choroby winniśmy być bardzo ostrożnymi.

Nie chcąc nużyć czytelnika, nie będę wyliczał innych przykładów na poparcie twierdzenia co do powyższej kategoryi chorób, ale ograniczę się tylko jeszcze na wskazaniu niewłaści-

wego leczenia zaników nerwów wzrokowych pochodzenia tabetycznego. Wiemy, że antiluetyczne leczenie nawet tam, gdzie niewątpliwie zakażenie kiłowe wiąd rdzenia pacierzowego poprzedzało, nie tylko choroby nie poprawia, ale przeciwnie, do szybciejszego postępu powoduje. Nadto wielokrotnie stwierdzić można, że nie kiła ale uraz, mianowicie silniejsze upadnięcie krzyżami na jakiś przedmiot twardy, zaziębienie i t. d. daje tabetycznym objawom początek. Że w podobnych razach osłabianie organizmu przetworami rtęciowymi i innymi środkami w tym kierunku mającymi działać, zamiast powstrzymać zanik nerwów, grożący zupełną ślepotą, tylko go przyspiesza, o tem wie każdy doświadczeńszy okulista.

Na omówieniu tych błędów rozpoznawczo-leczniczych mógłbym poprzestać, kończąc zadanie, jakie sobie stawiłem, to jest przypomnieć, jak oględnym nam być trzeba w należytem ocenianiu pochodzenia chorób tam, gdzie liczniejsze momenty o pierwszeństwo etiologiczne się ubiegają — niech mi jednak wolno będzie przypomnieć, że niejednokrotnie chory sam w błąd wprowadza lekarza, już to zatajając właściwe choroby pochodzenie, już to niewłaściwie wskazując na pierwiastek syfilityczny tejże. A czy potrzeba zwrócić uwagę czytelnika szanownego na znane przypadki obawy przed kiłą (Syfilodofobia)?

Tu osobnik li tylko z wyobraźni pobudzonej albo podsycanej niewłaściwie »syfilityczny«, dostawszy jakiegokolwiek objawu chorobowego ocznego, odnosi go z nieprzepartą siłą i stanowczością do rzekomej kiły.

Przypadków takich kilka widziałem, a znamienny pod tym względem spotkałem bardzo niedawno.

Pani X. 30-letnia przybywa z powodu silnych boleści nad okiem, do kliniki okulistycznej przysłana z rozpoznaniem *„periostitis orbitalis syphylitica“*. Robi wrażenie osoby czemś bardzo zaniepokojonej, daje odpowiedzi nieścisłe wobec otoczenia liczniejszego. Nie mogąc dojść »do ładu« z chorą, pole-

cam jej wejść do osobnego pokoju i tu dowiaduję się, iż »w wysokim stopniu jest zarażoną«. Anamneza wykazuje co następuje: Za mąż wyszła w 19 roku życia, będąc panną bardzo zdrową, ma dwoje dzieci zdrowych, roniła raz wskutek upadnięcia. Przed 6 laty dostała na wardze sromowej jakiegoś owrzodzenia, które mąż jej (nie lekarz) leczył wcierkami później jodem. Jednakże sprawa zagoiła się szybko. Wtajemniczona przez męża, który niedawno umarł na tuberkulozę, w rzekomy rodzaj cierpienia i jego następstwa, żyje w wiecznej obawie, że ma lub mieć będzie objawy ciężkiej kiły. Dostawszy bólu nad okiem, chodziła do najrozmaitszych lekarzy, zawsze sama wskazując na syfilityczne pochodzenie cierpienia, które też przez kolegów bywało jako takie usprawiedliwionem i odpowiednio leczonem. W końcu zażywała jod, a dostawszy, oczywiście wskutek wysypki jodowej, nabrzmienia powiek lewego oka, przestraszona poszła do okulisty, któremu się znowu oskarżała, ten jednakże na razie założył tylko opaskę Salzwedlowską i przepisał maść »jodową« do pocierania. Objawy po czterech dniach znikły, ale boleści dawne trwają. Używając dalej jodu, dostała podobnego nabrzmienia na prawem oku. »Już teraz z pewnością mam ciężką postać kiły«, pomyślała chora, a obawiając się postaci trzeciorzędnej, na własną rękę rozpoczęła leczenie antisyfilityczne, ale bóle nie ustają.

Badanie wykazuje osobę dość silnie zbudowaną bez najmniejszych objawów jakiejkolwiek postaci kiły, natomiast śledziona dość znacznie nabrzmiała a nerw nadoczodołowy zwłaszcza lewej strony na dotyk bardzo wrażliwy.

Chora w czasie badania zawsze i ciągle znowu wspomina i to z niemałą znajomością rzeczy o rozmaitych postaciach kiły, które mogą się u niej rozwinąć, a tylko z wielkim trudem udało mi się ją przekonać, że niema do tego najmniejszego powodu, wykazując, że cierpienie jest nam jasnem, bo chodzi o nerwicę nerwu nadoczodołowego na podstawie malaryi, którą chora rzeczywiście przechodziła. Zaopatrzona w przepis na proszki chinowe i phenacytynowe, odeszła uspokojona, i o ile później

się przekonałem, na razie ze swej syfilodofobii wyleczoną została. Czy na długo? Vederemo.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Annales d'Oculistique. 1905. Nr 6. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

O przesączaniu cieczy wśródocznych i o jego znaczeniu w patogenezie jaskry. Uwagi, odnoszące się do pracy Dra Uribe y Troncoso. (Sur la filtration de l'oeil et sur son rôle dans la pathogénie du glaucome. Remarques relatives au travail de M. le Dr Uribe y Troncoso). Prof. Leber z Hajdelbergi.

W pracy tej broni Prof. Leber przyrządu swego, służącego do oznaczania ilości cieczy, przesączającej się z oka, pod zwiększonem ciśnieniem przed zarzutami, jakie mu stawia w styczniowym numerze Ann. d'Ocul. Dr Uribe y Troncoso. Nie twierdzi wprawdzie Leber, ażeby manometr jego pozwalał wykonywać pomiary z bezwzględną dokładnością, ale pochlebia sobie, że uzyskał przy jego użyciu dokładniejsze wyniki, niż którykolwiek z autorów, którzy się przed nim przedmiotem tym zajmowali. Troncoso zarzuca, że manometr Lebera nie mierzy ilości cieczy wychodzącej z oka, a tylko podaje ilość cieczy do oka wtłaczanej, na to odpowiada Leber, że choćby i tak było, to dokładność wyników nic na tem ucierpieć nie może, ponieważ te dwie ilości są zupełnie równe, jeśli się tylko baczy, żeby ciśnienie wśródgałkowe przez cały ciąg doświadczenia nie ulegało zmianie. Istotnie, jeśli manometr połączony z okiem nie zdradza żadnych wahań, to można przypuścić, że do gałki ocznej w jednostce czasu taka sama ilość cieczy wchodzi, jaka ją w tym czasie opuszcza. Inaczej wobec niezmiernie małej podatności ścian gałki ocznej zmiany w ciśnieniu byłyby nieuniknione. Leber zwraca uwagę, że Troncoso posługując się w swych doświadczeniach jego przyrządem, zaniedbał przestrzegać tej nieostrożności i dopuszczał do zmian w ciśnieniu wśródgałkowem, nie dziw przeto, że uzyskał wyniki odmienne, ale i błędne zarazem. Pomijam cały szereg innych uwag polemicznych, odnoszących się do dokładności Leberowskiego manometru, a podkreślę tylko krytyczne zapatrywanie Lebera, odnośnie do teoryi patoge-

nezy jaskry, jaką wygłasza Uribe y Troncoso. Na podstawie swych badań nad przesączaniem się cieczy przez ściany oczu prawidłowych i chorych doszedł Troncoso do przekonania, że utrudnienie odpływu cieczy w oczach, jaskrą dotkniętych, zależy od znacznej zawartości białka cieczy wodnej przedniej komory. Doświadczalnie wykazał on, że płyny, zawierające znaczniejszą ilość istot białkowatych, przesączają się z oka z wielką trudnością, a z drugiej strony, wydobywając zapomocą strzykawki Pravatza ciecz wodną z przedniej komory oczu prawidłowych i w różnych stanach patologicznych znalazł zapomocą dokładnych rozbiorów chemicznych niezwykle wielką zawartość istot białkowatych w cieczy wodnej w przypadkach jaskry. Pierwszej części tych badań Leber nie zarzucać nie chce, ponieważ sam podobnych badań nie przeprowadzał, ale ponieważ oddawna zajmował się analizą cieczy wodnej w różnych stanach chorobowych oka, przeto ma dosyć podstaw do powątpiewania w ścisłość spostrzeżeń Troncosa, gdyż sam zawsze spotykał zwiększoną zawartość białka cieczy wodnej w przypadkach wewnętrznych zapaleń oka, jak *ophtalmia purulenta*, *iridocyclitis serosa et plastica etc.*, dalej w przypadkach rozległego oderwania siatkówki. Ilość białka w cieczy wodnej bywa w tych razach tak znaczną, że po zagotowaniu ciecz ta krzepnie często w całości, a są to właśnie sprawy chorobowe, przebiegające nie z podwyższeniem, lecz z obniżeniem ucisku wśródocznego. Leber nie przypomina sobie, żeby kiedykolwiek spotkał w cieczy wodnej oka jaskrowego zwiększoną ilość białka. Z tych powodów podaje on w wątpliwość całą teoryę jaskry postawioną przez Uribe y Troncoso.

Przyczynek do znajomości pewnej postaci miąższowego zapalenia, stwardniającego rogówki prawdopodobnie na tle gruźliczem. (Contribution à l'étude d'une forme de kératite parenchymateuse sclérosante probablement tuberculeuse). Dr. M. Chesneau z Nantes.

Możliwość gruźlicy w miąższu rogówkowym wydawała się przez długi czas rzeczą wielce wątpliwą, ponieważ nie przypuszczano, ażeby w tkance zupełnie naczyń pozbawionej mógł się rozwinąć gruzełek Langhansa. Dopiero Panas rozpoznawszy w jednym przypadku na podstawie objawów klinicznych gruźlicę rogówki i chcąc to rozpoznanie uzasadnić doświadczalnie, zaszczepił w rogówkę królika hodowlę prątków Kocha i wywołał powstanie gruzełków w tkance rogówkowej. To klasyczne doświadczenie powtarzano następnie wielokrotnie i dziś już nikt nie wątpi, że gruźlica rogówki istnieje. Autor miał sposobność spostrzegać w siedmiu

przypadkach pewną postać miąższowego zapalenia rogówki na tle gruźliczem i tej to postaci chorobowej poświęca w wymienionej pracy szczegółowy rozbiór.

We wszystkich przypadkach rozpoczynało się cierpienie zapalnem zajęciem tkanki przytwardówkowej, przyczem ta *episcleritis*, zwykle do jednego tylko ogniska ograniczona, nie różniła się na pozór niczem od *episcleritis rheumatica*. W dwóch czy trzech przypadkach ciężkich przyszło od razu do zajęcia samej twardówki *(scleritis profunda)* z obrzmieniem i głębokiem nastrzyknięciem barwy fiołkowo-różowej. W krótki czas potem zaczynały się pojawiać punkcikowate ogniska żółtawo-białe w miąższu rogówkowym w pewnej odległości od brzegu, ale zazwyczaj w sąsiedztwie ogniska twardówkowego. Przybłonek ponad tymi naciekami bywał gładki i lśniący. Nacieki te z biegiem czasu powiększały się trochę, a przedewszystkiem powstawały nowe coraz to bardziej bliżej środka rogówki. Nacieki przybrzeżne dostawały po pewnym czasie naczynia przeważnie głębokie, z pod rąbka spojówkowego wyrastające. Nacieki bliżej środka położone pozostawały zazwyczaj nieunaczynionymi. W cięższych przypadkach poszczególne guzki zlewały się w jedną szarożółtawą masę. Tęczówka we wszystkich przypadkach autora była wolną od zmian chorobowych. Pod wpływem leczenia guzki opisane bądź to w przypadkach korzystniejszych ulegały zupełnemu wessaniu, bądź też, co się częściej zdarzało, pod wpływem waskularyzacyi zamieniały się na blizny, które wraz z miotełką naczyniową tworzyły bardzo znamienne wypustki białe, z których powstawał rodzaj ząbkowania na granicy rogówki. Na dnie oka nie spotkał autor w żadnym wypadku zmian wybitniejszych. Jako znamienny objaw cierpienia podkreślić należy brak silniejszych objawów zadrażnienia gałki ocznej i stosunkowo nieznaczne przypadłości podmiotowe, co się tłumaczy z jednej strony brakiem zapalenia tęczówki, a z drugiej tem, że przybłonek rogówkowy pomimo znacznych zmian w warstwach głębokich prawie wcale nie cierpi. Gdy chodzi o rozpoznanie etyologiczne, to wobec głębokich nacieków w rogówce pierwsza myśl nasza zwraca się ku kile. W żadnem ze swych spostrzeżeń nie znalazł autor ani jakichkolwiek danych w wywiadach co do kiły wrodzonej lub nabytej, ani też żadnych przedmiotowych śladów kiły; W początkach cierpienia wobec zajęcia twardówki względnie tkanki przytwardówkowej możnaby myśleć o reumatyzmie, i tutaj zwraca autor uwagę na nowsze badania w dziedzinie patologii *(Poncet)*, które stworzyły nowe pojęcie tak zwanego gozźca gruźliczego *(rheumatismus tuberculosus)*, t. j. postaci mieszanej, pochodzenia na poły gruźliczego, a na poły reumatycznego. O takiem tle etyologicznem możnaby też myśleć w przy-

padkach opisanych przez autora, który ani histologicznych ani bakteryologicznych badań nie mógł przeprowadzić, a tuberkuliny chorym swoim nie wstrzykiwał po części z powodu ich oporu. Rokowanie jest, jak wynika z przebiegu sześciu przypadków autora w tej postaci zapalenia rogówki wcale korzystne, oczywiście przy odpowiedniem leczeniu. Z wyjątkiem jednego przypadku o nader ciężkim przebiegu, we wszystkich innych chorzy odzyskali bystrość wzroku, wystarczającą do wykonywania pracy zawodowej. Korzystne te wyniki przypisuje autor sposobowi leczenia, jaki u chorych swych po raz pierwszy zastosował. Idąc za przykładem Kostera, który w przypadkach gruźlicy tęczówki wstrzykuje powietrze do przedniej komory, wdmuchiwał Chesneau także czyste powietrze przez igłę irydyoplatynową zwyczajnej strzykawki, jednak nie do przedniej komory, lecz pod spojówkę gałkową w ilości 1—4 cm^3. Powietrze to musi być poprzednio przefiltrowane przez wyjałowioną watę odłuszczoną. Przy wstrzykiwaniu należy zachować tę ostrożność, ażeby koniec igiełki przesunąć pod spojówką na odległość 5—6 mm od miejsca wkłucia, inaczej powietrze wychodzi przez rankę w spojówce na zewnątrz. Oprócz miejscowych wstrzykiwań powietrznych uwzględnia autor stan ogólny chorych, zalecając posilne odżywienie, pobyt na świeżem powietrzu, odpowiednią hygienę, a na wewnątrz podając tran rybi, arszenik itp. środki.

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

Przyczynek do nauki o wrzodach rogówkowych spowodowanych przez diplobacyle oraz przyczynek do nauki o odporności tychże przeciw wyschnięciu we wydzielinach. (Ein Beitrag zur Kenntnis der Diplobacillengeschwüre der Kornea nebst Untersuchungen über die Widerstandsfähigkeit der Diplobacillen gegen Austrocknung in Sekreten). Dr Paul Erdman — Rostok.

W całym szeregu kataralnych wrzodów rogówkowych, które autor badał drobnowidowo i bakteryologicznie, znalazł w przeważnej ilości przypadków dwoinki Axenfelda i to w głębokich warstwach wrzodu usadowione. Zaraźliwość tego kataru ocznego stwierdził on w ten sposób, iż zarażał zdrową spojówkę ludzką prątkami, wziętemi z kultury. Prawie zawsze otrzymywał wynik dodatni.

Co do odporności tych prątków na wysychanie, to starał się ją autor w ten sposób zbadać, iż rozcierał wydzielinę z oka na szkiełkach nakrywkowych; okazało się, iż jeszcze po 7 godz. prątki

te były zdolne do dalszego rozwoju, jeżeli przeniesiono je na odpowiednią pożywkę.

Chcąc zbadać odporność tych prątków we warunkach, do normalnych najbardziej zbliżonych, napajał małe kawałki płótna (5 mm^2) wydzieliną spojówkową i przechowywał je w świetle dziennem, w zamkniętych rurkach szklanych. Bakterye te jeszcze po 14 dniach okazywały wybitną żywotność. Autor przypisuje to tej okoliczności, iż bakterye te żyły pod skorupką zaschłej wydzieliny spojówkowej.

O naczyniach optico-ciliares. (Ein Beitrag zur Kenntniss opticociliarer Gefässe. Dr Braune z kliniki prof. Schöltera.

Autor opisuje dwa przypadki tego zboczenia rozwojowego. W jednym z nich naczynie to było żyłą, w drugim tętnicą.

O hemianopsia bitemporalis. Dr Paukstat, asystent kliniki pryw. Dra Treitla z Królewca.

W dwóch przypadkach przyczyną cierpienia był nowotwór z podstawy czaszki wychodzący, w trzecim zaś rozszerzona boczna komora ugniatała na nerw wzrokowy. We wszystkich trzech przypadkach objawy hemianopsyi były nie stałe. Przyczynę cierpienia stwierdzono sekcyą.

Uraz momentem przyczynowym konstytucyjnej choroby ocznej. (Trauma als Veranlassung einer konstitutionellen Augenerkrankung. Dr Guillery. Kolonia.

Nawiązując do przypadku sądowego, w którym rzeczoznawcy wydali nieprzychylne dla poszkodowanego orzeczenie, wykazuje autor, iż uraz może wywołać u osobnika, który przeszedł kiłę, miąższowe zapalenie rogówki.

Jeżeli bowiem w ustroju krąży jakiś jad, to narządy tem dłużej i tem skuteczniej będą się opierały działaniu tego jadu, im czynności tegoż są prawidłowsze. Uraz, zmieniający warunki krążenia i odżywiania w oku, zmniejsza tem samem i jego odporność na jad syfilityczny. W ten sam sposób tłómaczy autor i sympatyczne zapalenie drugiego, nie uszkodzonego oka. Zapalenie bowiem jednego, powoduje skutkiem sympatycznego podrażnienia zmiany odżywcze i w drugiem oku, a tem samem zmniejsza i jego odporność.

O pętlach nerwowych wśród twardówki przebiegających. (Intrasklerale Nervenschleifen). Prof. Dr Groenouw. Wrocław.

Przy badaniu mikroskopowem seryi preparatów zauważył autor smugę włókien nerwowych w twardówce, w przedniej jej części przebiegającą. Zboczenie to tłómaczy autor mechanizmem rozwojowym oka. Ponieważ mianowicie twardówka wyróżniła się z mezodermy daleko później, niż naczyniówka i naczynia, ta więc w danym razie pociągnęła za sobą w czasie rozwoju pętlę nerwową, którą następnie włókna łącznotkankowe twardówki obrosły. Za tą teoryą przemawia w danym przypadku ta okoliczność, iż koło nerwu leżało naczynie krwionośne.

Przypadek kilaka nerwu wzrokowego poza tarczą tegoż i kilakowego zapalenia naczyniówki. (Ueber einen Fall von Gummigeschwulst des Opticus hinter der Papille und von Chorioiditis gummosa). Doc. Dr Stock.

W części oczodołowej nerwu wzrokowego znajdował się naciek kilakowy na całym przekroju nerwu, naciek, który zniszczył wszystkie włókna nerwowe. Siatkówka była odczepioną, a jej elementa rozpadłe; w naczyniówce naciek i liczne ogniska nekrotyczne.

O restitutio ad integrum wobec tego, iż nerw wzrokowy na całym przekroju uległ zniszczeniu, mowy być nie mogło. Oko zaś wyjęto z powodu ciężkiego napadu ostrej jaskry.

Dobrotliwy guz na dnie oka. (Benignes stationäres Gebilde des Augengrundes). Dr Mauch. Wrocław.

Autor obserwuje obecnie od lat 8 pacyenta, który wówczas zgłosił się z podaniem, iż prawem okiem gorzej widzi niż lewem.

Badanie dna oka wykazuje, co następuje: ze środka tarczy nerwu wzrokowego wychodzi ku górze dosyć grube pasmo tkanki łącznej; w plamce żółtej widać dużą czarną plamę (powstała ona dopiero w ciągu tych ośmiu lat, poprzednio, t. j. przy pierwszem badaniu plamka żółta dawała obraz nieco zatarty). Poza plamką żółtą, już na obwodzie pola widzianego wziernikiem, znajduje się rozległy, trójkątny guz, w około którego widać naczyniówkę i rozsiane liczne czarne plamki. Oko zewnętrznie ma wejrzenie prawidłowe, jest niebolesne.

Przypadek odczepienia siatkówki uleczony opatrunkiem uciskowym. (Kasuistischer Beitrag zur Wirkung des Druckverbandes bei Netzhautablösung). Dr K. Wéssely.

Zaprowadzonego przez Samelsona*) sposobu leczenia odczepionej siatkówki opatrunkiem uciskowym zaniechano następnie głównie

*) Nie Samelsohn ale Foerster w Wrocławiu zaprowadził leczenie za pomocą opasek uciskowych w odczepieniu siatkówki. *W.*

z tego powodu, iż ucisk na gałkę oczną przyczynia się do obniżenia następowego parcia śródocznego. Mimo to w niektórych przypadkach leczenie to dać może zadawalniające wyniki, jak to przytoczony przez autora przypadek udowadnia. Silnym opatrunkiem uciskowym, obok spokojnego leżenia w łóżku, wyleczył on jeden przypadek odczepienia siatkówki, powstały skutkiem silnej krótkowzroczności.

Zapalenie jagodówki i ciałka rzęskowego w przebiegu kokluszu. (Ein Fall von Iridocyklitis während eines Keuchhustens). Dr Chronis, Erlanga.

W przebiegu kokluszu powstała u dziecka iridocyklitis, dla której nie można było znaleść innej przyczyny, jak tylko wyżej wspomnianą chorobę. Zdaniem autora kolonia drobnoustrojów chorobotwórczych, dostawszy się do naczynia włosowatego, zaczopowała je i spowodowała zapalenie ropne.

O przemieszczeniu ścięgna mięśniowego w przebiegu zezu porażennego. (Zur Verlagerung bei paralytischem Schielen). Dr Ohm.

Przecinając w przebiegu zezu porażennego, celem usunięcia podwójnego widzenia, ścięgno antagonisty, należałoby, aby utrzymać równowagę zachwianą przecięciem ścięgna, przeciąć i ścięgno mięśnia współdziałającego na oku drugiem, a nadto z tych samych powodów i ścięgno jego antagonisty. Zamiast jednej operacyi należałoby więc wykonać aż trzy. Tej niedogodności zapobiedz można, nie wykonując wcale tenotomii, przemieszczając natomiast ścięgno mięśnia porażonego ku przodowi. Przemieszczenie bowiem przyczepu wzmacnia siłę danego mięśnia i o ile tenże pomimo porażenia zdolnym jest do działama, może swą czynność tem łatwiej wykonać.

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

Blefaroplastyka wykonana zmodyfikowaną metodą włoską (operacya Graefego) (Blépharoplastie par la méthode italienne modifiée [opération de Graefe]). Prof. de Lapersonne z Paryża.

Blefaroplastyka sposobem włoskim bywa opisywaną we wszystkich podręcznikach, ale wykonywaną nadzwyczaj rzadko. Przy-

czyną tego był może brak odpowiedniego przyrządu, unieruchomiającego rękę chorego przy operowanem oku. Prof. Lapersonne wykonał niedawno operacyę taką sposobem podanym przez Karola Ferdynanda Graefego, posługując się przytem przyrządem ustalającym, pomysłu Bergera, używanym do rinoplastyki włoskiej.

Przyrząd ten składa się z czapki, którą się wkłada na głowę operowanego, z napierśnika połączonego z pasem, obejmującym w pół tułów operowanego i z rękawa, w którym układa się rękę w odpowiedniem położeniu. Wszystkie te trzy części połączone są paskami, rzemykami, sprzączkami tak, że pozwalają rękę ustalić przy głowie zupełnie nieruchomo, przyczem nie krępują wcale ruchów oddechowych.

Lapersonne operował młodego, 22letniego człowieka, który w drugim roku życia uległ na całem ciele bardzo silnym oparzeniom. Skóra całej prawej połowy twarzy była zamieniona na cienką do kości przylegającą bliznę. Obie powieki prawego oka zupełnie odwinięte, zwłaszcza górna, której brzeg rzęsowy leżał tuż pod łukiem brwiowym. Oko od niedawna podrażnione, na rogówce łuszczka i wrzody. Autor przedstawił inteligentnemu choremu alternatywę przeszczepienia skóry z ręki bez szypuły, przyczem wyraził wątpliwość co do widoków jej przyjęcia się, i przeszczepienie płata uszypułowanego, zapomocą metody włoskiej. Chory bez wahania przystał na drugi sposób, choć tak dla operowanego uciążliwy. Zakładano mu najpierw przez szereg dni przyrząd Bergera, ażeby się przyzwyczaił do niewygodnego trzymania ręki, a gdy chory zdał egzamin z cierpliwości, przystąpiono do operacyi w uśpieniu chloroformowem. Po oddzieleniu górnej powieki od łuku brwiowego i odprowadzeniu jej do prawidłowego położenia, powstał duży ubytek, który pokryto prostokątnym płatem skóry z wewnętrznej strony prawego ramienia. Płat ten mniej więcej prostokątny (8 × 4 cm) miał szeroką szypułę, i został po dokładnem zbliżeniu ramienia do oka zapomocą licznych szwów do brzegów ubytku przymocowany. Rękę ustalono przy głowie w przyrządzie Bergera i założono odpowiedni opatrunek. Między piątym a ósmym dniem po operacyi wyjęto kolejno wszystkie szwy, a dwunastego dnia przecięto szypułę w narkozie, uwolniono rękę z przyrządu ustalającego, ułożono ją powoli i ostrożnie wzdłuż ciała. Ranę na ręku odświeżono i pokryto sposobem Reverdin-Ollier'a. Płat przeszczepiony przyjął się zupełnie dobrze, a wynik kosmetyczny operacyi wypadł zadowalniająco, jak o tem świadczy umieszczona w pracy reprodukcya fotografii.

Lapersonne bardzo zaleca włoską metodę blefaroplastyki we wszystkich przypadkach, gdzie w sąsiedztwie oka niema zdro-

wej skóry do wytworzenia uszypułowanego płata, i w których chory daje dostateczną rękojmię cierpliwego znoszenia przyrządu ustalającego. Ponieważ ogłoszono przypadki zesztywnienia stawów po kilkunastudniowem unieruchomieniu ręki, a nawet embolię śmiertelną w chwili uwolnienia ręki z opatrunku, przeto zaleca autor wielką ostrożność i radzi wykonywać tę operacyę tylko u osobników młodych i zresztą zupełnie zdrowych.

Xanthoma duplex conjunctivae bulbi (Xanthome double et symétrique des conjonctives bulbaires). Prof. von Duyse.

Do tej pory nie opisano jeszcze przypadku kępek żółtych *(Xanthoma vel Xanthelasma)* umiejscowionych na spojówce gałkowej. Najczęstszem ich siedliskiem jest skóra powiek i to zwłaszcza powieki górnej. Na 103 przypadków *Xanthoma* zestawionych przez Poensgena 92 razy zajęte były powieki. Zresztą zdarzają się kępki żółte na twarzy i w innych miejscach skóry po ciele. Van Duyse opisuje spostrzeżenie, odnoszące się do 47letniej kobiety, ogólnie zdrowej, nie okazującej żadnych zmian w moczu, która od dwu lat zauważyła wyrośle żółtawe na obu oczach po bokach rogówki. Były to cztery guzy, wyrastające ze spojówki gałkowej w obrębie szpary powiekowej na wewnątrz i na zewnątrz rogówki na obu oczach zupełnie symetrycznie rozłożone. Wszystkie cztery jednakowego wejrzenia i jednakiej wielkości (5 × 10 × 4 mm), barwy żółtawo różowawej. Obie rogówki niezmienione; prócz tego chora ta okazywała *Xanthelasma* na powiekach, na skórze piersi i pod łopatką lewą. Guzy spojówki gałkowej zostały wycięte przez doktora Bribosię w Namur i przesłane van Duyse'owi do zbadania histologicznego. Z wyników badania tego podnieść należy, że nigdzie w komórkach nie znaleziono właściwego barwika, tak, że zabarwienie żółte nowotworów trzeba było odnieść wyłącznie do obficie nagromadzonego tłuszczu. Van Duyse podnosi okoliczność, że w moczu chorych nie było żadnych nieprawidłowych składników. Wiadomo bowiem, że kępki żółte występują nieraz na tle cukrzycy. *Xanthoma diabeticum* wyróżnia się jednak od zwyczajnych kępek żółtych, pojawiających się najczęściej u kobiet w okresie przekwitu, szybkim rozwojem i szybkiem zanikaniem pod wpływem dyety i leczenia cukrzycy (Töpfer, Krzyształowicz), dalej obwódką różową, która otacza miejsca zmianą tą dotknięte, a wreszcie umiejscowieniem głównie na kończynach po stronie mięśni wyprostnych.

Schwenter-Trechsler podniósł jako szczegół znamienny, że *Xanthoma diabeticum* nigdy nie zajmuje skóry powiek.

O przyczynach podniesienia napięcia w przebiegu u no-

wolworów wśródgałkowych (Ueber die Ursachen der Binnendrucksteigerung bei Geschwülsten innerhalb des Augapfels). Dr A. Birnbacher z Grazu.

Aż nadto jest dobrze znaną rzeczą, że w przebiegu nowotworów wśródgałkowych przychodzi zazwyczaj prędzej lub później do podniesienia ucisku wśródbocznego *(stadium glaucomatosum)*. O przyczynach jednak tego zjawiska nie mamy jeszcze pewnych wiadomości, w każdym razie dawne przypuszczenia jakoby samo tylko zwiększenie treści gałki ocznej przez wzrost nowotworu miało być powodem objawów jaskrowych, dziś już nie wytrzymuje krytyki. Putiata Kerschbaumer w swej monografii »Das Sarkom des Auges« krótko tylko omawia przyczynę podniesienia napięcia przy nowotworach wśródgałkowych i odnosi ją do zaburzeń w krążeniu wśródocznem. Autor stara się na podstawie badania anatomicznego siedmiu gałek ocznych wyjaśnić bliżej tę sprawę. W pięciu przypadkach znalazł mięsaka naczyniówki, w jednym *glioma retinae*, a w jednym wreszcie guz gruźliczy. We wszystkich objawy jaskry następowej były bardzo wybitne. Teoretycznie przypuścić można albo wzmożony przypływ cieczy do gałki ocznej, albo utrudniony odpływ tychże. Wiadomo, że liczne badania w tym ostatnim czynniku wykazały główną przyczynę wzmożenia napięcia wśródgałkowego przy jaskrze. Główną drogę odpływową dla cieczy wśródocznych stanowi, jak wiadomo, obwodowy kącik przedniej komory, prócz tego istnieją szczeliny limfatyczne w otoczeniu żył wirowych i nerwu wzrokowego. We wszystkich gałkach z wyjątkiem jednej znalazł autor zamknięcie przestrzeni Fontany przez zrost obwodowej części tęczówki z rogówką. W niektórych przypadkach nowotwór przez własny wzrost zamknął tę przestrzeń, w innych musiał autor przypuścić działanie na odległość za pośrednictwem jadowitych produktów, wywołujących na obwodzie tęczówki zapalenie zlepne. Takie działanie na odległość starał się autor wykazać także doświadczalnie, wstrzykując królikom do ciała szklistego rozcieńczoną tuberkulinę Kocha. W każdym przypadku powstawała *iritis plastica*. W jednej z gałek ocznych, gdzie obwodowa część przedniej komory nie była zarośnięta, znalazł Birnbacher światło jednej z żył wirowych wypełnione całkowicie masą nowotworową. W tym wypadku uważa on to utrudnienie w odpływie krwi żylnej za czynnik wywołujący jaskrę następową.

Przyczynek do historyi soczewek szklanych (Zur Geschichte der Glaslinsen). Dr Claude du Bois-Reymond.

W antykwaryum berlińskiego muzeum historycznego znajdują

się trzy szklanne szyby najniewątpliwiej z okien, pochodzące z czasów cesarstwa rzymskiego. Szyby te prostokątne (28 cm. × 38 cm.) budzą podziw czystością szkła i dokładnością szlifu, jedna ich powierzchnia jest płaska, druga zaś niejednostajnie wypukła (zbliżona do powierzchni torycznej). Grubość szyb w środku wynosi 3 cm., a na obwodzie zaledwie kilka milimetrów. Ogniskowa wynosi zatem jeden do dwu metrów. Okazy te świadczą, że już za rzymskiego cesarstwa umiano odlewać, względnie szlifować szkło w postaci wypukłych soczewek. Świadczą o tem także nieliczne co prawda lupy ręczne znalezione w wykopaliskach rzymskich.

Pierwotny mięsak tęczówki (Primäres Sarcom der Iris) Dr Oskar Fehr.

Przy dzisiejszym olbrzymim rozwoju literatury kazuistycznej najrzadsze nawet przypadki chorobowe muszą się doczekać pokaźnej liczby publikacyi. Najlepszym tego dowodem jest mięsak tęczówki, który zdarza się mniej więcej raz na 65.000 chorych ocznych, a jednak Wood i Pusey zdołali w 1903 r. zestawić 88 ogłoszonych spostrzeżeń. Do tej liczby dodaje autor trzy nowe z berlińskiej. kliniki prof. Hirschberga. Pierwszy przypadek dotyczy 35 letniego mężczyznę, który się zgłosił z powodu osłabienia wzroku na oku lewem, dodając, że brunatne znamię, jakie miał na tęczówce tego oka od urodzenia zaczęło od niedawna szybko się powiększać, badanie wykazało brak podrażnienia, ale oko twarde, a na tęczówce dołem zewnątrz ciemno brunatny guzek sięgający od brzegu źrenicznego, aż po brzeg rzęskowy tęczówki. Prof. Hirschberg wykonał szeroką irydektomię, wycinając w zdrowej tkance nowotwór. Badanie mikroskopowe wykazało typowe utkanie mięsaka. W miesiąc po operacyi oko było zupełnie blade, szpara w tęczówce szeroka i regularna, nigdzie ani śladu nawrotu. Z czasem jednak wystąpiły na oku tem objawy jaskry prostej bez objawów zapalnych i bez bólów. Nerw wzrokowy uległ głębokiemu wydrążeniu i oko straciło poczucie światła. Po dziewięciu latach jednak od czasu operacyi nie można było wykazać nigdzie nawrotu guza, a operowany cieszył się kwitnącem zdrowiem ogólnem.

W drugim przypadku u 43letniego woźnicy powstał na tęczówce lewego oka guzek nowotworowy dołem i chory zgłosił się z powodu bardzo silnych objawów zapalnych. Ponieważ oko było oślepłe, a rogówka tak zaćmiona, że o rozmiarach i rozprzestrzenieniu się nowotworu nie można było mieć żadnej pewności, wyjęto gałką niezwłocznie. Sekcya wykazała nowotwór mięsakowy, wyrastający z tęczówki drążący w głąb gałki ocznej, i wypełniający całą jej nosową połowę. Autor stwierdził, że naciek nowotworowy szerzy się w tym wy-

padku: 1) wprost z tęczówki na ciało rzęskowe, 2) rozsiewa się po tęczówce w postaci drobnych odosobnionych guzków przerzutowych, 3) okrężnie rozrasta się w kąciku przedniej komory, a wreszcie 4) przez bliznę operacyjną (w przypadku tym już poprzednio była w innej klinice wykonana irydektomia) wciska się naciek nowotworowy w miąższ rogówki i pod spojówkę. W cztery lata po operacyi zgłosił się woźnica ów do kliniki powtórnie, przyczem ani miejscowo ani ogólnie nie wykazano najmniejszych objawów nawrotu.

Trzeci przypadek jest o tyle ciekawy, że z konieczności spostrzegano tutaj wzrost mięsaka tęczówki przez długi szereg lat, ponieważ chora nie chciała słyszeć o operacyi, oko bowiem dotknięte nowotworem o wiele lepiej widziało, niż drugie okazujące znaczne zaćmienie w ciele szklistem. Była to staruszka 63letnia, u której właśnie przy badaniu lewego oka z powodu wymienionych zaćmień odkryto przypadkiem na oku prawem dołem wewnątrz na tęczówce mały ciemny guzek nowotworowy. W trzy lata później zgłosiła się ona z powodu krwotoku do przedniej komory z powoli rosnącego guzka. Później krwotoki te często się powtarzały w różnym stopniu i krew zawsze ulegała wessaniu. Od czasu do czasu pojawiały się także nieznaczne objawy jaskrowe, które mijały jednak bez następstw. Obecnie po 15tu latach guzek jest zaledwie dwa razy większy niż z początku, oko bez podrażnienia, bystrość wzroku pełna, pole widzenia prawidłowe. Mimo niezmiernie powolnego wzrostu nowotworu, autor nie ma najmniejszej wątpliwości co do jego złośliwej przyrody. Chora jednak dalej, jak dotąd, odpycha wszelką myśl o operacyi. Rozbierając te trzy spostrzeżenia własne w związku ze statystyką mięsaka tęczówki ogłoszoną przez Wood'a i Pusey'a stara się autor przedewszystkiem rozstrzygnąć trudne pytanie, czy wobec ograniczonego nowotworu złośliwego tęczówki, musimy co najrychlej przystąpić do wyłuszczenia gałki ocznej, czy też wolno nam się ograniczyć, do wycięcia guzka wraz zajętą tęczówką, zapomocą zwyczajnej irydektomii. Pomijając długie wywody i rozważania autora streszczam tylko jego ostateczne wnioski:

Wobec tego, że w żadnym wypadku mięsaka tęczówki nie mamy pewności, czy zdołamy zapomocą irydektomii usunąć nowotwór doszczętnie, przeto w każdym przypadku najpewniejszym i najbezpieczniejszym sposobem pozostanie zawsze enukleacya. Jeśli chory na to się nie godzi, to wolno w pewnych przypadkach próbować irydektomii, która w 72% przypadków sprowadziła przecież wyleczenie trwałe.

Postąpić tak wolno jednak tylko wtedy, gdy guzek jest mały, ograniczony, i gdy nie dosięga wieńca rzęskowego, a powtóre, gdy mamy pewność, że chorego z oczu nie stracimy, aby módz wrazie potrzeby jeszcze

gałkę zawczasu wyłuszczyć. Jeżeli nowotwór dosięgnął już jednak kącika przedniej komory, wtedy irydektomia jest wprost przeciwwskazaną jako zabieg niebezpieczny. Znane jest bowiem ogólne prawo chirurgiczne, że nowotwory nie doszczętnie operowane chętnie się uogólniają, a w szczególności co do oka przerwa w błonie Descemeta i blizna po irydektomii stanowią najczęstszą drogę, którą naciek nowotworowy z głębi gałki ocznej wydostaje się pod spojówkę. Z tego powodu podobie jak nakłucie próbne przy mięsaku naczyniówki, tak i irydektomia wykonana w celach rozpoznawczych przedstawiają poważne niebezpieczeństwa.

Złośliwy przybłoniak ciała rzęskowego u pięcioletniego dziecka (Malignes Epitheliom des Ciliarkörpers bei einem fünfjährigen Kinde). Dr R. Kuthe und Dr T. Ginsberg.

We wrześniu 1902 roku zgłosił się do jednego z autorów wieśniak z pięcioletnią córeczką z powodu zmiany na oku prawem. Dziecko to było w maju tegoż roku operowane w pewnej klinice z powodu »zielonej katarakty«. W lipcu zauważyli rodzice, że w miejscu cięcia powstał guzek żółtawy w głębi oka i powiększa się coraz bardziej.

Badanie wykazało oko lewe prawidłowe, oko zaś prawe zupełnie oślepłe i twarde (T + 1). Dokoła rogówki lekkie nastrzyknięcie rzęskowe, powierzchnia rogówki górą trochę ćma, przednia komora płytka, ciecz wodna jasna, szaro-niebieska tęczówka okazuje górą szeroką szparę, której ramię nosowe przedstawia się prawidłowo, skroniowe zaś pokryte jest w całości szaro-różowym naciekiem nowotworowym, płaskim, który z głębi źrenicy wychodzi i przez brzeg szpary przedostaje się na przednią powierzchnię tęczówki i pokrywa ją w całym zewnętrznym kwadrancie aż po obwodowy kącik przedniej komory. Soczewka usunięta, w źrenicy widać tylko strzępki torebki. Wziernikiem wydobywa się z oka odblask różowy, ale szczegółów dna oka nie widać. Przy oświetleniu ogniskowem dostrzedz można, że nowotwór po stronie zewnętrznej sięga wgłąb gałki ocznej w postaci szaro-żółtawej masy. Po wykluczeniu gruźlicy i mięsaka jagodówki rozpoznanie wahało się pomiędzy glejakiem siatkówki, a przybłoniakiem. Gałkę oczną wyłuszczono i poddano dokładnemu badaniu anatomicznemu. Badanie to wykazało guz, wychodzący z ciała rzęskowego w części skroniowej gałki ocznej i szerzący się ku przodowi w wyżej opisany sposób, ku tyłowi zaś sięgający do równika gałki. Badanie mikroskopowe guza wykazało jego czysto przybłonkową przyrodę. Nowotwór nie posiadał prawie wcale stroma, i tylko nieliczne i nikłe naczynia. Nerwów nigdzie nie wykazano. Na zakończenie pracy przytacza autor nie-

liczne dawniej ogłoszone przypadki tego tak rzadko u dzieci występującego nowotworu.

Związek między wielkością obrazka siatkówkowego a siłą wrażeniową świecących przedmiotów przy patrzeniu naosiowem (Ueber die Beziehungen zwischen Flächengrösse und Reizwert leuchtender Objecte bei fovealer Beobachtung). Dr Loeser z Berlina.

Piper w swej pracy o stosunku siły wrażeniowej do wielkości obrazków świecących, przedmiotów wytwarzanych na obwodowych częściach siatkówki podniósł potrzebę sprawdzenia badań Ricco nad takimiż obrazkami wytwarzanymi w plamce żółtej. Na podstawie tych badań Ricco w r. 1877 wysnuł prawidło, że przy jednakiej wartości wrażeniowej iloczyn z powierzchni obrazka siatkówkowego i jego jasności jest ilością stałą. Autor przeprowadził w tym samym kierunku cały szereg badań na oczach prawidłowych zaadaptowanych, oznaczając próg pobudliwości plamki żółtej dla obrazków siatkówkowych o jednakiej powierzchni a różnej jasności, oraz dla obrazków o jednakiej jasności a różnej powierzchni.

Badania te przeprowadzone w inny sposób, niż je wykonywał Ricco potwierdziły jednak jego wnioski, okazało się bowiem, że przy jednakim progu pobudliwości wielkość powierzchni obrazka siatkówkowego jest odwrotnie proporcyonalną do stopnia jego jasności.

Krwotoki siatkówkowe przy kiłowem zapaleniu opon mózgowych (Netzhautblutungen bei Meningitis syphilitica). Dr F. Mendel z Berlina.

U pewnego 25letniego krawca poprzednio zupełnie zdrowego wystąpiły gwałtowne bóle głowy, zesztywnienie karku, zawroty, upośledzenie przytomności i osłabienie wzroku. Cały obraz choroby przemawiał za zajęciem opon mózgowych. Gdy wszelkie środki ból kojące zawodziły, a nawet morfina w silnych dawkach na krótki czas tylko cierpienia uśmierzała, rozpoczęto wcierania rtęciowe mimo, że chory wypierał się kiły stanowczo. Już po kilku wcieraniach nastąpiła bardzo znaczna poprawa, i chory stopniowo do zdrowia powrócił. Wykonano prócz tego szereg nakłuć lędźwiowych, przyczem okazało się, że płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał sporą przymieszkę krwi. Badanie dna oczu w czasie choroby wykazało obustronną tarcz zastoinową, oraz liczne i rozległe krwotoki siatkówkowe. W miarę poprawy stanu ogólnego stan oczu także się poprawiał, krew ulegała stopniowo wessaniu, a tarcz zastoinowa zmniejszała się po każdem nakłuciu lędźwiowem tak, że wreszcie

wnętrze obu oczu przybrało wygląd prawidłowy i chory odzyskał obustronnie pełną bystrość wzroku.

Przyczynek do patologii nerwu współczulnego (Beitrag zur Pathologie des Halssympathicus). Dr K. Mendel z Berlina.

Wiadomo, że przecięcie nerwu współczulnego na szyi u zwierzęcia wywołuje po tejże stronie zwężenie źrenicy, obniżenie szpary powiekowej, rozdęcie naczyń skórnych, podwyższenie ciepłoty po tej stronie głowy, zmniejszenie lub nawet zupełne zniesienie jednostronne wydzielania potu i śliny. Później przyłącza się do tych objawów jeszcze zapadnięcie się gałki ocznej w głąb oczodołu i powolny zanik dotyczącej połowy twarzy. Nie wszystkie z tych objawów występują w każdym przypadku porażenia nerwu współczulnego u człowieka. Do najstalszych należą objawy oczne, których geneza jest dostatecznie znaną. Wpadnięcie gałki w głąb oczodołów ma zależeć nietylko od porażenia gładkich włókien Müllerowskiego mięśnia oczodołowego, ale także od zaniku tkanki tłuszczowej poza gałką oczną. Autor przytacza spostrzeżenie, odnoszące się do 53-letniej kobiety, u której przyszło do porażenia szyjnego splotu współczulnego po stronie lewej skutkiem ucisku wywieranego na nerw przez skostniałą część wola. Objawy oczne wystąpiły w całej pełni, z innych zaś wymienia autor zmniejszenie wydzielania potu i niższą ciepłotę skóry po stronie porażonej w porównaniu z drugą połową twarzy. Objaw ten występował głównie przy znaczniejszych wysiłkach fizycznych i po wstrzyknięciu pilokarpiny.

W. C. d. n.

Wiestnik Oftałmołogii. Lipiec — Sierpień. 1905. (Ref. Dr J. Matusewicz.).

Określenie w procentach stopnia niezdolności do pracy wywołanej przez uraz. (Procentnoje wyrażenje osłablenja trudospasobnosti w zawisimości ot powreżdenja głaz). J. Kacaurow.

Autor poddaje krytyce tabellę Jostena, podaną w drugim zeszycie Wiestnika Oftalmologii za r. b. i proponuje pewne modyfikacye. (Praca nie nadaje się do streszczenia).

Nerwice naczyniowe siatkówki. (Angioneurozy sieteczatoj obołoczki głaza). E. P. Braustein. Charków.

15 przypadków, spostrzeganych przez siebie, podaje autor. Chorzy, przeważnie kobiety, zgłaszają się ze skargą na mgliste widzenie, lub też na zupełną utratę wzroku.

W pierwszych 5 przypadkach cierpienie polegało na skurczu częściowym niektórych gałęzi *art. centralis retinae*. Badanie wzroku wykazało znaczne upośledzenie, w polu widzenia były *scotomata*. Cierpienie, dotykające osób nerwowych, występowało napadami, poczem wzrok wracał do normy. W dwóch następnych przypadkach miało się do czynienia z ischemią siatkówki, wywołaną w 1ym przypadku pracą męczącą, w drugim chorobą zakaźną (odra). Przy wziernikowaniu: arteryc bardzo cienkie, okolica *macula lutea* szarawa, oedematyczna. Przypadek 8 i 9 ciekawe są z tego względu, że chodziło o nerwicę urazową. Uraz dotknął okolicę nadbrwiową. W drugim z tych 2 przypadków oprócz zwężenia naczyń był wylew krwi w okolicę *macula lutea*.

Przypadek 10 dotyczył chorej, dotkniętej hysteryą i erotomanią, pod wpływem której oddawała się ona samogwałtowi. Skurcz naczyń występował tu jednocześnie z klonicznymi kurczami ogólnymi. W 3 następnych przypadkach upośledzenie wzroku zostało wywołane skurczem arteryj i wylewami krwi do siatkówki, powstałemi drogą odruchu wskutek podrażnienia narządów płciowych; a mianowicie w 2 przypadkach przy masturbacyi, w jednym przy gwałtownem spółkowaniu.

Wreszcie w 2 ostatnich przypadkach skurcz naczyń spowodowany został zmianami w ściance naczyń na tle zwapnienia oraz skazy moczanowej i poprzedzał thrombosis.

Przy częściowym skurczu obraz wziernikowy może być uderzająco podobny do embolii i często stawi się to rozpoznanie, dopiero dalszy przebieg wskazuje, z czem się ma do czynienia. Najczęściej szczególnie u młodych osobników następuje *restitutio ad integrum*. Chociaż nie należy uważać zawsze nerwic naczyniowych za niewinne cierpienie. Często powtarzające się napady mogą spowodować wylewy krwi, które autor tłómaczy tem, że skurcz jednej gałęzi naczynia powoduje nadmierne wypełnienie innych, a przy podwyższeniu ciśnienia i pęknięcie. Oprócz tego mogą nastąpić zmiany w tkankach naczyń i zmiany w samej siatkówce wskutek złego odżywienia.

Autor mniema, że niektóre amblyopie wywołane zatruciem, np. ołowiem, alkoholem, nikotyną itd., występujące pod postacią *neuritis retrobulbaris*, dalej *neuritides* przy karmieniu, po porodzie, reumatyczne i zakaźne nie są z początku niczem innem, jak nerwicą naczyniową, a obrzęk jest objawem wtórnym, wywołanym zmianą kurczowo ściągniętych lub paralitycznie rozszerzonych naczyń.

O torbielach załamka półksiężycowego. (O kistach połułunoj składki). Dr Ginsburg. Woroneż.

W literaturze znajduje autor tylko 5 przypadków, do których dodaje 2 swoje. Badanie drobnowidowe wykazało, że jeden z torbieli był pochodzenia przybłonkowego, drugi zaś należał do typu torbieli gruczołowych.

3 przypadki melanosis oculi. (Tri słuczaja melanosis oculi). A. Gurfinkel, Równo.

Przypadki dotyczyły osób semickiego pochodzenia, odznaczających się ogólnem ciemnem ubarwieniem włosów i skóry. W pierwszym przypadku nadmierna pigmentacya, występująca na oku lewem, dotyczyła skóry obu powiek, twardówki, tkanki podspojówkowej i spojówki gałki i dolnej powieki. Rogówka była czysta, tęczówka bardzo ciemna, znacznie ciemniejsza niż na oku prawem. Dno oka dotkniętego melanozą niczem się nie różniło od drugiego prawidłowego. W 2gim i 3cim przypadku skóra powiek była bez zmiany, natomiast siatkówka lewego oka, dotkniętego zmianą, przedstawia silniejszy rozwój barwika; w drugim przypadku *papilla nervi optici* jest również pigmentowaną.

Okulary ochronne do opracowywania twardych materyałów potrzebującego natężenia wzroku. (Predochranitielnyje oczki pri obrabotkie twierdych materjałów, trebujuszczej napriażenja zrenja). Dr Rudin.

Projekt okularów pomysłu autora wraz z krytycznym przeglądem dotąd używanych. Pracę illustrują rysunki, bez których byłaby trudno zrozumiałą.

Przyczynek do kazuistyki postrzałowych ran oka. (K kazuistike ognestrelnych ranenij głaza). Dr Berger.

Sześć przypadków mniej lub więcej ciężkich zranień oka z wojny japońsko-rosyjskiej Pomimo silnych uszkodzeń udało się autorowi utrzymać gałkę, a nawet przywrócić nieco wzroku.

O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: Conjunctivitis Parinaudi. Przegląd lekarski, 1905, Nr 23 i 24. Dr Wiktor Reis.

W r. 1899 opisał Parinaud odrębną postać nieżytu spojówki, która się znamionuje wystąpieniem na spojówce powiekowej ziarnistości i wyrośli o nieokreślonej postaci przy równoczesnem zajęciu gruczołów chłonnych szyjnych i przyusznych. Przypadków

odnośnych dotąd nie wiele ogłoszono zapewne z powodu, że wymienionych głównych objawów tego cierpienia nie wiązano w jednę całość. Spojówka gałkowa jest wolną od zmian chorobowych, toż samo rogówka nawet przy dłuższem trwaniu cierpienia nie bierze udziału w sprawie chorobowej. Cierpienie występuje najczęściej tylko na jednem oku: na 20 przypadków tylko w dwóch zapalenie było obustronne.

Autor spostrzegał w b r. na oddziale ocznym szpitala powszechnego we Lwowie przypadek, odpowiadający w głównych zarysach zbiorowi objawów Parinaud'a. U 14letniej dziewczyny wiejskiej, zajętej przy gospodarstwie, często też dojeniem krów, badanie wykazało: Spojówka chrząstkowa powieki górnej lewego oka zasiana ziarniną i wyrośłami, sterczącemi na 3 — 5 mm nad powierzchnię spojówki. Wyrośle te za dotknięciem lekko krwawią. U dolnej powieki liczne mieszki. Rogówka i spojówka gałkowa bez zmian. Gruczoły szyjne i podszczękowe po lewej stronie obrzękłe w postaci całego pakietu. Jeden z nich uległ w dalszym przebiegu zropieniu i musiał być chirurgicznie usunięty. Dokonano również wycięcia spojówki przerosłej, poczem po kilkakrotnem zastosowaniu azotanu srebra przybrała ona wejrzenie jednostajne spojówki o przerosłych brodawkach. Wydzielina ustąpiła zupełnie. Chora opuściła szpital.

W przypadku powyższym znajdujemy więc wszystkie najgłówniejsze objawy nieżytu spojówkowego Parinaud'a. W rozpoznaniu różniczkowem należałoby uwzględnić jaglicę, gruźlicę i nowotwory. Od jaglicy różni się omawiane cierpienie większymi rozmiarami ziarnistości, oraz tem, że ograniczają się one do spojówki chrząstkowej, nie zajmując załamków, i tem, że sprawa chorobowa nigdy nie przechodzi na rogówkę. Od gruźlicy różni się nieżyt Parinaud'a brakiem owrzodzeń i makroskopowo widzialnych gruzełków. Z nowotworem najtrudniejby cierpienie to pomieszać, już choćby dlatego, że w postaci rozlanej na spojówce powiek nowotwory należą do wielkich rzadkości, częściej wyrastają na rąbku spojówkowym rogówki i bywają wtedy uszypułowane. Etyologia tej sprawy chorobowej dotąd jeszcze nie wyjaśniona. Parinaud spotykał to cierpienie u ludzi, mających częstą styczność ze zwierzętami i nazwał je nawet początkowo *conjonctivite infectieuse d'origine animale*. Nigdy nie spostrzegano zarażenia się tą chorobą osób z najbliższego otoczenia chorych.

Badanie bakteryologiczne w przypadku opisanym przez autora dało wynik ujemny, ale przynajmniej wykluczyło napewne obecność prątków gruźliczych. Badanie histologiczne wyciętych skrawków przerosłej spojówki wykazało utkanie jednolite, zbliżone

swem wejrzeniem do nacieku drobnokomórkowego. Współistnienie przypadów spojówkowych z zajęciem gruczołów chłonnych na szyi pozwala przypuszczać, że obie zmiany są następstwem wspólnej przyczyny ogólnej. Dlatego Prof. Goldzieher nazwał nawet tę zmianę oczną krótko *lymphoma conjunctivae*. W każdym razie dla wyjaśnienia patogenezy tej choroby pożądane są dalsze spostrzeżenia i szczegółowe badania. *K. W. Majewski.*

O ustąpieniu tarczy zastoinowej przy nowotworze mózgowym (Ueber die Rückbildung der Stauungspapille bei Hirntumor). Dr Germanus Flatau. Münchner medizinische Wochen-chrift, kwiecień 1905.

W roku 1901 autor miał sposobność następujący wypadek klinicznie obserwować.

Chora została dnia $^{11}/_{9}$ 1901 przyjęta z typowymi objawami duru brzusznego, który miał przebieg prawidłowy bez wszelkich komplikacyi — tak, że chora w 13tym dniu była bez gorączki, a stan ogólny dobry. Dwa tygodnie później, t. j. $^{1}/_{10}$ skarży się chora na napady omdlewania szczególnie przy podnoszeniu się. Objektywnie nie dało się nic skonstatować — dostaje emulsię kamforową. Dwa dni później te same napady się powtarzają, dostaje *Tc. valer. aeth.* W pewnych odstępach czasu występują podobne objawy połączone czasami z silnym bolem głowy. Dnia $^{16}/_{11}$ wykazuje badanie oftalmoskopijnie: tarczę zastoinową z wybroczynami i wysiękiem. Dnia $^{19}/_{11}$ zrobiono punkcyę lumbalną, po której chora czuje się lepiej, ból głowy ustąpił. Chora dostaje kalomel 3 razy dziennie po 0·05. Po punkcyi oftalmoskopijnie skonstatowano jeszcze silniejszy obrzęk tarczy, wybroczyny większe, żyły nastrzykane i wijące się. Ponieważ stan się ponownie pogorszył i dołączyły się jeszcze wymioty, zrobiono $^{23}/_{11}$ powtórną punkcyę, po której wieczorem i w następny dzień stan chorej nawet się pogarsza. Dawka kalomelu się podwyższa — tak, że chora dostaje 6 razy, potem 8 i 10 razy dziennie po 0.05. W następnych dniach stan się polepsza i oftalmoskopijnie konstatuje się po stronie prawej: obrzęk tarczy mniejszy, wybroczyny częściowo zresorbowane, po stronie zaś lewej: tarcza jak przedtem, wybroczyny też częściowo zresorbowane. Zrobiono potem jeszcze 4 dalsze punkcye lumbalne i po każdej czuła się chora coraz lepiej a zmiany na dnie oka powracały powoli do stanu prawidłowego. Przy opuszczeniu kliniki $^{5}/_{1}$ 1902 chora czuje się dobrze a oftalmoskopijnie skonstatowano li tylko lekkie rozszerzenie żył. Co do rozpoznania choroby musiano w pierwszym rzędzie ze względu na tarczę zastoinową myśleć o nowotworze mózgowym, w drugim zaś rzędzie o *meningitis serosa,*

jako następstwie duru brzusznego. Ponieważ tak zmiany wśródoczne jak i ogólne objawy zupełnie ustąpiły, zdecydowano się na to ostatnie rozpoznanie.

Od maja do sierpnia 1902 chora prócz lekkiego osłabienia czuje się zupełnie zdrową. Dnia $^1/_8$ 1902 wstępuje do służby i już $^4/_8$ dostaje napadu omdlenia — opuszcza służbę i zajmuje się w domu tylko lekką robotą. Dnia $^{16}/_8$ zostaje znów przyjętą do szpitala. Przy przyjęciu stan chorej jest następujący: chora skarży się na bóle głowy i wymioty. Odżywienie dobre, źrenice dobrze oddziałują. Oftalmoskopijnie: oedematyczny obrzęk tarczy, różnica między szczytem tarczy a siatkówką wynosi dwie dioptrie, żyły wijące się, żadnych objawów zapalnych ani wybroczyn. Tętno 72, regularne, zresztą objektywnie nic nie skonstatowano. Dnia następnego zrobiono punkcyę lumbalną. Ta, jakoteż następne dwie są bezskuteczne. Dnia $^4/_9$ chora nagle umiera.

Sekcya wykazuje nowotwór móżdżku, a drobnowidowe badanie, że nowotwór jest drobnokomórkowym glejakiem (glioma).

Narzuca się więc pytanie, dlaczego tarcz powróciła do stanu prawidłowego. Wedle najnowszej teoryi Liebrechta powodem wytworzenia się tarczy zastoinowej jest zastój i zapalenie. Że zaś przy wytworzeniu się tarczy zastoinowej główną rolę odgrywa wzmożone wśródczaszkowe ciśnienie świadczy to, że przy zmniejszeniu się tego ciśnienia tarcza zawsze powraca do stanu prawidłowego. I istotnie w każdym wypadku, gdzie wśródczaszkowe ciśnienie trepanacyą usunięto, tarcza zastoinowa tak dalece wracała do normy, że nawet mogła być mowa o zupełnem wyleczeniu.

Autor jest zatem zdania, że w jego wypadku powrót tarczy do stanu prawidłowego spowodowanym był li tylko przez punkcye lumbalne, które ciśnienie wśródczaszkowe zmniejszając, tę zmianę wsteczną spowodowały. Za tem zapatrywaniem przemawia i to, że jak wiemy z literatury, leczenie rtęciowe na nowotwory nie ma prawie żadnego wpływu, zaś samoistny powrót tarczy zastoinowej do stanu prawidłowego jest wypadkiem bardzo rzadkim. Poleca więc autor punkcye lumbalne przy nowotworach mózgowych tam, gdzie albo trepanacya jest przeciwskazaną, albo gdzie ją chory odrzuca. Punkcye bowiem wedle powyższego wypadku nietylko przynoszą ulgę choremu, ale też jaknajdłużej wstrzymują wytworzenie się zaniku nerwu wzrokowego, który jest właśnie następstwem tarczy zastoinowej. Prócz tego żąda autor, byją wprost uważać za wskazaną we wszystkich chorobach mózgowych połączonych z tarczą zastoinową, zaznacza albowiem słusznie, że każde wyleczenie nie na wiele się przyda, gdy się kończy zupełną utratą wzroku. Punkcyami zaś

wstrzymuje się wytworzenie tarczy zastoinowej, a zarazem też zanik nerwu wzrokowego, który jest jej następstwem. Co się tyczy zarzutu niebezpieczeństwa, które zwyczajnie się łączy z punkcyą lumbalną, zbija autor ten zarzut tem, że każda punkcya zrobiona sposobem Quinckego nie jest wcale niebezpieczna. Należy ją tylko robić w pozycyi leżącej, ciśnienie nie powinno mniej wynosić jak 100 mm, a ciecz tylko powoli odpływać. Wykonując bowiem zabieg w powyższy sposób unika się tem samem odpływu cieczy z jamy czaszkowej i zarazem wtłoczeniu się mózgu do jamy rdzeniowej, jak również uciśnienia rdzenia przedłużonego, pociągającego za sobą śmierć nagłą. *Dr Beigel.*

III. SPRAWY OSOBOWE.

Nadzw. Prof. Neznamow w Warszawie mianowany profesorem zwyczajnym tamże.

Nadzw. Prof. Gołowin w Odessie mianowany profesorem zwyczajnym.

IV. OGŁOSZENIE.

Z początkiem półrocza zimowego 1905/6 będzie do obsadzenia przy klinice uniwersyteckiej krakowskiej posada systemizowanego elewa klinicznego z płacą roczną 1000 koron. Doktorzy wszech nauk lekarskich, obeznani dobrze z mikroskopią i bakteryologią, pragnący się wykształcić w okulistyce, zechcą podania swe złożyć w kancelaryi kliniki okulistycznej, ul. Kopernika.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz,
dyrektor c. k. kliniki okulist. w Krakowie.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Sierpień — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

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

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

Podał

DR WIKTOR REIS.

Dokończenie.

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

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

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

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

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

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

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

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

Wprawdzie inni autorowie (Stoeker [12]), Pflüger, Baner [13]), Haab) przytaczają statystykę wyłuszczeń lub wypaproszeń gałki ocznej z bezwzględnie dodatnimi wynikami, lecz statystyka tylko w takim wypadku rozstrzygnąć może na korzyść jednej lub

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

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

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

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

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

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

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

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

W krótkości chciałbym jeszcze wspomnieć o badaniach anatomiczno-patologicznych i bakteryologicznych wyłuszczonych gałek ocznych. Obszerną pracę o zmianach patologicznych w panophtalmitis ogłosił w r. 1890 Schöbl z Pragi [14]). Badał on 27 wyłuszczonych gałek ocznych na przekrojach podłużnych po poprzedniem nastrzykaniu naczyń. Główną uwagę zwracał Schöbl na zachowanie się zewnętrznych osłon oka i doszedł do wniosku, że obraz kliniczny panophtalmitis bynajmniej nie jest identyczny z chorioiditis purulenta, lecz że rozmaitym postaciom klinicznym odpowiadają również rozmaite podłoża anatomiczne. Procesy końcowe toczące się w gałce ocznej określa S. jako przerostowe, polegające na wytworzeniu się naczyń i tkanki łącznej oraz jako stwardnienie mięsiste *(carnificatio Virchowi)*. Miejsce pierwotnych mas ropnych i wypocin, zapełniających wnętrze całej gałki ocznej zajmuje stopniowo tkanka ziarninowa, z której potem wytwarza się młoda tkanka łączna. Ta ulega w końcu kurczeniu się bliznowemu lub też innym przemianom wstecznym.

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

Dopiero Pollack [15]) w r. 1903 zwrócił uwagę na niezwykłe zachowanie się twardówki w panophtalmitis, które stale odnalazł w badanych przez siebie 15 gałkach ocznych, rozmaicie utrwalanych i z różnych czasów pochodzących. Już przy zwykłem barwieniu hematoksyliną i eozyną stwierdził P. bardzo

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

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

Badaniami bakteryologicznemi w panophtalmitis zajmowali się: Delbanco [16]), Hirota [17]), Silberschmidt [18]) i Flattau [19]). Swoistego bodźca chorobotwórczego dla panoftalmii nie znaleziono. Najczęstsze są paciorkowce i gronkowce, następnie także pneumokoki. Istnienie tych ostatnich łatwo wytłómaczyć przy równoczesnem istnieniu ropotoku woreczka łzowego; znajdują się one bowiem w wydzielinie worka łzowego i są często przyczyną wrzodu pełzającego rogówki. Silberschmidt przytacza zaś przypadek panophtalmitis wywołany prątkiem siennym *(Bacillus subtilis, Heubacillus)*, którego dotychczas uważano za nieszkodliwego. Widocznem jest jednak, że dostawszy się do ciała szklistego może wywołać ropne zapalenie całej gałki.

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

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

Literatura.

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

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

podał

BOL. WICHERKIEWICZ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Wybitniejsze atoli są objawy oczne.

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

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

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

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

Wpr. = palce 2·5 m. Wlo. = palce l. $^3/_4$ m. Tpr. norm. lo. — $^1/_2$.

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

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

Leczenie: Ung. flav. et xerof. 3%, ciepłe okłady. Wieczorem: Dionina, czasami atropina. Na skórę: Ung. thigenoli.

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

Po wyskrobaniu spojówkową ranę spojono dwoma szwami.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

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

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

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

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

Rolnik 65-letni skarży się na upośledzenie wzroku lewego

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

W dalszych latach bystrość wzroku i pole widzenia znacznie się pogorszyły. Wziernikiem stwierdzono zwiększenie się oderwania siatkówki i silne krwotoki na siatkówce i w ciałku szklistem. V = palce na $^1/_2$ m. Obraz nowotworu był znacznie niewyraźnym i silnie pokryty barwikowym złogiem. Nareszcie V = 0, z powodu silnych bólów (glauc-secundar.) wyjęto lewe oko. — Prawe było prawidłowe.

Makroskopijnie wyglądały normalnie rogówka, tęczówka i przednia komora; soczewka zmętniała (cataracta complicata), siatkówka lejkowato odczepiona i rozdzielona na kilka części, będących w połączeniu z naczyniówką, na której w przedniej części widać znaczne złogi. W skroniowej tylnej części naczyniówki widać płaski nowotwór. W przecięciu przedstawia się ten jako wrzecionowate zgrubienie naczyniówki o czerwonej barwie. $^3/_4$ tego nonotworu leży w górnej połowie gałki, $^1/_4$ w dolnej i zaczyna się blisko nerwu ocznego. Drobnowidowe badanie stwierdza typowe i czyste *angioma cavernosum*. Nerw oczny silnie wyżłobiony i zwyrodniały.

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

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

Prognoza, wedle dotychczasowych wyników, jest stanowczo złą.

1905. Z. 7.

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

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

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

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

Na drugi dzień stan oka był nader pomyślny; przednia komora wolna od ropy. W ciągu dalszych dwóch tygodni stan oka znacznie się polepszał, tak że bystrość wzroku wynosiła $^1/_5$—$^1/_6$, podobnie jaką była dawniej po operacyi zaćmy. W ciałku szklistem lekkie męty.

2) Pacyent 61 l., z silną myopią z zaćmą prawego oka był operowany z prawidłowym przebiegiem gojenia V = $^5/_7$ rana cięcia była prawidłowo zabliźnioną. Po 4 miesiącach infekcya blizny. Silne ropienie tej blizny; w średniej komorze i w źrenicy ropa. Przypalenie rany zropiałej, cięcie nożem grotowym w obwodzie rogówki i wyjęcie ropy z komory i źrenicy zapomocą szczypczyków. Jodoform, atropina i opaska. Na drugi dzień stan oka był pomyślny.

W cztery tygodnie później oko wyglądało prawie jak po operacyi zaćmy a bystrość wzroku = $^5/_{25}$.

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

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

Fuchs w swej pracy ogłoszonej w 1904 r. podaje, że u 5% operowanych na zwykłą, starczą zaćmę znalazł mniej lub więcej rozległe, płaskie lub wydęte odczepienie naczyniówki. Zazwyczaj zmiana ta występowała w drugim lub trzecim dniu po operacyi, a w kilka dni sama ustępowała.

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

Axenfeld aż 10% odczepień naczyniówki spostrzegał przy sklerotomii i punkcyi przedniej komory.

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

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

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

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

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

(Dokończenie.)

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

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

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

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

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

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

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

3) *Dwa przypadki postrzału w oko.*

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

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

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

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

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

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

Autor wyłuszczył torbiel skórzakowy z górnej części oczodołu prawego. Oko prawe od urodzenia już okazywało mierny stopień opadnięcia powieki górnej, dopiero jednak w wieku pokwitania stan zaczął się pogarszać i powstał wybitny trzeszcz gałki. Operacyi dokonano w uśpieniu chloroformowem i wydobyto torbiel zapomocą skórnego cięcia równoległego do naturalnej zmarszczki powieki górnej, aby potem blizna nie była widoczną, Przy wydobywaniu torbiela treść jego kaszasta wydobyła się na zewnątrz, mimo tego jednak wydobyto guz w całości po oddzieleniu kilku ścisłych zrostów od ścian oczodołów. Cały torbiel podługowatej postaci mierzył w najdłuższym przekroju $3^1/_2$ cm, grubość jego ścian bardzo zmienna od 0·3 do 7 mm. Badania anatomiczne ściany wykazało

w niej cztery oddzielne warstwy: wewnętrzna cienka warstwa przybłonkowa wraz z pokładem brodawek podobnych, jakie znachodzimy w skórze, zaopatrzona tylko w drobne i włosowate naczynia. Następna warstwa składa się z gęstych splotów grubszych naczyń i odcina się ostro od warstwy zewnętrznej najgrubszej, składającej się z tkanki łącznej i posiadającej budowę gąbczastą z powodu licznych przestworów limfatycznych, przedstawiającej wielkie podobieństwo do *lymphangioma cavernosum*. Jako osobną jeszcze warstwę uważa autor naloty tłuszczowe, pokrywające tu i ówdzie ściany torbiela i odcinające się wyraźnie od tłuszczu oczodołowego. Jako szczególne znamię budowy histologicznej ścian tego torbiela uważa autor obecność wielkiej ilości komórek tucznych, których tysiące rozrzucone były nie jednostajnie, lecz w gromadkach i szeregach wśród tkanki łącznej drugiej i trzeciej warstwy. Znajdował je także jednak, choć w mniejszej ilości w wewnętrznej warstwie tłuszczowej. Ażeby dać wyobrażenie o ilości tych komórek, wspomina autor, że we wielu skrawkach 15 μ. grubości znachodził do 80 komórek tucznych na przestrzeni $^1/_{50}$ mm^2. Widocznie ten tak bujny rozrost komórek tucznych, które okazują różne okresy swego rozwoju, zależy od zapalnego podrażnienia, jakiemu uległy ściany torbiela w ostatnich czasach przed wyłuszczeniem. — Autor bardzo szczegółowo przedstawia morfologię, barwliwość i inne znamiona komórek tucznych i dochodzi do wniosku, że są one wytworem przemiany wstecznej, jak to już zresztą wykazali: Browicz i Raudnitz i za czem przemawia także i ta okoliczność, że nie spostrzega się u nich nigdy rozmnażania się przez podział.

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

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

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

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

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

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

dnio stworzyć w ten sposób niebezpieczeństwo zapalenia współczulnego.

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

Dziesięcioletnią córeczkę stolarza przyprowadzono autorowi z powodu wrodzonego osłabienia wzroku lewego oka. Oko to miało postać i wielkość prawidłową, tęczówka okazywała w dolnej części wrodzoną szparę, szerszą, jak zwykle, przy brzegu źrenicznym, a zwężającą się ku dołowi. Przy oświetleniu ogniskowem można było jeszcze dostrzedz w dole na samym obwodzie drugą małą szparkę, podobną do irydodyalizy, 1 mm szeroką, a $^1/_2$ mm wysoką, oddzieloną od głównej szpary wąskim mostkiem prawidłowej tęczówki. Zapomocą wziernika można było z tej dolnej szparki wydobyć także wyraźny odblask czerwony. W literaturze, zdaniem autora, był dotąd jeden podobny przypadek przez Hilberta opisany. W przypadku Schwartza okazywały oprócz tego obydwa oczy typowe *coloboma chorioideae congenitum.*

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

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

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

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

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

Pomimo, że literatura zapalenia współczulnego doszła już dzisiaj do ogromnych rozmiarów, to jednak dane, co do częstości tej choroby, są nader skąpe. Mooren ocenia częstość zapalenia współczulnego na 0·13% wszystkich przypadków chorób ocznych, Herman Cohn podaje 0·135%, a Becker 0·15% częstości. Steindorff w pracy powyższej przejrzał 65 tomów żurnali kliniki Prof. Hirschberga, obejmujących okres czasu od roku 1869 po koniec roku 1904 i zawierających 12.500 historyi chorych, leczonych w klinice stałej. W tej liczbie znalazł 42 przypadków zapalenia współczulnego, co czyni 0·33%. Przyczyną zapalenia sympatycznego w 30 przypadkach było skaleczenie oka drugiego, połączone z przebiciem ściany gałki ocznej, w pozostałych przypadkach zachodziły inne przyczyny: Dwa razy przebicie wrzodu rogówkowego wskutek śluzoropotoku spojówki, raz wskutek nowotworu wśródgałkowego, trzy razy bolesny zanik gałki, dwa razy wystąpiło zapalenie sympatyczne po operacyi zaćmy drugiego oka itd. — Zestawiając wszystkie te przypadki wedle poszczególnych lat, dochodzi autor do wniosku, że wczesne wyłuszczenie oka skaleczonego, lub wogóle mogącego wywołać zapalenie sympatyczne na oku drugiem, rzeczywiście najskuteczniej zapaleniu temu zapobiega, częstość bowiem wypadków zapalenia sympatycznego w klinice ocznej Hirschberga, pomimo statecznego wzrostu liczby przypadków urazowych, stale maleje w miarę, jak coraz częściej i coraz wcześniej wykonywa się enukleacyę zapobiegawczą. Również zauważył autor, że i przebieg zapalenia sympatycznego stał się w ostatnich latach łagodniejszym, i że częściej udaje się opanować niszczącą sprawę zapalną i jedynemu oku jaki taki wzrok uratować. Co do częstości,

to przed 35 laty, wedle zestawień autora, występowało zapalenie współczulne, po przebijających skaleczeniach oka, prawie trzy razy częściej niż obecnie. Zapatrywania, jakoby przebieg zapalenia współczulnego był tem groźniejszy, im wcześniej ono wybucha, statystyka Steindorffa wcale nie potwierdza, bo właśnie w kilku przypadkach, gdzie zapalenie drugiego oka wystąpiło już przed upływem sześciu miesięcy, uzyskano jednak zupełne wyleczenie. Ogółem okres czasu, jaki upływał między skaleczeniem jednego oka, a wystąpieniem pierwszych objawów zapalnych, na drugiem wahał się między trzema tygodniami, a trzydziestu trzema laty. Co do uleczalności zapalenia współczulnego, to statystyka Steindorffa obejmuje 22 przypadków nieszczęśliwych, a 20 wyleczonych. Rokowanie zależy, zdaniem autora, w pierwszym rzędzie od tego, czy dość wcześnie wyłuszczono gałkę sympatyzującą, co stanowczo wpływa na złagodzenie przebiegu, powtóre od postaci zapalenia sympatycznego, przyczem za najniebezpieczniejsze należy uważać zapalenie plastyczne, a wreszcie wielką wagę przypisuje autor wstrzemięźliwości, jaką okazywano zawsze w Hirschberga klinice w operowaniu oczu sympatycznem zapaleniem dotkniętych. Najpomyślniejsze wyniki uzyskano w tych przypadkach, gdzie ani razu nie podjęto na chorem oku żadnego zabiegu operacyjnego, które zazwyczaj mają ten skutek, że przygasającą lub wygasłą nawet sprawę zapalną rozniecają nanowo. Z dwudziestu chorych, którym wzrok zdołano uratować, wynosiła bystrość wzroku u jednego tylko $^1/_{10}$, u trzynastu wahała się między $^1/_6$ a $^3/_4$, pięciu odzyskało pełną bystrość wzroku, a jeden nawet $^5/_4$. W liczbie 22 nieszczęśliwych przypadków byli przeważnie chorzy, którzy się do kliniki już w rozpaczliwym stanie zgłosili. W jednym przypadku zaszła smutna konieczność, po wyjęciu oka skaleczonego, z powodu bólów nie do zniesienia, wyjąć także i drugie oko zupełnie oślepłe. — Nakoniec zaznacza autor, że prawie wszystkie te przypadki nieszczęśliwe są dawniejszej daty, i że, w ostatnich 15 latach, żaden z chorych, co się z widzącem okiem zgłosili, nie stracił wzroku zupełnie.

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

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

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

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

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

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

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

5) W nowowytworzonej tkance znajdują się liczne drobne naczynia.

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

7) Naczyniówka okazuje tylko zanikowe zmiany następowe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Druga grupa znacznych urazów gałki ocznej i jej otoczenia

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

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

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

Nowiny Lekarskie. 1905 r. Nr 7. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski.

Historya okularów. Dr Langie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1905. Nr 6.

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

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

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

Wiestnik Oftałmołogii. t. XXI r. 1904. Z. 1, 2 i 3.

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

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

Według statystyki ministeryum finansów w Rosyi w ciągu r. 1901 było 24·744 nieszczęśliwych przypadków, a w tem uszko-

dzenia wzroku stanowiły 6·38%, a więc tyleż co w Niemczech w r. 1897.

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

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

Najprzód N. podaje podług Magnus'a, spis zajęć, wymagających 0·75 obuocznej sprawności prawidłowej, potem spis zajęć, wymagających 0·5 prawidłowej sprawności; następnie podaje spis zajęć, które podług Lilet'a wymagają $^2/_3$ prawidłowej sprawności obuocznej, później spis zajęć, wymagajacych $^2/_3$ prawidłowej sprawności na jednym oku i $^1/_3$ sprawności prawidłowej na drugiem i w końcu spis zajęć, wymagających mniej $^2/_3$ prawidłowej sprawności wzrokowej na jednym oku i $^1/_3$ sprawności wzrokowej na drugiem oku; zwraca przytem uwagę na pewną dowolność i brak uzasadnienia w układach tych spisów.

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

Według Zehender'a zupełnie nie wystarczającą sprawnością wzrokową jest $^1/_{100}$ sprawności prawidłowej wzroku, według Grenouw'a $^2/_{100}$, a znawca Magnus przyjmuje dwa stopnie niewystarczającej sprawności wzrokowej 0·5 i 0·15.

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

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

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

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

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

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

Dr Noiszewski.

III. Z TOWARZYSTW.

Paryska Akademia nauk.

Posiedzenie dnia 20 marca 1905.

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

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

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

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

Posiedzenie z dnia 10 kwietnia 1905.

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

K. W. Majewski.

IV. ROZMAITOŚCI.

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

Wpływ wstrzykiwań podspojówkowych na stopień niezborności rogówkowej.

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

K. W. Majewski.

V. ZAPISKI LECZNICZE.

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

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

Stovaina w rozczynach wodnych $^1/_2$, $^3/_4$ i 1% w ilościach

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

(Fortschritte der Medicin 1905. Nr 18.)

Surowica przeciwwąglikowa. Prof. Wilms wypróbował w kilku przypadkach, powodowany poleceniem prof. Sobernheima surowicę, którą wstrzykuje do żył po 20 gr. Zwłaszcza jeden przypadek wąglika skroni, a drugi w bardzo groźnem zachorzeniu wąglikowem powiek, po uderzeniu rogiem przez krowę, skończyły się w krótkim czasie pod wpływem takiego leczenia bardzo korzystnie.

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

Jothion (dijodhydroxypropan) preparat jodowy wyrabiany przez fabrykę Friedr. Bayer et Co stanowi żółtawy oleisty płyn rozpuszczający się we wodzie w stosunku 1 do 85—80, w glicerynie 1:20, w oliwie 1 na l. $^1/_2$, gdy w alkoholu, eterze, chloroformie, waselinie, lanolinie, w każdym stosunku jest rozpuszczalnym. Zawartość jodu wynosi 71·74, a w przyszłości preparat ten ma nawet aż do 80% zawierać jodu.

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

VI. SPRAWY OSOBOWE.

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

VII. KRONIKA ŻAŁOBNA.

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

Dr Brettauer zmarł w Tryeście.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Wrzesień · ROCZNIK SIÓDMY · 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Przyczynek do patologii jaglicy.

Podał

KAZIMIERZ NOISZEWSKI.

Oddawna wiadomo, że jaglica zarówno ostra jak przewlekła występuje niekiedy w postaci mieszanej, z t. zw. blennorrhoea [1]), t. j. z zapaleniem, wywołanem przez łonowce (gonokoki), których jadowitość została osłabioną.

Rhein [2]) podał kilka spostrzeżeń, gdzie pod zwykłym wyglądem jaglicy ukrywała się gruźlica spojówki, a Chodin [3]) opisał wypadek wilka pierwotnie rozpoznany jako jaglica. Goldzieher [4]) podaje kilka spostrzeżeń, w których jaglica powstawała na tle kiły.

Arnold Lawson [5]), robiąc przegląd wszystkich, wykrytych dotąd drobnoustrojów, przyszedł ostatecznie do przekonania, że jaglica jest zakażeniem mieszanem; również i Gromakowski [6]) jest zdania, że najróżnorodniejsze drobnoustroje sprowadzać mogą jaglicę i że w przeważnej ilości wypadków jaglicy ma miejsce zakażenie mieszane.

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

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

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

*) Chorobowy-patologiczny.

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

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

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

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

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

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

1) *leptothrix innominata* — cienkie nici, nie barwiące się jodyną na sino;

2) *bacillus maximus buccalis* — grube, członkowane nici;

3) *leptothrix maxima buccalis* różniąca się od *bacillus maximus buccalis* tylko tem, że się barwi jedyny na sino;

4) *jodococcus vaginatus* — zooglea barwiąca się jodyną na sino.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatura.

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

mikroskopische Beschreibung von vier Fällen setzt die Existenz dieser Erkrankung ausser Zweifel«.
8) Noiszewski. Gaz. lek. 1890. Nr 50. Centralbl. f. W. Augh. 1891, zeszyt Marcowy.
9) Sorokin. Roztitielnyje parazity, t. II, str. 515, r. 1883.
10) Sorokin, l. e. str. 505.
11) Sędziak.
14) Betas, Centralbl. f. pr. Augh. 1897. November-Heft.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

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

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

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

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

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

a) Myopia spowodowana skurczem akomodacyi;

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

c) Myopia z powodu zwichnięcia lub nadwichnięcia soczewki;

d) Myopia wskutek wydłużenia przedniotylnej osi gałki ocznej;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

Nr 2.

Wstrzykiwania rtęciowe w zmianach parasyfilitycznych. (Les injections mercurielles et les affections dites parasyphilitiques). Dr Abadie.

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

Zastosowania diploskopu. Tablica optometryczna dodana do diploskopu Rémy. (Applications du diploscope. Echelle, optométrique ajoutée au diploscope de Rémy). Jocqs et Bourdeaux.

Zarówno Jocqs, jak i jego asystent Bourdeaux polecają gorąco praktykom do użytku diploskop, podany przez Dra Rémy

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

Nr 3.

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

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

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

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

Jodi puri	*0,01*
Kalii jodati	*1,00*
Aqu. destill.	*30·00.*

Wstrzykiwania te w ilości 5 kropel wywołują krótkotrwały, ale bardzo silny ból. Po kilku injekcyach, krwotok, który poprzednio nie był leczony i przez szereg tygodni zostawał bez zmiany, uległ zupełnemu wessaniu. Tensam rozczyn jodu i jodku potasu polecony w r. 1898 przez Sourdille'a, wstrzykiwał autor także w szeregu przypadków zmian zapalnych w naczyniówce na tle wysokiej myopii. We wszystkich nastąpiła znaczna poprawa, tak podmiotowa, jak przedmiotowa, z wyjątkiem jednego przypadku, gdzie zmiany były już dawniejszej daty i z góry już można było przypuszczać, że się nie dadzą usunąć. Z powodu znacznych bólów, jakie zastrzykiwania te powodują, zastąpił później Spéville rozczyn Sourdille'a rozczynem jodanu sodowego (1‰), poleconym w r. 1903 przez Schilego. Jodan sodowy bolesności nie sprawia, ale działanie jego jest słabsze tak, że trzy zastrzyknięcia jodanu odpowiadają mniej więcej jednej injekcyi jodu w jodku potasu.

Nr 4.

O skuteczności zastrzykiwań podspojówkowych 3% rozczynu chlorku sodowego w zakaźnych sprawach chorobowych oka. (De l'efficacité de injections sous-conjonctivales de sérum NaCl 3% dans les infections oculaires). Dr Moissonnier z Tour.

W przypadkach zakażenia oka po operacyi zaćmy dość powszechnie są stosowane zastrzykiwania podspojówkowe sinku rtęciowego w różnych rozczynach. Bourgeois zalecał nawet rozczyn 1‰. Wstrzykiwania te sprawiają choremu ból nadzwyczajny, a skuteczność ich jest, zdaniem autora, co najmniej wątpliwą. W dwóch przypadkach zakażenia po operacyi zaćmy użył autor zamiast sinku rtęciowego, 3% rozczynu soli kuchennej i w obu przypadkach zdołał uratować i gałkę oczną i nawet wzrok zadowalniający. Jednorazowe wstrzyknięcie sinku rtęciowego 1‰ stan zakażonego oka natychmiast pogorszyło, a powrót do rozczynu soli zaznaczył się ponowną poprawą.

W każdym razie trzeba dodać, że równocześnie używane były

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

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

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

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

Nr 5.

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

Por. Postęp Ok. 1905, str. 179.

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

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

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

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

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

Nr 6.

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

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

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

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

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

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

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

Nr 7.

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

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

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

Nr 9.

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

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

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

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

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

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

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

W drugim przypadku wykonali autorowie podobną trepanacyę z otwarciem opony twardej, u kobiety cierpiącej od roku na bóle głowy, czcze wymioty etc. Okazywała ona na obu oczach znacznego stopnia tarcz zastoinową i obniżenie wzroku na prawem oku do poczucia światła, na lewem zaś do $^1/_3$. Zastrzykiwania sinku

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

Nr 10.

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

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

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

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

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

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

Nr 11.

Keratotomia poprzeczna skombinowana. (La kératotomie transversale combinée). Dr Chevallereau.

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

Ropne wśródgałkowe zapalenie na tle przerzutowem. (Sur l'infection purulente intraoculaire d'origine endogène ou métastatique). Dr Terson (junior).

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

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

Nr 12.

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

Badania Uhthoffa i Axenfelda wykazały, że drobnoustrojem, wywołującym wrzód pełzający rogówki najczęściej bywa pneumokok Frenkla. To spowodowało Roemera do zastosowania surowicy antipneumokokowej, uzyskanej z uodpornionych koni, kóz lub owiec w celu leczenia takich wrzodów rogówki, względnie zapobiegania ich powstaniu w przypadkach zranień rogówki. Liczni autorowie, za przykładem Roemera, który podaje około 50% wyleczeń stosowali jego surowicę z bardzo zmiennymi wynikami. Wszyscy prawie widzieli pomyślny przebieg w przypadkach lżejszych i wcześnie leczonych. Zachodzi jednak wątpliwość, czy wyniki te należy przypisać surowicy, boć wiadomo, że lżejsze przypadki wrzodu rogówkowego goją się nieraz przy użyciu miejscowem środków przeciwgnilnych, których zastosować pomimo leczenia surowicą z pewnością nie zaniechano. Autor przytacza trzy własne spostrzeżenia wrzodów pełzających rogówki; w których po kilka razy ponawiane wstrzyknięcia podskórne surowicy Roemera w ilości 10 a nawet 20 cm^3 nie wywarły zgoła żadnego wpływu na przebieg choroby ocznej, a zwrot pomyślny sprowadziły dopiero podspojówkowe wstrzykiwania sinku rtęciowego w rozczynie 1:2000.

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

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

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

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

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

Nr 13.

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

Porównaj: Postęp Okul. Nr 5.

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

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

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

Nr 14.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ścisk powiek, wywołany prawdopodobnie przez ząbkowanie fizyologiczne. (Blépharospasme paraissant occasionné par une poussée dentaire physiologique). Dr Coopman.

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

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

Nr 15 i 16.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autor wyciąga z tego wniosek, iż pomimo usunięcia ciała obcego z oka, wystarczył przecież czas $^3/_4$ roku, przez jaki żelazo w oku pozostawało, by chemicznie zniszczyć siatkówkę i wywołać następowe jej odczepienie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

T. II. lipiec 1905.

Doszczętny sposób operacyi trichiasis i entropium obu

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

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

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

Część I. kantoplastyka.

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

Część III. usunięcie mięśni powiekowych.

Część IV. usunięcie powierzchownych warstw zgrubiałej chrząstki powiekowej.

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

Część VI. łączenie szwów.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nerw wzrokowy najwięcej wrażliwym jest na bodziec elektryczny, bo już 0·1 Ma pobudza w nerwie wzrokowym wrażenie światła.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr Beigel.

III. ROZMAITOŚCI.

Dzisiejszy stan okulistyki w Japonii.

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

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

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

IV. SPRAWY OSOBOWE.

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

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

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

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

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMINSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Październik — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

O torbielach powieki dolnej i oczodołu wychodzących z gałki zarodkowej.

Podał

Dr ADAM BEDNARSKI,

Docent prywatny okulist. U. lw.

(Z oddziału ocznego szpitala św. Zofii i z pracowni uniwersyteckiej kliniki okulistycznej we Lwowie).

Wiadomą i dowiedzioną jest rzeczą, że torbiele wrodzone powieki dolnej powstają w czasie rozwoju płodowego z części składowych gałki. Do dziś dnia jednak nie jest zgodnie rozstrzygniętem, czy torbiele te powstają z pierwotnego (Kundrat, Mitwalsky, Rubiński, Czermak, Lang, Becker i in.), czyli też z wtórorzędnego pęcherza ocznego (Arlt, Hess, Rindfleisch, Hippel i in.), i wogóle nie jest bliżej oznaczony czas powstawania tychże torbieli.

Wiadomości nasze o rozwoju gałki u człowieka są dzisiaj jeszcze tak skąpe, że bez pomocy spostrzeżeń ze świata

zwierzęcego nie bylibyśmy w stanie utworzyć sobie całokształtu rozwoju gałki. Przecież jednak wiemy już, kiedy się zamyka szpara zarodkowa, kiedy powstają pręciki i słupki, kiedy barwik w komórkach przybłonka barwikowego siatkówki itd. W świetle tych danych dzisiejszej embryologii starałem się widzieć mój n. o. przypadek, jakoteż i przypadki znane z literatury i oznaczyć bliżej czas powstawania torbieli.

Historya tego przypadku, który operowałem na oddziele ocznym szpitala św. Zofii, jest następująca.

Stefka Siarok, 3 miesiące, ma od urodzenia guz zamiast oka. Matka zgłasza się z dzieckiem dlatego, że z oka idzie materya, oko świędzi i dziecko ciągle się drapie.

Stan obecny: Pr. o. Powieka dolna wyniosła przez guz wielkości orzecha laskowego, który prześwieca niebiesko przez skórę. Górna powieka w winiętą ku wewnątrz. Po odwinięciu powieki dolnej widać, że guz ten znajduje się pod spojówką powieki i tutaj również niebiesko prześwieca. W głębi oczodołu, po rozwarciu silnem powiek, widać gałkę oczną wielkości pestki wiśni, na niej zaznaczona jest rogówka jako niebiesko szara plama.

L. o. Wielkość gałki prawidłowa, zewnętrznie zmian nie widać. Wziernikiem *coloboma chorioideae* nie ma. Tuż koło tarczy dno nieco jaśniej zabarwione, bliżej nie chcę określać tej zmiany, gdyż dziecko niespokojne raz tylko miałem sposobność wziernikować, najprawdopodobniej jednak nie jest to *coloboma n. opht.*

Rozp. *Microphthalmus congenitus, cystis subconj. palpebr. inf., entropium palp. super. oc. dextr.*

Dnia 15 grudnia 1904 wykonałem enukleacyę gałki wraz z torbielem. Wśród operacyi torbiel pękł, jak się to zwyczajnie zdarza, i wylała się z niego ciecz przeźroczysta, barwy żółtej.

Badanie anatomiczne.

Po utrwaleniu preparatu we formalinie wypchałem torbiel watą napojoną w alkoholu, przez co torbiel przybrał na-

turalne kształty i pokazało się, że chociaż ściany jego zostały w kilku miejscach przy enukleacyi nadcięte, przecież jednak został w całości wydobyty w połączeniu z gałką.

Zarodkowa gałka jest nieco większa aniżeli pestka wiśni (11 mm oś przednio tylna, 11 mm oś pozioma, 9·5 mm oś pionowa), mniej więcej okrągła, tylko od dołu przypłaszczona. Z przodu rogówka wyraźnie zaznaczona (4 mm długa, 1·50 mm szeroka), niebiesko-szara, nieprzeświecająca. Do około rogówki widoczny wał spojówkowy. Twardówka miejscami więcej niebieskawo przeświecająca. Na górnej ścianie twardówki widoczne jedno powierzchowne naczynie, grube, biegnące w osi przednio-tylnej, na obu swych końcach gubiące się w twardówce.

Nerw wzrokowy 2 mm długi, cienki (niespełna 1 mm średnicy), otoczony dookoła pochewką. Tuż poniżej nerwu wzrokowego i zdaje się od nosa, wychodzi z gałki szypuła krótka, gruba, twarda (5 mm średnicy, 3—5 mm długa), u swej podstawy z pochewką nerwu wzrokowego zrośnięta. Na szypule tej umieszczony jest torbiel 3 ctm długi, 17 mm szeroki, 16 mm gruby, przedzielony wrębem na dwie części, komunikujące ze sobą, o powierzchni nierównej, szaro-różowawej, o ścianach cienkich. Torbiel ten przedzielony jest listwą, ułożoną odpowiednio do wzrębu zewnętrznego, na dwie oddzielne części, komunikujące ze sobą, zapomocą okienka znajdującego się w środku listwy. Część mniejsza, leżąca przy szypule jest wielkości pestki wiśni i ma ściany znacznie grubsze.

Po przecięciu gałki w osi przodowo-tylnej w płaszczyźnie pionowej, idącej przez środek rogówki i środek szypuły widzimy: Rogówka wyraźnie zaznaczona. Od dołu kąt rogówkowo-twardówkowy ostrzejszy jak od góry. Przednia komora prawidłowej głębokości. Tęczówka dobrze rozwinięta. Źrenica miernie szeroka, wolna, od dołu nieco wycięta (coloboma) zresztą o regularnym brzegu. Wyrostki rzęskowe od góry dobrze rozwinięte, przedstawiają się jako brodawki nierówno długie. Od dołu wyrostków rzęskowych nie widać, gdyż zasłonięte są przez soczewkę. Soczewka (5 mm średnicy, 3 mm gruba), leży

w dolnej połowie gałki i więcej ku tyłowi, sięga aż do nerwu wzrokowego; z przodu nie przylega do tęczówki. Powierzchnia jej, leżąca na dolnej ścianie gałki, jest prawidłowo wypuklona, druga powierzchnia zwrócona ku górnej ścianie gałki i ku tyłowi jest prawie płaska. Soczewka zajmuje wogóle $^1/_3$ część gałki. Kora i jądro zaznaczone, jakoteż torebka cienka, szarobiała, lekko odstająca, miejscami pofałdowana. Siatkówka w górnej połowie gałki dobrze rozwinięta odstaje od ściany gałki na jakie 2 mm. Poza wyrostkami rzęskowymi ciągnie się od niej pasek podobny do siatkówki ku środkowi i tyłowi aż do torebki soczewki. W tylnej części gałki siatkówka wchodzi w szypułę torbieła i wystaje z tejże do światła torbieła w postaci brodawek zbitych, wypełniających cały kanał szypuły. Między soczewką a tylną ścianą gałki widać pofałdowaną siatkówkę. W dolnej części gałki siatkówki wcale nie widać, natomiast widzimy tutaj grubą warstwę czarną nieprzeświecającą, wyścielającą ścianę dolną gałki, warstwa ta odpowiadająca naczyniówce, wchodzi do kanału aż do połowy długości tegoż i wyściela dolną jego ścianę. W głębi poza soczewką widać niewyraźnie na dolnej ścianie gałki w naczyniówce, jakby szczelinę waską (1 mm), ciągnącą się od przodu ku tyłowi, końców jej nie widać (coloboma?). Górna ściana gałki, wyścieloną jest cieńszą, brunatno-czarną warstwą, odpowiadającą naczyniówce.

Szypuła wypełniona jest w całości fałdami siatkówki wypadniętej.

Badanie drobnowidowe.

Rogówka: Przybłonek zgrubiały, wielowarstwowy, składa się z komórek nieregularnych, prawie jednakowych, w głębszych warstwach ciemniej się barwiących. Przednia i tylna granica przybłonka nierówna. Błona Bowmana niewidoczna. Miąższ rogówkowy w tylnych warstwach zmian nie przedstawia, w powierzchownych zawiera świeżo wytworzone naczynia, okazuje nieregularny przebieg włókien i pasma tkanki łącznej, zawierającej pojedyncze komórki okrągłe, ciemno się barwiące (leu-

kocyty). Błona Descemeta zmian nie przedstawia. Kanał Schlema w górnej części gałki widoczny i wolny.

Twardówka. Budowa i grubość ścian jednostajna, wogóle zmian niema. W okolicy szypuły przy górnej ścianie wewnętrzne włókna twardówki przedstawiają się jakby odcięte, kończą się, zewnętrzne zaś przechodzą w ścianę szypuły, a dalej w ścianę cysty. Przy dolnej ścianie szypuły, włókna twardówkowe załamują się i przechodzą wścianę szypuły, a różnią się w dalszym ciągu ułożeniem nieregularnem, mniejszą zbitością i zawartością większej ilości naczyń. Zmian zapalnych w twardówce nie spotykamy.

Tęczówka, ciało rzęskowe i naczyniówka. Tęczówka w górnej części gałki dobrze wykształcona, prawidłowo ułożona, zawiera w miąższu pojedynczo ułożone komórki okrągłe, ciemno się barwiące, komórki łącznotkankowe i tu i owdzie pojedyncze leukocyty, jakoteż nieliczne komórki barwikowe. Ciało rzęskowe tutaj również dobrze rozwinięte, okazuje tak, jak tęczówka ślady po przebytem zapaleniu. Wyrostki rzęskowe są tu ku tyłowi przesunięte i znacznie wydłużone. Naczyniówka ciągnie się nieprzerwanie aż do szypuły, na samej granicy tejże kończy się, do kanału nie wchodzi. W przednim odcinku jest grubszą i zawiera przepełnione naczynia, wogóle posiada mało komórek barwikowych. Odmienne stosunki znajdujemy w dolnej części gałki. Przednia komora na obwodzie jest tutaj płytsza. Ciało rzęskowe przypłaszczone, mięśnie słabo rozwinięte, wyrostków rzęskowych brak, na ich miejscu gruby pokład komórek barwikowych. Ślady po przebytem procesie zapalnym w tęczówce i ciele rzęskowem tak, jak w górnej części gałki. Naczyniówka zachowuje się wogóle taksamo, jak w górnej części gałki, tylko, że wchodzi do kanału szypuły, gdzie kończy się nieznacznie. Na niektórych skrawkach w dolnej części gałki nie widać wyraźnie zaznaczonej naczyniówki.

Siatkówka w górnej części gałki, jak już wspomnieliśmy przy opisie anatomicznym, ułożona jest prawidłowo, lekkie odstawanie od ściany gałki jest zmianą następową po wyjęciu gałki. W dolnej części gałki natomiast nie widzimy sia-

tkówki na swojem miejscu, część ta bowiem wypadniętą jest do torbiela. Spostrzegając zachowanie się siatkówki w dolnej części gałki, widzimy, że oderwaną jest ona od postawy tuż przy tarczy nerwu wzrokowego i leży pofałdowana na tarczy nerwu wzrokowego, wypełniając tylny odcinek gałki, przylega do soczewki, którą obejmuje swymi fałdami i dalej ku tyłowi wypełnia cały kanał szypuły. Bardzo ciekawie zachowuje się przedni koniec siatkówki. Przyczepiony jest on w tylnym odcinku gałki, niedaleko kanału, stąd zaś ciągnie się ku przodowi, aż do *ora serrata* i dalej tylko warstwa przybłonka bezbarwnego, czyli, że wytwarza się obraz taki, jak gdyby *ora serrata* przesuniętą została ku tyłowi, aż do tylnego odcinka gałki. Ułożenie siatkówki nie odpowiada nigdzie t. zw. odwrotnemu ułożeniu tejże.

Pod względem budowy siatkówka jest wogóle dobrze wykształconą i rozróżnić można na niej wszystkie warstwy. Naczynia siatkówkowe są dobrze rozwinięte, liczne. W warstwie włókien nerwowych widzimy miejscami rozrost tkanki łącznej, która w przedniej części gałki tworzy liczne arkady puste. Część siatkówki oderwana i leżąca za soczewką, jest zrośnięta z torebką soczewkową, tkanką łączną, która obficie przerasta pofałdowaną siatkówkę, szczególniej w kanale i w torbielu. Na siatkówce oderwanej, leżącej w gałce, można odróżnić wszystkie warstwy, na siatkówce leżącej w kanale i w cyście można odróżnić tylko obie warstwy ziarniste, a gdzieniegdzie *membrana limitans externa* i warstwę, odpowiadającą rozpadłym pręcikom i słupkom. Na powierzchni pafałdowanej siatkówki w gałce widać tu i owdzie nieznaczne wynaczynienia ciałek czerwonych. Powierzchowne warstwy siatkówki mają tutaj wejrzenie szkliste, bez połysku, tworzą jakby zlaną masę.

Znamiennie zachowuje się przybłonek barwikowy siatkówki. Tutaj znowu spotykamy inne stosunki w górnej części gałki a inne w dolnej, podobnie jak to się miało z tęczówką, ciałem rzęskowem i ze siatkówką. Już anatomicznie widzieliśmy, że w górnej części gałki warstwa barwikowa na ścianie gałki jest jaśniejsza, zaś ściana dolna wyścielona cie-

mną warstwą barwiku. Pod drobnowidem widzimy, że pochodzi to stąd, że komórki przybłonka barwikowego w dolnym odcinku gałki tworzą liczne brodawki, podobnie jak w gałkach, zawierających ciała obce. Brodawki te spotykamy w przedniej części gałki i na równiku. Brodawki te pokryte są pojedynczą warstwą komórek przybłonkowych, nie zawierających barwika. Są to te same komórki, które spotykamy w dalszym ciągu w *ora serrata* a potem jako powierzchowną warstwę ciała rzęskowego. Pod niemi leżą komórki barwikowe, a środek brodawek wypełniony jest komórkami pochodzenia łączno-tkankowego.

Soczewka przedstawia obraz zaćmy korowej, w korze widzimy liczne luki, niektóre włókna napęczniałe, słabiej się barwiące, zlewają się ze sobą, przebieg włókien nieregularny. Na przekrojach poprzecznych przez gałkę spotykamy dookoła soczewki liczne przekroje poprzeczne naczyń bardzo cienkich, leżące między torebką soczewki a ciałem szklistem. Ściany tych naczyń składają się zwykle z dwóch komórek przybłonkowych, a niekiedy z więcej. Grubsze naczynia wypełnione są ciałkami czerwonymi krwi. Czasem widać przekrój podłużny naczynia. Od tylnej powierzchni soczewki ciągnie się pasmo łączno-tkankowe, na przekroju mające kształt trójkąta, obejmującego podstawą soczewkę, wierzchołkiem wchodzącego do kanału szypuły.

Ciało szkliste widoczne miejscami, zmian nie przedstawia.

Zonula Zinnii również daje się rozróżnić, widać z niej kilka nitek przy wyrostkach rzęskowych i luźne nitki między soczewką a ciałem rzęskowem.

Nerw wzrokowy przedewszystkiem nie zawiera wcale naczyń środkowych na przekroju poprzecznem w odległości 1 mm od tarczy. W jednej połowie nerwu spotykamy wybitny obraz zaniku: dużo jąder na miejscu włókien nerwowych, podobnych do jąder glii przegrody tkanki łącznej nieregularne. Czy te jądra odpowiadają komórkom tkanki łącznej, czy glii trudno rozstrzygnąć. Metodą Weigerta ani Asoulaya osłonek rdzennych wykazać nie można.

Torbiel. Ścianą torbiela składa się wogóle z dwóch warstw, zewnętrznej łączno-tkankowej, odpowiadającej twardówce, której włókna przechodzą w szypułę, a dalej w torbiel, i wewnętrznej, przybłonkowej, odpowiadającej przybłonkowi siatkówkowemu, a przejście tegoż z gałki do kanału szypuły i dalej do torbiela można również śledzić na preparatach. Grubość ścian torbiela jest różną, a zależy tu głównie od zachowania się warstwy wewnętrznej, która w jednych miejscach składa się tylko z pojedynczej warstwy komórek przybłonkowych cylindrycznych, miejscami zaś tworzy grube pokłady. Warstwa zewnętrzna jest wogóle cienka, i tylko nieznaczne zgrubienia okazuje miejscami.

Budowa zewnętrznej warstwy różni się tem od twardówki, że włókna mają przebieg nieregularny, więcej falisty i zawierają więcej komórek. Naczynia spotykamy skąpo, za to dużo ich jest we wiotkiej tkance łącznej, otaczającej torbiel, w niej też tu i ówdzie spotykamy nieznaczne wynaczynienia krwi.

Komórki warstwy wewnętrznej różnią się przedewszystkiem tem od komórek przybłonka barwikowego siatkówki, że nie zawierają barwika. W całej cyście tylko gdzieniegdzie można spotkać barwik innego pochodzenia. Nadto komórki te zachowują się różnie co do kształtu. Tam, gdzie tworzą pokład pojedynczy, są cylindryczne, o granicach ściśle odgraniczonych, o jądrach okrągłych.

W miarę, jak ściana wewnętrzna staje się grubszą, wielowarstwową, komórki tracą swój kształt cylindryczny, wogóle zarysów komórek w tych miejscach nie widzimy, widzimy tylko jądra bez ścisłego odgraniczenia protoplazmy, ułożone miejscami tak, że przypominają obie warstwy ziarniste siatkówki. W innych miejscach ściana wewnętrzna składa się jakby z trzech warstw. Idąc od zewnątrz widzimy pokład wielowarstwowy jąder bez ścigłego odgraniczenia protoplazmy, dalej warstwę o budowie słupkowej, barwiącą się tak, jak protoplazma komórek i nie zawierającą jąder, wreszcie warstwą komórek

o cechach młodej tkanki łącznej, jądra wydłużone, brak ścisłego odgraniczenia protoplazmy.

Wszystkie te trzy części warstwy wewnętrznej nie barwią się Van Giesonem ani eozyną, protoplazma ich barwi się słabo hematoksyliną a jądra wybitnie. Na preparatach barwionych hematoksyliną i Van Giesonem obie warstwy, t. j. wewnętrzna pochodzenia przybłonkowego i zewnętrzna, pochodzenia mesodermoidalnego, wybitnie się od siebie odróżniają.

Gałka oczna w danym przypadku odpowiada wtórorzędnemu pęcherzowi ocznemu, gdyż posiada dobrze rozwiniętą siatkówkę wraz z warstwą przybłonka barwikowego. Szpara zarodkowa jest zamknięta. Gałka komunikuje z torbielem zapomocą krótkiej w środku wolnej szypuły wypełnionej fałdami siatkówki. Torbiel utworzony jest z zewnętrznego listka wtórorzędnego pęcherza ocznego, t. j. z przybłonka siatkówkowego, podobnie jak w przypadku Hessa*), który powstawanie torbieli z przybłonka siatkówki pierwszy wykazał. Siatkówka w górnej połowie gałki ułożona jest prawidłowo, natomiast w dolnej połowie leży pofałdowana w tylnym odcinku gałki i częściowo wypada do torbiela. Tak zwanego odwrotnego ułożenia siatkówki nigdzie nie znajdujemy.

Uwzględniając bliżej szczegóły badania anatomicznego widzimy, że mamy w nich pewne dane, z których wnioskować możemy o czasie, w którym przyszło do wytworzenia się torbiela z wtórorzędnego pecherza ocznego, badanie to nadto wykazuje nam pewne pozostałości rozwojowe w gałce, jakoteż przebyte zmiany zapalne. Szczegóły te pozwolę sobie jeszcze omówić.

Wewnętrzna ściana torbiela utworzoną jest, jak wspomnieliśmy, z warstwy przybłonka siatkówkowego. Na preparatach widać, jak przybłonek ten wchodzi do szyi, zapomocą której torbiel komunikuje z gałką, a dalej do torbiela. Tutaj

---

*) Arch. f. Opht. Bd. 42.

przybłonek ten miejscami tworzy pojedynczą warstwę komórek cylindrycznych, ściśle odgraniczonych, w innych miejscach tworzy pokład wielowarstwowy, składający się z jąder okrągłych bez ścisłego odgraniczenia protoplazmy, lub też głębiej pokład złożony z jąder podłużnych, podobnie jak w młodej tkance łącznej. Między jednym a drugim pokładem widzimy budowę słupkową, nie zawierającą jąder. W niektórych miejscach komórki te wytworzone z przybłonka siatkówkowego przybierają kształty i układ, przypominający siatkówkę a szczególniej obie warstwy ziarniste. Badając samą ścianę torbieli, należałoby wobec tego odpowiedniemi metodami barwienia udowodnić składniki siatkówki, aby w błąd nie popaść. Że wszystkie te warstwy ściany zewnętrznej torbiela są pochodzenia przybłonkowego, co już Hess (l. c.) pierwszy wykazał, dowodzą preparaty barwione Van Giesonem i hematoksyliną, na których ściana wewnętrzna zabarwiona niebiesko (tylko tu i owdzie widzimy w niej czerwono zabarwione włókna tkanki łącznej, która najwidoczniej wraz z naczyniami dostała się tutaj z warstwy zewnętrznej) wyraźnie odróżnia się od ściany zewnętrznej łączno-tkankowej. Przybłonek więc siatkówki może wytworzyć tkankę podobną do tkanki łącznej.

W torbieli nie znajdujemy nigdzie barwika w komórkach. Wiemy, że przybłonek siatkówki, może też tworzyć komórki, nie zawierające barwika (Hess l.). Ponieważ jednak przybłonek siatkówkowy wytworzony z zewnętrznego listku wtórorzędnego pęcherza ocznego zrazu nie zawiera barwika, a tenże powstaje dopiero później, nie wiadomo w jaki sposób, w 4. miesiącu życia płodowego*) nasuwa się pytanie, czy nie przyszło tutaj do wytworzenia się torbiela z przybłonka wtedy, kiedy on jeszcze był bezbarwnym, a więc przed 4. miesiącem. Przybłonek naówczas jako młody posiadał znaczną siłę proliferacyjną, tak, że w krótkim czasie, z jakichś przyczyn bliżej nam nieznanych, mogło przyjść do wytworzenia się dużego tor-

*) Nussbaum: Entwickelungsgeschichte des menschlichen Auges. Graefe-Saemisch 1905.

biela. Inne dane przemawiają za tem, że właśnie w tym czasie torbiel powstał. Wiemy, że szpara zarodkowa zanika u człowieka w 6—7 tygodniu. W tym czasie sądzę, że nie mogło przyjść do wytworzenia się torbiela, gdyż wtedy pręciki i słupki nie są jeszcze rozwinięte na siatkówce, rozwijają się one dopiero w 3. miesiącu (Nussbaum l. c.). W naszym zaś przypadku znajdujemy na oderwanej siatkówce w dolnej części gałki pręciki i słupki jaknajwyraźniej widoczne. Na części siatkówki wypadniętej do torbiela rozróżnić można obie warstwy ziarniste, *membrana limitans externa* i warstwę, odpowiadającą najprawdopodobniej zanikłym pręcikom i słupkom. Również w przypadku Hess'a*) znachodzimy na wypadniętej do torbiela siatkówce dobrze utrzymane pręciki i słupki, a w przypadku Rindfleischa**) i Ginsberga***) siatkówka wypadnięta do torbiela również prawdopodobnie zawierała pręciki i słupki. Dowodzi to, że do wypadnięcia siatkówki przyszło w okresie, w którym już pręciki były rozwinięte, a więc najwcześniej w 3. miesiącu życia płodowego, czyli znacznie później aniżeli przychodzi do zamknięcia szpary zarodkowej w normalnych warunkach (6—7 tydzień). Przypadki więc te dowodzą, że może przyjść do całkowitego zamknięcia szpary zarodkowej, a niezależnie od tego procesu, może się później wytworzyć torbiel. Trudno bowiem przypuścić, żeby oderwana i wypadnięta część siatkówki do torbiela, mogła się dalej rozwijać, czyli, żeby następowo dopiero po wypadnięciu do torbieli powstały na siatkówce pręciki i słupki, owszem badania anatomiczne dowodzą, że przychodzi w takiej siatkówce do zmian wstecznych, do rozpadu pręcików i słupków i do przerostu siatkówki tkanką łączną. Następowo po wytworzeniu się cysty, może się dalej gałka rozwijać, np. w naszym przypadku znaleźliśmy barwik w tęczówce, który powstaje po 5. miesiącu, o czem niżej.

---

*) Arch. f. Opht. Bd. 42. str. 217.
**) Arch. f. Opht. Bd. 37.
***) Arch. f. Opht. Bd. 46.

Przytem zastrzedz się muszę, że jeżeli używam wyrazu siatkówka »oderwana«, to tylko ze względu na oznaczenie nienormalnego położenia, odpowiadającego ułożeniu siatkówki oderwanej w gałce rozwiniętej. Nie należy jednak dwóch tych pojęć mieszać ze sobą, gdyż u dorosłego człowieka siatkówka oderwana zanika, pozbawiona odżywiania, w stanie zaś płodowym siatkówka jako listek wewnętrzny wtórorzędnego pęcherza ocznego, inne ma warunki odżywiania. Dokładnie spraw tych nie znamy, wiemy jednak, że naczynia w siatkówce rozwijają się między 3—6. miesiącem. W 3. jeszcze ich zupełnie niema, w 6. już są rozwinięte i stoją w związku z naczyniami środkowymi siatkówki. Rozwijają się zaś wedle spostrzeżeń Schultzego z naczyń naczyniówki, niezależnie od naczyń środkowych. W naszym przypadku znajdujemy rozwinięte naczynia siatkówkowe we warstwie włókien nerwowych, odpowiada więc siatkówka rozwojem okresowi po 3. miesiącu, a że naczyń środkowych nie znajdujemy, to brak ten nie będzie nas dziwił wobec powyższego faktu znanego z embryologii.

Z innych szczegółów rozwojowych znajdujemy w naszym przypadku naczynia włosowate, leżące między torebką a ciałem szklanem. Co do tego wiemy, że *art hyaloidea* rozwija się w 3. miesiącu, w 6. miesiącu zaś zanikają już wszystkie naczynia, idące od niej ku ciałku szklistem.

Wszystkie te dane powyżej przytoczone przemawiają za tem, że torbiel powstał tutaj po 3. miesiącu życia płodowego, najprawdopodobniej między 3—4 miesiącem, w każdym razie więc znacznie później aniżeli zamknięcie się szpary zarodkowej w normalnych warunkach (6—7 tydzień).

Dlatego sądzę, że wytworzenie się torbieli powieki dolnej jest zupełnie niezależnem od zamknięcia się szpary zarodkowej, a że tą w niektórych przypadkach pozostaje otwartą na całej długości jak np. w przypadku Kundrata*) lub Mitwalsky'ego**), albo też

*) Wiener Med. Presse. 1885.

**) Arch. f. Aughk. Bd. 25.

częściowo jak u Hessa (l. c.) i innych, to świadczy to tylko o tem, że oczy te znajdują się w niższym lub dalszym okresie rozwoju, podobnie jak znajdujemy w oczach tych inne znamiona rozwojowe, jak brak włókien rdzennych w nerwie wzrokowym, soczewkę wypełniająca całe wnętrze gałki, brak barwika w jagodówce itp. znamiona, których nie można przecież uważać za przyczynę powstawania torbieli.

Co się tyczy zmian zapalnych, to znaleźliśmy pozostałości po tychże w przednim odcinku gałki, t. j. w rogówce, tęczówce, ciele rzęskowem i w przedniej części naczyniówki. Rogówka była za życia nieprzeżroczystą. Pominąwszy to, że rogówka dopiero w 4. miesiącu życia płodowego staje się przeźroczystą, to w naszym przypadku, nieprzeźroczystość tu ma inne uzasadnienie, rogówka bowiem zawiera w przednich warstwach naczynia świeżo wytworzone i tkankę łączną — cechy przebytego zapalenia. Jagodówka oprócz śladów przebytego zapalenia, odznacza się tem, że zawiera wogóle bardzo mało komórek barwikowych. Barwik w jagodówce powstaje wedle Ricke'go dopiero w 7. miesiącu, a i przy urodzeniu proces jego rozwoju nie jest jeszcze ukończonym. W miąższu tęczówki znajdujemy komórki barwikowe, ponieważ w 5. miesiącu komórki miąższu tęczówki nie zawierają jeszcze barwika, musiały więc one powstać albo po utworzeniu się torbiela, coby przemawiało za dalszym rozwojem gałki, przynajmniej jej przedniego odcinka już po powstaniu torbieli, albo też mogła się i sprawa zapalna przyczynić do powstawania barwika. Sprawę zapalną w danym przypadku uważam za następową, nie mającą wpływu na powstawanie torbiela. Również spłaszczenie ściany gałki od dołu uważam za następowe, skutkiem ucisku torbiela.

W nerwia wzrokowym znaleźliśmy zanik jednej połowy nerwu, zanik ten prawdopodobnie należy odnieść do sprawy centralnej.

Za dalekoby mię zaprowadziło, abym tutaj polemizował ze zwolennikami pierwotnego pęcherza ocznego, rzecz ta była już w literaturze wielokrotnie omawianą, a najsilniejszy ich

atut odwrotnego ułożenia siatkówki w torbielu, został przez Gallemaerts'a i Bacha zakwestyonowanym a przyłączył się do nich i Hippel. Pozwolę sobie tylko zauważyć, że Rubiński i Czermak, na których się Mitwalsky powołuje i gdzie widzi odwrotne ułożenie siatkówki (sami autorowie w przypadkach swoich nie rozpoznają odwrotnego ułożenia siatkówki), badali tylko ściany torbiela, a nie badali gałki, badań tych więc nie można uważać za dostateczne.

Zapatrywania moje na powstawanie torbieli oczodołowych odpowiadają zapatrywaniom Hippla, dlatego pozwolę sobie na zakończenie przytoczyć jego słowa.

Hippel, którego możemy uważać za bezstronnego sędziego w sporze zwolenników pierwotnego i wtórorzędnego pęcherza ocznego, ponieważ sam nie badał żadnego odnośnego przypadku, w ostatniem wydaniu Graefe-Saemischa, pisze: »Rzecz się ma podobnie jak z kolobomatami. Jak tam w przypadkach, w których w całym obrębie koloboma znajdujemy siatkówkę, nie można przyjąć niezamknięcia się szpary zarodkowej, tak też i tutaj, jeżeli ściana torbiela utworzoną jest z przybłonka siatkówki i ze siatkówki. Torbiele oczodołowe nie są niczem innem, jak silnie rozdętymi kolobomatami ... Niedostateczny rozwój blaszki środkowej na miejscu szpary zarodkowej jest przyczyną niedostatecznej odporności twardówki i torbielowatego wydęcia tejże«.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Arch. d'Opht. T. XXV. 1905. Nr 4. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

Leczenie uporczywego ścisku powiek zapomocą anastomozy nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym. (N. accessorius Villisi). (Traitement du blepharospasme grave par l'anastomose spino-faciale). Ch. Abadie, Cuneo.

Ścisk powiek bywa rzadko cierpieniem samoistnem. Jeśli jest cierpieniem, towarzyszącem zmianom na rogówce albo na spojówce, wtedy ustępuje po wyleczeniu tychże. W lżejszych przypadkach samoistnego skurczu powiek elektryzacya, brom, lub arszenik wystarczają zazwyczaj do usunięcia cierpienia. Zdarzają się jednak przypadki wyjątkowo ciężkie i uporczywe, w których wyleczenia można się spodziewać tylko po zabiegu operacyjnym. W jednym z takich przypadków wykonali autorowie anastomozę boczną VII. i XI. pary. Chora zgłosiła się do Dra Abadie dopiero po piętnastu latach trwania ścisku powiek prawego oka, i stałego skurczu mięśni prawej połowy twarzy. Cierpienie powstało wskutek przerażenia na widok zwłok zamordowanego męża. Abadie nie sądził, aby cierpienie tak zastarzałe i leczone już rozmaicie a bezskutecznie mogło ustąpić pod wpływem środków łagodnych i powziął odrazu myśl przecięcia nerwu twarzowego i wszycia jego końca obwodowego w pień nerwu dodatkowego Willizyusza. Operacyę tę powierzył chirurgowi Drowi Cuneo'wi. Pierwszym skutkiem operacyi było zupełne porażenie prawej połowy twarzy, w czem ścisk powiek ustąpił miejsca ich niedomykalności. Po upływie dwóch miesięcy jednak władza w porażonych mięśniach wróciła. Ruchy twarzy były zawsze jednakie jeszcze, ściśle skojarzone z ruchami mięśni barku prawego. Z początku chora, aby módz zamknąć powieki prawego oka i wyrównać kącik ust musiała całą prawą rękę podnieść wysoko do góry, potem jednak wystarczał do tego najsłabszy wysiłek mięśniowy, ujęcie w rękę prawą byle jakiego przedmiotu, n. p. parasolką. Samodzielne ruchy twarzy i powiek kosztowały chorą daleko więcej wysiłku, natomiast mowa, żucie i połykanie, w krótkim czasie stały się prawidłowe. Pod względem ruchów mimicznych wynik operacyi był zupełnie ujemny. Jakkolwiek pewne grymasy prawej połowy twarzy były możliwe do wykonania, to jednak nie były one wcale wyrazem odpowiedniego nastroju psychicznego i chora śmiała się, dziwiła i płakała zawsze tylko lewą stroną twarzy.

Pomyślny na ogół wynik operacyi przypisują autorowie w znacznej części temu, że anastomoza została wykonana bezwłocznie po porażeniu nerwu twarzowego, t. j. natychmiast po jego przecięciu. Że mięśnie powiek i twarzy dopiero po upływie dwóch miesięcy odzyskały zdolność kurczenia się, to świadczy o tem, iż włókna nerwu XIIej pary potrzebowały tak długiego czasu, aby rosnąc, dotrzeć kończynami do tych mięśni. Zgadza się to z twierdzeniem Van Lair'a, że włókna takie zyskują codziennie po jednym milimetrze długości, bo odległość najdalej położonych mięśni od miejsca anastomozy wynosiła w przecięciu 6ciu. Od chwili operacyi

cała muskulatura prawej połowy twarzy odcięta od środka nerwu twarzowego dostała się pod władzę ośrodka XI. pary. Stąd to, w pierwszych czasach po operacyi, istniało pewnego rodzaju psychiczne nieporozumienie między ośrodkiem nerwowym, a muskulaturą twarzy. Chora, aby módz zamknąć prawe oko, musiała chcieć unieść bark prawy. Później, gdy mięśnie twarzy uzyskały większą samodzielność, stać się to mogło tylko wskutek zróżniczkowania i pewnego rodzaju rozdzielenia ośrodka XI. pary, który przyjął na siebie częściowo czynność ośrodka nerwu twarzowego. Tylko czynność tak subtelna i złożona, jak mimika twarzy, uległa przy tem niepowrotnej zagładzie.

Zmiany stopnia niezborności rogówkowej, występujące z wiekiem. (Les variations de l'astigmie cornéenne avec l'age). F. Lagrange.

Autor przytacza wyniki prac Sonder'a, Bull'a, Martin'a i Javal'a, odnoszące się do tego przedmiotu. Następuje długi szereg własnych spostrzeżeń, stanowiących pomiary astygmometryczne wykonywane z wielką starannością w odstępach 5, 6, 7, 8 i 9letnich u dzieci i u osobników młodych w okresie wzrostu ciała. Prawie w każdym przypadku kontrolował autor badanie astygmometryczne zapomocą skiaskopii i metody podmiotowej. Pomiary te i badania doprowadziły go do dwu następujących wniosków:

1) Niezborność hypermetropów okazuje wyraźną skłonność do zmniejszania się w okresie wzrostu ciała. Skłonność ta jest znaczniejsza w przypadkach, w których niezborność nie była zapomocą szkieł wyrównana.

2) Niezborność myopów powiększa się dość często z biegiem lat w okresie dorastania.

W całym szeregu przypadków autor stwierdził ubytek niezborności nadmiarowej, wynoszącej od 1—2 D., a u znacznej części myopów niezborność ich powiększyła się przeciętnie od $^1/_2$ do 1 D. Zmniejszenie stopnia astygmatyzmu nadmiarowego objaśnia autor częściowym skurczem mięśnia rzęskowego, który ma na celu wypuklenie tego przekroju soczewki, który odpowiada nasłabszej krzywiźnie rogówki. Skurcz taki częściowy wpływa jednak z biegiem czasu także i na krzywiznę rogówki, a wypuklając ją, zmniejsza w ten sposób stopień niezborności nadmiarowej. Zgadza się to z faktem, że niezborność nadmiarowa zmniejsza się najczęściej w tych przypadkach, gdzie nie jest zapomocą szkieł wyrównaną, bo wtedy właśnie częściowy skurcz mięśnia rzęskowego przychodzi do skutku. Potwierdzenie tych spostrzeżeń na podstawie obszernej statystyki miałoby tę ważną praktyczną doniosłość, że u hypermetropów mło-

dych jeszcze w okresie wzrostu ciała, należałoby być bardzo wstrzemięźliwym w przepisywaniu wypukłych szkieł walcowatych. Trudniej cokolwiek wytłumaczyć zwiększenie się stopnia niezborności niedomiarowej. Na skurcz mięśnia rzęskowego nie można się tu powoływać, ponieważ u myopów akomodacya małą odgrywa rolę. Autor przypuszcza, że rogówka oka niedomiarowego więcej podatna, jak cała wogóle gałka oczna od rogówki oka miarowego doznaje pod wpływem ciężaru powiek zmian postaci w tym kierunku, że wzmaga się krzywizna jej przekroju pionowego, a temsamem powiększa się stopień astygmatyzmu niedomiarowego.

Irydotomia przy operacyi zaćmy. (L'iridotomie dans l'extraction de la cataracte). M. Paschef f.

Ci operatorowie, którzy przy operacyi zaćmy zamiast irydektomii wykonują irydotomią, wydobywają zazwyczaj tęczówkę przez ranę zapomocą haczyka i nacinają zwieracz *à ciel ouvert*. Aby zabieg ten ułatwić, podał autor narzędzie (irydotoma), składające się z haczyka tępego i nożyka, którego ostrze daje się wzdłuż członka haczyka przesuwać. Przyrząd ten wprowadza się do przedniej komory, zahacza się brzeg tęczówki, nie wyjmując jej wcale przed ranę, poczem przesuwając ostrze nożyka zapomocą odpowiedniego urządzenia w trzonku nacina się brzeg źrenicy tęczówki. Autor podnosi, że takie nacięcie tęczówki nie sprawia choremu żadnego bólu i nie sprowadza wcale krwotoku, gdyż brzegi rany tęczówkowej ulegają przytem lekkiemu zmiażdżeniu. Do ułatwienia wydobycia zaćmy przyczynia się tak wykonana irydotomia zupełnie taksamo, jak mała irydektomia. Na optyczny wynik operacyi wpływa gruszkowata zmiana postaci źrenicy o wiele korzystniej, niż duże *coloboma*.

Nr 5.

O kilakach rogówki. (Les gommes de la cornée). Dr A. Terson.

Do czasów Hutchinsona sądzono, że rogówka nie bywa nigdy siedliskiem zmian kiłowych. Obecnie jest już rzeczą dowiedzioną, że ulega ona zmianom kiłowym, odpowiadającym bądź drugiemu, bądź trzeciemu okresowi kiły, jakkolwiek najczęściej początek tym zmianom daje przymiot oddziedziczony. Przed kilku laty leczył autor młodą dziewczynę z powodu miąższowego zapalenia rogówki oka prawego. Ojciec chorej przyznał się do kiły, za którą przemawiały także poronienia u matki, wreszcie u samej chorej budowa zębów i choroba oka, a także obwodowe zmiany barwi-

kowe w siatkówce i naczyniówce oka lewego. Przebieg zapalenia rogówki był łagodny; choroba ustąpiła po trzech miesiącach klasycznego leczenia. Obecnie zgłosiła się chora powtórnie z powodu bólu w tym samym oku. Autor stwierdził znowu głębokie zaćmienie rogówki, obrzmienie *limbus* i szczególne nacieczenie w kącie rogówko-tęczówkowym zwłaszcza dołem zewnątrz. Zastosowano wstrzykiwania miąższowe dwujodku rtęci. Po kilkunastu jednak wstrzyknięciach wystąpiło nagłe pogorszenie i w dolno-zewnętrznym kwadrancie rogówki pojawił się szaro-żółtawy naciek, tworzący guzek, wystający zarówno ponad przednią, jak i ponad tylnią powierzchnię rogówki. Autor pokazał przypadek Moraxowi i Antonellemu i wszyscy trzej zgodzili się na rozpoznanie *gumma corneae*. Ponieważ autor doświadczył w jednym przypadku kilaka ciała rzęskowego bardzo dobrych skutków wstrzykiwań kalomelu, zastosował jej przeto i tutaj. Cztery wstrzyknięcia po pięć centygramów wystarczyły do zupełnego usunięcia guzka, który nie uległ wcale owrzodzeniu. Równocześnie ustąpiły także wszystkie objawy zapalne.

Nowy objaw oczny choroby Basedowa. (Nouveau symptome oculaire de la maladie de Basedow). Teillais z Nantes.

Jeszcze w r. 1889 ogłosili Jellinek i Rosin z Wiednia szereg przypadków choroby Basedowa, w których oprócz zwykłych klasycznych objawów zwracało uwagę także brunatne zabarwienie skóry powiek. Autor ogłasza obecnie dwa spostrzeżenia własne jeszcze z przed lat dziesięciu i trzecie z ostatnich czasów, w których również obok powiększenia gruczołu tarczykowego, przyspieszenia tętna i wysadzenia gałek ocznych uderzało nagromadzenie barwika w skórze powiek, sięgające ku górze po łuk brwiowy, a ku dołowi po łuk podoczodołowy. Spojówka we wszystkich przypadkach była wolną od zmian barwikowych. W jednym przypadku, który autor miał sposobność przez czas dłuższy spostrzegać, przekonał się, że ta zmiana barwikowa jest przemijającą i ustępuje wraz z poprawą stanu ogólnego.

Autor przypomina badania Jellinka i Rosina, którzy wykazali u ludzi, cierpiących na chorobę Basedowa względne zwiększenie ilości hemoglobiny we krwi. Tem się tłumaczy skłonność do zmian barwikowych, przemawiających znowu za teoryą Moebiusa, który choroby Basedowa nie uważa za nerwicę jak inni autorowie, lecz za zbiór objawów, wywołanych zmienioną (wzmożoną) czynnością powiększonego gruczołu tarczykowego *(dysthyroidismus)*. Choroba Basedowa byłaby zatem stanem wprost odwrotnym niż obrzęk śluzakowy *(myxoedema)*, który polega na osłabieniu lub zniesieniu czynności gruczołu tarczykowego. Dlatego to

w przypadkach *myxoedema* leczonych zbyt energicznie tyreoidyną pojawiają się czasem objawy, przypominające chorobę Basedowa.

Beiträge zur Augenheilkunde. 1905. Zeszyt 62. (Ref. Dr W Reis).

O jaglicy. Przczynki histologiczne, ultramikroskopowe i fizyologiczno-chemiczne do nauki o zapaleniu. (Über Trachom. Histologische, ultramikroskopische und physiologisch-chemische Beiträge zur Entzündungslehre). E. Raehlmann.

W istniejącej literaturze okres chorobowy jaglicy tak wszechstronnie jest już zbadany i opisany, że trudno obecnie coś nowego dodać, posługując się znanemi metodami badania. Badanie ultramikroskopowe, stosowane przez autora przez $1^1/_2$ roku w studyach o jaglicy, wykazuje, że w wydzielinie jaglicy jest mnóstwo żyjących tworów, niedostrzegalnych zwykłemi metodami badania, a które stają się widzialne dla siatkówki ludzkiej tylko przy pomocy niezwykłej siły oświetlenia. Rozprawę swą dzieli R. na 3 części.

Część pierwsza obejmuje histologię jaglicy. We wstępie zaznacza autor swoje stanowisko unitarne, według którego zapalenie mieszkowe i jaglica są jednym i tym samym procesem chorobowym o rozmaitem tylko nasileniu. W anatomii patologicznej jaglicy główną uwagę zwraca się na mieszki, na nowowytworzone gruczoły w tkance spojówkowej wraz z wgłębieniami i wypustkami przybłonkowemi i na wyrośle brodawkowe. Przy badaniu histologicznem licznych przypadków zwrócił uwagę autora fakt, że bardzo rzadko spotyka się owe zmiany chorobowe razem, tak np. w przypadkach, gdzie stwierdzono mnogą ilość mieszków, było bardzo mało gruczołów i wgłębień przybłonka i odwrotnie. Skłoniło to R. jeszcze w r. 1880 do określenia tych stanów chorobowych, jako procesów czasowo różnych, po sobie następujących, a powstanie mieszków stanowić miało pierwotny obraz chorobowy. Na preparatach z wyciśniętych spojówek i całych powiek przekonał się R., że wgłębienia przybłonka, jak również nowo wytworzone gruczoły i torbiele pozostają w przyczynowym związku z końcowemi zmianami sprawy jaglicznej. Po pęknięciu bowiem mieszka zagina się brzeg przybłonka do wypróżnionej jamy, wypełnia ją i zaczyna rozrastać się na zewnątrz. Wyciśnięcie ziaren dokonywane w celach leczniczych stanowi tylko skróconą formę naturalnego przebicia mieszka, które następuje w chwili zupełnego rozmiękczenia jego zawartości. Następnie omawia R. sposoby powstawania ubytków w przybłonku ponad rozmiękłymi mieszkami. Zmiany anatomiczne, towarzyszące

powstaniu tych owrzodzeń są dwojakiej natury: 1) nadmierne nacieczenie drobnokomórkowe wywołuje odtrącenie przykrywy przybłonkowej i wydostanie się treści mieszka na zewnątrz lub też 2) przemiana śluzowa komórek warstwy przybłonkowej umożebnia pęknięcie mieszka. W przybłonku chorobowo zmienionym znajdują się liczne komórki śluzowe i kubkowe, które mogą tworzyć gromady tak zbite, że powodują utratę ciągłości w budowie przybłonka i odpadnięcia jego na większej przestrzeni wraz z zawartością mieszka. W tak zmienionej tkance stwierdzić można od góry i z boku mieszków położone liczne szczeliny, próżne lub wypełnione ziarnistą treścią, której pochodzenie dotychczas nie jest zbadanem. Według badań ultramikroskopowych przypuszczać można, że zawartość ową tworzą najdelikatniejsze cząsteczki białka komórkowego, pochodzącego z komórek, znajdujących się wskutek zapalenia w stanie rozkładu. W otoczeniu miejsca przebicia mieszka napotyka się także często twory nitkowate, silnie się barwiące barwikami jądrowymi, o postaci przecinka lub maczugi, ułożone wśród komórek przybłonkowych w przestrzeniach międzykomórkowych tkanki gruczołowatej, które również na podstawie badań ultramikroskopowych mają być nukleoalbuminami, pochodzącymi z rozpadłych komórek mieszka.

Końcowem zejściem zmian chorobowych w jaglicy jest przejście w tkankę bliznową.

R. zastanawia się nad pytaniem, z których pierwiastków powstaje właściwa blizna. Dzisiejsza patologia poucza, że komórki tkankowe dostarczają materyału dla blizny. Za tem przemawia ta okoliczność, że tam, gdzie blizna się rozwija, znikają częściowo komórkowe twory, szczególnie limfocyty, znajdujące się w obfitej ilości na obwodzie świeżych mieszków. Młoda blizna jaglicza jest ubogą w komórki; możliwem więc jest, że komórki rozpadają się i stają się niewidzialne tam, gdzie blizna powstaje, lub też, jak Saemisch przyjmuje, zostają wessane po poprzedzającem obumarciu. Owo znikanie komórek i przyjęcie hypotezy wessania polega tylko na fakcie, że komórki te stają się niewidoczne dla badań zwykłym mikroskopem. Badania ultramikroskopowe stwierdzają również rozpad komórek z tym jednak dodatkiem, że pozostają cząstki »submikroskopijne«, które przez odmienne ugrupowanie i połączenie nową przybierają postać.

Mieszki pierwotne nie posiadają osłony bliznowej. Są one odgraniczone od reszty tkanki znacznym pokładem komórek limfatycznych, około których powstaje włóknista osłona — pierwszy zawiązek blizny. Włókienka tej osłony rozwijają się równocześnie ze zanikiem graniczących z nimi drobnokomórkowych tworów. Powstają one z ledwo dostrzegalnej substancyi międzykomórkowej w czasie,

w którym we wnętrzu mieszka, odbywa się rozmiękczenie i rozpad jego zawartości. Wówczas znaleść można wśród przestrzeni komórkowych w mieszku wspomniane wyżej produkta rozpadu, oraz podobne twory na obwodzie mieszków i w początkujących bliznach, tak że usprawiedliwionem jest przypuszczenie, że twory te stoją w związku z wytwarzaniem się blizny. Badanie fizyologiczno-chemiczne wykazuje, że stałe składniki tkanki łącznej zawierają inne substancye białkowe, niż ciecz tkankowa i komórki.

Włóknista tkanka łączna, do której blizna się zalicza, składa się z nierozpuszczalnych albuminoidów, z których kollagen jest najbardziej znanym. Białko zaś komórek tworzą na pół płynne, na pół rozpuszczone nukleoalbuminy lub globuliny. Skoro tkanka komórkowa przechodzi w bliznę, odbywa się nietylko proces morfologiczny, lecz także chemiczny proces przemiany pod wpływem nieznanej substancyi. Być może, że mamy tu do czynienia z rozpuszczoną w płynie tkankowym cząsteczką zapalnie zmienionej tkanki, lecz wykluczyć także nie można przypuszczenia, że opisane twory, na pół płynne składniki komórek lub ich wytwory biorą udział w tworzeniu się blizny, łącząc się z miejscowemi komórkami lub limfocytami.

W drugiej części przedstawia R. wyniki swych badań ultramikroskopowych. Obejmowały one zarówno wyciśniętą zawartość mieszków jagliczych, jakoteż wydzielinę spojówkową. Materyał do badań pochodził od 40 chorych, był przechowany w rozcieńczonym, fizyologicznym roczynie soli i badany przeważnie po upływie 6 godzin do 2 dni; w jednym tylko przypadku można było uskutecznić badanie w przeciągu godziny. Materyał wzięty możliwie aseptycznie i przechowany w zamkniętych probówkach, pozostawał aż do badania przez kilka godzin w temperaturze ciała, która okazała się odpowiednią do spostrzegania niektórych przejawów życiowych komórek i części tychże, oraz drobnoustrojów.

Przy badaniu tak przygotowanego materyału znaleziono przedewszystkiem drobnoustroje, rojące się w mnogiej ilości oraz osobliwe drobne cząsteczki protoplazmy i jądra, okazujące wyraźnie przejawy życiowe poza granicami tkanki i skłonność do łączenia się w nowe twory. Czy owe drobnoustroje należy uważać za bodźce, wywołujące jaglicę — tego pytania R. nie rozstrzyga, gdyż równie dobrze możnaby uważać owe cząsteczki protoplazmy za przenośniki zakażenia. Znalezione bakterye, przechowane w płynie o ciepłocie ciała rozmnażają się, a poszczególne okresy rozwoju i zmiany kształtów można łatwo spostrzegać, badając je w pewnych odstępach czasu. Drobnoustroje widzimy pod ultramikroskopem niezabarwione, o rozmaitych postaciach: mogą to być twory kształtu biszkoptowego

lub ciężarków gimnastycznych, ułożone w pręciki, rzędy lub łańcuszki, twory podwójne, złożone z dwóch kulistych połówek, cząstki punkcikowate i t. p. U wszystkich postaci zauważyć można nadzwyczaj szybkie i zręczne poruszenia — szybkość ich ruchu wynosi 0·1—0·2 mm na sekundę. Przy tak znacznej szybkości byłyby owe drobnoustroje w stanie rozprzestrzenić się w przeciągu kilku minut na całą powierzchnię spojówki.

Charakterystycznem zjawiskiem jest strącanie się drobnoustrojów z płynu na szkiełka nakrywkowe i podstawowe. Skoro płyn się oziębi i ruch drobnoustrojów osłabnie, przyczepiają się one jednym końcem swego ciała do jakiegoś stałego punktu, próbując drugą częścią uwolnić się z przyczepu. Gdy to się nie udaje, ruch ciała ustaje i strąca się ono na szkiełko. Szkiełko wygląda wówczas jak przyprószone, a drobnoustroje przybrały wskutek rozpadu i kurczenia się kształt żółtych ziarenek. Dzieje się to na podstawie działania siły przyczepności i napięcia powierzchniowego; strąt taki najobficiej występuje w miejscach, gdzie szkiełko posiada nierówności.

Obok bakteryj spostrzedz można nadzwyczaj drobne, ruchome cząsteczki w postaci żółtych kuleczek, obdarzone niezwykłą szybkością w wykonywaniu ruchów, którą mogą zawdzięczać jedynie złożonym, submikroskopowym narządom ruchu.

W wydzielinie spojówkowej stwierdza się te same twory, jak i w zawartości mieszka. Najciekawsze z nich opisane są jako żółte, w ciągłym ruchu będące kulki, którym nie można odmówić biologicznego znaczenia; mogą one bowiem być również przenośnikami zarazka jagliczego.

Wyniki bezpośrednie badań ultramikroskopowych odsłaniają nam sposób rozprzestrzeniania się zakażenia jagliczego. Wyniki te zgodne są z doświadczeniami innych autorów, według których wysechnięta wydzielina jaglicza jest niezaraźliwą, natomiast utrzymywana w stanie wilgotnym, rozwija jeszcze w ogromnem rozcieńczeniu swe własności infekcyjne. Na podstawie tych danych bardziej zrozumiałem się staje bezpośrednie przenoszenie się zarazka zapomocą rąk, chustek, ręczników i kąpieli; zwłaszcza, gdy się uwzględni, że oprócz bakteryj i żółtych kulek wykazują swoiste ruchy także najdrobniejsze cząsteczki protoplazmy, zawarte w wydzielinie jaglicznej, że posiadają własności przyczepne, tak że łatwo przylgnąć mogą do rozmaitych przedmiotów stałych, np. ryjka lub nóżek owadów itp. Znaną jest rzeczą, że zwykła mucha domowa odgrywa w Egipcie ważną rolę w przenoszeniu zarazka. Z powyższego zachowania się czynników, roznoszących zakażenie, wynikają także wskazówki dla zabiegów leczniczych, które nie powinny się tylko

ograniczać do działania przeciwbakteryjnego lecz równocześnie niszczyć owe protoplazmatyczne cząsteczki. Kliniczne doświadczenie wskazuje tu dwa leki: azotan srebrowy i siarkan miedziowy, które powodują tworzenie się albuminatów i wydalenie bakteryj wraz z cząsteczkami protoplazmy. Widzimy więc, że zarówno w treści mieszka, jak i w wydzielinie jagliczej znajdujemy trojakie twory, biorące udział w zakażeniu: bakterye, cząsteczki protoplazmatyczne o swoistych ruchach, podobne do pierwotniaków i wreszcie żółte kuleczki, zajmujące pośrednie miejsce między dwoma wspomnianymi tworami. Dziś rozstrzygnąć jeszcze trudno, który z tych tworów jest wyłącznym przenośnikiem zarazka.

Po przedstawieniu teoryi biologicznej zakażenia przy jaglicy przystępuje autor w trzeciej części do uzasadnienia zabiegów leczniczych, doświadczalnie od dawna już stosowanych w tej chorobie.

Wydzieliny błon śluzowych składają się z białka organicznie związanego (komórki) i płynu surowiczego o zmiennej zawartości albuminu. Dotychczas przypuszczano, że białko w tych wydzielinach znajduje się w rozpuszczeniu z wyjątkiem elementów komórkowych. Badanie jednak ultramikroskopowe wykazuje, że cząsteczki białka tworzą w wydzielinach tych tylko zawiesinę. Wydzielina przy schorzeniach spojówki może być surowiczą, śluzową lub ropną; przy jaglicy przeważają substancye śluzowe, które okrywają sobą prawie wszystkie stałe składniki. R. przeprowadził badania ultramikroskopowe chemicznych odczynów wskutek działania soli, metali ciężkich na białko w umyślnie do tego celu sporządzonym przyrządzie dla płynów. *Argentum nitricum* działa w ten sposób, że powoduje powstanie białkanu srebra w postaci znanego szarego strupa na spojówce, który ochrania ją przed żrącemi własnościami uwalniającego się podczas tego połączenia kwasu azotowego. Na tem polega korzystne działanie azotanu srebrowego przy zakażeniu bakteryjnem, gdyż niszczy on zarazki chorobotwórcze nietylko na powierzchni ale i w głębi powierzchownych warstw spojówki.

Cuprum sulfuricum powoduje powstanie białkanu miedziowego w postaci luźnego, drobnego nalotu, ograniczającego się tylko do powierzchni. Wywiązujący się natomiast kwas siarkowy drąży w głąb tkanki i powoduje ścinanie się białka komórkowego, pod warunkiem, że nie zobojętniła go przedtem zawarta w cieczy łzowej sól kuchenna. Główne znaczenie w leczeniu jaglicy zawdzięcza siarkan miedziowy swemu chemicznemu powinowactwu do wydzielanych przez spojówkę substancyj śluzowych. Siarkan miedziowy podany w nadmiarze strąca istoty śluzowe z całą pewnością; działa tem lepiej i pewniej im większy nadmiar jego znajduje się w cieczy łzowej. Dlatego też najlepiej używać go *in substantia*. Trwałe

używanie siarkanu zapobiega tworzeniu się komórek kubkowych w przybłonku i ogranicza w wysokim stopniu wytwarzanie się śluzu.

Plumbum aceticum tworzy w połączeniu z białkiem również luźny, drobnoziarnisty białkan ołowiu. Wydzielający się przy jego powstaniu kwas octowy nie jest wcale czynnym z powodu równoczesnej obecności cieczy łzowej. Działanie soli ołowiowych jest przeważnie ściągające i polega na zgęszczeniu płynnych i śluzowych wytworów zapalenia

Sublimat białkanów nie tworzy, działanie jego odkażające ogranicza się tylko na powierzchnię.

Objawy podrażnienia spostrzegane po zastosowaniu soli metali ciężkich są następstwem działania kwasów; białkany metali zaś wywołują działanie, ściągające i uspokajające.

Zeszyt 63. 1905. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

Pozagałkowe współczulne zapalenie nerwu wzrokowego. (Ein Fall von Neuritis retrobulbaris sympathica). A. Consiglio.

Przy rozsadzaniu skał dynamitem wybuch naboju poranił twarz robotnikowi, kaleczące mu oko lewe tak znacznie, że przyszło wkrótce do zaniku gałki z zupełną utratą poczucia światła. Gdy chory w pięć tygodni po wypadku zgłosił się do wiedeńskiej kliniki okulistycznej Prof. Fuchsa, oko lewe było znacznie pomniejszone, górą wzdłuż rąbka przebiegała głęboka blizna, rogówka zachowała częściowo przeźroczystość, cała jednak była usiana drobnymi, tkwiącymi w jej miąższu kawałeczkami kamienia, gałka była miękka, niebolesna i zupełnie oślepła. Prawe oko blade, prawidłowych rozmiarów, rozróżniało palce tylko w bliskości. W rogówce widać było liczne, w miąższ wbite, odpryski kamienne, kilka kawałeczków tkwiło także w tęczówce, która w jednem miejscu była przedziurawioną. Soczewka przeźroczysta, natomiast w ciele szklistem liczne drobne pyłki kamienne. Dno oka, z wyjątkiem bladości skroniowej połowy tarczy, bez zmian. Pole widzenia zwężone współśrodkowo, a prócz tego *scotoma centrale absolutum* dla wszystkich barw.

Atroficzną gałkę lewą wyłuszczono; badanie mikroskopowe wykazało prócz zmian bezpośrednio wywołanych wybuchem dość znaczne nacieczenie tarczy nerwu wzrokowego. Co do oka prawego objawy wskazują na przebyte pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego. Autor zapytuje się, czy to zapalenie mogło być bezpośredniem następstwem uszkodzenia oka prawego, czy też należy je uważać za postać zapalenia współczulnego. Przeciw pierwszemu przypuszczeniu przemawia okoliczność, że ani siatkówka, ani na-

Bistriktskrankenhaus
LUBLIN

czyniówka, ani tarcz nerwu wzrokowego nie okazywały żadnych śladów bezpośredniego urazu, jakkolwiek bliżej są położone, niż część nerwu pozagałkowa.

Stan natomiast oka lewego, oraz badanie mikroskopowe tegoż, pozwalają przypuszczać, że oko to stało się punktem wyjścia sympatycznego zapalenia nerwu wzrokowego prawego. O ile *papillitis sympathica* nie należy do wielkich rzadkości, o tyle *neuritis retrobulbaris*, na tle sympatycznem, zdarza się bardzo wyjątkowo. Autor znalazł w literaturze jedno tylko spostrzeżenie podobne opisane w r. 1894 przez Rosenmayera.

Długa przerwa między miąższowem zapaleniem rogówki prawego i lewego oka. (Langes Intervall zwischen der Keratitis parenchymatosa des rechten und linken Auges). Dr A. Consiglio.

Do wiedeńskiej IIgiej kliniki okulistycznej zgłosił się 44letni mężczyzna z powodu zapalenia oka lewego. Badanie stwierdziło typowe zapalenie miąższowe rogówki, a z wywiadów dowiedziano się, że chory w 18. roku życia, t. j. przed 26 laty, przechodził takie same zapalenie na oku drugiem, po którem zresztą pozostały w miąższu rogówkowym delikatne, znamienne zaćmienia. Poza cierpieniem ocznem lekkie tylko przytępienie słuchu prawego ucha przemawiało poniekąd za kiłą wrodzoną. Żadnych jednak innych znamion, ani dziedzicznej, ani nabytej kiły nie znaleziono. Anamnezie również nic dodatniego w tym kierunku nie wykazano. Jakkolwiek często się zdarza, że zapalenie miąższowe rogówki na jednem oku wyprzedza mniej lub więcej długi okres czasu zajęcie rogówki drugiego oka, to jednak autor ogłasza powyższe spostrzeżenie ze względu na przerwę rzeczywiście wyjątkowo długą, jakiej dotąd w literaturze jeszcze nie opisano.

W sprawie etyologii krupowego zapalenia spojówki. (Zur Ätiologie der Conjunctivitis cruposa). Dr W. Christ.

Etyologia krupowego zapalenia spojówki okazuje się w miarę coraz to dokładniejszych badań bakteryologicznych coraz bardziej wieloraką i niejednostajną. Mimo zasadniczych różnic między zapaleniem tem, a typowym obrazem błonicy spojówki, prątek Loefflerowski może z jednej strony być wykazanym w wydzielinie spojówki dotkniętej zapaleniem krupowem, jak, z drugiej strony, brak go często w przypadkach przebiegających pod postacią dyfteryi spojówkowej. Prócz tego podano cały szereg mikrobów, mogących samodzielnie wywołać zarówno krupowe, jak i błonnicze

zapalenie oka. Autor opisuje pięć własnych spostrzeżeń, dotyczących dzieci, u których zapalenie spojówki przebiegało pod postacią typowego krupu, gdzie spojówka pokrywała się w całości miękką szarą błonką, dającą się zdjąć w całości i bez krwawienia. W kilku przypadkach przyszło do lekkiego zaćmienia rogówki, a we wszystkich obrzmiały był gruczoł przyuszny. Badanie bakteryologiczne wykazało w jednym przypadku obecność prątka dyfterycznego, w jednym znowu o najbardziej ciężkim przebiegu szczepienie na pożywkach dało czystą hodowlę pneumokoków. U innych znaleziono gronkowce, paciorkowce lub dwoinki. Ze spostrzeżeń swych wnioskuje autor, że *conjunctivitis cruposa,* jakkolwiek stanowi jednolity obraz kliniczny, to jednak pod względem etyologii nie posiada już tej jednolitości. Badanie bakteryologiczne jest jednak w każdym przypadku bardzo pożądanem, choćby ze względu na leczenie, które może być skutecznie poparte przez wstrzyknięcie surowicy przeciwdyfterytycznej, w razie obecności prątków Loefflera, a surowicy Roemera, w przypadkach z pneumokokami, gdzie rokowanie jest właśnie najmniej pomyślne.

Trachoma Cycerona. Pliniusa młodszego i Horacego. (Trachom des Cicero, Plinius und Horatius). C. Fukala z Nowego Yorku.

Uwagi krytyczne o powyższym artykule. (Zusatz zu dem Artikel des Dr C. Fukala). Wegehaupt, dyrektor gimnaz. w Hamburgu.

Nie ulega wątpliwości, że jaglica jest plagą trapiącą ludzkość od niepamiętnych czasów. Rozprzestrzenienie jej geograficzne jest dziś bardzo niejednostajne tak, że są kraje szczęśliwe, gdzie jej niema wcale (n. p. Szwajcarya), i okolice takie, gdzie cierpią na nią wszyscy prawie krajowcy (n. p. Egipt). W krajach, gdzie grasuje pomimo wszelkich usiłowań stłumienia epidemii daleką jest od wygaśnięcia. Autor zwraca uwagę, że w starożytnym Egipcie znaną była ta choroba, jak o tem świadczą przepisy jej leczenia zawarte w papyrusie Ebersa. Plato, Arystofanes i Hippokrates opisują w swych dziełach ten rodzaj zapalenia oczu. Fukala w wymienionej pracy przytacza liczne ustępy z listów i dzieł Cycerona, Horacego i Pliniusa młodszego, z których wynika, że sławni ci mężowie cierpieli na przewlekłe zapalenie oczu, przeszkadzające im wielce w ich zajęciach. Cycero w kilku miejscach przyznaje, że listów sam pisać nie może i musi je dyktować *propter lippitudinem* (tak nazywali Rzymianie jaglicę, gdy u Greków nosiła ona nazwę ophthalmia). Kilkakrotnie też w swych listach

skarży się Cycero na nieznośne bóle oczu, które mu w nocy sen odejmowały, Podobne skargi znajdujemy także w pismach Pliniusa młodszego, a i Horacy, w niektórych ze swych satyr, czyni alluzyę do własnego cierpienia oczu. Fukala wyraża przekonanie, że wśród ludności rzymskiej w pierwszym wieku przed Chr. jaglica musiała być bardzo rozpowszechnioną. Jeśli ludzie tak wysoko położeni, i opływający w dostatki, jakimi byli Cycero, Plinius i Horacy, dotknięci byli tą zaraźliwą chorobą, to można sobie wyobrazić, jak się ona szerzyć musiała wśród ubogich warstw ludności Rzymu. O rozpowszechnieniu chorób ocznych świadczy u Rzymian także i ta okoliczność, że w owych czasach praktykowali już liczni specyaliści wyłącznie w zakresie tych chorób.

Historyczna ta notatka Dra Fukali spotkała się z uszczypliwą krytyką dyrektora gimnazyum, p. Wegehaupta z Hamburga, który, nie przesądzając zdania, jakie wypowiedzą okuliści o przypuszczeniach Fukali, co do rodzaju choroby ocznej Cycerona, Pliniusa i Horacego, wytyka jednak Fukali ze stanowiska filologicznego liczne błędy w tłumaczeniu i pojmowaniu przytaczanych ustępów z pism wymienionych autorów. Uwagi Hamburskiego filologa, niewątpliwie słuszne pod względem gramatycznym, zdają się jednak w niczem nie osłabiać głównej treści wywodów Fukali, stanowiących ważny i ciekawy przyczynek do historyi okulistyki *).

Czyrak mięska łzowego. (Ein Furunkel der Caruncula lacrymalis). Dr M. Richter.

Na wstępie streszcza autor pokrótce nasze wiadomości o anatomicznej budowie i anatomii patologicznej mięska łzowego. Wiadomości te zawdzięczamy pracom ogłoszonym w ostatnim dziesiątku lat, dawniej bowiem mięsko łzowe mało na siebie zwracało uwagi autorów. *Caruncula lacrymalis* stanowi, jak wiadomo, małą wysepkę skórną z włoskami, gruczołami łojowymi i potnymi; może zatem podlegać takim samym zmianom co skóra. Stosunkowo często spo-

*) I z okulistycznego stanowiska daje ciętą odprawę autorowi amerykańskiemu znany ze swych prac historycznych prof. Magnus. Jeżeli Wegehaupt o pracy Fukali powiada »philologisch kann die Arbeit nur als verfehlt bezeichnet werden«, to Magnus w następnym numerze tegoż czasopisma z okulistycznego stanowiska wykazuje, że zupełnie niewłaściwem byłoby wyraz *lippitudo* u pisarzy łacińskich odnosić do trachoma, a można to uczynić tylko wtenczas, jeżeli starożytny autor wyraz ten objaśnił opisem klinicznego obrazu chorobowego, odpowiadającego jaglicy. Magnus kończy zaś wywody uwagą: »also es bleibt dabei, wir haben Cicero Plinius u. Horaz. gegenüber auch nicht den geringsten stich haltigen Grund die Diagnose auf »Trachom« stellen zu dürfen". *W.*

strzegano w ostatnich czasach zmiany guzkowe, mięska łzowego w przebiegu drugorzędnej kiły. Opisane są także przypadki pierwotnego wrzodu kiłowego, oraz utworów kilakowych, zajmujących samo mięsko łzowe. Wszystkie te zmiany ustępują szybko pod wpływem leczenia swoistego.

Autor miał sposobność we wiedeńskiej klinice okulistycznej Prof. Fuchsa, widzieć przypadek typowego czyraka usadowionego na mięsku łzowym u czeladnika stolarskiego, który na trzy dni przed wystąpieniem zapalenia, zakalił sobie kącik oka wiórem drzewa. Czyrak, zajmujący mięsko nie różnił się niczem od czyraków spotykanych, gdzieindziej na skórze, tylko że obecnością swą spowodował bardzo znaczny, obrzęk powiek i przekrwienie spojówki. Pod wpływem okładów z płynu Burowa czyrak pękł, a po usunięciu ropy i zmartwiałej tkanki sprawa szybko goić się poczęła. Badanie bakteryologiczne wykazało obecność gronkowców, paciorkowców i prątków kserozy. Na płytce wyrosły tylko streptokoki.

O jednostronnej zaćmie warstwowej. (Über Cataracta perinuclearis unilateralis). Dr W. Stein.

Przypadki jednostronnej zaćmy warstwowej zdarzają się rzadko Autor znalazł w literaturze zaledwie kilka opisanych spostrzeżeń; po części były to zaćmy urazowe, występujące w tej niezwyczajnej postaci. We wiedeńskiej klinice okulistycznej spostrzegano w ostatnich czasach pięć podobnych przypadków u osobników młodych. W pierwszym przypadku zaćma warstwowa była niewątpliwem następstwem urazu. Została stwierdzoną we dwa tygodnie po skaleczeniu oka odpryskiem kapsli, po wyjęciu tejże i po wessaniu krwi z przedniej komory i z ciała szklistego. Dla wyjaśnienia powstania takiej typowo wyglądającej zaćmy warstwowej pod wpływem urazu nadaje się, zdaniem autora, najbardziej teorya Arlta, wedle której zaćma warstwowa samoistna wytwarza się u dzieci rachitycznych podczas ogólnych drgawek, którym towarzyszą chroniczne skurcze ciała rzęskowego. Skurcze te powodują przesunięcie powierzchownych warstw soczewki wierzchnich wobec głębszych, i to daje powód powstaniu zaćmy warstwowej. W trzech następnych przypadkach jednostronna zaćma warstwowa była powikłana blizną rogówkową, z wrośnięciem tęczówki i ze środkowem zaćmieniem przedniej torebki soczewki.

Tu można sobie tłumaczyć zaćmienie warstw przyjądrowych w następujący sposób: gdy u dziecka po pęknięciu wrzodu rogówkowego soczewka przednią swą torebką przylgnie do powstałego otworu w rogówce, powstaje w miejscu zetknięcia zaćmienie i zgru-

bienie torebki, może jednak przyjść do całkowitego zaćmienia soczewki. Gdy potem wrzód się zagoi, wytwarzają się w soczewce w miarę dalszego wzrostu, ciała i oka temsamem, nowe, przeźroczyste włókna pod torebką, a pierwotne zaćmienie zajmuje obecnie warstwę przyjądrową. Ostatni przypadek (piąty) jest najciekawszy, ponieważ powstanie jednostronnej zaćmy warstwowej na oku lewem przy zupełnie przeźroczystej soczewce oka prawego można było odnieść tylko do drgawek, jakie miał mieć chory podczas ząbkowania, wiadomo zaś, że z takiej przyczyny powstająca katarakta *zonularis* z reguły występuje na obu oczach.

Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych? H. Frenkel. (Odbitka z »Gazety Lekarskiej«).

W jednej ze swych dawniejszych prac starał się autor, na podstawie całego szeregu własnych spostrzeżeń, udowodnić istnienie pierwotnej nierówności źrenic u ludzi zupełnie zdrowych. Wnet jednak pojawiły się artykuły, Dra Bychowskiego w »Gazecie Lekarskiej« i Dra Schaumanna w »Zeitschrift Klin. Medizin«, w których autorowie ci poddają ostrej krytyce wywody Frenkla, wykazując, że osoby, u których spostrzegał nierówność źrenic, nie były zupełnie zdrowe, i że u wszystkich dokładniejsze badanie byłoby wykazało materyalną przyczynę anizokoryi. Bychowski wypowiada przekonanie, że fizyologiczna anizokorya wcale nie istnieje i że trzeba tylko szukać a zawsze się znajdzie patologiczny powód dla rozszerzenia jednej źrenicy a zwężenia drugiej. Obecny artykuł Dra Frenkla jest odpowiedzią na czynione mu zarzuty. Wprawdzie w niektórych przypadkach przez niego ogłoszonych były niektóre zaburzenia chorobowe, ale z tego jeszcze nie wynika, żeby anizokorya miała być ich następstwem. Właśnie w dawniejszej swej pracy przytoczył on powody, dla których związek przyczynowy w tych przypadkach należy wykluczyć. Zdaniem jego istnienia pierwotnej anizokoryi, którą nazywa anizokoryą morfologiczną, nie można zaprzeczyć, jest to taka sama anomalia wrodzona, jak np. nierówność małżowin usznych. Przytacza on nowe przypadki od szeregu lat już spostrzegane, odnoszące się po części do kolegów lekarzy. W przypadkach tych zgoła żadnej patologicznej dla nierówności źrenic wykazać nie można, ani obrzmienia gruczołów szyjnych, ani zajęcia szczytów płuc, ani tętniaka aorty, ani przebytej kiły, ani urazu, ani żadnej innej, ze znanych przyczyn anizokoryi. Zresztą stan źrenic od szeregu lat utrzymuje się bez zmiany i nie przystępują żadne nowe objawy. Autor podnosi, że naukowe udowo-

dnienie istnienia anizokoryi morfologicznej ma także i praktyczne znaczenie, bo u lekarzy powszechna panuje skłonność na widok nierównych źrenic wysnuwać tysiączne przypuszczenia. Z drugiej strony należy w każdym przypadku oczywiście badać jak najdokładniej, i dopiero wtedy przyjmować anizokoryę, jako morfologiczną, gdy dla niej żadnych patologicznych podstaw wykazać nie można, zwłaszcza wobec tego, że chorzy najczęściej podać nie umieją, czy mają od urodzenia nierówne źrenice, czy też stan ten później wystąpił.

O pierwotnym skurczu w obrębie nerwu twarzowego z nieustannymi ruchami włókienkowymi. (Myokymia). Dr H. Frenkel z Tuluzy.

Autor opisuje niezwykły przypadek pierwotnego skurczu w obrębie mięśni zaopatrzonych przez nerw twarzowy. Objawem, towarzyszącym temu skurczowi, były nieustanne drgania włókienkowe niektórych mięśni, zwłaszcza w okolicy podoczodołowej. Przypadek dotyczył 22letniej kobiety, która była leczoną w tuluzańskiej klinice okulistycznej z powodu głębokiego zapalenia rogówki oraz zapalenia tęczówki oka lewego. W czasie, gdy pod wpływem wcierań szarej maści podstawa chorobowa zupełnie już prawie ustępowała i rogówka już się wyjaśniła, zauważyła chora uczucie naprężenia w lewej połowie twarzy i spostrzegła w zwierciedle zupełną zmianę wyrazu twarzy. Badanie wykazało stały skurcz wszystkich mięśni, zostających pod wpływem lewego nerwu twarzowego. Z tego powodu szpara powiekowa zmniejszona, bruzda nosowa goła, po lewej stronie silnie naznaczona, lewy kącik pusty, podciągnięty na lewo i ku górze. Cała lewa strona twarzy wydaje się jakby spuchnięta. Prócz tego zauważyć się daje pod lewą powieką drżenie skóry spowodowane włókienkowymi skurczami mięśni tej okolicy. Drżenie to jest nieustanne. Żałować tylko wypada, że autor nie przekonał się, jak się rzecz miała podczas snu. Pobudliwość mechaniczna mięśni dotkniętych skurczem okazała sią zwiększoną, natomiast pobudliwość na prąd przerywany przeciwnie zmniejszoną; badanie prądem stałym nie wykryło zmian jakościowych. Mimo, że sprawa zapalna w rogówce i tęczówce już była na wyleczeniu, autor zrobił jeszcze chorej 8 wstrzyknięć miąższowych będźwinianu rtęciowego, poczem skurcz mięśni zupełnie ustąpił. Mimo tego sprawy etyologii cierpienia nie chce autor przesądzać.

K. W. Majewski.

Obecny stan naszych wiadomości o odżywieniu i o zaburzeniach odżywienia soczewki. (Ueber unsere heutigen Kentnisse der Ernährung und Ernährungsstörungen der Linse). E. Zirm z Ołomuńca. (Wiener Klin. Wochenschrift. 1905. Nr 12).

Soczewka oka jest, jak wiadomo, odsznurowaną częścią zewnętrznego listka zarodkowego (ektodermy), jest ona więc utworem przybłonkowym. Błona naczyniowa, doprowadzająca także i nerwy nie istnieje już u człowieka w stanie prawidłowym, w chwili urodzenia. Pozbawiona naczyń, zdaną jest soczewka na odżywienie, jakiego jej dostarczają płyny, wśród których się znajduje, z tego powodu jakość i skład cieczy wodnych wpływają przeważnie na stan odżywienia soczewki. Dowóz składników odżywczych odbywa się głównie w częściach równikowych, tam bowiem odbywa się ciągła odnowa włókien przeźroczystych soczewki, w miarę, jak jej jądro ulega stopniowemu stwardnieniu. Ta skleroza jądra soczewkowego przedstawia analogię ze zrogowaceniem powierzchownej warstwy przybłonka skóry. Powstawanie nowych włókien w soczewce odbywa się jeszcze przez długi czas po skończeniu wzrostu całego organizmu. Odbywa się bowiem równolegle ze sprawą stwardnienia jądra. Z tego powodu waga soczewki powiększa się stale, we wieku starczym, według Lebera, wynosi o 30% więcej niż w czasie ukończenia wzrostu ciała. Odżywienie soczewki odbywa się drogą endosmozy; przyczem torebka soczewki jest fizyologicznym regulatorem ilości wchłanianych cieczy i soli. Gdy w wieku starczym skleroza jądra daleko się posunie i warstwy obwodowe z powodu skurczenia się jądra odkleją się, niejako powstają próżnie, dające początek zaćmieniu pierścieniowatemu, przebiegającemu obwodowo, w pobliżu równika. Zaćmienie to nazwał Ammon *gerontoxon lentis*. Posiadają je niemal wszyscy ludzie, co przekroczyli 80. rok życia. Jest to zmiana, leżąca na pograniczu stanu prawidłowego i patologicznego. Jeżeli wcześniej powstanie i dalej się posunie, wtedy prowadzi do wytworzenia się zaćmy starczej.

Zaburzenia patologiczne w odżywieniu soczewki prowadzą nieuchronnie do jej zaćmienia. Tu pierwszorzędną rolę odgrywa zmieniony skład cieczy wodnej, z drugiej strony jednak uszkodzenia torebki soczewkowej stanowią także często czynnik decydujący. Autor przytacza cały szereg teoryi, służących do objaśnienia patogenezy różnych postaci zaćmy. Co do zaćmy cukrzycowej przypuszczano z początku, że zawartość cukru w cieczy wodnej jest powodem dehydratacyi i zaćmienia soczewki. Deutschmann wykazał jednak zapomocą doświadczeń na zwierzętach, że ciecz wodna musi zawierać co najmniej 5% cukru, żeby przyszło do zaćmienia

soczewki, gdy tymczasem w najcięższych nawet postaciach *diabetes* ilość cukru w cieczy wodnej nie dochodzi do 0·5%, a w ciele szklistem do 0·6%. Zdaniem Deutschmanna i innych autorów, bezpośrednią przyczyną zaćmy cukrzycowej jest zmiana przybłonka torebkowego pod wpływem toksyn, jakie się w ustroju cukrzycowym wytwarzają. Podobnie objaśniają dziś związek białkomoczu z powstaniem zaćmy. Obszernie omawia autor genezę katarakty u robotników hut szklannych, gdzie działa wysoka ciepłota, wreszcie zaćmy warstwowej pod wpływem ogólnych drgawek. Sam miał sposobność w ostatnich czasach operować 6 przypadków zaćmy warstwowej u osób młodych, dotkniętych tężyczką (tetania). Z tego 4 przypadki odnosiły się do kobiet ciężarnych, które cierpiały na tężyczkę i w jej przebiegu utraciły także włosy, oraz paznokcie u rąk i nóg. Koincydencye te ze zaćmą warstwową objaśnia autor embryologicznem pokrewieństwem tworów przybłonkowych, jakimi są włosy i paznokcie ze soczewką oka.

K. W. Majewski.

III. ROZMAITOŚCI.

Elektryczne leczenie jaglicy nie ma wedle zdania wypowiedzienego przez Bishop-Harmaa na rocznym zebraniu tow. British Medical Association żadnego korzystnego wpływu. Wobec wszelakich zachwalań stosowano w Midlesex Hospital prądy o wysokiem napięciu, promienie Roentgena i radium, ale mimo cierpliwości chorych i konsekwencyi lekarzy zaznaczano tylko pogorszenia. Na bezskuteczność radium wskazaliśmy już w »P. O.« Nr 6. Pokazuje się zawsze znowu, iż polecenia nawet ogłaszane w prasie lekarskiej przyjmować trzeba z wielką oględnością. Dodajemy, że najskuteczniejszem, bo najprędzej działającym w przypadkach jaglicy spojówki zabiegiem okazała nam się zawsze galwanokaustyka. *W.*

IV. KRONIKA ŻAŁOBNA.

Tajny radca Dr W. Hess, przyjaciel Graefego, ojciec znanego z prac naukowych prof. Hessa z Wyzburga, zmarł w końcu sierpnia w Moguncyi.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE *WSPÓŁUDZIAŁEM* PP.: DRA BABINSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Listopad · ROCZNIK SIÓDMY · 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Nowy przyczynek do ametropometryi.

Podał

DOC. DR K. W. MAJEWSKI.

W styczniu b. r. opisałem w Post. Okul.*) modyfikacyę ametropometru, opartego na zasadzie podanej przez Le Méhauté. Przypominam pokrótce, że odmiana ta zasadza się głównie na umieszczeniu przed otworkami stenopeicznymi dwóch barwnych szkiełek cylindrycznych i na dodaniu trzeciej małej dziurki w środku, niezasłoniętej szkłem wcale. Dzięki temu urządzeniu badany, patrząc przez te otworki ku odległemu punktowi świecącemu, widzi, w razie ametropii przez dziurkę środkową punkt świecący bez zmiany, a po jego obu stronach dwie smugi barwne, czerwoną i zieloną, wytworzone działaniem kolorowych szkieł cylindrycznych, zasłaniających boczne otworki.

*) K. W. Majewski: »O ametropometryi i astygmoskopii«, Post. Ok. 1905. Nr 1.

Wiadomo, że w razie myopii, ułożenie barwnych promieni musi być zgodne z ułożeniem barwnych szkiełek w przyrządzie, a w razie hypermetropii ustawienie promieni jest odwrotne, t. z. promień czerwony stoi po stronie otworu, opatrzonego szkłem zielonem *et vice versa*. Nakoniec, jeśli oko jest miarowe, wtedy widzi jedną smugę świetlną o barwie mieszanej, przechodzącą przez sam środek punktu świecącego.

Chcąc oznaczyć stopień ametropii musimy ją wyrównać zapomocą odpowiedniego szkła, wstawionego pomiędzy oko, a płytkę ametropometru. Wtedy obie boczne barwne smugi zlewają się w jednę, jak przy emmetropii.

Wynika z tego konieczność kolejnej zmiany soczewek przed okiem badanem, jak przy każdym doborze szkła wyrównawczego. To stanowi ujemną stronę tego sposobu badania, który wymaga do oznaczenia refrakcyi nie wiele co krótszego czasu, jak zwyczajna metoda Donders'a doboru szkieł. W znacznej mierze zmniejsza tę niedogodność i skraca badanie opisane we wspomnianej pracy połączenie płytki ametropometru z tarczą Rekoss'a Mortonowskiego wziernika refrakcyjnego. Urządzenie to oczywiście oddaje bardzo dobre usługi, ale i ono może podlegać krytyce, mianowicie ze względów ekonomicznych. Nie każdy okulista ma do rozporządzenia zapasowy wziernik refrakcyjny, a jedynym własnym oftalmoskopem z pewnością nie zechce się dzielić ze swym ametropometrem; łączenie zaś i rozbieranie każdorazowe obu przyrządów pociąga jednak za sobą niedogodność i pewną stratę czasu. Z tych powodów już we wspomnianej pracy napomknąłem, że szukam za sposobem, który by pozwolił ametropometrycznie oznaczyć refrakcyę bez kolejnego przedkładania przed oko badane całego szeregu szkieł wyrównawczych.

Ze znanego powszechnie doświadczenia Scheinerowskiego wynika, że tesame zmiany obrazu stenopeicznego, wytworzonego przez płytkę ametropometru, co przy emmetropii, myopii i hypermetropii, można uzyskać także przez to, że się punkt świecący umieszcza kolejno bądź w punkcie dali wzrokowej badanego oka, bądź przed tym punktem, bądź za nim.

i jest rzeczą obojętną, czy mamy do czynienia z rzeczywistym punktem dali wzrokowej, zależnej od myopii oka badanego, czy też jest to punkt sprzężony ze środkiem siatkówki, zapomocą napięcia akomodacyi, lub wreszcie punkt nastawienia oka badanego zamienionego sztucznie na krótkowzroczne zapomocą odpowiedniego szkła wypukłego. W każdym z tych przypadków, jeśli otwór świecący ustawimy dokładnie w naturalnej, czy sztucznie utworzonej ogniskowej oka badanego, obydwa promienie barwne zlane w jeden promień będą przechodzić przez środek punktu świecącego, oko bowiem zachowuje się w tej chwili wobec przedmiotu bliskiego tak, jak oko miarowe wobec przedmiotów odległych. Jeśli punkt świecący umieścimy między *punctum remotum* a okiem, wtedy oko zachowa się względem niego jak nadmiarowe, promienie barwne rozejdą się i ustawią się odwrotnie, jak kolorowe szkiełka w przyrządzie. Jeśli wreszcie punkt świecący wysuniemy poza *punctum remotum*, wtedy oko zachowa się jak niedomiarowe i zobaczy dwa barwne promienie w ustawieniu zgodnem. Wynika z tego, że przez zbliżanie i oddalanie punktu świecącego od oka, spoglądającego przez otworki ametropometru, można oznaczyć położenie punktu dali wzrokowej.

Oznaczanie refrakcyi przez wyszukiwanie położenia punktu dali wzrokowej jest w okulistyce bardzo rozpowszechnione. W pierwszym rzędzie sposób ten nadaje się szczególnie do przypadków wyższych stopni myopii, w których *punctum remotum* znajduje się w niewielkiej odległości przed okiem. Ale i w innych przypadkach sposób ten może znaleść zastosowanie. Czy bowiem zachodzi hypermetropia, czy emmetropia, czy myopia małego stopnia, toć możemy zapomocą odpowiedniego szkła wypukłego wytworzyć silniejszą myopię sztuczną, a temsamem przyciągnąć niejako *punctum remotum* na małą odległość przed oko badane.

Na tem zasadza się podana przez prof. Wicherkiewicza metoda oznaczania refrakcyi wszelakiego rodzaju i stopnia zapomocą druków Jaegera lub Snellena. Jeden przykład wystarczy do objaśnienia tej metody. Mając podejrzenie,

że zachodzi hypermetropia, zakładamy przed oko badane soczewkę +8 D. i oznaczamy największą odległość, na jaką druk drobny może być jeszcze czytany. Przypuszczam, że znaleźliśmy odległość 25 cm. Oko zachowuje się więc jak krótkowzroczne, o myopii wynoszącej 4 D. Wynika z tego jasno, że hypermetropia oka badanego wynosi 4 D, połowa bowiem siły użytej soczewki została zużytą na wyrównanie tej hypermetropii, gdy druga połowa stworzyła sztuczną myopię = 4 D.

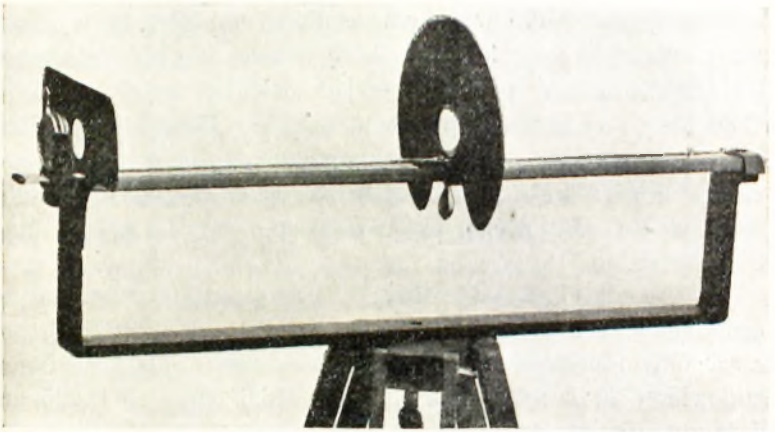
Rozumie się samo przez się, że koniecznym warunkiem dla dokładnego oznaczenia refrakcyi jest tutaj zupełne zwolnienie akomodacyi ze strony osoby badanej, co nie zawsze jest rzeczą łatwą do osiągnięcia. Zupełnie takiego samego sposobu używamy, oznaczając refrakcyę przedmiotowo zapomocą skiaskopii na odległość zmienną *(dietantia labilis)*. i tutaj staramy się zapomocą odpowiedniego szkła ustawionego przed okiem badanem umieścić *punctum remotum* w odległości najdogodniejszej do badania, a zatem zbliżyć je do oka, jeśli jest bardzo odległe, lub poza okiem badanem położone, co uskuteczniamy zapomocą szkieł wypukłych, lub oddalić je od oka wrazie wysokiej myopii, zmniejszając takową zapomocą szkła wklęsłego.

W każdym przypadku po wyszukaniu drogą skiaskopii położenia uchwyconego w ten sposób *punctum remotum*, i po obliczeniu odpowiadającego mu stopnia myopii odliczamy siłę użytej soczewki i uzyskujemy stopień rzeczywistej wady refrakcyi.

Zupełnie ten sam sposób postępowania zastosowałem do oznaczania refrakcyi zapomocą ametroponetru. Przy pierwszych próbach używałem jako punktu świecącego małej ręcznej lampki elektrycznej, zbliżając się z nią i oddalając od osoby badanej, i zapytując ją, kiedy dwa barwne promienie nakrywają się dokładnie i przechodzą przez punkt środkowy. Jeśli się to stało w odległości 2 m, to odpowiada to myopii = 0,5 D rzeczywistej lub zapomocą szkła sztucznie wytworzonej. Próby te jednak nie wypadały po mej myśli, ze silnem bowiem stosunkowo światłem lampki elektrycznej nie można się było zbytnio zbliżać do ametroponetru i trzeba się było ograniczać do więk-

szych odległości ogniskowych, co niekorzystnie wpływa na dokładność obliczenia rzeczywistej refrakcyi, zresztą zbliżanie się i oddalanie z lampką w ręku stanowiło dla badanego silną pobudkę do akomodacyi.

Trzeba było zatem obejrzeć się za innym sposobem rozwiązania trudności. Sądzę, że zadaniu temu odpowie przyrząd który możnaby nazwać *remotometrem* i który się składa z następujących części (ryc. 1):



Rycina 1.

Na trójnogu, podobnym do tych, jakich się używa do aparatów fotograficznych, umieszczona jest poziomo linijka drewniana 50 cm długa, podparta na obu swych końcach prostokątnie zgiętym prętem metalowym, który środkową częścią przytwierdzony jest mocno do nasady trójnogu. Na jednym końcu linijki umieszczona jest opisana wyżej płytka ametropometru z trzema otworkami stenopeicznymi i dwoma barwnymi cylindrami. Płytkę tę można w całości okręcać i linię łączącą otworki stenopeiczne ustawiać równolegle do różnych osi astygmatyzmu, jeśli takowy zachodzi. Przed płytkę wstawić można w półksiężycowate widełki soczewkę z kasety okulistycznej tak, że oko badane spoglądając przez otworki ametropometru w kie-

runku drewnianej linijki, patrzy w danym razie przez tę soczewkę. Na tymże końcu przyrządu znajduje się także czarna płytka, służąca do zasłonięcia, podczas badania, drugiego niebadanego oka. Linijka opatrzona jest podziałką, ale podziałka ta nie jest wyrytą na niej, tylko na metalowym pasku, leżącym w płytkiej rynience, przebiegającej środkiem linijki. Pasek ten trochę sztywny można zapomocą guziczka na końcu umieszczonego przesuwać zlekka wzdłuż rynienki, po pokonaniu słabego tarcia. Koniec paska, znajdujący się przy płytce ametropometru opatrzony jest lekko wyciętem zgrubieniem, które po wysunięciu paska opiera się lekko o skórę poniżej oka, spoglądającego do przyrządu. W tem też miejscu znajduje się 0 podziałki. Cel tego urządzenia łatwo się domyśleć. Chodzi mianowicie o to, żeby miejsce podziałki, odpowiadające znalezionemu *punctum remotum*, wskazywało odległość tegoż od rogówki względnie punktu węzłowego oka badanego, a nie od płytki ametropometru.

Podziałka jest podwójna: z jednej strony znaczone są centymetry, a z drugiej dyoptrye myopii, odpowiadające poszczególnym położeniom *puncti remoti* i tak: odległości 5 cm odpowiada 20 D.; 10 cm — 10 D.; 16,6 cm — 6 D. 25 cm 4 D. itd. Linijka drewniana, a tem samem cały przyrząd wycelowany jest ku punktowi świecącemu (otwór w ekranie okrągły, 1 cm średnicy, oświetlony lampą Nernsta), oddalonemu mniej więcej o dwa metry. Przyrząd cały jest na trójnogu unieruchomiony.

Jednę z głównych części przyrządu stanowi silna płasko-wypukła soczewka wprawiona w otwór czarnej metalowej tarczy o 8mio cm promieniu i wraz z tą tarczą przesuwalna wzdłuż całej linijki zapomocą małej rączki pod linijką do oprawy soczewki przymocowanej. Soczewka, wypukłością swą zwrócona ku punktowi świecącemu, jest oczywiście ściśle ześrodkowaną z płytką ametropometru. Siła soczewki wynosi + 25 D. Możnaby wprawdzie także użyć soczewki silniejszej lub słabszej, później jednak podam powody, dla których tej właśnie siły soczewka wydała mi się najodpowiedniejszą. Zadaniem tej so-

czewki jest wytworzyć rzeczywisty, pomniejszony i odwrócony obrazek punktu świecącego. Obrazek ten powstaje w miejscu ogniska głównego soczewki, o ile promienie od punktu świecącego idące są do równoległych zbliżone. Dla naszej soczewki ognisko to znalazłoby się zatem w odległości 4 cm od środka jej powierzchni płaskiej. Jeśli punkt świecący znajduje się w niewielkiej odległości, wtedy promienie zeń wychodzące padają na soczewkę jako rozbieżne. Z tego powodu wyraźny obrazek punktu wysunie się poza ognisko soczewki i to tem dalej, im bardziej rozbieżne będą promienie, czyli im mniejsza odległość dzieli soczewkę od punktu świecącego. Różnice te mogłyby tu mieć znaczenie wobec tego, że podczas badania soczewkę przesuwa się wzdłuż linijki tam i napowrót, odległość zatem jej od źródła światła, ulega zmianom. Jeśli jednak cały przyrząd ustawiony jest w odległości 2 metrów lub większej od punktu świecącego, wtedy przesunięcia soczewki w obrębie 50 cm linijki powodują bardzo nieznaczne, zaledwie w milimetrach wyrażające się różnice w położeniu powietrznego obrazka, (Luftbildchen) punktu świecącego. Tak małe różnice nie mgą mieć wpływu na dokładność oznaczenia refrakcyi zapomocą naszego przyrządu, zwłaszcza że przy badaniu staramy się zwykle punkt ogniskowy oka umieszczać bądź to w połowie, bądź to w środkowej części, bądź w końcowej części linijki, a unikamy początku podziałki, gdzie *puncta remota*, odpowiadające poszczególnym dyoptryom myopii bardzo są skupione*).

* Gdyby komu zależało na większej dokładności, to z łatwością można rzecz tak urządzić, żeby odległość punktu świecącego od soczewki była stałą i nie ulegała żadnym zmianom, podczas jej przesuwania. Wystarczy po prostu, aby przedmiot t. j. punkt świecący pozostawał przy wszystkich ruchach soczewki w jednakiem i niezmiennem od niej oddaleniu. Wtedy promienie z punktu tego wychodzące będą zawsze z jednaką rozbieżnością padać na soczewką, a wskutek tego i położenie obrazka względem soczewki będzie niezmienne. Aby cel ten osiągnąć, należy do oprawy soczewki przymocować tubus niezbyt długi (np. 20 cm,, którego koniec, zamknięty czarnem denkiem, jest zwrócony ku dużej jasnej lampie, lub nawet ku wpadającemu przez okno światłu dziennemu. W środku

Obrazek punktu świecącego powstaje tuż za ogniskiem głównem soczewki. Do oprawy soczewki przytwierdzona jest wskazówka metalowa, ślizgająca się wraz z nią wzdłuż linijki. Koniec tej wskazówki zwrócony w stronę płytki ametropometru wskazuje stale miejsce, w którem soczewka rzeczony obrazek wytwarza i pozwala z podziałki wprost odczytać odległość tego obrazka do rogówki oka badanego.

Badanie odbywa się w zaciemnionym lub przynajmniej na wpół zaciemnionym pokoju. Przyrząd ustawia się mocno i stale na trójnogu w odległości dwu do trzech metrów od punktu świecącego. Przez odpowiednie rozstawienie trójnogu można linijkę ustawić wyżej lub niżej stosownie do zwrostu osoby badanej, siedzącej zresztą na taburecie dającym się także, w razie potrzeby, przez wykręcenie, podnieść lub obniżyć. Polecamy badanemu zbliżyć oko możliwie jak najbardziej do otworków płytki ametropometru, przyczem drugie oko może pozostać otwarte ponieważ jest zakryte, wspomnianą wyżej, zasłoną. Twarzy nie poleca się wspierać na jakimkolwiek podbródku z powodów, które już w artykule o ametropometryi wyłuszczyłem. Badanego należy pouczyć, że ma oprócz punktu świecącego ku któremu linijka remotometru jest skierowana, widzieć jeszcze dwa promienie pionowe (bo od takiego ustawienia ametropometru zwykle się badanie rozpoczyna) jeden czerwony, drugi zielony, stojące po obu stronach punktu świecącego. Dla uniknięcia pomyłek dobrze jest otworki stenopeiczne ustawiać stale jednako n. p. otworek ze szkiełkiem czerwonem po prawej ręce osoby badanej, otworek zaś ze szkiełkiem zielonem po lewej. W razie, jeśli zachodzi hypermetropia, emmetropia lub myopia poniżej 2 D, wtedy badane oko ujrzy czerwony promień po lewej, a zielony po prawej stronie od światła *(diplopia monocularis cruciata)* i to nawet wtedy, gdy przedmiotową soczewkę (objektyw) remotometru wysuniemy na sam koniec linijki. Zjawisko to łatwo wytłomaczyć, we

denka zrobiony jest mały otworek, który stanowi właśnie ów razem z tubusem i ze soczewką przesuwalny punkt świecący.

wszystkich bowiem wyżej wymienionych stanach refrakcyi *punctum remotum* oka badanego znajduje się poza obrębem linijki, wzdłuż której przesuwa się rzeczywisty obrazek punktu świecącego, trzymający się stale w odległości 4 cm od przesuwalnej soczewki, a to w miejscu, do którego w danej chwili sięga koniec wskazówki. Oko w wymienionych stanach refrakcyi wobec punktu tak bliskiego zachowuje się zatem na wzór oka nadmiarowego, skutkiem czego powstaje, jak to z doświadczenia Scheinera i ze znanych prawideł ametropometryi wynika, dwuwidzenie stenopeiczne skrzyżowane. W razie jeśli oko badane okazuje myopię, przekraczającą 2 D., wtedy obraz stenopeiczny może się przedstawić rozmaicie, zależnie od chwilowego ustawienia przesuwalnej soczewki remotometru. *Punctum remotum* oka badanego znajduje się teraz w jakimś punkcie na linijce przyrządu np. przy Mp. = 4 D. na 25-tym centymetrze podziałki. Jeśli ruchoma soczewka tak jest chwilowo ustawiona, że koniec jej wskazówki czyli powietrzny obrazek punktu świecącego znajduje się poza tem *punctum remotum*, wtedy promienie ukażą się w ustawieniu zgodnem, t. j. czerwony na prawo, a zielony na lewo od światła. Jeśli zaś przesuniemy soczewkę tak, żeby obrazek punktu świecącego znalazł się bliżej oka niż jego *punctum remotum*, wtedy promień czerwony przejdzie na stronę lewą a zielony na prawą *(diplopia crueiata)*. W miarę jak przesuwając tu i tam ruchomą soczewkę zbliżamy się obrazkiem punktu świecącego coraz bardziej do samego *punctum remotum*, odstęp barwnych promieni maleje, a w chwili, gdy koniec wskazówki objektywu znajdzie się na 25-tym centymetrze podziałki, t. j. gdy obrazek rzeczywisty punktu świecącego ustawi się w punkcie dali wzrokowej oka badanego, promienie barwne zleją się w jedną smugę świetlną o barwie mieszanej (złocisto-brunatnej), przechodzącą przez środek punktu świecącego. Zjawisko to jest dla każdego okulisty aż nadto zrozumiałe, nie wymaga zatem z mej strony żadnego wyjaśnienia. W ten sposób jesteśmy w stanie, przesuwając soczewkę ruchomą wzdłuż linijki, lub lepiej, polecając ją przesuwać osobie badanej, oznaczyć położenie punktu dali

wzrokowej oka badanego, pod warunkiem, że punkt ten leży w odległości mniejszej niż 50 cm. Ponieważ chodzi o to, żeby oznaczyć odległość *puncti remoti* nie od początku linijki, lecz od punktu węzłowego oka badanego, więc jak już wyżej wspomniałem, przyrząd posiada podziałkę przesuwalną, którą cofamy zatem zapomocą małego guziczka umieszczonego na jej końcu tak, żeby drugi jej koniec, gdzie się znajduje zero oparł się zlekka o skórę poniżej oka badanego, którego rogówka podczas badania bywa nieraz o 10 do 20 mm. oddaloną od płytki ametropometru. Przy zachowaniu tej ostrożności, możemy ufać, że wskazówka objektywu końcem swym znaczy na podziałce rzeczywistą odległość ogniskową oka badanego.

Jak widać z tego, jeśli mamy do czynienia z myopią, przekraczającą 2 D możemy stopień jej oznaczyć zapomocą remotometru bez użycia jakiegokolwiek szkła korrekcyjnego, li tylko przez wyszukanie położenia punktu dali wzrokowej. Jakżeż jednak mamy postąpić w tych przypadkach, gdzie *punctum remotum* oka badanego leży poza linijką naszego przyrządu, zatem gdy zachodzi słaba myopia, emmetropia, lub hypermetropia? W tych to razach badany widzi barwne promienie w ustawieniu różnoimiennem, czerwony po lewej, zielony po prawej stronie. Nie pozostaje nam tu nic innego, jak zastosować wspomniany wyżej sposób Prof. Wicherkiewicza, względnie naśladować postępowanie jakiego się trzymamy przy skiaskopowaniu na odległość zmienną *(distantia labilis)*. Wstawiamy zatem przed płytkę ametropometru, a zatem między otworki stenopeiczne a oko badane w półksiężycowatą rynienkę, umyślnie tutaj na ten cel umieszczoną, sferyczne szkło wypukłe z kasety okulistycznej. Jak silnem ma być to szkło, na to niema przepisu. Każdy praktyk okulista, obyty ze skiaskopią posiada to czucie, które mu pozwala odrazu wybrać soczewkę, przerzucającą *punctum remotum* na odległość wygodną do badania. Zresztą jeśli pierwsze szkło okaże się za silnem lub za słabem, to już przez to samo jesteśmy poinformowani, jakiem szkłem szkłem zastąpić je należy, ażeby umieścić sztu-

czne *punctum remotum* gdzieś w odległości 10 do 40 cm od oka badanego. I tak gdyśmy np. użyli szkła + 4 D, a badany ustawia wskazówkę remotometru na 25-tym centymetrze podziałki, rozpoznajemy emmetropię; gdy koniec wskazówki zo stał odsunięty do 33 centymetrów, wiemy, że zachodzi Hp = 1 D.; gdy zaś *punctum remotum* znajdzie się np. między 16—17 cm podziałki, wtedy mamy prawo przypuszczać Mp = 2 D. Gdybyśmy się przy użyciu tej samej soczewki przekonali, że po przesunięciu objektywu na sam koniec linijki jeszcze się utrzymuje *diplopia cruciata*, wtedy przypuszczamy znaczniejszą hypermetropię i zamiast + 4 D wstawiamy np. + 10 D. Gdy teraz badany ustawi wskazówkę na 20 tym centymetrze podziałki jako w miejscu, odpowiadającem fuzyi promieni barwnych, to obliczamy z tego, że Hp = 5 D. Aby bliżej poznać całą dyoptrykę remotometryi wystarczy przyjrzyć się uważnie trzem konstrukcyom przedstawionym na rycinie 2.

Przy bardzo wysokiej myopii poleca się wstawić soczewkę wklęsłą, w miarę potrzeby — 5 do — 15 D, ażeby odsunąć od oka *punctum remotum*, zupełnie tak samo, jak przy skiaskopii odsuwamy w takich razach od oka *punctum neutrale*. Czynimy to nietylko dlatego, że wyszukanie punktu ogniskowego blisko oka położonego, przedstawia tak przy skiaskopii, jak przy ametropometryi większe trudności, ale także dlatego, że im bliżej oka, tem gęściej obok siebie ułożone są *puncta remota*, odpowiadające poszczególnym dyoptryom myopii. Gdy mi badany ustawi wskazówkę na 24, 25 lub 26-tym centymetrze podziałki, to w każdym z tych wypadków mogę bez skrupułu przyjąć Mp = 4 D. W pobliżu oka jednak można słusznie powiedzieć *littera docet*, *littera nocet*, każdemu bowiem centymetrowi podziałki odpowiadają, jak wiadomo, znaczne różnice refrakcyi.

Myślałem początkowo także i o tem, aby na wzór niektórych innych optometrów (np. optometru Badala) umieścić przed okiem badanem jako okular stale pewną soczewkę wypukłą, do czego najlepiej się nadaje + 10 D. Wtedy *punctum neutrale* odpowiadające emmetropii leży na 10 tym centyme-

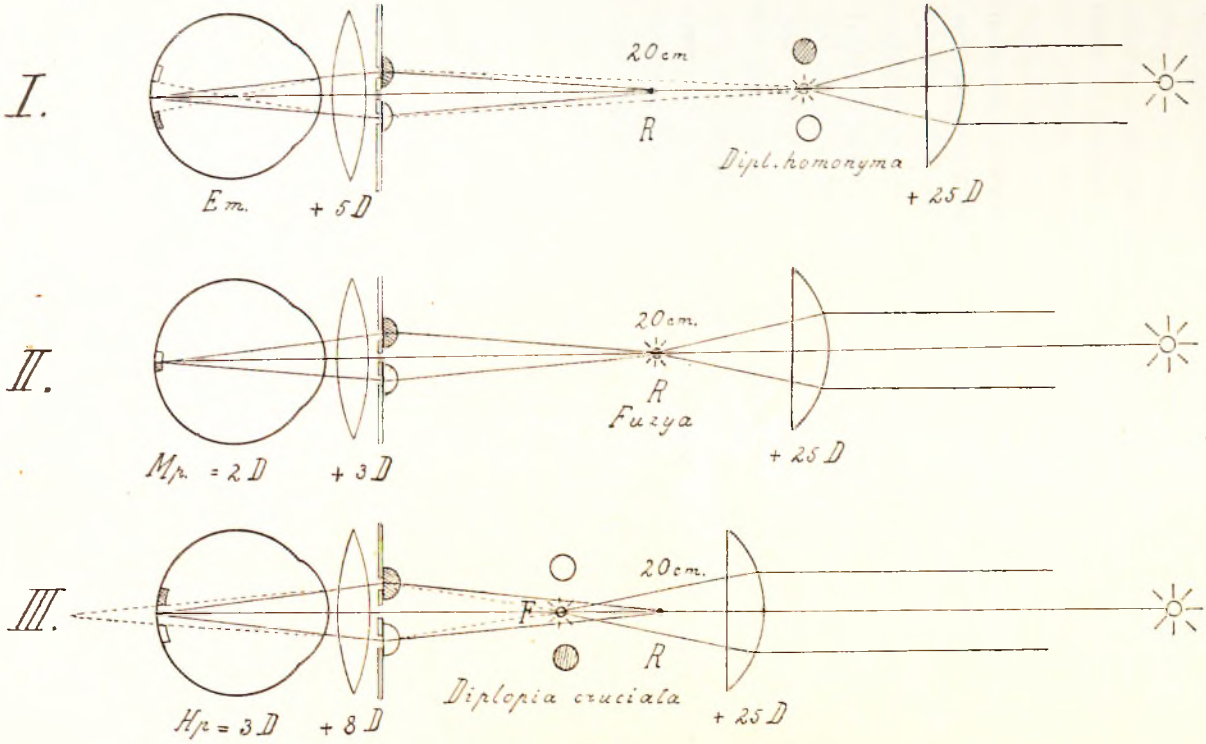

I.
20cm.
R
Dipl. homonyma
Em.
+ 5D
+ 25D
II.
20cm.
R
Fuzya
Mp. = 2D
+ 3D
+ 25D
III.
20cm.
F
R
Diplopia cruciata
Hp = 3D
+ 8D
+ 25D

Рис. 2.

trze podziałki, w razie myopii znajdzie się bliżej oka, niż ten punkt, w razie hypermetropii zaś dalej poza nim. Punkt ten bywa zwykle oznaczany przez zero, od którego w jednym i drugim kierunku następują po sobie na podziałce kreski odpowiadające poszczególnym dyopryom myopii i hypermetropii. Urządzenie to uważam jednak za mniej praktyczne, poszczególne bowiem kreski tak utworzonej podziałki są obok siebie gęsto skupione, z czego przy ustawieniu wskazówki remotometru przez badanego mogą powstać wątpliwości i łatwo się wkrada niedokładność. Komu to wygodne, ten może się oczywiście przy remotometryi posługiwać stale jedną i tą samą obraną przez siebie soczewką, nie uważałem jednak za odpowiednie wprowadzać taką soczewkę w skład przyrządu i krępować w ten sposób swobodę badającego.

Inną niemałej wagi okolicznością, z którą musimy się liczyć przy oznaczaniu refrakcyi zapomocą opisanego przyrządu, jest akomodacya. Nie posiadamy wprawdzie dotychczas metody bezwzględnie zabezpieczonej przed szkodliwym wpływem akomodacyi, i słaba jest nadzieja, żeby okulistyka kiedykolwiek zdobyła sposób, któryby rozbrajał całkowicie oko badane i pozwalał nam nie liczyć się wcale z jego naturalną skłonnością do napinania mięśnia rzęskowego. W przypadkach, gdzieśmy użyli środków porażających akomodacyę, lub gdzie ona skutkiem afakii, podeszłego wieku, zaburzeń nerwowych etc. jest zniesioną, wszystkie metody oznaczania refrakcyi prowadzić powinny do stałych i zgodnych wyników. We wszystkich jednak innych przypadkach jesteśmy zniewoleni, z pośród metod i przyrządów, służących do oznaczania refrakcyi tym dawać pierwszeństwo, które stosunkowo najmniej do akomodacyi oko badane pobudzają.

Remotometr posiada warunki, które poniekąd sprzyjają zwolnieniu akomodacyi. Nie chcę przez to powiedzieć, że się nam w każdym przypadku u młodego osobnika uda odrazu oznaczyć całkowitą hypermetropię utajoną! Tego bez pomocy atropiny nie dokaże żadna podmiotowa metoda, a i z przedmiotowych nawet skiaskopia często nie dopisuje. Jeśli jednak

remotometr we wielu przypadkach, jak się o tem miałem sposobność na chorych przekonać, daje refrakcyę niższą (słabszą), lub przynajmniej równą tej, jaka wypada z badania metodą Donders'a, a temsamem wynik badania bardziej się zbliża do danych stwierdzonych drogą skiaskopii, to już stanowi to zaletę, wyróżniającą przyrząd w mowie będący z pośród licznych optometrów zwodniczem współdziałaniem akomodacyi oddawna zdyskredytowanych. Czemu przypisać tę względną niezależność remotometryi od skurczu akomodacyi oka badanego. Zdaje mi się, że główna zasługa przypada tutaj silnej soczewce przedmiotowej (+ 25 D.), która wytwarza rzeczywisty odwrócony i pomniejszony powietrzny obrazek punktu świecącego. W moim pokoju konsultacyjnym używam jako punktu świecącego okrągłego otworu w dużej tarczy czarnej, poza którą ukryta jest elektryczna lampa. Tarcz ta służy mi równocześnie do badania zaburzeń równowagi mięśniowej zapomocą płeczki Maddoxa, opatrzona jest zatem dwoma, pod kątem prostym w miejscu otworu świecącego przecinającemi się skalami stycznych, które są opatrzone dużemi cyframi. Badany, zasiadając do remotometru, widzi tę wielką czarną tarcz ze skalą w postaci białego krzyża w odległości 2 metrów na ścianie umieszczoną. Spojrzawszy zaś przez otworki stenopeiczne ametropometru, spostrzega bardzo pomniejszony i odwrócony obrazek tej tarczy z miniaturowym otworkiem świecącym, przybranym obecnie w dwie barwne wstęgi. Choć w rzeczywistości obrazek ten znajduje się pomiędzy soczewką przesuwalną, a płytką ametropometru, to jednak badany nie może się oprzeć złudzeniu, że patrzy na przedmiot bardzo oddalony. Jest to podobne złudzenie, jakiego doznajemy, patrząc przez lornetę teatralną przewrotnie trzymaną. To złudzenie przyczynia się niewątpliwie do zwolnienia akomodacyi. Przy badaniu remotometrem, poleca się choremu lewą ręką uchwycić pręt metalowy, podpierający linijkę, prawą zaś ująć rączkę soczewki przesuwalnej, umieszczonej z początku tuż za płytką ametropometru i odsuwać tę soczewkę coraz dalej od siebie wzdłuż linijki tak długo, aż barwne promienie zupełnie się

zleją. Korzystniej jest wytłumaczyć badanemu, że wtedy dopiero powinien soczewkę zatrzymać, gdy ze zlanych promieni po prawej stronie zacznie się czerwony brzeżek wychylać. wiemy bowiem, że tam, gdzie akomodabya w grę wchodzi, najdalszy punkt, w którym się jeszcze fuzya utrzymuje, jest punktem dali wzrokowej, lepiej zatem wysunąć wskazówkę o kilka milimetrów zadaleko, niż ją zatrzymać przedwcześnie. Przy takim oddalaniu soczewki przedmiotowej obrazek punktu świecącego wraz z krzyżową skalą stycznych szybko maleje. przez co złudzenie oddalania się przedmiotu jeszcze bardziej się potęguje. W tem tkwi, mojem zdaniem, tajemnica słabego stosunkowo wpływu akomodacyi na wyniki badania zapomocą remotometru.

Oczywiście jest rzeczą obojętną, jakie przedmioty otaczają punkt świecący. Nie musi to być koniecznie tarcz ze skalą stycznych. Aby wywołać złudzenie oddali, tak bardzo sprzyjające zwolnieniu akomodacyi, trzeba tylko, żeby badany zwrócił uwagę na znaczne pomniejszenie obrazu, jakie daje przesuwalna soczewka remotometru. *Faute de mieux* jako punktu świecącego użyć możemy płomienia zwyczajnej świecy, a wtedy znacznie pomniejszony i pozornie w dal odsunięty obrazek świecy i lichtarzyka lub ręki świecę trzymającej, sprawi na badanym wrażenie przedmiotu odległego, do którego niema potrzeby wzroku akomodować. W tem leży, zdaniem mojem, wyższość remotometryi nad innymi sposobami wyszukiwania punktu dali wzrokowej, n. p. zapomocą drobnych prób druku. Trzymając w ręku książkę, zdajemy sobie przez to samo sprawę, że litery, na które patrzymy, są bliskie, nie możemy się zatem oprzeć skłonności wytężania wzroku i stąd, jeśli akomodacya nie jest porażona, odległość *puncti remoti* wypada mniejszą, niż jest w istocie. Oceniając ważne znaczenie silnego pomniejszenia obrazka punktu świecącego, wybrałem silną soczewkę +25 D. na objektyw dla przyrządu. Jeszcze silniejsza soczewka dałaby się również użyć i powodowałaby wrażenie jeszcze większego oddalenia, ale pomniejszenie punktu świecącego i promieni barwnych stałoby się tak znacznem, że chorzy z obniżoną bystrością wzroku mogliby

nie dostrzedz wyraźnie tych szczegółów, którymi przy ustawieniu wskazówki remotometru mają się kierować. W każdym razie wypada mi tu przypomnieć ważną zaletę ametropometryi, że nawet przy znacznych stopniach ametropii i przy wydatnem upośledzeniu bystrości wzroku, zarówno punkt świecący, jak i oba promienie barwne, widziane bywają stosunkowo bardzo wyraźnie, a to dzięki stenopeicznemu działaniu małych otworków płytki ametropometru. Gdyby ktoś powiedział, że opisany przyrząd mógłby się obejść bez tej płytki i że wystarczyłoby badanemu pokazać sam tylko punkcikowaty obrazek otworu świecącego, wytworzony przez soczewkę przesuwalną z poleceniem, żeby soczewkę tę odsuwał tak długo, dopóki świecący punkcik nie rozmaże się w krąg rozprószenia, to odpowiem na to, że taki sposób badania godny laboratoryum naukowego, gdzie w ręku bystrego spostrzegacza dobre dać może wyniki, nie nadaje się jednak wcale do praktyki okulistycznej, nie możemy bowiem po naszych chorych spodziewać się potrzebnej ku temu finezyi spostrzegania. Tesame zarzuty podniósłbym także przeciw przyrządowi Dra Hegg'a, zwanemu myoptometrem, który służy do oznaczania *punctum remotum* w przypadkach wysokiej myopii, nadającej się do *suppressio lentis*. W przyrządzie tym musi chory ustawić w miejscu swego *punctum remotum* przesuwalny wewnątrz tubusa w pierścieniu rozpięty krzyż z niezmiernie cienkich niteczek kokonu. Wymagamy zatem od naszego pacyenta z obniżoną zazwyczaj bystrością wzrokową, żeby ocenił, w jakiej największej odległości widzi ramiona tego krzyża jako ostre niezatarte linijki. O ileż łatwiejsze ma zadanie chory, spoglądający do remotometru! Nie potrzebuje on się zastanawiać nad ostrością i wyrazistością widzianych szczegółów. Rzeczą jego jest tylko powiedzieć, czy widzi dwa promienie czy jeden, a co najwyżej przypatrzeć się, z której strony pokazuje się promień czerwony, a z której zielony. Na takie pytania i od dziecka wolno nam wymagać kategorycznej odpowiedzi. W razie, gdy z powodu wyjątkowej indolencyi badany nasz momentu fuzyi promieni barwnych uchwycić nie może, to uda się nam jednak

znaleźć na podziałce dwa położenia wskazówki, gdzie w jednem z nich widnieje promień czerwony na prawo a w drugiem na lewo od światła. *Punctum neutrale* znajduje się wtedy niezawodnie w środku między temi dwoma położeniami.

Tu wspomnieć należy o utrudnieniu, jakiego doznać może badanie zapomocą remotometru, w razie ślepoty barwnej, która choremu wzajemnego położenia promieni nie pozwala rozpoznać. Już w artykule o ametropometryi omawiałem znaczenie tej komplikacyi. Aby zaradzić złemu, trzeba było na płytce ametropometru umieścić małą zasówkę, pozwalającą zasłonić jeden z bocznych otworków stenopeicznych. W ten sposób badany nie potrzebuje zważać na barwę, a ma tylko określić położenie jednego promienia względem punktu świecącego. Przy remotometryi daltonizm niema tego znaczenia i można się obejść bez wspomnianej zasówki. Wiemy bardzo dobrze, że przed *punctum neutrale* promienie ustawiają się zawsze rożnoimiennie, poza niem zaś zawsze równoimiennie, stwierdzenie zatem wzajemnego ustawienia smug barwnych może nam bardzo ułatwić porozumienie z badanym, ale nie jest wcale warunkiem koniecznym do wyszukania położenia punktu dali wzrokowej, do czego zupełnie wystarcza, żeby nam badany podał, w którem miejscu dwa, choćby bezbarwne, promienie zlewają się dokładnie w jeden, przez punkt świetlny przechodzący, promień.

Pozostaje jeszcze omówić sposób wymierzania niezborności zapomocą remotometru. Rozchodzi się przy tem o dwie rzeczy: 1) wyszukać położenie głównych osi astygmatyzmu; 2) oznaczyć refrakcyę w każdej z nich z osobna. Przyznać trzeba, że remotometr nie na wiele nam się przyda przy określaniu położenia głównych południków niezborności, a to dlatego, ponieważ ametropometrya wogóle do tego celu się nie nadaje. Nie jest wprawdzie rzeczą niemożliwą ametropometrycznie wyszukać główne osie astygmatazmu, jak to w styczniowym artykule wykazałem, ale badanie to wymaga tyle trudu, czasu i cierpliwości od nas, a w dodatku uwagi i bystrości spostrzegawczej od badanego, że w praktyce podejmować się go nie opłaci, zwłaszcza, że posiadamy cały szereg wygodnych

i dokładnych metod, któremi się w tym celu możemy posiłkować. Oznaczywszy zatem kierunek głównych osi astygmatyzmu, czyto w przybliżeniu zapomocą keratoskopu lub astygmoskopu, czyto z całą ścisłością zapomocą astygmometru Javal'a i Schioetz'a, możemy następnie wrócić do naszego remotometru i w każdym z południków oznaczyć refrakcyę z osobna. Toć jasną jest rzeczą, że płytka ametropometru i tak podaje zawsze refrakcyę oka w tym tylko południku, który odpowiada linii, łączącej jej trzy otworki stenopeiczne. Do południka tego promienie barwne ustawione są zawsze prostopadle. *A la rigueur* nie powinniśmy zatem w żadnym przypadku poprzestawać na jednorazowem oznaczeniu refrakcyi, lecz należałoby powtórzyć badanie po okręceniu płytki ametropometru, ażeby się przekonać, czy w drugim przekroju zachodzi tasama refrakcya czy inna, i w ten sposób albo wykluczyć niezborność, albo stwierdzić jej istnienie i zarazem oznaczyć stopień. Tam gdzie inne sposoby badania wykazują niewątpliwie astygmatyzm, możemy zapomocą remotometru z całą ścisłością wymierzyć refrakcyę w obu południkach głównych, ustawiając linie otworków ametropometrycznych kolejno równolegle do każdego z nich.

Do tego celu płytka ametropometryczna dolną swą połową wciśnięta w półkolistą rynienkę, opatrzona jest rączką przytwierdzoną do jej górnego brzegu, zapomocą której można płytkę dowoli w rynience okręcać i linię otworków stenopeicznych ustawiać poziomo, pionowo lub skośnie stosownie do południka, w którym mamy zamiar refrakcyę wymierzyć. Płytka ametropometru otoczona jest, jak w opisie przyrządu wspomniałem, poczernioną blaszką, której zadaniem jest każdorazowo podczas badania zasłaniać oko drugie. Otóż na tej blaszce wyryta jest półkolista podziałka ze stopniami łukowymi, która nam pozwala rączkę, a temsamem i oś otworków płytki ustawić ściśle w żądanym kierunku. Badanie refrakcyi w poszczególnych południkach odbywa się w sposób, jaki powyżej opisałem. Jeden przykład wystarczy, dla wyjaśnienia rzeczy: Znaleźliśmy zapomocą keratoskopu wybitny *As. rectus*, a zatem oś

pionową i poziomą. Ustawiamy linię otworków ametropometru najpierw poziomo i wstawiamy przed płytkę szkło sfer. +3 D. Badany ustawia wskazówkę remotometru na 25tym centymetrze podziałki. Zapisujemy zatem: Oś pozioma Mp. = 1 D. Teraz okręcamy płytkę o 90°, ustawiając linię otworków stenopeicznych pionowo, i zwracamy uwagę badanego, że będzie widział barwne promienie ułożone poziomo. Tu okazuje się, że *punctum neutrale*, odpowiadające fuzyi promieni barwnych wypada między 16 a 17 cm podziałki, co odpowiada Mp = 6 D. Ponieważ przed okiem badanem znajduje się nadal soczewka +3 D. Zapisujemy dalej: oś pionowa Mp = 3 D. W ten sposób oznaczyliśmy niezborność, wynoszącą 2 dyoptrye, połączoną z myopią sferyczną = 1 D. Kombinacya szkieł: sfer. — 1 D. ⊃ cyl. — 2 D. 90° powinna w tym razie wyrównać bystrość wzroku badanego oka.

Przyrząd w tej postaci, w jakiej go w niniejszej pracy opisałem, i w jakiej go przedstawia ryc. 1. posiadam od niedawna*). Samą jednak zasadę remotometru miałem sposobność jeszcze ubiegłej zimy prawie we wszystkich tych wypadkach wypróbować, w których używałem do badania refrakcyi zmodyfikowanego przez siebie ametropometru. Badanie odbywało się w sposób wielce prymitywny. Choremu spoglądającemu przez otworki ametropometru ku punktowi świecącemu dawałem do ręki prawej silną soczewkę sferyczną wypukłą (np. + 20 lub + 30 D.). z poleceniem, aby wyciągnąwszy rękę ustawił ją na osi widzenia oka badanego, i odsuwając ją lub zbliżając, wyszukał odległość w której promienie barwne rzeczywistego, odwróconego obrazka. przez soczewkę wytworzonego, ulegną zjednoczeniu. W tej chwili pospieszałem zwyczajną miarą centymetrową zmierzyć odległość soczewki od oka badanego, zanim się zachwiała znużona ręka badanego. Następnie odliczywszy ogniskową soczewkę i uwzględniając ewentualnie szkło korrekcyjne, wstawione przez oko badane,

* Przyrząd we wszystkich szczegółach został wykonany ściśle wedle wskazówek w pracowni optycznej p. K. Zielińskiego w Krakowie.

miałem temsamem oznaczoną refrakcyę oka. Wyniki takiego badania porównywałem następnie z wynikami metod przedmiotowych. Mimo trudnego i arcyniewygodnego dla osób badanych manewru celowania soczewką ku punktowi świecącemu, próby te wypadały tak zachęcająco, że uzyskawszy przyrząd, który pozwala tę samą zasadę badania przeprowadzić z wszelką łatwością i z całą wygodą, ośmielam się remotometr polecić łaskawej uwadze Kolegów, żywiąc uzasadnioną nadzieję, że wyniki zapomocą przyrządu tego otrzymane i Ich również zadowolnią.

Nie sądzę, żeby remotometrya mogła sobie zdobyć rangę samodzielnej metody, którąby nas uwalniała od potrzeby przedmiotowego kontrolowania wyników, przynajmniej w tych przypadkach, gdzie nie porażamy akomodacyi atropiną. Raczej wypadnie się jej zadowolnić rolą metody porównawczej, równie cennej jak ametropometrya, a posiadającej nad nią tę wyższość, że do przeprowadzenia badania wymaga znacznie krótszego czasu.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv f. Augenheilkunde. Band LI. Hett 4. (Ref. Dr Bałaban).

Pośmiertny objaw źreniczny obok innych spostrzeżeń nad zmianami w oku ludzkiem i zwierzęcem po śmierci. (Das mortale Pupillenphänomen nebst weiteren Beobachtungen über Veränderungen am menschlichen und thierischen Leichenauge). Dr W. Albrand. Schluss.

Przy badaniach nad zmianami rozszerzania się źrenicy, które było spowodowane zmianą ucisku śródocznego w oku zmarłego 85 letniego mężczyzny, spowodowało uskutecznione w 8 godzin po śmierci, zastrzyknięcie fizyologicznego rozczynu soli kuchennej wgłąb ciałka szklistego, pęknięcie twardówki w okolicy korneosklery i to w górnej połowie gałki ocznej. Po śmierci zachowuje soczewka najdłużej swą przejrzystość i to do 44 godzin, jeżeli zaś ona zmętnieje,

to występują na niej obrazy podobne do zmian przy zaćmie. Również u zwierząt rozszerza się tuż przed śmiercią źrenica, zwęża się ona zaś natychmiast po śmierci.

O nieopisywanem dotychczas zboczeniu rozwojowem tęczówki (podwinięcie tęczówki). (Über eine bisher nichtbeschriebene Missbildung der Iris (Entropium iridis). Dr E. Enslin.

Jako przyczynę niezwykłego zwężenia tęczówki w oku ociemniałem przez zaćmę, wykazało histologiczne badanie, istniejące w niem podwinięcie tęczówki, które istniało prawdopodobnie już w życiu śródpłodowem. Tęczówka była ścieńczałą w kierunku jej promienia, natomiast była ona zgrubiałą w kierunku strzałkowym. Warstwa barwikowa nie sięgała aż do brzegu źrenicznego, a kończąc się już przedtem, tworzyła ona tuż przy brzegu rzęskowym fałd, w okolicy którego były komórki jej tkanki wachlarzowato ułożone. Sama tkanka tęczówki była niezwykle ubogą w naczynia, a tu i owdzie były w niej porozmieszczane przybłonki barwikowe. *M. dilatator pupilae* nie dał się wykazać, natomiast *sphincter pup.* był przemieszczonym częściowo ku tyłowi i do środka, tak że wyglądał on miejscami jak pytajnik. E. nie może dosadnie wytłumaczyć tej zmiany, która przypomina wygląd tęczówki w 5. m. życia śródmacicznego i sądzi, że w przypadku tym rozchodzi się prawdopodobnie o śródpłodowe zmiany zapalne tego miejsca, w którem komórki podłoża tęczówki promienisto są zbieżne do fałdu barwikowego.

Zastrzykiwanie hemolizyny przy nawrotnych krwotokach ciałka szklistego. (Haemolysininjection bei rezidivirender Glaskörperblutung). Prof. Elschnig.

Na 31 zjeździe towarzystwa oftalmologów w Heidelbergu wykazał Römer, że przez zastrzyknięcie kilku kropli hemolitycznej surowicy ze świnki morskiej do ciałka szklistego królika, da się znajdująca się w niem krew, natychmiast usunąć.

Mutatis mutandis sądził więc Römer, że przy dzisiejszym stanie aseptyki może być podobny zabieg z wielką korzyścią stosowanym przy *haemophtalmus*. Zachęcony tem Elsching próbował więc ten zabieg w kilka miesięcy później na ludzkiem oku. Poddany tej próbie 34l. mężczyzna był w przeciągu kilku miesięcy ociemniałym wskutek krwotoków do ciałka szklistego tak, że bystrość jego wzroku ograniczała się li tylko na rozeznawanie światła, a badanie podjęte w dniu 18. XII. 1803 wykazało na oku prawem poczucie światła i dobrą projekcyę, zaś na oku lewem, poczucie światła i projekcyę tylko ku górze. Badanie wziernikiem wykazało.

Oko lewe: Ciemnoczerwone odbicie się światła z głębi ciałka szklistego a tylko całkiem na obwodzie ku górze był znajdujący się tam krwistek rozpadłym w mniejsze krwawe zwoje, które się poruszały przy ruchach gałki i zezwalały w tem miejscu rozpoznać odblask jasnego dna oka. Również boczne i dolne części ciałka szklistego dawały się w podobny sposób przeświecać. W opisanem powyżej miejscu były widoczne pomiędzy krwotokami białawe błony i pasma a ku dołowi zdawała się siatkówka być oderwaną. Na oku prawem był podobny obraz, ale brak było błon i pasm jak również objawów oderwania siatkówki. Przyczyna krwotoków nie dała się wykazać, tylko serce nie działało rytmicznie a obwodowe tętnice były lekko zgrubiałe. Ponieważ oko lewe było i tak straconem, poddał je więc E. próbie ze surowicą hemolityczną królika. (22. XII. 1903).

Po znieczuleniu oka kokainą, rozcięto spojówkę w zewnętrznym dolnym kwadrancie w okolicy rąbku zębatego nożyczkami i to prostopadle do brzegu rogówkowego a po usunięciu ku górze górnego brzegu spojówki zrobiono nożem prostopadłe cięcie przez twardówkę. Tym otworem wprowadzono igłę strzykawki Pravatza w głębsze warstwy ciałka szklistego a po pierwotnem wyssaniu niemałej ilości krwawosurowiczego płynu, zastrzyknięto jedną przedziałkę hemolitycznej surowicy i to pod możliwie antiseptycznemi kautelami. Po tym zabiegu powstało po kilku dniach plastyczne zapalenie tęczówki a wkrótce całkowita ślepota: 10. I. 1904, zostało oko wskutek nieustających bólów wyłuszczonem.

Badanie histologiczne wykazało obraz plastycznego zapalenia tęczówki i twardówki, przyczem nie było ropienia ani też nie dały się wykazać żadne drobnoustroje. W ciałku szklistem znajdywały się skrzepłe warstwy białkowate, zmienione ciałka krwi i pasma, ciągnące ku tęczówce, która była całkowicie oderwaną. W okolicy t. wzrok. była siatkówka nekrotyczną. Powstanie nekrozy przypisuje E. częścią zmianom powstałym w naczyniach, częścią zaś wprost szkodliwemu trującemu działaniu zastrzykniętej surowicy. Z tego doświadczenia wysnuwa E. wnioski, że należy surowicę używać początkowo w bardzo znacznem rozcieńczeniu, i to jednę jej część na 10 części fizyologicznego roztworu soli kuchennej. W ten sposób powstanie jeszcze działanie hemolityczne surowicy, zaś jej działanie trujące odpada. Należy przytem zastrzykiwać tylko cząstkę tej ilości, które się poprzednio z ciałka szklistego wydostaje, gdyż w ten sposób unika się podniesienia ciśnienia śródgałkowego. Jeżeli takim zabiegiem nie osiągnie się dodatniego wyniku, to można dowolnie proceder ten powtarzać, zwiększając równocześnie zgęszczenie roztworu i ilość zastrzykniętej surowicy, przy czem zabieg ten jest

całkiem nieszkodliwy. Wrazie wzmożenia się ucisku śródgałkowego lub przy objawach zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego należy natychmiast zrobić punkcyę przedniej komory, ba nawet ciałka szklistego, aby przez możliwie rychłe przyspieszenie przemiany materyi w gałce ocznej, przyspieszyć rychlejsze wessanie zastrzykniętego w nią płynu.

Porównawcze mierzenie szerokości źrenicy oddziaływającej wprost i współczulnie. (Vergleichende Messungen der Weite der direct und der consensuell reagierenden Pupille). Doc. Dr Abelsdorff und Dr Piper.

Dotychczas były zapatrywania różnemi, czy przy oświetlaniu jednego oka powstają obie źrenice równo szerokie, czy też, czy źrenica po stronie światła zwęża się więcej aniżeli druga źrenica, znajdująca się poza obrębem źródła świetlnego. Jedni z autorów, jak Hedeläus, Fuchs i i. sądzili, że obie źrenice równomiernie się zwężają, natomiast inni, jak Elschnig, Pick i i. byli zdania, że źrenica po stronie światła więcej się zwęża.

Chcąc to rozstrzygnąć, umieścili Abelsdorff i Piper pomiędzy obu oczyma nieprzepuszczalną światło przeponę, a oświecając jedno oko, podczas gdy drugie było całkowicie zaciemnione, robili fotograficzne zdjęcia obu źrenic, przy pomocy przyrządu stereoskopowego.

W ten sposób przekonali się autorowie, że źrenica po stronie światła zwęża się więcej, aniżeli źrenica, działająca współczulnie. Natomiast przy równomiernem oświetlaniu ócz obu były obie źrenice zawsze zupełnie równe.

O obrazkach soczewkowych, które powstają przez odzwierciedlanie, na jądrze prawidłowej soczewki. (Über Linsenbildchen, die durch Spiegelung am Kerne der normalen Linse entstehen). Prof. Hess.

Hessowi udało się dowieść przez użycie odpowiedniego oświetlenia, że w zdrowem oku u ludzi poza 20 do 25 r. życia powstają pomiędzy jądrem a korą soczewki wyraźne obrazy. Tak więc, zdaniem H., istnieją obrazy w jądrze i w korze. Do wywołania tych obrazów posługiwał się Hess małą żarową lampką z osmium, która była umiejscowioną w skrzyneczce odpowiednio wyciętej.

I tak, jeżeli oświeci się np. soczewkę z zewnątrz zapomocą linijnego źródła świetlnego, to dają się wykazać dwie większe łukowato zagięte linie, odpowiadające przedniemu i tylnemu obrazowi

kory soczewki i dwie mniejsze więcej zatarte i więcej skrzywione krótsze linie, będące obrazkami jądra. Przy ruchach źródła świetlnego wyprzedzają obrazki korowe, obrazy jądra. Powstanie obrazków jądrowych przemawia za tem, że zwiększenie się współczynnika załamania od kory do jądra jest niestałe. Ponieważ obrazki jądra soczewki uwydatniają się coraz dokładniej z wiekiem, to musi także różnica pomiędzy współczynnikiem kory i jądra soczewki zwiększać się z wiekiem, a zatem nie może kora i jądro stawać się coraz bardziej więcej jednolitemi, jak dotychczas na ogół sądzono.

H. badał również oczy zwierząt. U królika znachodzą się na przedzie 3 obrazki, a w środku stożek świetlny. U ryb powstaje na przedzie i na tyle jeden obrazek, a w środku, z przodu i z tyłu stożek świetlny.

U cielęcia i u wołu są obrazki podobne do obrazków na oku ludzkiem.

Uwagi nad badaniem środkowych braków pola widzenia. (Bemerkungen zur Untersuchung auf centrales Scotom). Prof. Hess.

Przy całkowitej ślepocie na barwy nie można dotychczas znaną metodą wykazać dokładnie istnienia absolutnych braków środkowych w polu widzenia, a to głównie wskutek istniejącego przy tem po większej części drżenia ócz. Hess wynalazł dlatego przed laty nową metodę badania. A mianowicie umieścił on w prawidłowych rzędach białe płytki na czarnem tle, które stają się widocznemi, przy pomocy migawkowego zamknięcia. Przy tem można przez przykrycie czarnym papierem zrobić jednę lub więcej z tych płytek niewidocznemi. Oko badane znajduje się w takiem oddaleniu, że zawsze mniejsza lub większa ilość białych tych płytek odbija się na badanej przestrzeni siatkówki. Ma on przytem podać, czy przy otwarciu zamknięcia widzi on wszystkie płytki, czy też brak jest kilku, a względnie, które brakują i jakiem jest ich wzajemne do siebie położenie. Jeżeli przy tem badaniu, badany każdorazowo dokładnie podaje ilość widzianych płytek i nie myli się, to brak w polu widzenia jest wykluczonym. Tej metodzie sprzeciwili się Uthoff i Heine. Hess jednak udowodnił, że metoda ta jest pewną, i że można nią braki w polu widzenia z całą stanowczością oznaczyć, co także i z tego z całą pewnością wynika, że braki powstałe w nerwie ocznym można nią zawsze na pewno wykazać.

Archiv. d'Opht. R. 1905. Nr 5. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

O mechanizmie akomodacyi i o nowym sposobie mierzenia promienia krzywizny przedniej powierzchni soczewki. (Sur le méchanisme de l'accomodation et sur un nouveau procédé de mesure du rayon de courbure de la face antérieure du cristallin). Bertin-Sans i Gagnier z Montpellier.

Jak wiadomo nierozstrzygnięto dotąd jeszcze stanowczo, która teorya mechanizmu akomodacyi odpowiada rzeczywistości, czy dawna teorya Hemholza, wedle której soczewka podczas akomodacyi uwolniona od napięcia ze strony wiązadełka Zinna wypukla się czynnie pod wpływem własnej sprężystości, czy nowsza teorya Tscherninga, który przyjmuje bierną zmianę postaci soczewki skutkiem napięcia wiązadełka Zinna. Ażeby przechylić się ku jednej z tych dwóch dyametralnie sprzecznych teoryi należałoby się przekonać, czy promienie krzywizny soczewki odciętej od wiązadełka Zinna *post mortem* odpowiadają jej postaci podczas aktu akomodacyi, czy też jej postaci w chwili zwolnienia akomodacyi. W pierwszym wypadku zyskalibyśmy dowód na poparcie teoryi Helmholza, w drugim zaś musielibyśmy się oświadczyć za teoryą Tscherninga. Wprawdzie Helmholz przytacza kilka pomiarów, które pozornie przemawiają za jego teoryą, ale cyfry te nie są przekonywające, ponieważ inne soczewki mierzone były *in vivo*, a inne *post mortem*, a wiadomo, że pomiędzy soczewkami zachodzą znaczne różnice indywidualne. Z tego powodu wykonali autorowie zapomocą metody, którą w drugiej części pracy obszernie opisują szereg pomiarów, soczewek króliczych, porównując zawsze krzywizny tejsamej soczewki za życia i po śmierci zwierzęcia. Poprzednio przekonali się, że promień krzywizny przedniej powierzchni soczewki po zapuszczeniu ezeryny bywał przeciętnie o 2 mm krótszy niż w oku atropinizowanem. Po wykonaniu tych pomiarów zabijano królika i niezwłocznie, jeszcze przed wystąpieniem jakichkolwiek zmian pośmiertnych, po odcięciu rogówki i przecięciu włókienek wiązadełka Zinna mierzono powtórnie krzywiznę przedniej powierzchni *in situ* pozostawionej. Pomiary te nie wykazują w żadnym przypadku różnicy większej od 0,1 mm między stanem spoczynkowym (po atropinie) za życia, a soczewką uwolnioną od napięcia po śmierci. Ponieważ dokładność metody zastosowanej przez autorów dochodzi do 0,2 mm, przeto z pomiarów ich wynika, że soczewka *post mortem* zachowuje postać, jaką posiada w chwili zupełnego zwolnienia akomodacyi, co przemawia przeciw teoryi Helmholza, a za teoryą Tscherninga, o ile oczywiście wy-

niki doświadczeń na królikach mogą wprost rozstrzygać zagadnienie z fizyologii ludzkiej.

Ropne zapalenie woreczka łzowego po doszczętnej operacyi otoku jamy Highmora sposobem Caldwell-Luc'a. (De la dacryocystite consecutive à la cure radicale de la sinusite maxillaire. Procedé Caldwell-Luc). Dr Leblond.

W klinice paryskiej Prof. Lapersonne'a spostrzegał autor dwa przypadki ropnego zajęcia woreczka łzowego w następstwie z dobrym zresztą skutkiem wykonanej operacyi Caldwell-Luca celem usunięcia ropnia w jamie szczęki górnej. Operacya ta polega na nacięciu błony śluzowej między szczęką górną a policzkiem i otwarciu jamy Highmaor'a od strony *fossa canina.* Po wypuszczeniu ropy wyskrobuje się ostrą łyżeczką całe wnętrze jamy, a zwłaszcza jej zakątek przedni, nareszcie dla zapewnienia stałego odpływu ropie wydłutowuje się przednio dolną część wewnętrznej ściany kostnej jamy szczękowej, odejmując równocześnie przednią połowę dolnej muszli nosowej. Otóż zdaniem autora ten ostatni akt operacyi Caldwell-Luc'a w wysokim stopniu zagraża dolnemu ujściu przewodu noso-łzowego. Istotnie wylot tego przewodu znajduje się poniżej przedniego końca dolnej muszli nosowej, która częściowo przyczynia się nawet do utworzenia kostnej ściany kanału łzowego *(apophysis lacrymalis conchae inferioris).* Nie dziw przeto, że zarówno podczas energicznego łyżeczkowania przedniego zakątka jamy Highmor'a, jak zwłaszcza podczas wytwarzania otworu sztucznego dla odpływu ropy dolna część przewodu noso-łzowego uledz może znacznemu uszkodzeniu. Następstwem tego jest wstępujące zakażenie ropne ścian przewodu i woreczka łzowego i zwężenie lub zarośnięcie dolnej części kanału. W obu przypadkach leczonych w l'Hôtel Dieu twierdził autor zupełne zarośnięcie przewodu łzowego i rozstrzeń woreczka łzowego, który trzeba było wyłuszczyć. Że w przypadkach tych ropotok łzowy zależał wyłącznie od operacyi zatem przemawia to, że wystąpił bezpośrednio po nim, a poprzednio nie było żadnych objawów ze strony przewodów łzowych. Okoliczność, że nie we wszystkich przypadkach operowanych sposobem Caldwell-Luc'a przychodzi do tego powikłania, tłumaczy autor bądź to ostrożniejszem wykonaniem zabiegu, bądź też osobniczemi różnicami anatomicznych stosunkach muszli dolnej i przewodu łzowego Ze względu na niebezpieczeństwo zajęcia dróg łzowych zaleca autor modyfikacyę operacyi Caldwell-Luc'a, jaką podali Sieur i Jacob. Autorowie ci trepanują dolny przewód nosowy 2 cm poza przednim końcem muszli dolnej i przestrzegają przed uszkodzeniem jej wyrostka łzowego.

Operując w ten sposób, o wiele łatwiej jest ustrzedz się zranienia dolnego ujścia kanału łzowego.

Alypina, nowy środek znieczulający. (Alypin, ein neues Anästetikum). Doc. Sicherer z Mnichowa. — (Die ophthalm. Klinik. 1905. Nr 16.

Doktorowie Hofmann i Ipneus uzyskali na drodze syntezy chemicznej związek wysoko drobinowy, pochodny gliceryny i posiadający wybitne własności znieczulające. Związek ten nazwali *alypiną*. Jest to biały, krystaliczny proszek bardzo łatwo w wodzie rozpuszczalny. Oddziaływanie rozczynu wodnego jest obojętne; gotowany przez 5—10 minut nie ulega rozkładowi i nie traci swych własności farmakologicznych. Już 0,005% rozczyn alypiny znosi wrażliwość płetwy żabiej na podniety elektryczne, gdy chlorek kokainy sprawia ten sam skutek dopiero w rozczynie 0,01%. W praktyce, a zwłaszcza dla znieczulania spojówki i rogówki najlepiej się nadają 1 lub 2% roztwory alypiny. Znieczulenie rogówki występuje w 60 do 70 sekund po zakropleniu 1% alypiny i trwa 10 do 12 minut. W przeciwieństwie do kokainy, alypina nie zwęża naczyń, lecz je rozszerza, sprowadza zatem krótkotrwałe przekrwienie spojówki. Nie wpływa też wcale ujemnie na przybłonek rogówki, nie rozszerza źrenicy, ani nie osłabia akomodacyi. Oprócz tego posiada jeszcze tę wyższość nad kokainą, że jest o wiele mniej trującą i dopiero we większych dawkach użyta, sprowadza zaburzenia ogólne podobne do tych, jakie wywołuje kokaina. W okulistyce może być alypina z pożytkiem używana przy wydobywaniu drobnych ciał obcych z rogówki, a także przy krótkotrwałych operacyach na gałce ocznej. Ujemną jej stronę stanowi pieczenie, które jednak nie jest mniejsze od tego, jakie zazwyczaj występuje w pierwszej chwili po zapuszczeniu kokainy. Wstrzykiwana podskórnie lub miąższowo nie sprowadza ani zapalenia, ani nekrozy tkanek. Nakoniec podnieść należy niższą cenę alypiny w porównaniu z kokainą.

Nr 17—18.

O skrobiowatem zwyrodnieniu powiek i spojówki. (Über amyloide Degeneration der Lider und Conjunctiva des Auges). E. Raehlmann.

Amyloid zaliczany ze stanowiska fizyologicznego do ciał białkowatych jest, pod względem swej budowy chemicznej węglowoda-

nem bardzo zbliżonym do glycogenu, który jest produktem przejściowym między białkiem, a cukrem. Na podstawie pokrewieństwa budowy chemicznej można z góry przypuszczać, że wytwarzanie się amyloidu w tkankach odbywa się w analogiczny sposób, jak wytwarzanie się glykogenu, który powstaje przez rozkład białka, spowodowany wniknięciem do wnętrza komórek obcej istoty białkowatej, odgrywającej rolę fermentu. Rachlmann śledził zapomocą ultramikroskopu powstawanie glykogenu w komórkach i stwierdził jeszcze przed wystąpieniem reakcyi znamiennej dla glykogenu obecność drobnych ziarenek w protoplaźmie komórek. Ziarenka te są cząsteczkami obcej istoty białkowatej, które w zetknięciu z białkiem komórki powoduje w niem przemianę chemiczną. Zupełnie podobne zjawiska spostrzegał autor także w tkankach, których zaczyna się wytwarzać skrobiawica. I tu zanim wystąpi znamienny odczyn dla amyloidu dostrzedz można ultramikroskopijną ziarnistość, częścią w protoplaźmie ciała komórek, częścią w jadrach komórkowych zawartą. Autor badał spojówkę oka zajętą zwyrodnieniem skrobiowatem i doszedł do wniosku, że mimo daleko posuniętego zwyrodnienia zrab komórek i tkanek niem dotkniętych, nie ulega głębszym zmianom chemicznym. Tą okolicznością tłumaczy się często klinicznie spostrzegany fakt, że spojówka, okazująca znaczny nawet stopień skrobiawicy, wraca po upływie znacznego czasu do stanu prawie zupełnie prawidłowego.

Nr 19.

Proteza tymczasowa po operacyi symblepharon sposobem May'a. (Die Interims-Prothese und die May'sche Symblepharon-Operation) Dr Holth z Chrystyanii.

W Nrze 15 »Ophth. Klin. b. r. ogłosił Ulbrich przypadek zejścia śmiertelnego po założeniu protezy tymczasowej (wyrobu firmy: Müller i sp. w Wiesbadenie) do worka spojówkowego bezpośrednio po wyłuszczeniu gałki ocznej*). Zakażenie ogólne, które było powodem zejścia śmiertelnego przypisuje on nagromadzeniu się wydzieliny ropnej pomiędzy protezą a niezaszytą raną spojówkową po enukleacyi. Obecnie występuje Holth, który dał Müllerowi pomysł protezy tymczasowej, w obronie tejże i oświadcza, że nie miał wcale na myśli zakładania tej protezy do jamy po enukleacyi, lecz przeznaczył ją wyłącznie do użytku po operacyi symblepharon sposobem May'a. Operacyę tę wykonał on kilkakrotnie w przypadkach zupełnego przyrośnięcia powiek do gałki ocznej zazwyczaj w na-

*) Streszczone w Post. Ok. 1905, Nr.

stępstwie sparzenia. Niezwłocznie po oddzieleniu powiek od gałki przy pomocy noża i nożyczek wkłada on do nowowytworzonych załamków pod górną i pod dolną powiekę protezę tymczasową pokrytą płatkiem skóry ściętym sposobem Thierscha tak, żeby płatek ten swą powierzchnią ranną przylgnął do wszystkich zaułków. Kanał środkowy, zrobiony w protezie w miejscu źrenicy, służy dla odpływu wydzieliny, jaka by się mogła poza protezą nagromadzić i przeszczepiony płatek uszkodzić. Po kilku dniach protezę można usunąć, płatek skóry bywa zwykle już dobrze przygojony, a w załamkach dość miejsca dla protezy ostatecznej, wykonanej na podobieństwo oka drugiego. *K. W. Majewski.*

Etyologia i patogeneza niektórych przypadków nieregularnej niezborności, mającej swe siedlisko w soczewce. (Étiologie et patogénie de certains astigmatismes irreguliers de siége cristallinien). Dr Nuel. — Rev. gén. D'Ophthalmologie. 1905. Nr 8.

Autor zwraca uwagę na niezbyt rzadko spotykane przypadki niedowidzenia, spowodowanego nieregularną niezbornością soczewki przy prawidłowej krzywiźnie rogówki i zachowanej przeźroczystości środków łamiących. W tych razach przy badaniu zapomocą zwierciadła płaskiego widać w obrębie źrenicy nieregularne pola jasno i ciemno czerwone, zmieniające swą postać i odblask przy najmniejszym ruchu oka. Powstanie tego nieregularnego astygmatyzmu soczewki wywodzi autor od przebytego w dzieciństwie sluzoropotoku spojówek, i wprowadza w związek ze zaćmą biegunową przednią *(cataracta polaris anterior)*.

Jak wiadomo, Treacher Collins wyjaśnia patogenezę tej zaćmy, przyjmując zetknięcie rogówki przednią powierzchnią soczewki po pęknięciu środkowego wrzodu rogówkowego. Nuel podał inną przyczynę powstania katarakty biegunowej przedniej, bo spotkał się z przypadkami, gdzie wytworzyła się ona mimo, że do pęknięcia wrzodu wcale nie przyszło. Przypuszcza on, że toksyny, wytworzone przez mikroby zagnieżdżone w rogówce, przenikają do cieczy wodnej, zadrażniają tęczówkę, przyczem mogą wywołać jej zapalenie, wreszcie działają drażniąco na tę część przybłonka pokrywającego przednią powierzchnię soczewki, która leży w obrębie wązkiej źrenicy noworodka. Następstwem tego podrażnienia jest nadmierne bujanie młodych komórek przybłonkowych i wytworzenie powierzchownego zaćmienia w samym środku przedniej torebki soczewki.

W niektórych jednak przypadkach nie przychodzi aż do zaćmienia, a sprawa ogranicza się tylko do nieregularnego wzrostu włókien soczewki, co powoduje powstanie nieregularnej niezborności soczewkowej. Takaż niezborność towarzyszy oczywiście także i zaćmie biegunowej przedniej i ona to daleko więcej niż sama zaćma przyczynia się do upośledzenia bystrości wzroku. Autor przytacza cztery spostrzeżenia własne, z których wynika, że nietylko pęknięcia wrzodu, ale nawet zgoła żadnego nacieczenia rogówki nie potrzeba, ażeby przy śluzoropotoku spojówek przyszło do powstania nieregularnej niezborności soczewkowej. Widocznie zatem samo nagromadzenie się ropy rzerzączkowej we worku spojówkowym wystarcza, ażeby toksyny przeniknęły rogówkę i dotarły do powierzchownych warstw soczewki. Nie ulega wątpliwości, że oprócz śluzoropotoku noworodków i inne podobne zapalenia oczu w wieku niemowlęcym mogą dać powód do powstania zarówno zaćmy biegunowej przedniej, jak nieregularnej niezborności soczewkowej.

W każdym razie z wywodów Nuel'a wynika, że zwłaszcza przy blennorrhoea *neonatorum* trzeba jak najstaranniej i jak najczęściej wypłukiwać ropę z worka spojówkowego i to nietylko w interesie zagrożonej rogówki, ale także dla zapobieżenia trwałym zmianom w przeźroczystem utkaniu soczewki.

Nr 9.

O wpływie wielkości i liczby znaków na mierzenie bystrości wzrokowej. (L'influence de la dimension et du nombre dans la mesure de l'acuité visuelle). Dr Pergens.

W pracy tej podaje autor szczegóły historyczne, odnoszące się do sposobów mierzenia bystrości wzroku i do związanych z tą sprawą pojęć. Oprócz tego zdaje sprawę z własnych badań nad dostrzegalnością *(visibilité)* optotypów o różnych formach geometrycznych. I tak w równych warunkach oświetlenia znaki w postaci kół trójkątów, kwadratów i prostokątów o stosunku boków 1 : 4 widziane są przeciętnie prawie na jednaką odległość. Co do prostokąta o stosunku boków 1 : 6, to widzialność jego wypadła z doświadczeń Pergens'a o 10% mniejszą niż wyżej wymienionych figur. W innym szeregu doświadczeń badał on dostrzegalność kwadratów czarnych na białem tle w zależności od ich rozmiarów i od ich liczby i doszedł do następujących wniosków:

1) Dostrzegalność dwóch kwadratów jest przeciętnie większa niż dostrzegalność znaczniejszej ich liczby. 2) W miarę, jak liczba kwadratów wzrasta, rośnie także trudność liczenia ich w tychsamych zresztą warunkach. 3) U znaków prostokątnych stosunek długości boków ma wpływ rozmaity na stopień ich dostrzegalności, dla nie-

których osób *optimum* przypada wtedy, gdy wymiar podłużny jest cztery razy większy od poprzedniego. 4) Wielkość znaków wywiera wpływ o wiele wyraźniejszy na ich dostrzegalność, aniżeli liczba znaków. *K. W. Majewski.*

Czego możemy oczekiwać od zwalczania jaglicy przez państwo? (Was haben wir von einer staatlichen Trachombekämpfung zu erwarten). — Berl. kl. Wchrft. Nr 32 1905). — Dr Greeff.

W mowie, wypowiedzianej w berlińskiem towarzystwie lekarskiem podnosi Greef zgubne skutki dla państwa z powodu szerzącej się jaglicy, która często nie zauważona, długo trwa, i nieraz chory doznawszy już znacznego upośledzenia wzroku, dopiero zgłasza się do lekarza. Wskutek tego dużo sił roboczych odpada wśród klasy pracującej, za czem w parze idzie upadek dobrobytu. Oświata wśród ludu znacznie się obniża, i wzrasta liczba analfabetów, co zauważyć można w okolicach nawiedzonych przez jaglicę. W wojsku obniża jaglica w znacznym stopniu zdatności i sprawności żołnierza. Tu przytacza autor fakty z historyi. Z tego wysnuwa się ważna wskazówka dla państwa, aby ono energicznie wystąpiło przeciw tej groźnej chorobie. Jako główną przyczynę szerzenia się jaglicy podaje Greef pewne zwyczaje, obyczaje ludzi, zamieszkujących dane okolice. W zachodnich Prusach są okolice zamieszkałe przez dwie narodowości, które żyją prawie oddzielnie od siebie, a jaglica tam się tylko szerzy, gdzie ani w domu, ani w szkole nie przestrzegają porządku i czystości. Bardzo wdzięczne zadanie widzi autor w walce z jaglicą, ale potrzeba najpierw stworzyć lepsze warunki zdrowotne, a przedewszystkiem postarać się o to, aby każdy mieszkaniec był odpowiednio zaopatrzony w wodę, szczególnie używał wody płynącej, tego koniecznego warunku dla utrzymania czystości. Po miastach, gdzie są wodociągi, znacznie mniej szerzy się jaglica. Innym niezbędnym warunkiem w walce z jaglicą, zorganizowanie pomocy lekarskiej, i takie wyposażenie lekarzy, aby mogli udzielać bezpłatnej pomocy ubogim. Mając odpowiednie warunki lekarze w okolicach nadreńskich zwycięsko walczą z jaglicą.

Nr 35. 1905.

Przypadek samoistnego zwichnięcia gałki ocznej. (Fall von spontaner Luxation des Bulbus). Dr H. Levin.

U 53letniego mężczyzny, dobrze zbudowanego, występuje obustronny trzeszcz, przyczem jednak powieki mogą być domknięte. U lewego oka, gdzie trzeszcz wybitniejszy odległość szczytu rogówki od zewnętrznego kącika wynosi 15—20 mm. Natężenie trzeszczu

ulega znacznym wahaniom, a wtedy szczególnie występuje on, gdy chory silniej jest podrażnionym. Badanie oczodołu i czaszki nic nieprawidłowego nie wykazywało. U kilku osób z rodziny chorego gałki oczne były dość znaczne ku przodowi osadzone. Badania wykluczają chorobę Basedowa, jako też zmiany w oczodole lub w sąsiednich jamach, żadnych porażeń mięśniowych, ani też niema bardziej rozwiniętej tkanki tłuszczowej oczodołu. Przez długi czas chory nie doznaje żadnych dolegliwości ze strony ócz i nie byłby się zgłosił o poradę, gdyby nie silny ból, który dopiero ostatnimi czasy się pojawił. Podczas snu wśród silnego bolu lewa gałka występuje z oczodołu przed powieki, czasem w mniejszym stopniu prawa. Aby ulżyć choremu trzeba gałkę wprowadzić w dawne jej położenie, co czyni sam chory przy pomocy otaczających go osób. Przy silnem zgięciu się chorego w stronę lewą może wystąpić gałka z oczodołu, w tem położeniu jest ona utrzymywaną przez zaciśnięte powieki. Zwichnięcie wywodzić można przez rozwarcie powiek i mierny ucisk na gałkę. Chory posiada prawie zupełną bystrość wzrokową Vpr. $^6/_6$ lo. $^6/_8$ Obniżona bystrość lewego oka z powodu rozpoczynającej się zaćmy. Badanie dna oka przedstawia obustronnie stosunki prawidłowe, takiem jest także pole widzenia i oddziaływanie źrenic. Od chwili wystąpienia gałki z oczodołu bystrość wzroku maleje i pole widzenia zaciemnia się, a wtedy tarcz nerwu wzrokowego jest o granicach zatartych, tętnice cienkie, jednem słowem, objawy ucisku nerwu wzrokowego, względnie naczyń środkowych. Źrenica nie oddziałuje na światło. Badania płuc i narządu krążenia wykazały rozedmę i zaburzenia w narządzie krążenia. Jako przyczynę powstawania zwichnięcia gałek przypuszcza Levin silne przekrwienie żył oczodołowych, co przy wiotkości błon ściśniętych i pewnem dziedzicznem usposobieniu łatwiej spowodować może wystąpienie gałek z oczodołu. Aby chorego uwolnić od dolegliwości i następstw z powodu częstych zwichnięć gałek, byłby autor za zwężeniem szpary powiekowej przez zeszycie chrząstek.

Dr Berezowski.

III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo lekarskie we Filadelfii.

Posiedzenie z dnia 21 lutego 1905.

Leczenie napolne zapaleń głębokich błon ocznych.

Hansell podaje trzy spostrzeżenia znakomitego skutku po-

tów w chorobach dna oka. W jednym przypadku u chorego, ważącego 115 kg wystąpiła *chorioditis centralis pigmentosa* ze znacznem upośledzeniem wzroku powikłana zaćmieniami w ciele szklistem. Dwanaście kąpieli gorących z następowymi potami wystarczyło do usunięcia zmiany chorobowej i przywrócenia prawidłowego wzroku. Chory stracił przytem 15 kg wagi. Drugi przypadek był zupełnie podobny do pierwszego, a w trzecim uzyskał autor wyleczenie przewlekłego zapalenia jagodówki. Jakkolwiek równocześnie stosowane były we wszystkich przypadkach wcierania rtęciowe i jod, to jednak autor główne działanie lecznicze przypisuje potom. Poty wywołuje gorącemi kąpielami, lub zapomocą suchych gorących zawijań, a unika wstrzykiwań pilokarpiny, po których znane są wypadki zejścia śmiertelnego. (M. Pyle).

O niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy bez irydektomii.

Clark w jednej ze swych prac dawniejszych porównywał stopień niezborności rogówkowej po operacyi zaćmy z irydektomią i bez irydektomii. Uważa on stopień astygmatyzmu pooperacyjnego za kamień probierczy poprawności cięcia. Na podstawie swych pomiarów astygmometrycznych doszedł do przekonania, że po operacyi zaćmy z irydektomią przeciętny stopień niezborności rogówkowej jest mniejszy (1·5 D.) niż po ekstrakcyi bez irydektomii. Ten ostatni jednak sposób operowania daje, zdaniem Clarka, lepsze wyniki optyczne, stopień zaś astygmatyzmu daje się i tu zmniejszyć przez udoskonalenie cięcia. I tak od czasu, gdy zamiast prowadzić cięcie samą granicą rogówkotwardówkową przełożył je nieco ku obwodowi, kończąc je w twardówce i dodając jeszcze płat spojówkowy, uzyskał obniżenie przeciętnej niezborności pooperacyjnej z 3·5 D. na 2·66 D.*).

Porażenie mięśni, zwracających gałkę oczną ku górze.

Zentmayer opisuje przypadek, odnoszący się do 57letniego mężczyzny, nadużywającego alkoholu i tytoniu, który doznał nagle w nocy zawrotu głowy, a potem zauważył podwójne widzenie i upośledzenie wzroku. Badanie wykazało zupełne zniesienie ruchów gałek ocznych ku górze, osłabienie zbieżności przy zachowaniu symetrycznych ruchów bocznych. Dwuwidzenie zdołał autor wywołać dopiero po dwu tygodniach, gdy mięsień prosty, górny, prawy odzyskał częściowo władzę i zdobył nad lewym przewagę. Po upływie

*) Por. K. W. Majewski: »O czynnikach, wpływających na stopień niezborności pooperacyjnej...« Post. Okulist. 1900, Nr 8 i 9.

trzech tygodni wszystkie mięśnie z wyjątkiem prostego dolnego po stronie lewej, który pozostał niedowładnym, wróciły do stanu prawidłowego.

Aniridia traumatica.

De Schweinitz spostrzegał następujący przypadek: 36letni mężczyzna uderzył się w oko lewe o żelazną sztabę. W 24 godzin po wypadku, autor stwierdził zupełny brak tęczówki i soczewki, które zostały wyrzucone z oka przez ranę przebiegającą dołem wzdłuż granicy rogówkotwardówkowej, 10 mm długości. — W ośm dni później oko dotychczas niebolesne, stało się siedliskiem napadów nerwobólu rzęskowego, powtarzającego się regularnie w odstępach dwu i pół-godzinnych. Po upływie miesiąca bóle ustąpiły, oko wygoiło się zupełnie i odzyskało po wyrównaniu hypermetropii i astygmatyzmu pełną bystrość wzroku. (Według Ann. d'Ocul.).

K. W. Majewski.

Z Tow. lek. lwowskiego.

Posiedzenie z d. 27 października 1905.

Dr Wiktor Reis wygłasza:

»Spostrzeżenia z dziedziny okulistyki w sztuce włoskiej«.

Prelegent zaznacza na wstępie, że zwiedzane we Włoszech zakłady okulistyczne (oddział oczny w Ospedale civila w Wenecyi i klinika uniwersytecka w Rzymie) wzorują się na szkołach francuskich i nie zasługują na szczególniejszą uwagę — natomiast zabytki sztuki przechowane na ziemi italskiej budzą żywsze zajęcie nawet ze stanowiska specyalności okulistycznej. Medycynę i sztukę — dwa pojęcia tak różne zestawił i w ściślejszy wprowadził związek Charcot w dziele p. n.: Les difformes et les malades dans l'art. Przykład jego zachęcił innych badaczy tak, że rozpoczął się nowy okres w historyi medycyny.

Z patologii szczegółowej oka oprócz tematu ślepców bardzo często odtwarzanego przez artystów, rozpoczęto poszukiwania za okularami, chcąc się przez to dowiedzieć, jak daleko sięga w przeszłość ów środek leczniczy i jakie w danych czasach miał zastosowanie. O wynalazku bowiem okularów nic dokładnego nie wiemy, a według źródeł przechowanych jeszcze najlepiej we Włoszech przypada wynalazek okularów na koniec 13 wieku.

Rozmaite czynniki a między innymi także i wrogie stanowisko lekarzy w sprawie noszenia okularów, powodowane nieświado-

mością zasad optyki sprawiły, że okulary mało były używane. Z tych samych też powodów nie znajdujemy osób noszących okulary na obrazach Weroneza, Tycyana i Tintoretta mimo, że obrazy ich zapełnione setkami postaci rozmaitych kategoryi. W dziełach omawiających historyę okularów wymieniają z wczesnej epoki Odrodzenia malarstwa włoskiego tylko dwa obrazy Ghirlandaja przechowane w kościołach florenckich: św. Hieronim z roku 1480 i Exequiem św. Franciszka z roku 1485, na których spotykamy osoby z okularami.

Oglądając galeryę obrazów w Watykanie zauważył kol. R. na predelli obrazu Niccola Alunno da Foligno z r. 1465, przedstawiającego koronacyę Matki Boskiej, wśród szeregu postaci apostołów i świętych, Filipa, Jakóba j Mateusza, noszących okulary. Obraz ten jest nieogłoszonym dotychczas zabytkiem z wczesnej epoki Odrodzenia malarstwa włoskiego; anachronizm artystyczny zaopatrujący apostołów w okulary świadczy o dążeniu artysty do naturalistycznego oddania postaci. Podczas gdy poszukiwania za patologią oka w sztuce są nabytkiem ostatnich lat, to anatomia normalna i sposoby odtwarzania oka w rzeźbie starożytnej były już dawno przedmiotem dokładnych studyów. Błędne zapatrywanie o istnieniu różnicy między budową oka mężczyzny i kobiety usunął Greeff w r. 1892 na podstawie ścisłych naukowych badań, stwierdzając tylko istnienie różnic indywidualnych.

Kształt oka był tak różnie odtwarzany w poszczególnych okresach rzeźby starożytnej, że posłużył jako kryteryum do oznaczenia epoki, w której dana rzeźba powstała (Conze, Magnus). Prelegent podaje szczegółowo charakterystykę sposobów odtwarzania narządu wzrokowego, począwszy od epoki archaicznej aż do epoki rzymskiej, w której artyści najróżnorodniej odtwarzają tęczówkę, źrenicę i odblask świetlny rogówki, dążąc do jak najwierniejszego odzwierciedlenia cech indywidualnych.

Następnie opisuje kol. R. sposób odtwarzania przedniej części gałki ocznej w rzeźbach Michała Anioła i dochodzi do wniosku, że przy pomocy dawnego sposobu opracowania gładkiej gałki ocznej i części oko otaczających nie można uzyskać wiernego wyrazu oczu, gdyż pominięte zostają akomodacya i kierunek gałek ocznych — czynniki anatomiczno-fizyologiczne, które tylko odczytać możemy z zachowania się źrenic. Wymownym tego przykładem są rzeźby Michała Anioła: Dawid we Florencyi i Mojżesz w Rzymie, w których opracowanie szczegółowe przedniej części gałki ocznej dosięga najwyższego realizmu.

W końcu wspomina jeszcze kol. R. o zbiorze recept ocznych, własnoręcznie przez Michała Anioła spisanych i przechowanych wśród

rękopisów poezyi w bibliotece watykańskiej. Zawarte są w nim środki lecznicze przeciw łuszczce i podwinięciu rzęs przy jaglicy, drżeniu gałek ocznych, zranieniom oka i t. d.

Odpis tego kodeksu watykańskiego ogłosił Berger z Monachium w r. 1897.

Wykład objaśniał prelegent licznemi fotografiami obrazów i rzeźb. (autoreferat).

W dyskusyi prof. Machek mówi, że faktycznie nie wiadomo, odkąd okulary istnieją. Wiemy, że Nero patrzył przez jakieś szkiełko, był to prawdopodobnie drogi kamień. Armati (umarł w r. 1317) miał być pierwszym, który używał okularów, tymczasem już Bakon (umarł w r. 1294) twierdził, że zapomocą szkieł można lepiej widzieć. Medyceusz Rafaela, o którym prelegent wspomina, ma w ręku lufę, nie są to więc jeszcze okulary. Jest zasługą prelegenta, że zwrócił uwagę na obraz da Foligno, odkrył przez to nowy szczegół do historyi okularów.

Dr Reis nadmienia dodatkowo, że zwiedził podczas powrotnej swej podróży ogromny zbiór sztychów oryginalnych i medali, dotyczących medycyny (medicina in nummis) a będących własnością niedawno zmarłego Dra Brettauera w Tryeście. Część okulistyczna w tym zbiorze również bogato jest zastąpiona i stanowi cenne źródło dla autorów opracowujących wszczególności historyę okularów. *Dr Bednarski.*

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Prof. nadz. Van Duyse w Gandawie mian. tamże prof. zwycz.

Prof. Magnus w Wrocławiu powołany został do objęcia nowoutworzonej katedry historyi medycyny w Rostoku, ale propozycyi nie przyjął.

V. POMYŁKI DRUKARSKIE.

Str. 307 lin. 13 z góry zam. wrzodziki czytaj zarodniki.

POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, R. C. DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO, PROF. MACHEKA, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO PROF. KOSTANECKIEGO, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA, PROF. PILTZA W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, DRA NOISZEWSKIEGO W DYNABURGU, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SIĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Grudzień — ROCZNIK SIÓDMY — 1905.

I. PRACE ORYGINALNE.

Uproszczony sposób operacyi garbca rogówkowego.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Chcąc bardzo rozdęty garbiec rogówkowy, całkowity lub prawie całkowity usunąć, a przytem zachować gałki postać, trudnem nieraz staje się wybór metody operacyjnej, zwłaszcza jeżeli ściana garbca jest bardzo cienką. Proste odcięcie stożka gałkowego sposobem Beera naraża oko na niebezpieczeństwo zakażenia. Wycięcie zaś owalnego kawałka i spojenie brzegów rany katgutem według metody przezemnie przed 21 przeszło laty w czasie zjazdu przyrodników polskich w Poznaniu podanej, metody, którą zawsze jeszcze z upodobaniem w wielu przypadkach stosuję, daje tylko wtenczas dobre wyniki, jeżeli ściana garbca dostatecznie jest grubą, inaczej nitki katgutowe przy związywaniu łatwo ją przerywają.

U dzieci nadto operacya ta, zresztą niebolesna, wymagająca jednakże ścisłego wykonania, bez narkozy prawidłowo przeprowadzić się nie da, albo przynajmniej z wielką trudno-

ścią; a chociaż uda nam się, czy to w narkozie, czy bez niej nitki należycie przeprowadzić i związać, to jednak katgut wywołuje nierówne przyleganie brzegów ran cieniutkich ścian, u dzieci zaś niespokojnie zachowujących się łatwo późniejsze zakażenie rany powstać może. Inny zaś materyał do szycia, mianowicie jedwab' lub śrebrne nitki, nie może być tutaj stosowanym, gdyż tenże łatwiej jeszcze brzegi rany zrywa i obok wspomnianego niebezpieczeństwa zakażenia powód do wytworzenia się przetok dać może.

Większe operacye połączone ze szwem spojówkowym lub skleralnym prawie zawsze połączone są ze zmniejszeniem gałki i wykluczają możność przywrócenia, jeżeli już nie części straconego wzroku, to przynajmniej pod względem kosmetycznym korzystnej postaci gałki.

Przed 2 laty miałem poraz pierwszy sposobność przez uproszczony sposób ominąć powyżej oznaczone trudności, a wynik nad wszelkie oczekiwania był korzystnym.

Wobec tego opierając się na kilku późniejszych równie korzystnie wykonanych operacyach, uważam sposób, który poniżej opiszę, jako najodpowiedniejszy dla tych przypadków, gdzie ściana jest cienką i nie zrośniętą z pozostałemi błonami soczewkowemi, czego oczywiście najprzód przewidzieć nie można. Niepowodzenia nie potrzeba się przytem obawiać, bo w razie, jeżeli przy nakłuciu garbca ciecz wodna nie odpłynie w znacznej ilości i ściana nie zapadnie się, można jeszcze zawsze operacyę wykonać sposobem zwykłym zwyż wspomnianym.

M. O., jednoroczne dziecko obywatela z Królestwa Polskiego, zatrzymało w następstwie rzeżączki bardzo silne bielmo zrośnięte z tęczówką na prawem oku. W takim stanie przedstawiła mi matka dziecko 20-go grudnia 1903 roku. Całe $^4/_5$ rogówki obejmujące bielmo było bardzo silnie rozdęte przy silnem naprężeniu gałki i tylko mały górny skrawek pozwalał rozpoznać przylegającą do niej tęczówkę. 14-go grudnia wykonałem irydektomię górą z przebiegiem zupełnie prawidłowym,

poczem 17-go grudnia stwierdziłem napięcie gałki prawidłowe a wypuklenie leukomatyczne rogówki znacznie się zmniejszyło.

Gdy 26-go lutego następnego roku ponownie mi dziecko przywieziono z powodu, iż od 5 dni gałka więcej wystawała, co przypisywano ząbkowaniu, mogłem rzeczywiście stwierdzić, że wydęcie znaczne zrobiło postępy, mianowicie w środkowej cieńszej części, przez którą także więcej pigmentu przebija. Górą zaledwie jeszcze można rozpoznać coloboma, a napięcie podniosło się do + 2. Zaproponowałem matce »staphylotomię« i wykonałem ją w następujący sposób:

Po kilkakrotnem kokainowaniu nakłułem cienką ścianę igłą Bowmana, poczem dość silnym prądem ciecz wodna wytrysła. Garbiec ułożył się w zmarszczki. Uchwyciwszy szczypczykami chirurgicznemi środek zapadniętej ściany, uniosłem go i jednym zamachem za pomocą nożyczek Cooperowskich wyciąłem owalny kawałek prawie z całej szerokości garbca o wysokości 4—6 mm.

Brzegi powstałej rany przylegały znakomicie, tak, że bez założenia szwów przystąpić mogłem do założenia opaski uciskowej. Przebieg gojenia był tak dobrym, że matka już po kilku dniach mogła klinikę opuścić, a zaznaczam, że cały garbiec przybrał wypuklenie prawidłowej rogówki, blizna zaś operacyjna ledwo była widoczną. Natomiast pas przezroczystej części rogówki stał się szerszym. Napięcie gałki powróciło do normy. Stosownie do polecenia przywieziono mi dziecko do zbadania 13-go maja tegoż roku co mi dało możność przekonania się, że dobry wynik operacyi nietylko trwał ale, że szpara tęczówki więcej jeszcze uwadatniła się, wielkość operowanego oka odpowiadała wielkości drugiego oka. Trwałość wyniku ponownie a ostatni raz przed $^1/_2$ rokiem stwierdziłem. —

Zachęcony tym wynikiem operowałem jeszcze kilka podobnych przypadków, jednakże nie zawsze udawało mi się ominąć założenie późniejsze szwów wskazanych tam, gdzie brzegi rany po wycięciu owalnego kawałka ściany garbca nie przylegały beznagannie.

W jednym przypadku dotyczącym częściowego garbca

powodem rozejścia się brzegów rany było wtłaczanie się przezroczystej soczewki przy dość silnem napięciu. Pod osłoną sztyleciku dość szerokiego, wtłoczonego między brzegi rany a soczewkę, udało mi się bez obrażenia torebki przeprowadzić szew jedwabny, który wystarczył do zamknięcia rany. Wynik operacyi był bardzo dobry.

Opierając się na podstawie dotychczasowych wyników operacyjnych, dochodzę do następujących wskazań:

1. Garbce rogówkowe o grubych ścianach najodpowiedniej operować metodą przezemnie podaną dawniej *).

2. Jeżeli garbiec ma ścianę cienką, a nie obejmuje całej rogówki, można próbować wypuścić przez nakłucie ciecz i wyciąć ze zmarszczonej ściany odpowiednio wielki owalny kawałek nożyczkami Cooperowskiemi płaszczyzną zakrzywioną, zwróconemi do ściany garbca. Skoro brzegi ran nie przylegają następnie ściśle, zakłada się w odpowiedniej odległości od brzegów 1—2 szwy jedwabne albo też cienkie katgutowe.

3. W przypadkach, gdzie garbiec obejmuje nietylko teren rogówkowy lecz i twardówkę, operacya najbardziej wskazana, zwłaszcza wobec możliwości sympatyzowania jej drugiego oka, jest wyłuszczenie gałki. Tam zaś, gdzie jej wykonanie wzbronione zostało, operacya Weckera — wstępuje w swe prawo.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Clin. opht. Nr. 17—20. (Ref. A. Bednarski).

Leczenie raka skórnego zapomocą radium (Traitement du cancer cutané par le radium). Dr Rebus i Dr Salmon.

Krótki opis 2 przypadków chorobowych. W pierwszym przy raku wargi nastąpiło wyleczenie po 6 posiedzeniach w ciągu 70

*) Sprawozdanie IV zjazdu lek. i przyrodników polskich w Poznaniu 1884.

dni. W drugim rak skrzydła nosa średnicy 3·50 ctm. znikł po 14 posiedzeniach w ciągu 76 dni. Jak długi czas po wyleczeniu autorowie spostrzegali chorych nie podają. Używali 30 mgr. bromku radu.

Zapalenie woreczka łzowego po operacyi zapalenia zatoki szczęki górnej (Dacryocystite consécutive à l'opération de la sinusite maxillaire) Dr Jocqs.

Zanik tarczy nerwu wzrokowego i porażenie mięśnia prostego wewnętrznego oka prawego po urazie (Atrophie optique et paralysie du droit interne de l'oeil droit, d'origine traumatique) Dr Le Roux.

Po tępym urazie w oko stwierdzono na drugi dzień utratę wzroku i porażenie zupełne mięśnia prostego wewnętrznego. Gałka oczna przytem nie okazywała żadnych śladów uderzenia. Badanie wziernikowe dokonane poraz pierwszy w 9 dniu po wypadku wykazało zblednięcie tarczy i cieńsze tętnice. Porażenie mięśnia ustąpiło, wzroku chory nie odzyskał, przyszło do zupełnego zaniku tarczy. Autor, podobnie jak Panas, tłomaczy porażenie mięśnia wyciągnięciem się włókien mięsnych, zanik zaś nerwu wzrokowego krwotokiem do pochewek nerwu wzrokowego.

Zapalenie ropne całej gałki ocznej, a bacillus perfringens (Panophtalmie et bacillus perfringens) Dr Darier.

Opis jednego przypadku chorobowego.

Niektóre uwagi o postępowaniu chirurgicznem przy zezie (Quelques remarques sur le traitement chirurgical du strabisme) Dr Stephenson.

Po krótkim wstępie historycznym S. streszcza swoje sposoby nacinania mięśnia prostego celem wydłużenia tegoż, przedstawione już w r. 1902 w Tow. oftalmologów Stanów Zjednoczonych. Prace Glücka, Jochnera i de Lange'a nad ścięgnem sztucznem »le tendon artificiel« natchnęły autora do wykonania następującej operacyi. Zakłada 2 szwy w odległości 3 mm. od przyczepu twardówkowego, jeden w górze drugi w dole ścięgna, wiąże je, a końce wolne nitek zaopatruje w igły. Przecina ścięgno prostopadle tuż koło założonych węzełków, a następnie przeprowadza igły przez odcięty koniec ścięgna i w ten sposób wiąże, że z nitek tworzy się pomost między końcami przeciętego ścięgna. Ścięgno zostaje w ten sposób wydłużone. Jeżeli potrzeba, robi przedtem przemieszczenie mięśnia przeciwniczego.

O używaniu lupy obuocznej Bergera w okulistyce (De l'emploi des loupes binoculaires de Berger en oculistique) Dr Haltenhoff.

O sympatektomii w jaskrze (De la sympathectomie dans le glaucome) Dr Abadie.

W przypadkach jaskry ostrej lub podostrej, w których irydektomia leczy cierpienie, jako też w przypadkach jaskry prostej, gdzie codzienne zapuszczenie pilokarpiny utrzymuje wzrok chorego, nie ma potrzeby uciekać się do innego sposobu postępowania. Są jednak znane przypadki, w których mimo ciągłego zapuszczania pilokarpiny i mimo wykonania irydektomii wzrok ciągle się pogarsza. Te nadają się do wycięcia *ganglion cervicale sup.* A. przytacza 3 odnośne przypadki. W pierwszym w r. 94 wykonał autor obustronną irydektomię, mimo operacyi i pilokarpiny wzrok pogarszał się, chora liczyła wreszcie palce na kilka centymetrów. W r. 98 wykonał A. wycięcie *ganglion cervic. super.* po stronie prawej. Wzrok poprawił się, chora liczy palce na 2—3 m. i może o własnych siłach chodzić, poprawa utrzymuje się do dziś dnia t. j. 7 lat po operacyi. Na oku drugiem pozostał ślad poczucia światła.

W 2 przypadku chory na oku lewem utracił wzrok z powodu jaskry, na prawem oku mimo sklerotomii i pilokarpiny ciągłe pogarszanie się wzroku. Po wycięciu *ganglion cervicale super.* wzrok od 5 lat nie pogarsza się, bystrość wzroku $= {}^1/_2$.

W przypadku 3 wykonano irydektomię, a następnie sklerotomię bez skutku. Bystrość wzroku wynosiła ${}^1/_{50}$. Po wycięciu *ganglion cervic. super.* wzrok poprawił się na ${}^1/_{40}$, pole widzenia nieco się rozszerzyło, Chory pół roku jak operowany, do oka nic nie zapuszcza, wzrok nie zmienia się.

Wreszcie wspomina A. o 4 przypadku, w którym świeżo wykonano obustronnie wycięcie *gangl. cervic. sup.* w odstępie czasu 15-dniowym z dobrym wynikiem. Przypadki te wykazują, że sympatektomia leczy trwale jaskrę i powinniśmy o niej zawsze myśleć, skoro środki zwężające źrenicę i irydektomia zawodzą. Operacyę powinien wykonywać chirurg obeznany dobrze z topografią. Jak dotąd nie zaszedł, ani wypadek śmierci, ani poważniejsze powikłania. Operacye te wreszcie wskazują, że nerw sympatyczny odgrywa ważną rolę w jaskrze.

O używaniu surowicy przeciwgronkowcowej w leczeniu ropnego zapalenia woreczka łzowego (De l'emploi du sérum anti-staphylococcique dans le traitement des dacryocystites) Dr Darier.

D. opisuje 5 przypadków ropnego zapalenia woreczka łzowego, z tych 2 Dra Bérarda, a 3 własne, leczonych surowicą Dra Doyena. Były to przypadki zadawnione, leczone już dłuższy czas bezskutecznie sposobami znanymi (przestrzykiwania, sondy). Kilka

wstrzyknięć w pośladki 2·5—5 ctm. surowicy usunęło w 4 przypadkach ropienie, z tych w 2-ch wykazano w wydzielinie gronkowce. W przyp. 5-tym po dwóch wstrzyknięciach poprawa nie nastąpiła, badanie mikroskopowe wydzieliny wykazało obecność gonokoków. Czas spostrzegania wogóle był krótki, od wyleczenia zaledwie kilka tygodni. Wstrzykiwania były nieraz dosyć bolesne. Po wyleczeniu łzawienie nie ustępywało, jedynie tylko wydzielina ropna. Wstrzykiwania te szczególniej u dzieci, gdzie sondowanie jest niemożliwe mogą mieć wielką doniosłość.

Wielokrotne włókniaki śluzowe spojówki powiekowej (Fibromes muqueux et multiples de la conjonctive palpébrale) Dr Cosmettatos.

Ctrb. f. pr. Aghk. 1905. Z. 9. (Ref. Dr. L. Gruder).

Operacye magnesem u dzieci. (Die Magnet-Operation bei Kindern). Prof. J. Hirschberg.

Autor opisuje pięć zabiegów operacyjnych magnesem wielkim Haaba i Hirschberga przy wydobywaniu odłamków z ócz dzieci. W czterech wypadkach, które dostały się w ręce lekarza, świeżo (1—5 dni) po urazie, uzyskano w ten sposób wynik bardzo dobry; w trzech wypadkach wynik bystrości wzroku = $^5/_5$—$^5/_6$, czwarty miał $^5/_{25}$; z tych w trzech przypadkach soczewka była przez uraz zmętniona i musiała być zabiegiem operacyjnym usunięta, w czwartym zaś pozostawiono soczewkę, gdyż była tylko częściowo zaćmioną i nie wpływała wielce na bystrość wzroku. W piątym przypadku, który dopiero po dwóch latach przyszedł do autora, nie osiągnięto żadnego skutku, gdyż oko, z powodu poprzednich zabiegów operacyjnych i wskutek chronicznym stanem chorobliwym wywołanych zmian anatomicznych, było już zupełnie ślepem i musiano gałkę zwyrodniałą nareszcie (po 5 latach) usunąć.

Przypadek urazowej jaskry. (Ein Fall von traumatischem Glaucom). Dr. Emil Brand w Augsburgu.

Podczas, gdy stany zapalne rogówki, a zwłaszcza z tworzeniem pęcherzyków, po powierzchownych urazach rogówki, częściej spostrzegać się dają, należy typowa jaskra, po stosunkowo nieznacznym urazie, do rzadkości.

Ziarnka pyłu żelaznego wleciały 30-letniemu robotnikowi do prawego oka. Rana linijna 2 mm. długa, pionowo idąca między

środkiem a dolnym brzegiem rogówki. Lupą widać kilka drobnych ziarnek pyłu żelaznego, w ranie, nieco szarawo-zabarwionej. Zastosowano maść sublimatową i *mydriaticum*, jednak bez znacznego polepszenia. Po kilku dniach silne bóle, nastrzyknięcie rzęskowe i zmętnienie całkowite rogówki. Zapomocą lupy poznać było, iż zmętnienie to składa się z drobnych pęcherzyków. Gałka nieco twardsza. Skopolamina pogarsza cały stan. Wyczyszczenie rany z ziarnek pyłu nie dało polepszenia stanu. Po kilku dniach polepszenie, źrenica znacznie rozszerzona, okrągła, gałka bardziej twarda, pole widzenia od nosa zwężone. Wziernikiem dokładnie widać było wyżłobienie i białawe zabarwienie tarczy wzrokowej. $V = z + 2{\cdot}5\,D = 1$. Zakraplanie ezeryny zwężyło źrenicę i zniżyło napięcie gałki ocznej. Po dwóch tygodniach ponowne pogorszenie z tymi samymi objawami jaskry, co poprzednio i ezeryna stopniowo polepszyła stan, gdy zaś po kilku dniach atak znowu się powtórzył, wgłębienie tarczy pozostało niezmienne i dał się spostrzedz *halo glaucomatosus*, przy równoczesnem zmniejszeniu się pola widzenia i bystrości wzroku, wykonano irydektomię, poczem stan stopniowo się polepszył, napięcie gałki Tn, a $V = {}^{5}/_{15}$. Po roku stan oka niezmieniony.

Autor radzi baczne uważać na napięcie gałki przy pęcherzykowatych zapaleniach rogówki, spowodowanych urazami oka.

Z. 10.

Hydrophthalmus, jaskra i irydektomia. (Hydrophthalmus, Glaucom und Iridectomie). Prof. Dr. Schoen w Lipsku.

Dziecko czteroletnie ma obustronnie *hydrophthalmus congenitus*. Operacya, obustronnie irydektomia od dołu z doskonałym wynikiem chwilowo. Gdy zaś po kilku latach stan znowu się pogarszał, wykonano obustronnie irydektomię ku górze. Na prawem oku prawidłowe gojenie, na lewem pęcherzykowata blizna. Gałka stawała się większą, wyżłobienie nerwu ocznego powiększało się, pierścień ciałka rzęskowego rozszerzał się. Myopia = 10 D. Chłopczyk mógł czytać i pisać. W szparze widać było ciałko rzęskowe, *zonula Zinnii* i torebkę soczewkową. Soczewka stopniowo odłączała się od torebki, a zmniejszając się, posuwała się ku górze. Na prawem oku, gdzie irydektomia obydwa razy była doskonale wykonaną, sprawa ta zakończyła się zupełną ślepotą pr. oka, gdy dziecko miało 10 lat. Męty w ciałku szklistem.

W dwadzieścia lat po oślepnięciu prawego oka, lewe oko mogło jeszcze czytać. Ponieważ ten sam proces z soczewką przechodziło także i oko lewe, istniała więc, po skurczeniu się soczewki, większa szpara, przez którą to oko widziało i posiadało w takich

warunkach emmetropię. Męty w ciałku szklistem. Pęcherzyk spojówkowy pooperacyjny doszedł przez ten czas do niebywałych rozmiarów, niemal równych objętości oka prawidłowego. Autor powiek nie odwijał, aby nie spowodować pęknięcia tego pęcherzyka.

Przez przypadkowe uderzenie pęcherzyk ten pękł. Autor ograniczył się do opaski i spokoju; a wkrótce pęcherzyk znowu się utworzył. Autor widzi w tym wypadku możliwość utrzymania wzroku jedynie przez przywrócenie stanu pierwotnego t. j. przez pęcherzyk spojówkowy, który był niejako klapą bezpieczeństwa przeciw wzmaganiu się ucisku śródocznego. Według zdania Schoena *hydrophthalmus* wywołany jest brakiem włókien południkowych mięśnia rzęskowego, przez co gałka oczna nie może podołać uciskowi śródocznemu.

Przyczynek do kazuistyki epitarsus. (Ein weiterer Beitrag zur Casuistik des Epitarsus). Dr. A. Schapringer w Nowym Jorku.

W zeszycie piątym czasopisma *Ctrlbt. f. pr. Aghk.*[1]) autor opisał trzy przypadki tak zw. nadchrząstki *(epitarsus)*, obecnie opisuje czwarty taki przypadek u 21-letniego krawca.

Chrząstka lewego oka (strona wewnętrzna) podzielona jest 1·5 mm. szeroką, linijną, pionową blizną na dwie nierówne połowy. Brzeg powiek jest prawidłowy i nie widać żadnych karbów, lub skutków przebytych chorób ocznych. Gruczoły Meiboma również prawidłowe. Odpowiednio do bliznowatej linii tkanka chrząstki jest miękką i mniej elastyczną, spojówka prawidłowa.

Autor uważa to za *coloboma* chrząstki, zagojone jeszcze przed urodzeniem.

Plamy złogowe barwika na rogówce. (Pigmentflecke der Hornhaut). Dr. L. Steiner w Soerabaya (na Jawie).

Plamy złogowe barwika na spojówce są na Jawie bardzo często napotykane. Do wielkich rzadkości natomiast należą złogi barwikowe na rogówce. Dwa takie przypadki opisuje autor.

Pierwszy przypadek miał *naevus pigmentosus*, $1^1/_2$ mm. wielkości, na granicy rogówko-twardówkowej; opodal od tego, w przeźroczystej rogówce mniejsza taka plama $^1/_2$ mm. średnicy. Na spojówce gałki większa plama złogu barwikowego. Trachoma górnej powieki.

Drugi przypadek 30-letni Jawańczyk. Obustronnie jaglica. Na twarzy liczne *naevi pigmentosi*. Na lewej rogówce plama złogu

[1]) P. Postęp okul. 1905, zeszyt 6. Strona 209.

barwikowego 4 mm. średnicy, graniczy z brzegiem rogówko-twardówkowym. Plama taka składa się z grupy razem zlewających się mniejszych plamek, z brzegu jaśniejszych, przez co barwa jest niejednostajną, a brzeg zębatym się wydaje. Opodal na rogówce drobne takie złogi, na spojówce gałki również drobna taka plamka barwikowa. Nigdzie nie było blizn lub drobnych ran, przez które mógłby się przedostać barwik ze spojówki na rogówkę. Cała rogówka, komora i tęczówka prawidłowe.

Płaski kawałek odcięto nożem Graefowskim z powierzchni rogówki. Rana pozostałej rogówki pozostała nadal ciemno-brunatną. Odciętym kawałkiem była tylko górna warstwa rogówki i był on za mały, aby dać dokładny wynik badania mikroskopijnego. Kawałek ten składał się z komórek nabłonkowych i z barwika. Granice tych komórek są na brzegu wyraźne i widać dokładnie, iż pierwsza warstwa tych komórek jest wolną od barwika. Ku środkowi tego płatu zwiększa się ilość złogów barwikowych tak, iż komórki ledwie są do poznania. Barwik nierównomiernie jest rozmieszczony, tworząc mniejsze lub większe różnopostaciowe złogi barwikowe. Z całego obrazu nabiera się przekonania, iż barwik leży w miąższu rogówki i jest z nią silnie spojonym.

Klin. Monatsbl. f. Aghk. R. XLIII. T. II. Sierpień 1905. (Ref. Dr Liebermann).

O rozstępach we warstwie Descemeta. (Dr Teod. Axenfeld. Freiburg w Bryzg. Zur Kenntnis der isolierten Dehiscenzen der Membrana Descemeti).

W jednym przypadku *megalocornea* zauważył autor przy dokładnem badaniu lupą rozstępy we warstwie Descemeta. Zgodnie z prof. Fuchsem przypuszcza on, iż rozstępy są wyrazem pęknięć wspomnianej błony i że *megalocornea* jest to właściwie *hydrophthalmus*, który dalej nie postępuje.

Podobne pęknięcia błony Descemeta zauważył autor i w jednym przypadku rogówki stożkowatej *(keratoconus)*.

Przyczynek do nauki o jednostronnej tarczy zastoinowej. (Dr P. Schulz-Zehden. Berlin. Ein Beitrag zur Kenntniss der Genese einseitiger Stauungspapille).

W domu dla kalek w Berlinie zmarł starzec, który za życia, obok upadku sił psychicznych, okazywał nadto objawy padaczkowe. Okiem prawem nic nie widział, a wziernikiem stwierdzono

zupełnie białą tarcz zanikową; okiem lewem widział palce na 4 m, na tem zaś oku była tarcz zastoinowa.

Jako przyczynę tych przypadłości wykryła sekcya nowotwór usadowiony w przedniej jamie czaszkowej, który z jednej strony obrósł w zupełności prawy nerw wzrokowy i ugniatał lewy, z drugiej zaś strony wrósł do prawej bocznej komory mózgowej, następstwem zaś tego było wodogłowie wewnętrzne.

Pierwsze ślady mięsaka naczyniówki. (Dr Schultz-Zehden. Berlin. Allerkleinstes Aderhautsarkom).

Autor odkrył przypadkowo, przy sekcyi oka starca, mięsaka przedstawiającego się makroskopowo jako mała plamka na dnie oka umieszczona.

Siedzibą nowotworu była warstwa naczyń grubszych, inne warstwy naczyniówki nacieku nowotworowego nie okazywały.

Nowotwór rozwijał się z warstwy barwikowej naczyniówki. Komórki barwikowe tracą swe wypustki, barwik w nich powoli zanika, komórki zaś same szybko się rozmnażają. Dopiero następowo zjawia się w nich barwik.

O odczepieniu siatkówki w bardzo wczesnym okresie rozwoju mięsaka naczyniówki. (J. H. Parsons. Londyn. Frühablösung der Netzhaut bei Sarkom der Chorioidea).

Autor badał histologicznie 8 przypadków mięsaka na dnie oka usadowionego i na podstawie tych badań dochodzi do następujących wniosków.

Odczepienie siatkówki w przebiegu mięsaków naczyniówkowych występuje w bardzo wczesnym okresie choroby i usadawia się zazwyczaj w dolnej połowie gałki ocznej. Odczepienie to w pierwszych chwilach jest od właściwej masy nowotworowej oddzielone pasem zdrowej przylegającej siatkówki, dopiero później odczepienie siatkówki uogólnia się.

W przebiegu mięsaków ciałka rzęskowego siatkówka odczepia się dopiero wówczas, gdy nowotwór ją zajmie.

Przyczyną odczepienia jest obfity w białko wysięk zapalny, gromadzący się pod siatkówką.

1905. Wrzesień.

O zbliznowaceniu rogówki. (Dr J. Meller. Wiedeń. Die Sklerose der Kornea).

Przyczyny zmętnienia rogówki mogą być rozmaite.

Na dwóch różnych przypadkach opisuje autor dwie różne

przyczyny tj. tzw. *pannus degenerativus* i pęcznienie rogówki. *Pannus degenerativus* powstaje w ten sposób, iż z obwodu pod przybłonkiem buja tkanka ziarninowa, która, wnikając następnie do wnętrza rogówki, powoduje następowo trwałe jej zmętnienie.

O zjawiskach akomodacyi przy patrzeniu przez wąską szparę. (Dr Weinhold. Planen. Ueber eine mit Hilfe des stenopäischen Loches zu beobachtende Akkommodationserscheinung).

Patrząc przez mały otwór na jakiś przedmiot i akomodując silniej, niż to danej odległości odpowiada, widzi się go mniejszym i dalej posuniętym. Odwrotnie, zluźniając akomodacyę, przedstawia się ten przedmiot większym. Zjawisko to polega na wykluczeniu przez brzegi szpary bocznych promieni, które powoduje kręgi rozproszenia, tak że ostry obraz powstaje tylko z promieni środkowych.

W przypadku za silnej akomodacyi obraz powstaje przed siatkówką w drugim zaś za siatkówką; rysunkiem zaś wykazać można, iż w pierwszym przypadku obraz będzie mniejszym, w drugim zaś większym.

Die Ophth. Klinik, Nr. 21. R. 1905. (Ref. Doc. Dr K. W. Majewski).

Przypadek ropnego zapalenia woreczka łzowego po operacyi otoku ropnego jamy szczęki górnej. (Ein Fall von Dacryocystitis nach der Operation eines Empyems der Kieferhöhle). R. Jocqs.

Do dwóch przypadków z kliniki Lapersonne'a w Paryżu, opisanych przez Leblond'a*), dodaje autor trzeci przypadek ropnego zapalenia przewodu noso-łzowego w bezpośrednim następstwie doszczętnej operacyi *sinusitis maxillaris*, wykonanej sposobem Caldwell-Luca. Gdy jednak w przypadkach Leblond'a z powodu istniejącej już rozstrzeni woreczka łzowego trzeba było takowy doszczętnie wyłuszczyć, tutaj przebieg był pomyślniejszy, chora bowiem, kobieta 52-letnia, zgłosiła się do autora już w cztery dni po operacyi z ropieniem i łzawieniem woreczka łzowego po stronie operowanej. Jednorazowe przeprowadzenie sondy Nr. 2 i kilkakrotne przestrzykanie przewodu wystarczyło do usunięcia cierpienia. Autor nie zgadza się z Leblond'em, jakoby zakażenie wstępujące miało być przyczyną zajęcia dróg łzo-

*) Porównaj Postęp. okul. 1903, str. 396.

wych po operacyi Caldwell-Luc'a. Zdaniem jego do powstania *dacryocystitis* wystarczy zupełnie uraz, jakiego doznaje dolny koniec przewodu nosowego podczas operacyi w jamie Highmor'a. Dlatego to w leczeniu w pierwszym rzędzie starać się należy o przywrócenie drożności przewodu łzowego, poczem ropienie samo przez się ustaje. Bądź co bądź wobec mnożących się spostrzeżeń groźnych dla oka powikłań, wywołanych operacyą Caldwell-Luc'a, należy albo ten zabieg całkiem zarzucić, albo zmienić sposób jego wykonania, lub przynajmniej zachować przy operacyi ostrożności, o jakich Leblond w swej pracy wspomina.

1905. Nr 22.

Doraźne przerwanie przebiegu choroby w przypadku blennorrhoea adultorum. (Ein in 4 Tagen kupierter Fall von schwerer Blennorrhoea adultorum). A. Darier.

Autor powstaje w tym artykule znowu przeciw używaniu azotanu srebra w przypadkach śluzoropotoku spojówek, tak u noworodków, jak i u dorosłych. Na dowód, jak korzystne wyniki lecznicze uzyskać można, niestosując wcale tego środka wysoce drażniącego i ból sprawiającego, przytacza on przypadek bardzo groźnego rzeżączkowego zapalenia spojówek u 20-letniego mężczyzny ze świeżą rzeżączką cewki moczowej. Wiadomo, że, im świeższa i ostrzejsza jest *urethritis gonorrhoica*, tem ostrzej i groźniej występuje sprawa zapalna na oku w razie przeniesienia gonokoków na spojówkę. W przypadku autora badanie bakteryologiczne wykazało obecność dwoinek Neisserowskich zarówno w ropie cewki moczowej, jak i we wydzielinie spojówkowej. Powieki były bardzo obrzmiałe, tożsamo spojówki powiek, załamków i spojówka gałki, która tworzyła dokoła niezajętej jeszcze rogówki czerwony wał chemotyczny. Bardzo obfita wydzielina ropna. Gruczoł przyuszny obrzmiały i bolesny. Autor ustanowił leczenie polegające na możliwie częstem (co pół godziny, dniem i nocą) oblitem wypłukiwaniu worka spojówkowego słabym rozczynem *kalii hypermanganici* z następowem zapuszczaniem 5% rozczynu argyrolu. Prócz tego autor sam 2 razy dziennie, rano i popołudniu, stosował na chore oko argyrol, pogrążając je jakoby w kąpieli z 25% rozczynu tego środka. Po silnem przechyleniu głowy chorego ku tyłowi, rozchylał możliwie szeroko powieki oka palcami, nie odwracając jednak ani dolnej, ani górnej, i nalewał oblicie do załamków 25% rozczyn argyrolu, starając się utrzymać płyn ten w zetknięciu ze spojówką przez dobrą chwilę. Chory nie odczuwa przytem żadnego pieczenia, przeciwnie doznaje ulgi, a oko nie ulega wcale zadrażnieniu. Lecząc chorego w ten sposób osiągnął autor

tak znaczną poprawę stanu powiek i spojówek, że niebezpieczeństwo zajęcia rogówki zupełnie minęło, obrzęk ustąpił, wydzielina znacznie się zmniejszyła, a pozostało tylko pewne zgrubienie spojówek, które w dalszym ciągu będzie wymagało użycia środków lekko ściągających n. p. siarkanu cynku. W czasie leczenia użył autor także kilkakrotnie protargolu, przekonał się jednak, że działa on przecież drażniąco, wytwarza błony na spojówce i powiększa obrzęk powiek. Natomiast argyrol, będący białkowem połączeniem srebra, zaleca autor gorąco jako środek od 3 lat przez siebie wypróbowany, zupełnie nie drażniący, nie sprawiający bólu i pieczenia, a wnikający w głąb chorej spojówki i zmniejszający szybko wydzielinę. Ponieważ używanie tego środka wolne jest od niebezpieczeństw, przeto zakrapianie oka powierzyć można otoczeniu chorego. Jedyną ujemną stronę stanowi pewnego rodzaju przyzwyczajanie się spojówki do działania argyrolu, należy zatem co kilka dni zmieniać rozczyn na coraz to silniejszy, co czynić można jednak bez obawy, bo i stężone rozczyny argyrolu nie sprawiają pieczenia, ani nie drażnią spojówki.

1905. Nr 22.

O używaniu Bergerowskich lup obuocznych w okulistyce. (Ueber Verwendung der Berger'schen Binokular-Lupen in der Augenheilkunde). Prof. Haltenhoff z Genewy.

Autor podnosi zalety obuocznej lupy Bergera*), która nietylko w niektórych zawodach rzemieślniczych, jak zegarmistrzostwo, rytownictwo, złotnictwo, nietylko w pracowniach histologicznych, botanicznych, zoologicznych, ale także w praktyce okulistycznej może oddać dobre usługi, zwłaszcza tym okulistom, którzy nie są krótkowidzami. Używa on soczewek +6 D, które wyrównują jego presbyopię, a zarazem dają wystarczające powiększenie przy dużem polu widzenia, obejmującem nietylko cały przedni odcinek gałki ocznej, ale i najbliższe otoczenie oka. Lupa Bergerowska pozwala równocześnie na zwolnienie konwergencyi, co sprawia, że nawet dłuższe jej używanie nie powoduje znużenia. Haltenhoff używa jej do celów dyagnostycznych, gdy chodzi np. o odróżnienie głębszych zaćmień rogówki od powierzchownych, lub o rodzaj nowowytworzonych naczyń na rogówce, także przy pewnych zabiegach operacyjnych, jak wydobywanie ciał obcych z rogówki, a także przy dyscyzyi zaćmy wtórorzędnej chętnie się tą lupą posługuje. W tym celu, aby mieć obie ręce wolne, przymocowuje autor lupę przed oczyma na czole za pomocą pasków, obejmujących głowę.

*) Por. Post. okulist. R. 1905, Nr 8, str. 296.

Rév. géner. d'Opht. 1905, Nr. 10. (Ref. Doc. Dr. K. W. Majewski).

W jaki sposób ochraniać oko przed promieniami pozafiołkowymi. (Comment garantir l'oeil contre les rayons ultra violets?). L. Dor z Lugdunu.

Prace doświadczalne Widmark'a, Birch-Hirschfeld'a, Schulek'a, Hertl'a i Staerkle'go wykazały niezbicie, że chemiczne, pozafiołkowe promienie widma wywierają na oko wpływ ujemny. Do ich działania odnieść należy pewne zmiany, jakim ulegają rogówka, soczewka i siatkówka pod wpływem olśnienia czy to od blasku pól śniegowych, czy to od patrzenia w słońce. Nie ulega wątpliwości, że i mniej natężone, ale zato długotrwałe działanie światła, niepozbawionego promieni chemicznych nie jest dla prawidłowego, a tembardziej dla chorego oka obojętnem. Naturalną ochronę głębokich, wrażliwych części oka przed wpływem promieni pozafiołkowych stanowi żywa soczewka oka, która, co prawda, nie bez szkody dla siebie, znaczną część tych promieni pochłania i zatrzymuje. Dla ochrony oczu przed zbytkiem rażącego światła powszechnie bywają używane szkła najczęściej dymne lub niebieskie. Autor postanowił wyszukać rodzaj i zabarwienie szkła, któreby najlepiej chroniło oko właśnie przed promieniami pozafiołkowymi. Posługując się do doświadczeń przyrządem fotograficznym, przekonał się, że szkło żółte najbardziej chłonie i powstrzymuje promienie chemiczne, przepuszczając wszystkie inne dla oka nieszkodliwe. Jedynie zatem żółto zabarwione konserwy odpowiadałyby swemu zadaniu, o ile nie chodzi tylko o złagodzenie blasku światła w cierpieniach ocznych, połączonych ze światłowstrętem. W tym razie na miejscu są szkła dymne. Przed promieniami pozafiołkowymi ochrania szkło dymne tylko o tyle, o ile, zmniejszając wogóle natężenie światła bez zmiany wzajemnego stosunku ilościowego poszczególnych rodzajów promieni, zmniejsza równocześnie także ilość promieni chemicznych wpadających do oka. Wprowadzenie w użycie żółtych szkieł ochronnych napotkałoby na nielada trudności, zabarwienie bowiem używanych konserwów jest rzeczą mody. Autor przypomina jednak, że według Beera w końcu XVIII stulecia używanie okularów zielonych bardzo było rozpowszechnione. Dziś w okularach takich niktby się pokazać nie ważył, żeby się na szmieszność nie narazić. Tak więc moda ulega zmianom. Można ufać, że przez wytrwałe i stanowcze zalecanie ze strony okulistów przełamią się wreszcie lody i żółte szkła ochronne przestaną być czemś rażącem. Tymczasem poleca autor pewien rodzaj szkła dymnego, fabrykowanego we Francyi, które z pośród innych odmian

szkieł dymnych stosunkowo najwięcej chłonie chemicznych promieni światła, jakkolwiek pod tym względem nie dorównywa szkłom żółto zabarwionym.

1905, Nr 10.

Zaćmy następowe po irydotomii. (Les cataractes secondaires à iridotomie). Dr Girard z Draguignan.

Autor omawia sposoby operacyjnego leczenia zarośnięcia źrenicy, jakie w niektórych przypadkach przychodzi do skutku po operacyi zaćmy. Dno oka zasłonięte bywa w tych razach błoną złożoną częścią ze zmienionej patologicznie tęczówki, częścią z torebki zaćmionej, a częścią z resztek kory soczewkowej. Z licznych sposobów operacyjnych, zalecanych celem utworzenia trwałego otworu w takiej nieprzeźroczystej zasłonie oddaje autor pierwszeństwo irydotomii zapomocą nożyka, podanego przez Sichela młodszego. Jest to miniaturowy bistur, którym się przebija rogówkę na obwodzie od skroni, a następnie końcem nożyka przebija błonę źreniczną tak płytko, żeby jak najmniej zranić ciało szkliste. Nakoniec obniżając trzonek instrumentu, rozcina się ostrzem nożyka środek błony, a powstały w ten sposób otwór rozszerza się wnet działaniem sprężystych włókien tęczówki i samejże błony źrenicznej. Na jedno jednak niebezpieczeństwo zwraca autor uwagę przy tym operacyjnym zabiegu. Gdy błona źreniczna jest nieco grubsza i twarda, wtedy stawia opór ostrzu nożyka i wypina się tak ku przodowi, że gdy wreszcie nożyk ją rozetnie, zdarzyć się może, iż zrani równocześnie błonę Descemeta. Aby temu nieprzyjemnemu powikłaniu zapobiedz, wbija autor od strony nosa przez rogówkę podwójną widełkowatą igiełkę o dwóch, małemi, sierpowatemi ostrzami zakończonych ramionach. Ostrza te ku przodowi wygięte, nie ranią wcale źrenicznej błony. Tak do przedniej komory po samo spojenie wprowadzone widełki o ramionach 6 mm. długich i o jednomilimetrowym rozstępie opiera on w kierunku poziomym o błonę źreniczną. Teraz wbija od strony skroni nożyk Sichela, przebija nim błonę źreniczną i rozcina ją poziomo od tyłu ku przodowi pomiędzy ramionami widełek. Zadaniem widełek jest niepozwolić błonie źrenicznej pod wpływem ucisku, końcem noża wywartego, wypuklić się ku rogówce, przez co się usuwa niebezpieczeństwo uszkodzenia błony Descemeta. Widełki i nożyk Sichela razem wzięte działają zatem w pewnej chwili na modłę nożyczek. Ze względu, że jest rzeczą technicznie dość trudną rozwidloną igiełkę prawidłowo wprowadzić do przedniej komory, zastąpił ją autor igiełką pojedynczą, również małem, sierpikowatem ostrzem zakończoną, która może widełki ostatecznie zastąpić, gdy podczas przecinania błony

nożykiem Sichela, przyciska ją od przodu i nie pozwala zbytnio się jej wypuklić. Autor przy użyciu tego instrumentaryum uzyskiwał przy twardych nawet i grubych błonach źrenicznych pomyślne wyniki operacyjne.

Wiestnik Oftałmołogii. Wrzesień — Październik. (Ref. Dr Matusewicz).

Guzy nerwu ocznego i ich leczenie operacyjne. Część II.*). (Opucholi zritelnago nerwa i ich operatiwnoe leczenje). S. S. Gołowin, Nowo-Rosyjsk. Na podstawie kilku dokładnie mikroskopowo zbadanych przypadków wyprowadza autor wnioski, co — do pochodzenia i anatomo-patologicznego stanowiska tych guzów.

Na podstawie kilku dokładnie mikroskopowo zbadanych przypadków wyprowadza autor wnioski co do pochodzenia i anatomo-patologicznego stanowiska tych guzów.

Pierwszy Leber a następnie Byers zaproponowali podział tych nowotworów na 2 grupy.

Stosownie do ich położenia względem samego nerwu autor przyjmuje podział Byersa na po za i wśródoponowe guzy.

Pierwsze, które na ogół wydają się rzadkie, są to przeważnie śródbłoniaki o charakterze względnie niezbyt złośliwym, o powolnym przebiegu. Rokowanie przy nich jednak wskutek skłonności szerzenia się w oczodole i miejscowych nawrotów jest gorsze niż u wśródoponowych. Patogeneza ich jest dosyć prosta, o wiele bardziej skomplikowaną jest sprawa z guzami wśródoponowymi, którym też autor więcej poświęca czasu.

W samym ich obrazie histologicznym są rzeczy wyróżniające je od nowotworów w ogóle, przedewszystkiem uderzają tu ogniska, przedstawiające obraz chronicznego zapalenia, znaczny przerost tkanki łącznej, dalej rozszerzenie przestrzeni limfatycznych.

Byers dopatrzył się w tem podobieństwa do *elephantiasis cutis* i nazwał tę sprawę *fibromatosis nervi optici*. Emanuel zaś odnosi ją do t. zw. *elephantiasis neuromatodes*.

Za temi poglądami przemawiają: przebieg kliniczny, względna dobrotliwość, brak miejscowych nawrotów po operacyjnych zabiegach, przeważnie mnogość miejsc dotkniętych, gdyż przy sekcyach znajdowano u większej części chorych zmiany analogiczne w innych częściach ciała.

---

*) Pierwsza część tej pracy wyszła w Wiestniku oftałmołogii Nr. 1. 1904 r.

Chory Michel'a dotknięty był nawet słoniowaciznią kończyn.

Autor dochodzi do wniosku, że wśródoponowe guzy stanowią odrębne twory, które należy wydzielić z grupy mięsaków i glejaków. Histologicznie znamionują się przerostem tkanki łącznej nerwu wedle typu *elephantiasis*. Co się tyczy etyologii, to autor twierdzi, że zapalne zmiany są objawem pierwotnym i przypuszcza możność następnego biegu rzeczy:

Jakiś czynnik dotąd niezbadany (bakterya lub toksyny) lokalizuje się w podoponowej przestrzeni, wywołuje tam zapalenie, doprowadzające do zrostów. Taki zanik przestrzeni podoponowej, głównego zbiornika dla żywiących płynów w nerwie nie może pozostać bez wpływu. Następuje zastój limfy i przerost tkanek według typu *elephantiasis*. Zależnie od tego, jaka część buja, otrzymujemy podobieństwo do mięsaka lub do glejaka i tem się tłómaczy różnopostaciowość tych tworów.

Co do rokowania, to autor naogół wyraża się dosyć optymistycznie. Nawroty miejscowe są bardzo rzadkie, a nawet wogóle przypadki spostrzegane wydają mu się wątpliwe i polegają na błędzie w rozpoznaniu i rozróżnieniu poza od wśródoponowych guzów. Natomiast częste jest przejście choroby na inne narządy i rozwój w głąb czaszki ze śmiertelnem zejściem.

Operacyjnemu leczeniu ma autor poświęcić 3-cią część swej pracy.

Nalewka jodowa przy wrzodach rogówki. (Jodnaja nastojka pri jazwach rogowicy) I. I. Kazas — Brześć litewski.

Autor stosował jod*) przy wrzodach rogówki, gdzie inne leczenie nie dawało mu żadnych wyników, a choroba przybierała przewlekły charakter.

Patyczek obwinięty watą maczał w nalewce jodowej i dotykał z lekka powierzchni wrzodu, dopóki nie ukazało się charakterystyczne brunatne zabarwienie. Jednocześnie tamponik waty przytknięty do spojówki dolnej powieki wsysał łzy i nie pozwolił im zetknąć się z jodem. Oko trzymało się chwilę otwarte, aby dać się ulotnić spirytusowi, następnie nakładała się sucha opaska. Nazajutrz opłukanie oka, zależnie od przypadku *miotica* lub *mydriatica* i wilgotna antyseptyczna opaska.

Według słów chorych zabieg jest niebolesny, wywołuje tylko nieznaczne przekrwienie, na miejscu wrzodu tworzy się biały strupek, strącający się po 2—3 dniach, i wrzód zaczyna się goić.

*) Dawno przez nas stosowany i polecony przeciw wrzodom rogówkowym środek. *W.*

Zabieg można powtórzyć w razie potrzeby kilka razy. Nadmiernego podrażnienia lub jakichś powikłań, autor nie spostrzegał w swoich 21 przypadkach, z których kilka podaje.

Leucosarcoma epibulbare. (Leucosarcoma epibulbare) Dr. Ginsburg — Woroneż.

Przypadek nowotworu spostrzegany i operowany przez autora z utrzymaniem gałki ocznej.

O działaniu radu na bodźce zakaźne i na zakażenie tkanki. (Über Radiumwirkung auf Infektionserreger und Gewebsinfektion. — Münch. med. Wochsrft. nr. 34, 1905. Dr R. Werner).

W. bada działanie radu wprost na mikroby chorobotwórcze, jak prątki gruźlicze, łańcuszkowce, gronkowce i *bacterium coli*. Zauważa, że działanie promieni zależy od czasu i nasilenia oświetlenia, a nie od podłoża, na którem się rozwijają bakterye. Udało mu się powstrzymać rozwój, lub zabić bakterye Hodowle bakteryi zabitych radem, wstrzyknięte, okazały się mniej jadowitemi, niż takie same zabite przez ciepłotę wysoką. Surowica zwierząt, którym wstrzyknięto bakterye zabite radem, działa silnie bakteryolitycznie i wyraźnie antytoksycznie.

Działanie promieni radu na rany zakażone pozostaje bez pomyślnych skutków, chyba miejsce zakażone uczyniono małokrwistem, założywszy Esmarcha, lub wywoławszy zastoinę Biera. Z dalszych doświadczeń W. wynika, że przez rad zmienione tkanki, lub już w rozpadzie, okazują wielką odporność przeciw zakażeniu. Gdy w ropień nie naświetlony wstrzyknięto czyste hodowle, występowała silna reakcya (pyaemia, phlegmone), gdy zaś przedtem działano radem na ropień, zakażenie albo wcale nie występowało, lub bardzo słabo. W. wzkazuje więc bakteryobójcze działanie radu wprost na bakterye, lub działanie osłabiające ich żywotność, a wreszcie działa rad na tkanki do pewnego stopnia uodporniająco. *Dr Berezowski.*

1905. Nr 39.

Schorzenia ócz i samozatrucie z przewodu pokarmowego. (Augenerkrankungen und gastrointestinale Autointoxication). Dr Fr. Groyer.

Autor badał mocz przy rozmaitych chorobach ócz, u chorych, u których spostrzegał zaburzenia w przewodzie pokarmowym, a w innych organach żadnych zmian nie było. W moczu znaleziono indykan w różnych ilościach, od zabarwienia jasno-niebieskiego do ciemno fioletowego. Indykan jest wyrazem gnicia w prze-

wodzie pokarmowym, z którego produkta trujące mają się rozchodzić po organizmie, i mogą wywołać w rozmaitych organach sprawy chorobowe, a więc także i w oku. *Dr. Berezowski.*

Przypadek ostrej poliomyelitis anterior z objawami źrenicznymi. (Über einen Fall von Poliomyelitis anterior mit oculo-pupillären Symptomen). — Deut. med. Wchsrift. str. 38. 1905. Dr. A. Clopatt.

Do kliniki w Helsingfors przyjętą została 15/2 1905 r. dziewczynka wieku 28 miesięcy. Matka jej chora na płuca, z rodzeństwa dwie siostry tylko żyją, pięcioro umarło w bardzo młodym wieku, z tych jedno zmarło wskutek choroby płuc inne na jakieś gorączkowe choroby. Chora ostatniej zimy przechodziła zapalenie spojówki i miała wyprysk na rozmaitych częściach ciała.

7/2 Występują dreszcze i gorączka, która trwa przez 4 dni, piątego dnia powstaje niedowład palców lewej ręki, w następnych dniach porażenie mięśni całej lewej kończyny, porażenie to wiotkie, zniesione odruchy ścięgniste. Czucie nie upośledzone. Równocześnie z tymi objawami pojawia się opadnięcie powieki i zwężenie źrenicy lewego oka. Oddziaływanie źrenic na światło utrzymane. Lewa źrenica pod wpływem światła więcej się zwęża od prawej, czasami zdaje się, że lewa zwęża się prędzej. Te objawy trwają około trzech tygodni. W miarę poprawy stanu ogólnego chorej, gdy uzyskuje prawidłową ruchomość kończyny lewej, objawy źreniczne ustępują, a utrzymuje się opadnięcie powieki lecz w stopniu mniejszym.

Rozpoznano *poliomyelitis anterior*, a objawy ze strony oka tłumaczy autor porażeniem ośrodka rzęskowo-rdzeniowego *(c. ciliospinale)* w okolicy dolnych kręgów szyjnych i pierwszego piersiowego. *Dr. Berezowski.*

III. ROZMAITOŚCI.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, pod energicznym kierunkiem swego głównego a sympatycznego redaktora, prof. Axenfelda, rozwija się coraz więcej. Numer styczniowy wyszedł ozdobiony, w nowej powiększonej postaci, jako nowej seryi pierwszy zeszyt tomu pierwszego i obfituje w bardzo pokaźną treść.

IV. SPRAWY OSOBOWE.

Dr Blaskovich habilitował się dla okulistyki w Budapeszcie.

V. KRONIKA ŻAŁOBNA.

W Kolonii umarł bardzo ceniony okulista Dr Rogman z Gandawy, dyrektor tamtejszego instytutu oftalmicznego.

W Bazylei umarł prof. Hosch.

Spis oryginalnych prac okulistycznych ogłoszonych w r. 1905.

1. Doc. Majewski K. W.: *O ametropometryi i astygmoskopii.* — Post. Ok. Nr 1.
2. Garliński: *Zapalenie rogówki pęcherzykowate.* — Post. Ok. Nr 1.
3. Noiszewsk K.: *Zajęcie rogówki iskrzącym się rozpływem ciałka szklistego.* — Post. Ok. Nr. 2.
4. Noiszewski K.: *Ichtyolan cynku.* — Post. Ok. Nr 2.
5. Prof. Wicherkiewicz B.: *Nowy przyrząd do sterylizowania, zawierający przybory i opatrunki okulistyczne.* — Post. Ok. Nr 2.
6. Rumszewicz: *O guzach gruźliczych naczyniówki.* — Post. Ok. Nr 2.
7. Prof. Wicherkiewicz B: *Wpływ wrażeń psychicznych na powstawanie napadu jaskry.* — Post. Ok. Nr 3.
8. K. Rymszewicz: *Śródbłoniak oczodołu.* — Post. Ok. Nr 4 i 5.
9. Prof. Wicherkiewicz B.: *Operacye przeciw jaskrze a nagniatanie gałki następowe.* — Post. Ok. Nr 4 i 5.
10. Prof. Wicherkiewicz B.: *Jaskra pod względem pochodzenia, obrazu klinicznego i leczenia.* — Nowiny Lekarskie Nr 5.
11. Beigel: *Przyczynek do etyologii pryszczykowych zapaleń oka.* — Post. Ok. Nr 6.
12. Prof. Wicherkiewicz B.: *Słówko w sprawie leczenia jaglicy zapomocą radium.* — Post. Ok. Nr 6.
13. Prof. Wicherkiewicz B.: *Zapoznawanie podstawy kiłowej lub dopatrywanie się jej niewłaściwe w chorobach ocznych.* — Post. Ok. Nr 6 i 7.
14. Reis W.: *O rzadkiej postaci schorzenia spojówki powiekowej: conjunctivitis Parinaudi.* — Przegląd Lekarski Nr 23 i 24.
15. Reis W.: *Ropne zapalenie całej gałki ocznej, ropień w mózgu i śmiertelne zapalenie opon mózgowych.* — Post. Ok. Nr 7 i 8.
16. Doc. Szulisławski: *Z hygieny oka. O ostrym śluzoropotoku spojówek i ochronie oczu niemowląt.* — Przegląd hygieniczny Nr 10, 11 i 12.
17. Prof. Wicherkiewicz B.: *Trądzik różowaty i kilka słów w sprawie równorodnych przejawów chorobowych skórnych i na spojówce i rogówce.* — Post. Ok. Nr 8.
18. Doc. Majewski K. W.: *O nowszych sposobach oznaczania refrakcyi.* — Przegląd lekarski Nr 28.
19. Noiszewski K.: *Przyczynek do patologii jaglicy.* — Post. Ok. Nr 9.
20. Doc. Bednarski A.: *O torbielach powieki dolnej i oczodołu, wychodzących z gałki zarodkowej.* — Post. Ok. Nr 10.
21. Doc. Majewski K. W.: *Nowy przyczynek do ametropometryi.* — Post. Ok. Nr 11.
22. Prof. Wicherkiewicz B.: *Uproszczony sposób operacyi garbca rogówkowego.* — Post. Ok. Nr 12.
23. Doc. Majewski K. W.: *O zastosowania radu w okulistyce.* — Przegląd Lekarski, Nr 52.

Spis rzeczy w roczniku VII-ym.

Acne rosacea: 273.
Adrenalina: 76.
Akomodacya: 78, 89, 131, 135, 136, 395, 418.
Alypina: 397.
Ametropometrya: **1, 371.**
Amblyopia: congenita 128. A. nicotinica et alcoholica 82.
Anastomoses optico-ciliares: 250.
Anilina: 27.
Anisocoria: 367.
Antypiryna: 151.
Anophthalmus: 64.
Anthrax: 294. Surowica przeciwwąglikowa 302.
Argyrol: 312.
Aspergillus fumigatus: 166.
Arteria hyaloidea persistens: 28.
Asthenopia muscularis
Astigmatismus: Zmiany pod wpływem zastrzyknięć podspojówkowych 301, 320. Zmiany zależne od wieku 354. Osie ast.: 83. As. irregularis lentis 399. As. po oper. zaćmy 403.
Atmoterapia oczna: 327.
Astygmoskopia: **1.**
Atropina: 190.

Bacillus pyocyaneus: 563. B. Morax Axenfeld: 174. B. perfringens: 411. B. subtilis 44.
Belladona: 126.
Bezwodnik siarkawy: 283.
Blennorrhoea adultorum: 419.
Błędnik: 90.
Bulbus: meningitis post enucleationem: 26. Badanie promieniami Roentgena: 37. Anophthalmus: 64. Nowy sposób enukleacyi: 72. Wędrówka ciał obcych w oku: 74. Exophthalmus: 128, 222. Panophthalmitis: 159, **227,** 281. Enucleatio przy skombinowanem znieczuleniu: 171. Exophthalmus pulsans: 212, 332. Xanthoma coniunctivae bulbi: 254. Rany postrzałowe: 262. Panophthalmitis metastatica: 321, 411. Evisceratio: 323. Siderosis: 329. Wręb gałki: 48. Zakażenie samoistne gałki: 189. Luxatio bulbi: 401. Leucosarcoma epibulbare 425.
Bystrość wzroku: 10, 30, 82, 400.

Canaliculi lacrymales: Złogi: 154.
Capsulectomia: 85.
Capsulotomia: 85.
Caruncula lacrymalis: 163. Furunculus c. 365.
Cataracta: C. capsularis posterior: 66. Inj. subcon. KI przy zaćmie: 71. Zaćma skutkiem prądu elektr.: 149. Leczenie bez operacyi: 151, 311. Resorptio spotanea: 174. C. zonularis (oper): 213, 366. C. secundaria (oper): 323. Maturacya: 83. Discisio posterior: 85. Infekcya po oper.: 85. C. po irydotomii: 422.
Celność strzału: 80.
Chalazion: 323 (oper.).
Chlorek etylu: 91.
Chorea minor: 222.
Chorioidea Tbc. chor.: **95.** Carcinoma chor. (metastasis) 213. Gumma chorioideae: 251. Angioma chor.: 279. Sarcoma chorioideae: 417.
Cocainum: 189.
Conjunctiva: Conjonctivite infectieuse de Parinaud: 68, 191, 262, 330. Zmiany spoj. przy erythema multi forme: 71. Phlyctaena pallida: 77. Trachoma: 79. Pemphigus conj: 184 Conjunctivitis acuta infectiosa: 186. Conj. phlyctaenulosa: **195.** Nowotwory spoj.: 212. Blennorrhoea

neonat.: 217. Sclerosis initialis na spoj.: 224. Tuberculosis conjunctivae: 191, 331. Conj. crouposa: 363. Degeneratio amyloidea: 397. Xanthoma conjunctivae: 254. Fibroma conjunctivae: 413.
Cornea: Keratitis vesiculosa: **19.** Keratitis parenchymatosa: 32, 63, 156, 316, 363. Zmiany rog. przy lues acquisita: 60. Keratitis punctata: 72 i 79. Ulcus serpens: 74, 130, 322. Kerat. punctata leprosa: 130. Ulcus wywołane przez b. pyocyaneus: 163. Kerat. aspergillina: 166. Tumor corneae: 167. Ulcus wywołane przez b. Morax-Axenfeld: 174. Keratitis hypopyon: 182. Kerat. phlyctaenulosa: **195.** Wydęcie obwodowe: 211. Keratoconus (oper.): 213. Keratitis scleroticans: 247. Ulcus wywołane przez diplobacyle: 249. Acne rosacea corneae: **273.** Pannus: 283. Uszkodzenia rogówki bezwodnikiem siarkawym 502, 283. Ulcus syphiliticum: 316. Keratotomia 321. Gumma corneae: 355. Keratitis eczematosa: 87. Staphylotomia: **407.** Melanosis corneae: 415. Anat. pat.: 416. Sclerosis corneae: 417. Tra. jodi przy wrzodach: 424.
Corpora aliena: 74, 150, 158, 169.
Corpus ciliare: Przyrzuty rakowe: 35. Leucosarcoma: 158. Endothelioma malignum corp. cil.: 258. Zmiany starcze: 89.
Corpus vitreum: Arteria hyaloidea persistens: 28, 64. Synchisis scintillans **49.** Haemorrhagia 70, 391. Sublatio corp. vitr. 73, 134.
Cyklodyaliza: 281.

Dacryosis przy porażeniu nerwu twarzowego: 318.
Daltonismus: 89, 288.
Datura stramonium: 31.
Dentitio: 326.
Diabetes insipidus: 171.
Diplopia monocularis: 88.
Diploskop Rémy: 313, 314.
Dionina: 211.
Ductus nasolacrymalis: 188.
Dyaforeza: 402.

Elektromagnesy: 170, 413.
Elektroterapia: 334.
Endothelioma: **139.**
Epitarsus: 209.
Erythema multiforme: 71.
Eucainum lacticum: 93.
Eumydrina: 219.
Evisceratio: 323.
Exophthalmus: 128, 224. E. pulsans: 212, 332. Wyleczenie Ex. bilateralis: 222.

Filix mas: 161
Flaszeczki Hummelsheima do sterylizowania: 31.
Fotometrya: 89.

Gąsienice much: 172.
Glandula lacrymalis: Dacryoadenitis gonorrhoica: 159.
Glaucoma Badania anatomiczne przy glauc. abs.: 27. Gl. traumaticum: 73. Rola przesączania się płynów do przedniej komory w patogenezie jaskry 75, 246. Wpływ wrażeń psychicznych: **120.** Nagniatanie gałki po operacyi: **144.** Gl. consecutivum: 169. Najprostsza operacya przeciw jaskrze: 214, 323. Wahania w ciśnieniu śródocznem: 216. Gl. consecutivum przy nowotworach: 255. Cyklodyaliza przeciw jaskrze: 281. Leczenie 86, 193. Leczenie operacyjne: 187. Sympatektomia: 412. Gl. traumaticum: 413. Hydrophthalmus, a jaskra: 414.
Graviditas: 156, 332.

Hemianopsia: 156. H. bitemporalis: 171, 250. Reakcya źrenicy: 79.
Hemolizyna: 391.
Historya okulistyki: 38, 404.
Holococainum: 189.
Humor aqueus: 132.
Hygiena oczna: 155.
Hysteria traumatica: 336.

Iothion: 302.
Jequiritol: 212.
Idiotismus familiaris amauroticus: 192.
Injekcye podspojówkowe: 85.
Injekcye wśródżylne: 325.
Iris: Iridodialyzis: 28. Ectopia uveae: 29. Iridodesis: 31. Iritis gonorrhoica: 72, 317. Iritis gummosa: 134. Iritis blennorrhoica: 157. Nowotwór przybłonkowy tęcz.: 212. Sarcoma primitivum iridis: 256. Coloboma iridis congenitum: 288. Ośrodek zwieracza: 90. Etyologia iritis: 92. Leczenie iritis: 189. Podwinięcie tęczówki: 391. Aniridia traumatica: 404.
Iridotomia: 355.

Keratoconus: 213.
Keratotomia poprzeczna skombinowana 321.
Kollargol: 325.
Komórki tuczne: 285.
Kręgi rozprószenia: 217.

Lens: Corpus alienum in lente: 150. Odłamek żelazny w soczewce: 169. Eburncatio lentis: 180. Odżywianie soczewki: 369. Obrazki na jądrze soczewki: 393. Mierzenie promieni krzywizny socz.: 395.
Lepra: 130.
Lupy obuoczne: 296, 411, 420.

Maska na usta do operacyi ocznych: 181.
Melanosis oculi: 88, 94, 262.
Mikrophthalmus: 191, **339**.
Morbus Basedovi: 356.
Myopia: Suppressio lentis: 59. Mp. traumatica 61, 308. Skurcz akomodacyi przy Mp. 131 Patogeneza i leczenie: 220. Mp. fortis: 83, 314. Całkowita korrekcya: 188.

Natr. benzol-sulphonicum: 93.
Natrium chloratum: Injekcye podspojówkowe: 315.
Nekrologia: 137, 194, 226, 302, 338, 370.
Neoplasma intrabulbare: 255.
Nervus facialis: 368.
Nervus sympaticus: 260.
Nervus opticus: neuritis optica infectiosa: 63. Gruzły tarczy nerwu wzrokowego: 130. Atrofia n. opt. 151, 211. Neuroglia n. opt. 172. Atrofia n. opt. tabelica: 175. Tumor n. opt. 186. Gumma nerv. opt.: 251. Tarcz zastoinowa: 262, 318, 416. Neuritis retrobulbaris: 329, 332. Neuritis optica hereditaria: 330. Działanie elektroterapeutyczne: 334. Neuritis retrobulbaris sympathica: 362. Neoplasma nerv. opt. 423.
Neurologia oczna: 90.
Neurosis traumatica: 36.
Niezdolność do pracy: 260, 297.
Nomenklatura okulistyczna: 89.

Obrazki siatkówkowe: 259, 299.
Obrazki Purkinje-Sansona: 89.
Okulary: ochronne: 262. Historya okularów: 294. Uprzedzenie do okularów: 309.
Operacye kosmetyczne: 311.
Ophthalmia nodosa: 310.
Ophthalmia septica: 88.
Ophthalmia sympathica: 92, 208, 289.
Operacye plastyczne: 211.
Optotypy: 295, 400.
Opoterapia: O. hepatica: 93.
Orbita: Endothelioma orbitae: **139.** Corpora aliena orb.: 158. Phlegmone orb.: 222, 224. Adeno-carcinoma orb.: 223. Cystis dermoidalis orb.: 285. Cystis orb. congenita: 191, **339.**

Palpebrae. Ektropion senile: 62, 81. Chondritis luetica (Degeneratio tarsi amyloidea): 64. Carcinoma palpebrae: 120. Adenoma ipalp. 131. Chalazion: 161. Operatio ptosis: 183. Symblepharon totale (oper.): 211. Epithelioma (radioterapia): 215, 328. Blefaroplastyka: 252. Blepharospasmus e dentitione: 326. Entropion (oper.) 187, 330. Twardzina powiek: 285. Oedema malignum: 294. Blepharospasmus

(oper.): 352 Hemianopsia: 79. Degeneratio amyloidea: 397. Oper. symblepharon modo May: 398.
Epitarsus: 415.
Parafina: 93.
Paranefryna: 65.
Parasyfityczne zmiany: 313.
Partus: 291.
Pemphigus conjunctivae: 184.
Pertussis (cyclitis et uveitis): 252.
Plica semilunaris (torbiele): 261.
Poczucie barw: 92.
Pole widzenia: 225. Widzenie barw w polu widzenia: 329. Scotoma centrale: 394.
Poliomyelitis: 426.
Porażenie ramienia (objawy oczne): 219.
Postrzał w oko: 284.
Powietrze przegrzane: 153.
Presbyopia: 190.
Promienie pozafiołkowe: 421.
Protargol: 217.
Proteza tymczasowa: 91, 332, 398.
Przyrząd Hoora do kataplazmów na oko: 73.
Przyrząd Magnaniego do sterylizowania: 171.
Przyrząd Wicherkiewicza do sterylizowania, zawierający przybory i opatrunki okulistyczne: **55.**
Pupilla: Zachowanie się po śmierci: 164, 390. Wpływ alkoholu na reakcyę źrenicy: 165. Reakcya źrenicy: 393.

Radium: 47, **199**, 215, 218, 324, 328, 370, 410, 425.
Refractio monocularis duplex: 32.
Remotometr: **371.**
Retina: Thrombosis venae centralis: 33, 175. Zmiany siatkówki przy tabes: 34. Embolia arteriae centralis ret.: 67, 153. Amotio retinae: 45, 72, 74. 81, 173, 184, 251, 332, 417. Ciałka skrobiowate w siatkówce: 74. Varices, vasorum ret.: 172. Haemorrhagiae ret. przy meningitis syphilitica: 259. Nerwice naczyniowe siatkówki: 260. Retinitis proliferans: 290. Retinitis albuminurica: 81, 332. Retinitis haemorrhagica. Adaptacya: 89. Fizyologia siatkówki: 299.
Ryciny anatomiczne oka u Arabów: 29.

Saccus lacrymalis Anat.: 172. Carcinoma wyleczone promieniami Roentgena: 179 316. Wyłuszczenie: 91. Dacryocystitis po oper. Caldwell-Luca: 396, 418. Dacryocystitis, leczenie surowicą Doy'ena.
Saturnismus: 165.
Sclera: anat. twardówki: 250. Lymphoma episclerae: 82.
Sclerema: 285.
Siderosis: 88, 329.
Sinusitis maxillaris, a zwężenie pola widzenia: 132.
Ślepota jasna: 90.
Soczewki szklane: 255.
Staphyloma: **207.**
Stereoskop lusterkowy: 129.
Stereoskopijne widzenie: 129.
Strabismus: Str. convergens intermittens: 178. Str. paralyticus: 252, 403, 411. Leczenie zapomocą diploskopu: 314. Str. alternans: 187. Leczenie operacyjne: 411.
Stovainum: 301.
Stypticynum: 93, 301.
Suprarenina: 92.
Surowica Roemera: 322.
Szkła izochromowe: 73.
Szkła niebieskie przy badaniu okul.: 133.
Szpitalnictwo: 136.
Syphilis: 60, **201**, 224, 313, 316.

Tabes: dorsalis: 175.
Tarsoplastyka sposobem Bündigera: 214.
Tatuacya: 91, 311.
Tenonitis: T. serosa: 72. Ten. suppurativa metastatica: 320.
Tenotomia: T. modo Panas: 185. T. czterech mięśni prostych: 311.
Tetanus: 159.
Trachoma: O istocie jaglicy: 79. **199.** Leczenie zapomocą radium: 47, **199**, 218, 370. Leczenie: 221. Przyczynek do patologii: **303**, 357. Historya jaglicy: 364. Walka z jaglicą na Węgrzech: 88. Epidemiologia jaglicy: 401. Leczenie jaglicy: 186. Etyologia: 187.

Trauma: 211, 250, 260, 284, 286, 291, 297, 308, 336, 404, 413.
Trepanacya przy tarczy zastoinowej: 318.
Trichiasis (*oper.*): 330.
Trigemina: 30.
Tuberkulina: 63.
Tuberculosis: 247, 331.
Tumor benignus fundus oculi: 251.

Unguentum flavum: 186.
Uvea: Cystis endothelialis: 30.

Xanthoma conjunctivae bulbi: 254.

Zincum sulfoichthyolicum: 51.
Zjawisko Purkinjego: 89.
Złogi drobnoustrojowe na oku: 159.
Zmiany pośmiertne na dnie oka: 182.
Zmysł rozpoznawania postaci: 163.
Znużenie oczu: 83, 317.
Zonula Zinni: Zmiany anat. pat.: 163.
Związek chorób nosa z okiem: 223, 224, 225, 332.

Spis autorów w roczniku siódmym.

Abadie 46, 89.
Abelsdorf 393.
Addario 46, 89.
Ahlström 90.
Albrand 164, 182, 390.
Anargyros 316.
Angelucci 82, 86.
Antonelli 323.
Ask 213.
Axenfeld 416.

Bahr 83.
Bajurti 88.
Bargy 149.
Basso 91.
Baudouin 325.
Baylac 317.
Bednarski 163, 191, 193, 339.
Beigel 195.
Bellarminow 187.
Berger E. 27, 262, 296.
Bernheimer 90.
Berry 42.
Bertin-Sans 395.
Best 74.
Bichelonne 63.
Bishop-Harms 370.
Birnbacher 30, 255.
Birch-Herschfeld 214.
Blessig 188.
Błagowieszczeński 185.
du Bois-Reymond 255.
Bouchart 76.
Bourdeaux 313, 314, 323.
Braunschweig 212.
Brand 413.
Braunstein 80, 183, 186, 188, 189, 260.
Braune 250.
Brettauer 302.
Brown-Pusey 74.
Bruns 83.
Buchanan 45.
Bourgeois 61, 85.

Cackin 184.
Cardone 223.
Cazalis 311.
Chaillous 92.
Chauveau 299.
Chesneau 247.
Chevallereau 92, 321.
Christ 363.
Chronis 252, 330.
Cirincione 290.
Clark 403.
Clopatt 424.
Cohn 218.
Consiglio 362, 363.
Constentin 88.
Coopman 326.
Cosmettatos 413.
Cramer 329.
Czemołosow 189.
Czermak 44.
Czystiakow 186.

Darier 71, 84, 215, 312, 324, 411, 412, 419.
Debêre 158.
Deluenville 72.
Depêne 129.
Desbrières 149.
Deschamps 301, 320.
Derby-Boston 330.
Dianoux 72.
Dimmer 77.
Domec 323.
Dor 83, 421.
Dransart 84.
Dubarry 318.
Dudley 223.
Dufour 85.
van Duyse 254.

Ehrenfried 329.
Eliasberg 87, 155.
Elschnig 73, 134, 391.

Emmert 83, 87.
Emrys 91.
Enslin 26, 163, 391.
Erdman 133, 161, 249.
Ewetzky 187.

Fehr 256, 279.
Fejér J. 28, 70, 126, 219.
Fernandez 71, 317.
Feuerstein 192.
Flatau 264.
Frachtman 333.
Frenkel 308, 367, 368.
Fuchs 84.
Fukała 364.

Gagnier 395.
Garliński W. 19.
da Gama Pinto 82, 85.
Gelbke 213.
Gellé 224.
Genth 67.
Gilbert 331.
Ginsberg 167, 258.
Ginzburg 80, 261, 425.
Girard 422.
Gluziński 192.
Golesceano 82, 327.
Goldzieher 68.
Gołowin 423.
Gonella 45.
Gonin 45, 153.
Gourfein 44, 81.
Grabowski 189.
Greeff 64, 401.
Groenouw 250.
Gros 88.
Grossman 89, 135.
Groyer 425.
Grunert 211.
Gueriteau 179, 316.
Guibert 179, 316, 325.
Guillery 163, 250.
Gullstrand 42, 211.
Guillot 318
Gurfinkel 262.
Gurwicz 81.

Haberkamp 214, 323.
Halben 32.
Haltenhoff 411, 420.
Hansell 402.
Hauke 330.
Harms 88, 174, 175.
Heine 128, 129, 281.
Hähnle 178.
Henrici 132, 225.
Herbert 87.
Hess 370, 393, 594.
Herbst 131, 136.
Hilbert 329.
Hjort 332.
Hirsch G. 28.
Hirschberg J. 29, 67, 167, 169, 170, 208, 281, 413.
Hoffmann 81.
Holth 91, 398.
Hoor K. 73.
Houdart 88.
Howe 90.
Hummelsheim 31.
Hymmen 212.

Jakoby 172.
Jamaguchi 64.
Javal 41, 42, 89.
Jerofejew 226.
Jocqs 72, 179, 313, 320, 411, 418.

Kacaurow 260.
Kadyi 192.
Katz 80, 186, 188, 190, 217.
Kayser 172.
Kazas 424.
Kee 211.
Kirchner 215, 328.
Knapp 44, 89.
Kohon 187.
Kozłowski 66.
Köhler A. 37.
Kuhnt 84.
Kuthe 258.
Kuwahara Y. 26.

Lagrange 59, 354.
Landolt 82.
Lange 83.
Langie 294.
Lauber 211.
Landolt 41.
Lapersonne F. 36, 84, 157, 252.
Leber 46, 246.

Leblond 396.
Leri A. 34, 175.
Leroux 72.
Lewin 165, 401.
Loeser 259.
Lullin 300.

Machek 38, 79, 192, 406.
Magnani 171.
Majewski K. W. **1, 371.**
Makłakow 78, 184.
Maławkin 190.
Mann 334.
Maslen koff 216.
Mauch 251.
Mazza 88.
Mayer 171.
Margalin 187.
Martin 159.
Meisling 89.
Meller 130, 417.
Mendel 259.
Mellinger 81.
Menacho 84, 85, 87.
Micas 318.
Moissonnier 158, 315.
Moreau 294.
Monoyer 40.
Morax 89, 150, 154.
Motais 92.
Munger 222.
Mühsam 285

Nagel 329.
Natanson 297.
Noiszewski 41, 47, **49, 51,** 80, 89, 187, 189, **303.**
Nordensohn 46.
Nuel 399.

Oeller 159.
Ohm 252.
Oliveres 322.
Oppenheimer 73.
Osterroht 166.
Ostwald 153.

Panas 330.
Pankstat 250.
Parinaud 226.
Parsons 88, 90, 417.
Paterson 182.
Paul 130, 173, 174.
Pause 131.
Pascheff 355.
Pergens 41, 89, 400.
Peschel 285, 301.
Pes 27, 159.
Peters 73, 221.
Pfalz 217.
Pihl 332.
Piper 393.
Poissonnier 71.
Polte 65.
Pollack 92, 295.
Polyuk 224.
Poulard 84, 156.
Praun 29.
Purtscher 286.

Rabitsch F. 30, 130.
Rachlmann 357, 397.
Rebus 410.
Redslop 171.
Reinhard 186.
Reis 191, **227,** 262, 404.
Reymont 82.
Richter 365.
Ritschie 182.
Rogman 85.
Rollet M. 72, 82, 134.
Roure 180.
le Roux 411.
Rudin 262.
Rumszewicz **95, 139.**

Sachs 90.
Salmon 410.
Santucci 82.
Sattler H. 31, 84, 332.
Seefelder 212.
Senn 85.
Steiner 415.
Schanz 92.
Schapringer 209, 415.
Scheffels 47, 84.
Scherenberg 332.
Schmidt-Rimpler 127, 136.
Schirmer 84.
Schmiegelow 224.
Schulek 137.
Schoen 414.

Schwarz 288.
Schulz-Zehden 416 i 417.
Schweiger 338.
Schweinitz 404.
Sicherer 397.
Siklossy 40.
Sidler-Huguenin 64.
Silex 193.
Simon 288.
Siegrist 42.
Snellen 42.
Sonder 72.
Stanculéano 32, 63.
Steiger 42.
Steindorff 289.
Stephenson 411.
Stock 132, 212, 251.
Stoener 213.
Stein 366.
Stransky H. 190.
Stuelp 161.
Spéville 314.
Szczegolew 301.
Szczybalski 163.
Szulisławski 191.
Szymanowski 79.

Teillais 356.
Terson 47, 62, 81, 321, 355.
Trantas 156, 316.
Treacher Collins 89.
Trousseau 124, 311.
Truc 181.
Tscherning 89.
Uhthoff 35, 128.
Ulbrich 332.
Uribe y Troncoso 75.

Valude 91, 151, 310.
Verdereau 71.
Verhoeff 330.
Villard H 60.
Vitali 85, 86.
Vollert 31.
Vollhart 219.
Vogt 165.

Wecker 151.
Weeks 92.
Wehrli 90.
Weigant 283.
Weinhold 418.
Weinstein 188, 189.
Welt 81.
Wernicke 302.
Werncke 172.
Wéssely 251.
Wicherkiewicz **55**, 74, 82, 87, **120**, **144**, **199**, **201**, **237**, **273**, **407**.
Wilms 302.
Werner 425.
Wolfe 194.
Wolff 291.
Wygodski 187, 188, 190.

Zentmayer 402.
Zielenkowski 189.
Zirm 369.

Spis rycin zawartych w roczniku siódmym.

Ryc.		Str.
1.	Schemat, przedstawiający przebieg promieni przy ametropometryi	4—5
2.	Obraz stenopeiczny widziany przy ametropometryi przez oko niemiarowe	4—5
3.	Figura gwieździsta astygmoskopu widziana przez oko niezborne	4 5
4.	Wziernik Mortona z płytką ametropometru	9
5.	Astygmoskop	12
6.	Nowy przyrząd do sterylizowania zawierający przybory i opatrunki okulistyczne, rozłożony	56
7.	Ten sam przyrząd w całości	57
8.	Remotometr	375
9.	Figury geometryczne, objaśniające dyoptrykę remotometryi	382